

Primärvårdssidéernas framväxt i perspektiv från 1950- och 60-talen

Bror Rexed

Redan 1948 framlade Axel Höjer ett förslag till utformning av den öppna läkarvården i riket. Förslaget var alltför kontroversiellt för att antas men kan ses som en utgångspunkt för primärvårdsdebatten i Sverige. Genom en serie utredningar och beslut under de följande decennierna utvecklades primärvårdssidéerna och fördes reformarbetet framåt.

Professor Bror Rexed – från 1967 generaldirektör i medicinalstyrelsen och sedan under många år i den nya socialstyrelsen – beskriver här primärvårdssidéernas framväxt. Han gör det utifrån tre nyckelfrågor: Skall primärvårdens läkare vara generalist eller specialist? Är primärvårdens huvuduppgift en avgränsad medicinsk vård eller en bred social omsorg? Är primärvårdens viktigaste insats behandling eller förebyggande arbete?

En förbättrad hälso- och sjukvård hörde till de reformer som debatterades i mellankrigstidens stora sociala utredningar. Den öppna medicinska omsorgen började också diskuteras. Ett principbeslut om en obligatorisk sjukvårdsförsäkring fattades år 1946 av riksdagen som 1954 stadsfäste ett detaljerat förslag. Medicinalstyrelsen, med Axel Höjer som generaldirektör, fick i uppdrag att göra en utredning, framlagd som "Den öppna läkarvården i riket" (SOU 1948:14).

Grundtanken i förslaget var att skapa en serie av hälsocentraler som i sig innefattade både sjukhusens öppna mottagningar, som alltså administrativt skildes från den slutna sjukhusvården, och fristående tjänsteläkarmottagningar. Samhällets hälsocentraler skulle innehålla nog många läkare för att ge öppen sjukvård åt hela befolkningen, men valet att söka privatläkare skulle dock vara fritt. Alla läkare skulle heltidsanställas med totallön. Medicinalstyrelsen med regionala

hälsovårdsstyrelser skulle ge specialistkompetens och tillsätta provinsialläkarna.

Denna vittomfattande organisation innehöll alltså centra för både specialiserad och allmänmedicinsk öppenvård. De största hälsocentralerna med flera 10-tal läkare var helt specialiserade och förlagda till central-lasarett, medan mindre lasarett fick hälsocentraler omfattande de anställda läkarnas öppenvårdsmottagningar samt eventuellt konsulterande specialläkare. Provinsialläkarnas efterföljare blev små hälsocentraler med 2–3 allmänläkare och viss servicepersonal i centrum av ett distrikt. Medicinska utposter med distriktssköterska och barnmorska kallades hälsofilialer (hälsogårdar).

Det Höjerska förslaget innehöll alltför många konfliktskapande enskildheter för att kunna godtas vare sig av landsting eller läkarförbund och den vann därför inte heller stöd i regeringen. Den medicinska vårdens ökade kostnader med en andel av BNP, som steg från 1 % år 1928 till 1,5 % år 1939 och 3 % år 1957, framtvängde emellertid en debatt som var kritisk mot staten som huvudman för viktiga delar av sjukvården. Den sk ÖHS-kommittén med generaldirektören Richard Sterner som ordförande fick i uppdrag att göra en bred genomgång av problemen. Den begränsade sin utredning till "Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena" (SOU 1958:15).

ÖHS-utredningen slopade helt Höjers tanke på specialistcentraler vid sjukhusen och föreslog små, helt fristående allmänläkarcentraler. Under en 10-årsperiod skulle antalet tjänsteläkare i öppenvården öka från dåläget ca 750 till 1050, distriktssköterskorna från 2050 till 2900 och 300 sjukgymnaster skulle tillkomma. Denna personal skulle organiseras i 700 läkarstationer, varav 500 skulle ha 1 läkare, 125 ha 2 läkare och 75 ha 3 eller flera läkare (här skulle några kunna vara specialister).

.....

Höjers förslag om specialistcentraler vid sjukhusen ersattes med planer på helt fristående allmänläkarcentraler

.....

ÖHS-utredningen föreslog att landstingen skulle bli huvudmän för provinsialläkarväsendet, men trots detta skulle provinsialläkarna tillsättas av Kungl. Maj:t. Som motiv för reformen angavs att staten varit en försumlig huvudman på för stort administrativt avstånd från fältet samt att en bättre planering kunde följa med bättre arbetsfördelning mellan sluten och öppen vård och en minskad sjukhusutbyggnad. Reformen genomfördes 1963 och ledde till en i början långsam omstrukturering av provinsialläkarorganisationen och så småningom till en väsentlig kvalitetshöjning i den öppna sjukvården. Någon återhållande effekt på sjukhusutbyggnaden kunde dock inte skönjas.

Socialstyrelsens principprogram för öppen vård

Den nya socialstyrelsen med sin inriktning på en breddad social och medicinsk omsorg i en integrerad organisation gjorde som ett av sina första initiativ "Ett principprogram om öppen vård" (SoS redovisar 3/1968). Syftet var att ange en organisation för såväl allmän som specialiserad öppen vård med en inriktning att begränsa kostnaderna genom en medicinsk omsorg på lägsta effektiva omhändertagandenivå, att ge en bredare möjlighet till diagnostik och terapi i öppen vård genom att utnyttja ny medicinsk-teknisk utveckling, att bygga ut hemsjukvården och att skapa samverkan mellan medicinsk och social omvårdnad.

Förslaget innebar att begränsa öppenvården vid "kärnsjukhuset" genom remisstvång men att låta "bassjukhusen" ge sådan vård genom direkt konsultation. Inom den fristående öppenvårdsorganisationen skulle alla enläkarstationer avvecklas (då ca 80 %). Allmänläkarna skulle bli viktigare men en viss specialisering skulle bestå. Därigenom blev i tätorterna en differentierad öppen vård möjlig med allmänläkarens arbete förskjutet mot en socialmedicinsk tyngdpunkt. I glesbygden skulle mest allmänläkare tjänstgöra med en viss profilering i pediatrik eller psykiatri. Den mins-

ta läkarstationen skulle ha 3-4 läkare, 3-5 distrikts-sköterskor och eventuellt en barnmorska. Den skulle tjäna som ett distrikt för 10-15 000 människor.

I läkarstationens arbete skulle ingå rehabilitering och hemsjukvård. Samband med ett lokalt sjukhem skulle ge möjlighet till korttidsobservation, dagvård och långvård. Det betonades att hälsovården blir allt mer betydelsefull och att medverkan i hälsoupplysningen och allmänhygieniskt arbete var en viktig uppgift. Samverkan med socialvården betonades. I socialmedicinskt och psykiatriskt arbete behövs en integration med samtliga sociala omsorger. Det föreslogs därför att i läkarstationen skulle ingå en socialarbetargrupp som en brygga till kommunens socialvård. I gruppen skulle arbeta en socionom per 5 000 invånare i distriktet. En åldringsvårdscentral skulle arbeta analogt med den vanliga barnavårdscentralen och en hemhjälpcentral skulle ha en särskild hemhjälpssledare. Gruppen skulle genom dessa anordningar intimt samverka med hemtjänsten för de gamla och med den sociala hemhjälpn.

Detta korta referat är ett vittnesbörd om 60-talets livliga debatt om välfärdssamhällets medicinska och sociala ansvar. Ledningen för den nya socialstyrelsen strävade att i ett då aktuellt medicinskt sammanhang tillämpa det tänkande om en helhetssyn, som det nya verket skulle befordra. Som det fortsatta arbetet med HS-80-projektet skulle visa, var det medicinska etablissemangen dock inte redo att gå in i en konkretiserad social integration över huvudmannagränserna. Inte heller socialvården och socialarbetarna vågade, enligt min personliga tolkning, riskera ett intrång i sitt revir av den starka och välorganiserade sjukvården. Den föreslagna bryggan mellan medicinsk öppenvård och socialt vardagsarbete höll inte för verklighetens tryck.

HS-80

Under 70-talet genomförde socialstyrelsen i nära samarbete med Landstingsförbundet den stora strukturut-

.....

Den föreslagna bryggan mellan medicinsk öppenvård och socialt vardagsarbete höll inte för verklighetens tryck

.....

redning om sjukvården under det kommande decenniet som efter beslut 1975 publicerades som principprogram för "Hälso- och sjukvården inför 80-talet" (Socialstyrelsen anser, Stockholm 1976). Förslagen för primärvården (den använda termen) följde i stort sett tankegångarna från 1968 utan att ge en detaljerad plan. Som primärvård betecknades all individuell hälsovård och all sjukvård som lämpligen kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. Således behandlades även dagvård, hemsjukvård och vård i lokala sjukhem. Däremot berördes inte frågan om en strukturerad kontakt med socialvården. Man ansåg att primärvården kunde komma att omfatta 80–85 % av alla läkarbesök, och av landets totala läkarbehov de närmaste åren beräknades halva tillskottet bli allmänläkare.

Sedan landstingen 1963 blivit huvudmän för provinsialläkarväsendet organiserades verksamheten distriktsvis genom läkarstationer som benämndes vårdcentraler. HS-80 gav primärvården en första prioritet som ledde till en snabb strukturändring under 70-talet med modernisering och personell upprustning. SPRI spelade en viktig roll i denna utveckling genom ett antal rapporter om speciella sidor av primärvårdens verksamhet med struktur- och funktionsförslag.

De enskilda landstingen har genom denna utbyggnad givit ett betydelsefullt och imponerande bidrag till förverkligandet av hälso- och sjukvårdens målsättning för befolkningens tillgång till en kvalitativt högtstående och lättillgänglig akutsjukvård. I nuläget finns ca 3 200 läkartjänster i primärvården, varav specialisterna utgör ca 150. Primärvårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård anges med en vanligen använd siffra till 18 %. Denna vård har allttjämt problem. De vakanta tjänsterna vid vårdcentralerna uppgår till ca 10 % och bland de besatta tjänsternas innehavare saknar 30 % kompetens inom specialiteten allmänmedicin. Den slutna sjukvården tar allttjämt den största delen av landets årliga resursökning i både personal och pengar.

Förebyggande arbete betonas i HS-90

En tendens i internationell sjukvårdsdebatt att alltmer betona det förebyggande arbetets (preventionens) roll för att förbättra en befolknings hälsotillstånd var en av orsakerna till att WHO 1979 lanserade en global strategi för "Health for all by the year 2000". Sverige ut-

formade i socialstyrelsen, på uppdrag av socialdepartementets sjukvårdsdelegation, ett nytt principprogram, framlagt i "Hälso- och sjukvården inför 90-talet" (SOU 1984:39), med ett omfattande basmaterial i översikter om bl a individuella och samhällsliga hälsorisker, ohälsa och vårdutnyttjande, planering, demografi, tillgång på arbetskraft etc.

För primärvården föreslogs ökade resurser genom en omfördelning inom sjukvårdsstrukturen. Mer än förr betonades hälsovårdsuppgifterna och ett epidemiologiskt arbetssätt sågs som grundläggande. Riksdagen förelades utredningens slutsatser i regeringens proposition "Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården" (1984/85 nr 181), som diskuterar principerna för primärvårdens framtida arbetssätt och anger inriktningen av preventiva ansatser. Propositionen definierar möjliga ändringar av arbete och sjukvårdsstruktur men ger få konkreta förslag.

Under denna tid av utveckling av landstingens vårdcentraler bedrevs en verksamhet som privatpraktiker i öppen privatsjukvård av både allmänläkare och specialister. En betydelsefull reform genomfördes 1975 då läkarbesök hos privatpraktiker blev till sin största del betald av den allmänna sjukförsäkringen enligt en fastställd taxa. Den s k Dagmarreformen 1985 innebar en inskränkning härvidlag genom att varje landsting då fick rätt att bestämma om en nyetablerad läkare i dess område skulle kunna utnyttja denna förmån för sina patienter. Mellan 1975 och 1989 rörde sig antalet konsultationer hos privatläkarna kring 3–3,3 miljoner per år. Totala antalet öppenvårdsbesök hos läkare (offentlig-, privat- och företagshälsovård) växte under samma period från 19 till 26 miljoner per år.

Under 70- och 80-talen utvecklades utan större åthävor den av Läkarförbundet på 60-talet påbörjade utbyggnaden av läkarhus och tandläkarmottagningar i en sorts kooperativ bolagsform. Verksamheten fusionerades 1981 i en koncern, Praktikertjänst AB, med samarbetande avdelningar för medicinsk vård, tandvård, finans och administration. Den medicinska verksamheten omfattar ca 1 100 läkare, av vilka ungefär hälften är organiserade i läkarhus och i grupp-mottagningar medan de övriga arbetar som ensampraktiker. (Tabell I).

Subsidiära bolag verkar bl a inom akutsjukvård, rehabilitering, långtidsvård, företagshälsovård och labo-

Tabell 1. Läkarestationer under tiden 1963–1986.

År	Antal	Procentuell andel enläkarestationer
1963	632	92
1965	586	88
1970	756	75
1980	730	27
1986	780	10

ratorie- och röntgenverksamhet. Praktikertjänst AB har entreprenadavtal inom dessa verksamheter med över hälften av landets 26 sjukvårdshuvudmän, bl a för driften av ett par vårdcentraler. I nuläget har Praktikertjänst AB ca 11 000 medarbetare varav ca 3 000 är läkare, tandläkare, psykoterapeuter/psykoanalytiker, sjukgymnaster och tandtekniker. Omsättningen uppgick 1990 till ca 2,9 miljarder kronor. Den intressanta verksamhet som utvecklats är uppenbart anpassad till större tätorter. Av läkarna är betydligt flera specialister än i landstingens av allmänläkare dominerade centraler. Samarbetet med sjukhusen genom remisser kan förmodligen fungera väl, men bra kontakter med kommunernas socialvård torde vara svårare att sköta.

Ett halvsekels utveckling – vad händer?

Ett halvsekel efter det gryende välfärdssamhällets första ansats till en genomtänkt ordning för "den öppna vården" kvarstår de relevanta problemen i hälso- och sjukvårdsstrukturen utan definitiva svar. Medicinalstyrelsen 1948 ville sammanföra specialister och provinsialläkare i en centralt ledd, rikstäckande öppen vård. Socialstyrelsen 1968 ville integrera lokalsamhällets medicinska vård och sociala omsorg i en helhets-syn kring den enskilda människan. HS-80 åstadkom en första prioritet för de distriktsvisa stationerna för allmänläkare. HS-90 ville bredda den medicinska omsorgen till ett sektorsövergripande preventivt arbete.

Vad hände? Även en snabb blick på den historiska utvecklingen av primärvården framvisar motsättning- ar som varit återkommande i debatt och planering. De

Skall läkaren vara generalist eller specialist?

Är primärvårdens huvuduppgift en avgränsad medicinsk vård eller en bred social omsorg?

kan i rubriker enkelt ges form av tre polariteter:

Skall läkaren vara generalist eller specialist? Medicinens vetenskapliga utveckling från mitten av 1800-talet har oavslåtligen drivit fram en specialisering av diagnostik och terapi, som delat upp läkarkåren i allt smalare specialiteter och gett upphov till ett sjukhus med en labyrint av kliniker och laboratorier. Idén om en för människorna nära och lätt tillgänglig primärvård, som breddar sig mot det sociala fältet, har lett fram till en specialitet för allmänläkarna som "generalist" med en akademisk undervisnings- och forskningsbakgrund. Det är helt enkelt en ny medicinsk disciplin som trätt fram i den svenska sjukvården.

Så bra kunde man säga. Men sjukhusspecialisterna ville inte släppa från sig något av sin öppna sjukvård, och allmänläkarna hårdbevakade sitt nya revir. Därmed föll dåvarande medicinalstyrelsens förslag år 1948 om en sammanhållen öppenvårdsorganisation, och inte heller 70-talets förslag från socialstyrelsen om en smal sektor av specialisering i distriktsvården inom t ex gynekologi, oftalmologi och pediatrik kunde förverkligas. I brist på flexibilitet och innovatorisk fantasi hos de offentliga huvudmännen fylldes behovet av öppen specialistvård av privatpraktiker i enskilda eller gruppvisa mottagningar.

Det finns skönhetsfläckar i denna bild. Allmänheten har stark tilltro till sjukhus och specialister. Kan en överbelastning av sjukhusens specialiserade öppenvård undvikas utan sällning av nödvändiga remissfall i en primärvård av typen brittisk "general practitioner"? Kan en primärvård utan inslag av specialistvård ta upp rollen av "beställare" av sjukhusvård, så som nu diskuteras i flera landsting? Kan en privat specialistvård bygga upp de kontakter med kommunernas socialvård som t ex den framtida äldreomsorgen kräver?

Är primärvårdens huvuduppgift en avgränsad medicinsk vård eller en bred social omsorg? Det finns utan tvivel stora områden av både allmän och specialiserad primärvård som kan utspela sig inom en snäv medicinsk ram, t ex i vårdcentraler av typen "kvar-tersakuten", som nu provas i flera landsting. Men da-

Skall primärvården i första hand bota eller förebygga?

gens gängse vårdcentraler breddar sig mot handikappomsorg, kronikervård i sjukhemsregi, rehabilitering, äldreomsorg och hemsjukvård. Primärvårdens kontakter med socialtjänsten är väsentliga och ger ett sociomedicinskt anslag åt verksamheten.

Med två skilda huvudmän har en klyfta uppstått mellan medicinsk och social omsorg. Socialstyrelsens förslag 1968 ville skapa en organisatorisk brygga mellan de två verksamhetsområdena. Tanken var att främja en helhetssyn på patient/klient och en integration av omsorgen. Varken de två huvudmännen eller synbarligen de olika yrkesgrupperna kände detta som något väsentligt. Med beslut om äldreformen blev problemet akut, men en lösning söks tills vidare endast experimentvis. I Finland och Norge har man gått längre och givit kommunerna ansvaret också för primärvården, något som tillåter en integration i lämpliga former av medicinskt och socialt arbete.

Är primärvårdens första prioritet *terapi eller prevention*, att bota eller förebygga? Vilken roll i folkhälsoarbetet skall hälsovården tillmätas jämfört med sjukvården? Utan tvivel har sjukdomspanoramats förändring under 1900-talet gett en ändrad syn på denna fråga.

Sjukvårdens roll i primärpreventionen (att helt förhindra en sjukdom) har minskat t ex genom infektionssjukdomarnas starka tillbakagång, medan dess roll i sekundärpreventionen (att hindra skadliga effekter av en sjukdom) har ökat. Denna ökning av vårdens effektivitet i samklang med välfärdens bidrag till en ökande livslängd har fört fram ändringen av människors livsstil genom hälsouppllysning som den kanske viktigaste primärpreventiva aktiviteten. WHO:s paroll "Hälsa för

alla år 2000" och dess propaganda för ett hälsofrämjande arbete (health promotion) har betonat vikten av förebyggande åtgärder i andra sektorer än den medicinska (t ex arbetet, trafiken, miljön).

Kvar i primärvården blir alltid sådana preventiva verksamheter som mödra- och barnavård och medicinsk äldreomsorg. I allmän hälsovård och i förebyggande arbete ute i lokalsamhället blir primärvårdens roll att vara konsult i sakfrågor, medan andra organ som t ex landstingens samhällsmedicinska institutioner, övertagit det aktiva förebyggande hälsoarbetet.

Alla dessa omständigheter medverkar till att arbetet i vårdcentralen centreras på rent medicinska åtgärder. Ett förtroende för primärvårdens arbete kan ju inte heller skapas om inte den kringboende befolkningens medicinska vårdbehov löses på ett tillfredsställande sätt. Men alltmer sjukdomsförebyggande hälsoarbete i lokalsamhället är viktigt. Hur skall primärvården kunna ge ett effektivt stöd.

Denna *skissartade översikt* är inte avsedd att vara en klagovisa. Den vill bara klargöra att några av de riktlinjer, som tills nyligen ansetts vara grundläggande för utvecklingen av primärvården (den öppna vården), på grund av många samverkande orsaker inte blivit förverkligade. Alltså är en utvärdering av de primärvårdsmodeller, som nu existerar eller som planeras, en ytterst aktuell fråga, och den bör utgå från de frågeställningar som kan sägas ha lett utvecklingen eller i alla fall har debatterats jämsides med den.

Primärvårdens organisation och funktioner rör sammanhang som är så väsentliga i den svenska hälso- och sjukvården, att den senares djupgående ekonomiska och organisatoriska kris knappast kan lösas utan att primärvårdens ställning slutgiltigt klargörs. En sådan analys är nödvändig för en organisation som på kort tid genomlöp en i svensk sjukvård ovanligt kraftig utveckling. Sjukvårdssystemet i dess helhet kan inte fungera effektivt utan en stabil kapacitet i primärvården.