

Prevention i primärvården

Kurt Svärdsudd

I denna artikel ges en översikt över preventionens plats i primärvårdens arbete från provinsialläkarorganisationens dagar fram till idag. Synen på vilken prioritet preventions- och hälsovårdsarbetet ska ha gentemot den kurativa medicinen har varierat från tid till annan. Vårdorganisationens utformning har inte alltid matchat personalens och politikernas ambitioner på området.

Kurt Svärdsudd är professor i epidemiologi och distriktsläkare vid enheten för klinisk epidemiologi vid institutionen för allmänmedicin, Uppsala universitet.

Preventionens plats i primärvårdsarbetet har under de senaste decennierna periodvis debatterats livligt. Debatten har tidvis förts som om prevention i primärvården skulle vara någonting nytt, som bör införlivas i primärvårdens arbetsuppgifter. Preventiva moment har dock alltid funnits i allmänläkarnas arbetsuppgifter. Denna sammanställning av prevention inom primärvården är baserad inte bara på mina egna erfarenheter utan även på erfarenheter från ett antal distriktsläkare av vilka flera fick sitt första primärvårdsförordnande som provinsialläkare.

Provinsialläkaren som preventionist

Redan i den statliga provinsialläkarorganisationen, som var i kraft från 1700-talets slut fram till början av 1960-talet, fanns klara preventiva arbetsmoment. Jag ska här dock begränsa framställningen till förhållanden under 1900-talet. Provinsialläkaren var som regel ledamot av kommunens hälsovårdsnämnd, nykterhetsnämnd, socialnämnd och barnavårdsnämnd. Övriga ledamöter var förtroendevalda och doktorn hade i dessa nämnder en expertfunktion, inte bara som kurativ läkare, utan förutsattes även vara expert inom preventiv medicin. Provinsialläkaren gjorde i egenskap av hälsovårdsexpert regelbundna inspektioner av livsmedelsbutiker, slakterier, skolkök, etcetera, dvs arbetsuppgifter som idag i huvudsak åvilar hälsovårdsinspektörerna.

Doktorn var även skolläkare med både kurativa och preventiva arbetsuppgifter. Till de senare hörde uppgifter som idag åvilar barnhälsovården, t ex vaccinationer. Provinsialläkarna hade till sin hjälp distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor, en eller flera, som arbetade självständigt men som rapporterade till provinsialläkaren. Förutom den muntliga rapporteringen sammanställde de skriftliga rapporter om barnafödande, död och vaccinationer, som ställdes till provinsialläkaren. Även provinsialläkarna var ålagda att inkomma med årliga rapporter över hälsoläget inom sina speciella tillsynsområden, t ex skolläkarrapporter, men även mera generella rapporter över hälsoläget inom sitt distrikt. Dessa var baserade dels på läkarens egen verksamhet, dels på distriktssköterskornas rapporter, och ställdes till länsläkarna, som hade en tillsynsuppgift över provinsialläkarna inom sitt län. Länsläkarna i sin tur skrev rapporter baserade på provinsialläkarnas rapporter till Medicinalstyrelsen och senare Socialstyrelsen.

Eftersom provinsialläkarna ofta var den enda läkaren i sitt distrikt hade de en god överblick över hälsoläget inom sitt område, inte bara baserat på erfarenheten från mottagningen utan i lika hög grad från den centrala position de hade i kommunernas nämnder och från distriktssköterskornas erfarenheter.

Ny huvudman

Fram till början av 1960-talet fanns det således två sjukvårdshuvudmän, en för den slutna somatiska vården, landstingen, och en för primärvården (eller provinsialläkarväsendet som det hette då) och mentalvården, staten. 1963 överfördes huvudmannskapet för primärvård och psykiatrisk vård till landstingen. Det innebar att det statliga provinsialläkarväsendet övergick till att bli en landstingskommunal primärvård. Provinsialläkaren blev distriktsläkare.

Provinsialläkarna var ålagda att inkomma med årliga rapporter över hälsoläget inom sina tillsynsområden

Distriktsläkaren hade inte längre samma entydiga preventionsuppdrag som provinsialläkaren hade haft

Det blev inte bara ett byte av tjänstebeteckning. Distriktsläkaren hade inte längre samma entydiga preventionsuppdrag som provinsialläkaren hade haft. Doktorn fick nu i första hand kurativa arbetsuppgifter, medan preventionsarbetet i ökande utsträckning blev en uppgift för distriktssköterskeorganisationen.

Denna förändring var inte en medveten, önskvärd förskjutning av arbetsuppgifter utan blev en tvingande nödvändighet. Landstingen hade ambitionen att expandera primärvården på samma sätt som man tidigare expanderat slutenvården för att garantera medborgarna god sjukvård. Syftet med primärvårdsexpansionen var att åstadkomma en sjukvårdsstruktur i harmoni med Världshälsoorganisationens (WHO) modell, som innebär att primärvården är basen i sjukvårdssystemet.

Prioritering av arbetsuppgifter

Satsningen på primärvård innebar att antalet tjänster expanderade snabbare än antalet potentiella tjänsteinnehavare, vilket medförde en brist på läkare inom primärvården. I den situationen tvingades man prioritera bland sina arbetsuppgifterna, vilket innebar att uppgifter som kunde utföras av annan personal under distriktsläkarens överinseende delegerades. Till dessa uppgifter hörde det praktiska preventionsarbetet. Delegationen förutsattes dock vara temporär i avvaktan på att vakanssituationen skulle förbättras när nya kullar utbildade läkare kommit ut på arbetsmarknaden.

1960- och 1970-talet präglades således av ansträngningar för att upprätthålla primärvården trots ett besvärande vakansläge vad gäller distriktsläkare. WHO:s vision med primärvården som bas inte bara för den kurativa medicinen utan även för det preventiva arbetet tedde sig alltmer avlägsen. Visserligen startades en rad aktiviteter av typ hypertonimottagningar, diabetesmottagningar, etc i akt och mening att förbättra kvaliteten på vården inom området, men den väsentliga effekten var snarast av organisatorisk art, dvs samma vård som tidigare givits av distriktsläkarna delegerades nu till att skötas av annan personal, främst sjuksköterskor, distriktssköterskor och undersköterskor. Det var således främst fråga om en delegering av preventiva vård-

moment i ett läge av brist på kompetenta distriktsläkare.

Nytt hopp

I mitten av 1970-talet tog Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket, SPRI och Socialstyrelsen initiativ till en gemensam Primärvårdsutredning, vars resultat presenterades 1978. I denna utredning redovisades en modell för primärvårdens arbetssätt, där prevention var en av de prioriterade verksamheterna.

Utredningen ledde till ett ökat intresse bland politikererna för primärvården och de preventionsuppgifter den enligt utredningen borde ha. Bland distriktsläkarna ledde den till en stark förhoppning om bättre möjligheter att tillgodose intresset för prevention i primärvårdsorganisationen. Primärvårdsorganisationen var dock dåligt anpassad till uppgiften, med sin allvarliga vakanssituation, som tvingade fram prioritet för kurativ medicin. Det resulterade i aggressivitet omväxlande med uppgivenhet från distriktsläkarnas sida gentemot politikernas önskemål, som upplevdes som orealistiska i den rådande situationen.

1982 antog riksdagen en ny hälso- och sjukvårdslag, enligt vilken prevention blev en obligatorisk uppgift för all hälso- och sjukvård. För primärvårdens del innbar lagen att det redan tidigare existerande områdesansvaret poängterades. Det innebar att varje vårdcentral fick ett för distriktsläkarna kollektivt ansvar för befolkningens hälsa inom vårdcentralens upptagningsområde. Områdesansvaret upplevdes dock av den inblandade personalen som en chimär, främst därför att man på grund av låg bemanning inte kunde leva upp till kraven. På grund av de höga kraven och den låga bemanningen råkade man dessutom vid denna tidpunkt ut för fanflykt. Närmare en tredjedel av distriktsläkarna gick antingen över till företagshälsovård eller flyttade från vårdcentraler med besvärande vakansläge till sådana som redan hade en hygglig bemanning.

Man fullgjorde dock preventionsuppgifterna så gott man kunde. Barnavårdscentraler och mödravårdscentraler, åtminstone utanför storstadsområdena, bemannades i hög utsträckning av distriktsläkare. Man startade rökavvänjningsgrupper, missbruksgrupper främst inrik-

Områdesansvaret upplevdes av den inblandade personalen som en chimär, därför att man på grund av låg bemanning inte kunde leva upp till kraven

Den frivilliga specialistexamen har blivit mycket eftertraktad och inneburit en kraftig ökning av primärvårdens preventionsaktiviteter

tade på alkoholmissbruk, rehabiliteringsgrupper för långtidssjukskrivna, ungdomsmottagningar, etc. Det mesta av dessa aktiviteter delegerades till distrikts-sköterskorna. Man engagerades i skolans preventiva verksamhet som resurspersoner för att propagera för cykelhjälm, flytvästar etc. Även smittskyddsaktiviteterna vad gäller smittuppspårning och rapportering av vissa smittsamma sjukdomar blev primärvårdens uppgift.

Primärvården växer i kostymen

Mot slutet av 1980-talet förbättrades primärvårdens bemanningssituation dramatiskt. 1987 var närmare en tredjedel av alla distriktsläkartjänster vakanta, några år senare var andelen vakanser nere i nästan hälften. Möjligheterna till preventiva aktiviteter ökade och en rad nya verksamheter drogs igång, som öppet-hus-aktiviteter med blodtrycksmätning, kolesterolmätning, osv. Dessa aktiviteter initierades ibland av lokala politiker, ibland av vårdcentralens personal men kopplades ofta av praktiska och publicitetsskäl till jubileer av olika slag, t ex "Vårdcentralen fyller 5 år".

Parallellt med dessa aktiviteter initierade allmänmedicinernas specialistförening Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) som den första av sektionerna i Svenska Läkaresällskapet i slutet av 1980-talet ett specialistutbildningsprogram, som innebar ett radikalt nytänkande. Bland annat infördes en frivillig specialistexamen, som, förutom en ingående granskning av de kliniska kunskaperna och färdigheterna, även innefattade ett sk examensprojekt. Det senare skulle ha formen av forsknings- och utvecklingsarbete för att visa att examinanden har basala kunskaper i forskningsmetodik.

Den frivilliga specialistexamen har blivit mycket eftertraktad. Examensarbetena har inneburit en påtaglig ökning i forskningsintresset bland distriktsläkare men framför allt en kraft ökning av primärvårdens preventionsaktiviteter, eftersom examensarbetena i hög utsträckning har fokuserats på preventiva aktiviteter vid vårdcentralerna.

Husläkeriet

1994 infördes husläkarsystemet. Införandet gick i olika hastighet och olika utsträckning i olika delar av landet. Inom de landstingsområden, där systemet drevs längst ersattes det tidigare kollektiva ansvaret bland distriktsläkarna för hälsan bland befolkningen i området till ett motsvarande enskilt ansvar. Dessutom förändrades den ekonomiska strukturen från en närmast institutionell ekonomi med anställda distriktsläkare till en där läkarna närmast var entreprenörer. I de delar av landet där förändringarna blev minst hade man i princip kvar den gamla strukturen med smärre förändringar. Mellan dessa extremer fanns en rad varianter.

Denna variation i organisatoriskt hänseende kom att återspeglas i preventionsaktiviteterna. I den extrema formen av husläkeri ges den kurativa vården högsta prioritet. Preventionen ska inriktas i första hand på sekundär prevention och primärprevention med högrisk-strategisk inriktning. På de platser i landet där husläkarsystemet har införts fullt ut har preventiva aktiviteter av den typ som tidigare praktiserades praktiskt taget upphört. På de platser i landet där husläkeriet införts i måttlig grad har preventionsaktiviteterna fortsatt ungefär som tidigare.

Vi befinner oss sålunda i en brytningstid. Den politiska osäkerheten om primärvårdens framtida organisation påverkar även preventionsverksamheten. För närvarande tas inga nya initiativ.

Sammanfattande synpunkter

Om man bortser från osäkerheten under de senaste två åren har de senaste 50 åren inom primärvården således karaktäriserats av en stabil och reglerad preventiv verksamhet inom provinsialläkarväsendets ram, följt av en kraftigt expanderad sjukvårdsverksamhet och till att börja med minskad preventiv verksamhet då landstingen tog över verksamheten. Med ökande bemanning har dock preventionsverksamheten ökat kraftigt på senare år för att åter minska eller helt avstanna i samband med husläkeriets införande.

När situationen stabiliseras, vare sig det blir en återgång till områdesansvar eller ett fortsatt listansvar, kan man förvänta sig att preventionsverksamheten kommer igång igen. Det har den gjort varje gång primärvården hämtat sig från organisatoriska omvälvningar. En framgångsrik preventionsverksamhet förutsätter organisatorisk stabilitet, eftersom preventiv verksamhet bedrivs långsiktigt.