

Primärvård – från enfald till mångfald

Olle Östman

Svensk primärvård hade under många år en tämligen enhetlig utformning. Under senare tid har emellertid en mångfald organisatoriska modeller utvecklats för primärvården. Författaren understryker det angelägna i att behålla möjligheten till mångfald och lokalt anpassade lösningar samt att dessa modeller systematiskt utvärderas så att man kan dra nytta av de olika modellernas positiva sidor.

Olle Östman är primärvårdschef i Malmö och har bl a varit utredare av den svenska primärvården i socialstyrelsen

Primärvården som vårdnivå har en kort historia i Sverige. Dess föregångare provinsialläkarväsendet hade en desto längre historia. Många av de planer som presenteras har inneburit utformning av en primärvård enligt en enhetlig modell över hela landet. Därav den något provocerande rubriceringen på min artikel. Verkligheten har emellertid blivit betydligt mer komplex och i själva verket har vi idag en mångfald av organisationer på primärvårdsnivå. Detta ter sig särskilt intressant med tanke på de möjligheter för jämförande utvärderingar som uppkommit.

Primärvårdens utveckling i sina huvuddrag

Systemet med provinsialläkare och distriktssköterskor fanns ända fram till 1963 då landstinget övertog hela öppenvårdsorganisationen. Provinsialläkare gjordes om till distriktsläkare och gick över från statlig till landstingskommunal anställning.

År 1966 presenterades den första samlade öppenvårdsutredningen i socialstyrelsens regi. Den genomfördes i praktiken endast i mycket liten utsträckning. 1975 kom så HS-80. Den innebar en strukturplan för sjukvården med primärvård som en basnivå för all vård som i princip kan bedrivas utanför sjukhus. Den specialiserade vården föreslogs samlas till länssjukvården och som regionssjukvård föreslogs den mest

högspecialiserade vården koncentreras till några få platser i landet.

År 1984 presenterade WHO ett program för de europeiska medlemsländerna "Hälsa åt alla år 2000" där också kraven på vad en primärvårdsnivå måste innehålla beskrevs närmare.

År 1984 utarbetades HS-90 som avsågs utgöra ett planeringsunderlag för sjukvårdens utveckling fram till år 2000 i Sverige. 1985 ställde sig en enig riksdag i huvudsak bakom principerna i HS-90-dokumentet.

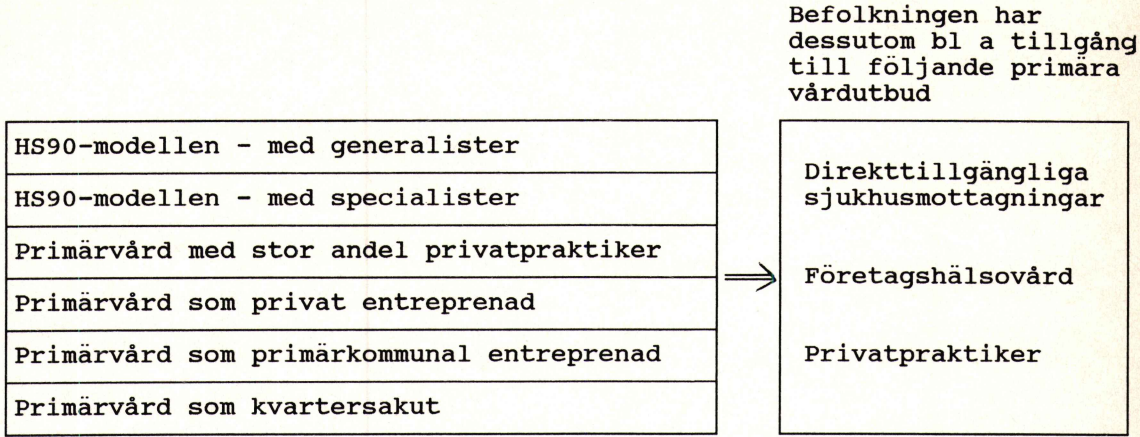
Primärvårdens uppgifter enligt HS-90

Primärvårdens arbetsuppgifter var enligt HS 90 att

- samordna de primära vårdgivarnas hälso- och sjukvårdsinsatser inom primärvårdsområdet
- meddela basal sjukvård vid mottagningar (vårdcentraler), genom sjukvård i hemmet och vid lokala sjukhem
- svara för hembesök, förlängt öppethållande och jourtjänst för flertalet akut vårdsökande
- svara för hälsovård för mödrar och barn och äldre samt särskilda hälsoriskgrupper
- svara för insamling, sammanställning och analys av lokala hälsodata som grund för häls- och sjukvårdsplaneringen, för prövning av behoven av förändrad inriktning av hälso- och sjukvården samt som underlag för primärvårdens samverkan med andra samhällssektorer
- bedriva samhällsinriktade, allmänt inriktade och individinriktade förebyggande åtgärder inom sitt primärvårdsområde samt
- svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl och tillhandahålla lokala resurser för rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede.

Tankegångarna i HS 90 har varit vägledande för många sjukvårdshuvudmän i landet. På några håll har man kommit långt i utvecklingen därav och byggt upp

Figur 1. Olika organisatoriska primärvårdsmodeller.



ett brett vårdutbud som förutom vården vid vårdcentralerna också inkluderar huvuddelen av äldrevården med ett övertagande av den tidigare vården vid somatiska långvårdskliniker. Insatserna har blivit alltmer differentierade. Rehabiliterande insatser har utformats mer målinriktade än tidigare. Detsamma gäller förebyggande insatser. Personal med olika bakgrund har kompletterat varandra för att svara för de breda arbetsuppgifterna.

Det har dock funnits stora olikheter i hur organisationen praktiskt blivit utformad. I figur 1 framgår åtminstone sex tydliga organisatoriska modeller. Alla kännetecknas dessutom av att primärvård i större eller mindre utsträckning också bedrivs vid direkttillgängliga sjukhusmottagningar, inom företagshälsovården och inom privatpraktikerutbudet. Figuren är utformad med tanke på det perspektiv som allmänhet-patienter uppfattar sjukvården, inte utifrån hur organisationen är definierad i landstingets planer. Det är då uppenbart att en modell som utvecklas enligt HS-90 tankarna och i huvudsak med enbart generalister – allmänläkare och distriktssköterskor – blivit den vanligaste modellen.

.....

Primärvård bedrivs dessutom i större eller mindre utsträckning också vid direkttillgängliga sjukhusmottagningar, inom företagshälsovården och inom privatpraktikerutbudet

.....

En variant finns dock med samma målinriktning, men där den medicinska servicen lämnas av ett brett utbud olika specialiteter. Denna modell finns framför allt vid platser där man tidigare lagt ner småsjukhus som t ex i Falkenberg, Hagfors och Mariestad.

En annan modell återfinns framför allt i storstäderna där privatpraktikerna står för den största enskilda andelen öppenvårdsbesök – upp till ca 40 procent.

På senare år finns dessutom erfarenhet av primärvård driven på entreprenad. Fram till och med 1990 fanns erfarenheter av sju privata entreprenader. Under 1991 har antalet ökat. Dessutom finns tre primärkommuner som drivit primärvård som primärkommunal entreprenad.

En modell som fått stor uppmärksamhet är primärvård som kvartersakuter. Denna modell sprider sig för närvarande till många platser i landet. Den bygger fortfarande på ett områdebaserat ansvar för små vårdlag som ger en mera individuell service till patienter – allmänhet. Det föreligger en kontinuerlig övergång mellan kvartersakutmodellen och system med listning, då allmänheten väljer eller förtecknar sig hos valfri läkare inom primärvården.

Primärvårdens utveckling efter HS 90

När riksdagen ställde sig bakom HS 90-planerna avsåg det tiden fram till sekelskiftet år 2000. Nu kan konstateras att redan inom fyra-fem år efter riksdagsbeslutet håller många av principerna i HS 90 på att brytas upp

och andra faktorer för vårdens utveckling är tongivande.

En central tidpunkt för förändringarnas start kan anges till 1989 när landstingsförbundets styrelse tog ett uttalande om generell valfrihet för allmänheten att söka läkare/sjukvård var de vill. Utgångspunkten för detta är att människor i Sverige är förmögna att själva bedöma var och hur de vill få sin vård och är vana att själva fatta beslut i andra sammanhang. De måste då också anförtrors detta när de tar kontakt med sjukvården. Beslutet om valfrihet har i sin tur följts upp med regionala överenskommelser och incitament som ska stimulera konkurrens mellan vårdgivare. En förutsättning för att det ska bli en reell sådan är att pengarna följer patienten och att vårdgivarna får ersättning för prestationer. Full valfrihet leder alltså till ett uppbrott från hittillsvarande planekonomisk styrning och övergång till en mer marknadsorienterat utformad sjukvård.

År 1990 beslöts införande av den s k "Dala-modellen". Dessförinnan hade "Bohus-modellen" redan planerats sedan flera år tillbaka och var på väg att testas på försök. Senare har Stockholms läns landsting beslutat om en liknande modell. Dessa innebär att man tillskapar en marknad inom landstingssystemet där primärvården utgör basen och där pengarna budgeteras och länssjukvården köps från primärvårdsnivå.

Samma år fattade också riksdagen beslut om den s k "Ädel-propositionen". Den innebär att delar av primärvården som är relaterad till äldreården överförs från landsting till primärkommuner. Som en fortsättning på detta riksdagsbeslut kom 1991 ett beslut om försök med primärkommunal primärvård som nu kommer att starta på ett antal platser från och med 1992. Här testas man alltså att hela primärvårdsutbudet samlas inom primärkommunerna bl a för att inte klyva primärvårdsinsatserna mellan äldreården och övrig primärvård.

Full valfrihet leder alltså till ett uppbrott från hittillsvarande planekonomisk styrning och övergång till en mer marknadsorienterat utformad sjukvård

År 1991 kom riksdagens revisorer också med kritik mot sjukvårdshuvudmännen för att inte ha omfördelat resurser i tillräcklig utsträckning från sjukhus till primärvård. Vidare beräknas komma en proposition om s k samordnat kostnadsansvar d v s man samordnar finansieringen av socialförsäkringssystemet för åldersgruppen 18-65 år med sjukvårdsfinansieringen.

Under 1991 presenterades också den s k välgvalsutredningen som beställts av landstingsförbundet. Här redovisas för tre tänkbara framtida scenarier som alla innebär att man skiljer på beställarfunktion och utförarroll.

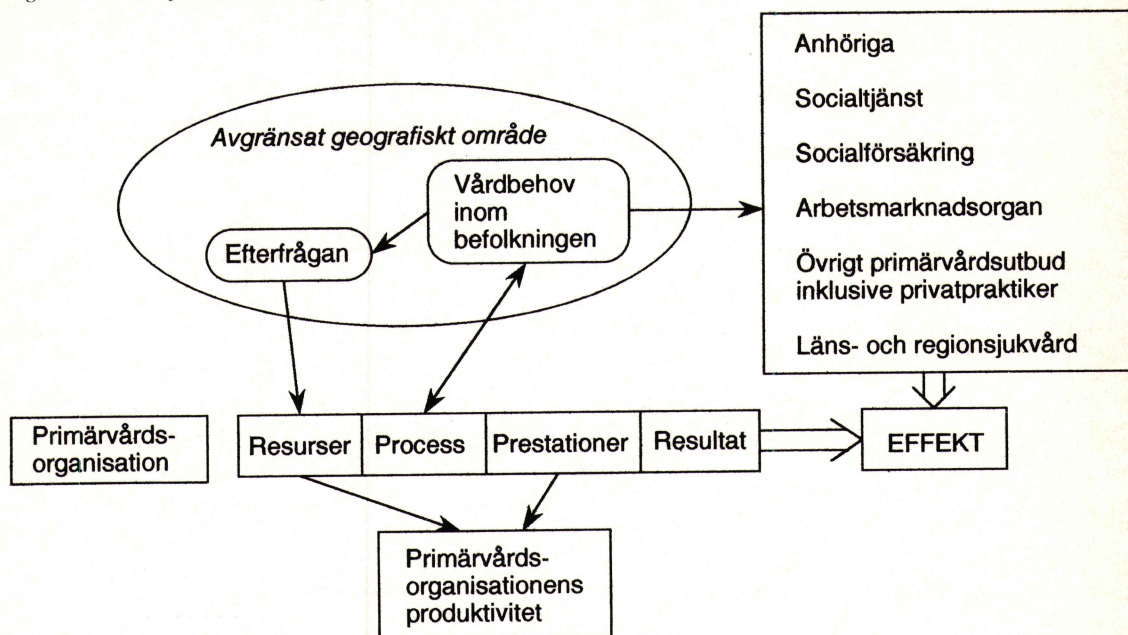
Slutligen har efter valutgången i september 1991 den nya regeringen i sin regeringsdeklaration angett att man avser att införa valfrihet generellt inom sjukvården och införa ett husläkarsystem. Vidare avser man tillsätta en utredning för att se över hela sjukvårdens finansiering.

Vårdmodellernas utvärderingsbarhet

Man kan konstatera att reformerna har varit många i avseende på primärvårdsnivån under de senaste decennierna. Utvecklingen har gått mot mångfald. I praktiken har också en rad olika organisationsmodeller uppkommit. Det kan bara beklagas att dessa inte systematiskt utvärderats så att man kunnat göra jämförelser om effektivitet vad gäller ekonomiska konsekvenser, vårdkvalitet och servicenivå gentemot allmänheten.

De förslag till framtida primärvårdsmodeller som nu diskuteras innehåller oftast någon form av husläkare. I den mån denna innebär en listning hos valfri läkare upphör den automatiska kopplingen till ett områdesansvar som utgjort kärnan i HS-90 modellen. Det som här blir ett stort problem är också utvärderingsarbetet. För att man skall kunna värdera effekten av hälso- och sjukvårdsinsatserna i relation till behov hos en given befolkning måste insatser hos alla vårdinstanser och hos olika läkare kunna hänföras till det område där patienterna är bosatta. Detta ställer nya krav på framtida informationssystem. Därvid måste också kunskap samlas från andra lokalt verksamma samhällsinsatser, såsom socialtjänst, försäkringskassa mm. Därigenom kan följas att "övervältring" av arbetsuppgifter inte sker till andra samhällssektorer. Detta gäller också i högsta grad till länssjukvården. Principen för en sådan

Figur 2. Modell för utvärdering av primärvård.



områdesbaserad utvärderingsmodell framgår av figur 2.

Om man ser på primärvårdens olika funktioner i det perspektiv, som allmänheten vänder sig till sjukvården, kan följande indelning göras:

- man söker sjukvården på grund av oro för att ha drabbats av sjukdom eller ohälsa
- man har en etablerad sjukdom och är orolig för progress eller komplikationer
- man drabbas av en akut livshotande sjukdom eller olycksfall
- man har på grund av sjukdom inskränkningar i livsföringen eller svårigheter att klara sitt dagliga liv och behöver hjälp med att återställa funktioner eller anpassa miljön till effekten av sjukdomen
- man vill förebygga ohälsa
- andra samhällsinstanser behöver hjälp från sjukvården för att klara sina uppgifter i form av intyg, undervisning, hälsovårdsinsatser, handledning osv.

Den situation som man framför allt tänker på vid valfrihet och hushälsarsystem är de två första av ovanstående. Övriga punkter är mera kopplade till ett samhällsutbud där man är bosatt, och där är uppenbart att

områdesansvaret alltför utgör basen i ett primärvårdsutbud. Detta utgör också förutsättningen för att man skall kunna utvärdera och samordna sjukvårdsinsatser i relation till behoven hos befolkningen.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan konstateras att primärvården har en intensiv utvecklingsperiod bakom sig. Många enhetliga modeller har presenterats men verkligheten kännetecknas i stället av mångfald. Det vore önskvärt att alla dessa olika modeller systematiskt kunde utvärderas så att man kan dra nytta av de positiva erfarenheterna därav. Det som kan skapa en viss ängslan för närvarande är tendenserna till att vilja fatta beslut om nya enhetliga modeller som generellt sveps ut över landet. Det vore säkert ett värde i sig att behålla möjligheten till mångfald och lokalt anpassade lösningar. Det som man därvid skulle vilja önska för framtiden är att dessa systematiskt utvärderas vad gäller effekter på hela befolkningen och dess hälsa och välfärd. Endast en områdesbaserad utvärdering kan därvid ta hänsyn till eventuella övervältringseffekter till andra samhällssektorer och göra att man totalt sett kan komma fram till effektivaste möjliga verksamhetsformer.