# Husläkare

## - en enklare och tryggare sjukvård

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Betänkande av kontinuitetsutredningen

SOU 1978:74

# Husläkare

## - en enklare och tryggare sjukvård

Betänkande av kontinuitetsutredningen

SOU 1978:74

126
7

126
7

Statens offentliga utredningar
1978:74
Socialdepartementet

# Husläkare

## – en enklare och tryggare sjukvård

Betänkande av kontinuitetsutredningen

Stockholm 1978

Omslag Håkan Lindström
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-04465-X
ISSN 0375-250X
Gotab, Stockholm 1978

# Till statsrådet Lindahl

Den 18 maj 1977 bemyndigande regeringen statsrådet Troedsson att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda frågan om kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare i den öppna vården m. m. och att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren. Med stöd av bemyndigandet tillkallade statsrådet Troedsson samma dag dåvarande landstingsrådet Gunnar Hjerne såsom särskild utredare.

Att såsom experter biträda utredningsmannen förordnades den 20 juni 1977 avdelningschefen Sven-Eric Bergman, överläkaren Björn Laurell, departementssekreteraren Anders Lindgren, överläkaren Nils Brage Nordlander, biträdande sjukvårdsdirektören Göran Rådö och avdelningschefen Karl-Eric Wictorson, den 12 september 1977 distriktssköterskan Siri Häggmark och fr. o. m. 1 oktober 1977 utredningssekreteraren Ingemar Lindberg.

Utredningsmannen har valt att bedriva utredningsarbetet i nära samråd med samtliga experter. Utredningen har antagit namnet kontinuitetsutredningen.

Som sekreterare åt utredningen förordnades den 20 juni 1977 förste sekreteraren Gunnar Lönnquist och som biträdande sekreterare sekreteraren Ann-Mari Hasselgren.

Kapitlet om den öppna vården i Sverige har i huvudsak författats av leg. läk. Ulf Nicolausson. Den bilaga till betänkandet som avser kontinuitetsindex har författats av pol. mag. Göran Ejlertsson.

Det betänkande som nu överlämnas innehåller förslag till en förbättrad kontinuitet i vården genom uppbyggande av ett husläkarsystem. Utredningsmannen och samtliga experter är eniga om förslagen.

I och med överlämnandet av detta betänkande anser utredningen att den slutfört sitt uppdrag.

Stockholm i november 1978

*Gunnar Hjerne*

*/Gunnar Lönnquist*

*Ann-Marie Hasselgren*

# Innehåll

*Sammanfattning* . . . . . 9

1 *Utredningsuppdraget* . . . . . 15
1.1 Utredningens direktiv . . . . . 15
1.2 Tilläggsdirektiv . . . . . 16
1.3 Utredningens arbete . . . . . 17

2 *Den öppna vården i Sverige* . . . . . 19
2.1 Historisk återblick . . . . . 19
2.1.1 Inledning . . . . . 19
2.1.2 Tjänsteläkarsystemet . . . . . 19
2.1.3 Sjukhusens utveckling . . . . . 22
2.1.4 Sjukhusens öppna vård . . . . . 24
2.1.5 Sjuksköterskor i öppen vård . . . . . 27
2.1.6 Tidigare förslag till åtgärder för att förbättra den öppna vården . . . . . 29
2.1.7 Specialiseringen inom den öppna vården . . . . . 34
2.1.8 Antalet läkarbesök i öppenvård vid olika tidpunkter . 40
2.2 Den öppna vårdens nuvarande omfattning . . . . . 41
2.2.1 Inledning . . . . . 41
2.2.2 Läkartjänster för öppen vård . . . . . 41
2.2.3 Privatläkarvård . . . . . 43
2.2.4 Företagshälsovård . . . . . 44
2.2.5 Distriktsvård m. m. . . . . 45
2.2.6 Organisation och administration av sjukvårdshuvudmännens öppna vård . . . . . 45
2.2.7 Primärkommunal öppen vård . . . . . 46
2.3 Förutsättningar för utvecklingen av den öppna vården . . 47
2.3.1 Inledning . . . . . 47
2.3.2 Sjukvårdshuvudmännens planer, LKELP m. m. . . 48
2.3.3 Personalprognoser . . . . . 51
2.3.4 Vissa centrala utvecklingsprojekt . . . . . 52
2.3.5 Utvecklingen inom angränsande områden . . . . 58

3 *Några aspekter på kontinuitetsbegreppet* . . . . . 63
3.1 Inledning . . . . . 63
3.2 Vårdepisodkontinuitet . . . . . 63

3.3 Långsiktig kontinuitet . . . . . 64
3.4 Kontinuitet i vården . . . . . 65
3.5 Kontinuitetsformernas inbördes beroende . . . . . 67

4 *Allmänhetens och patienternas synpunkter på sjukvården* . . . . 69
4.1 Inledning . . . . . 69
4.2 Patienten i sjukvården – kontakt och information . . . . 69
4.3 Dalbyundersökningen "Attityder till sjukvården" (Malmöhus läns landsting) . . . . . 70
4.4 Enkätundersökningen "Vår sjukvård" (Stockholms läns landsting, 1975) . . . . . 74
4.5 Tre undersökningar 1977 inom Stockholms läns landsting rörande attityder till hälso- och sjukvård samt hälsoinformation . . . . . 75
4.5.1 Befolkningens syn på hälso- och sjukvården, särskilt primärvården . . . . . 75
4.5.2 Personalen och primärvården . . . . . 76
4.5.3 Allmänhetens syn på hälso- och sjukvårdsinformationen . . . . . 77
4.5.4 Slutsatser med anknytning till kontinuitetsproblematiken . . . . . 78
4.6 Intervjuundersökningar i Skaraborgs läns landsting . . . . 79
4.6.1 Kunskaper och åsikter om sjukvården . . . . . 79
4.6.2 Allmänhetens åsikter om sjukvårds- och landstingsinformation . . . . . 80
4.7 "Säg vad du vill", Uppsala läns landsting . . . . . 80
4.8 Dagens Nyheters och Sifos undersökning "Attityder till sjukvården" 1976 . . . . . 81
4.9 Sifoundersökning 1974 . . . . . 82
4.10 Sammanfattande synpunkter . . . . . 83

5 *Redovisning av åtgärder/undersökningar avseende kontinuitetsförhållanden i Sverige* . . . . . 85
5.1 Inledning . . . . . 85
5.2 Allmänna undersökningar m. m. rörande kontinuitet . . . 85
5.2.1 SCB:s undersökning av levnadsförhållanden . . . 85
5.2.2 Läkarförbundets promemoria om patient – läkarkontinuitet i den offentliga sjukvården . . . . . 90
5.3 Redovisning avseende kontinuitetsproblemet i olika sjukvårdsområden . . . . . 92
5.3.1 Stockholms län landsting . . . . . 92
5.3.2 Uppsala läns landsting . . . . . 93
5.3.3 Södermanlands läns landsting . . . . . 93
5.3.4 Östergötlands läns landsting . . . . . 95
5.3.5 Jönköpings läns landsting . . . . . 97
5.3.6 Kronobergs läns landsting . . . . . 99
5.3.7 Kalmar läns landsting . . . . . 100
5.3.8 Gotlands kommun . . . . . 100
5.3.9 Blekinge läns landsting . . . . . 100

5.3.10 Kristianstads läns landsting . . . . . 104
5.3.11 Malmöhus läns landsting . . . . . 104
5.3.12 Malmö kommun . . . . . 108
5.3.13 Hallands läns landsting . . . . . 109
5.3.14 Göteborgs och Bohus läns landsting . . . . . 112
5.3.15 Göteborgs kommun . . . . . 113
5.3.16 Älvsborgs läns landsting . . . . . 118
5.3.17 Skaraborgs läns landsting . . . . . 126
5.3.18 Värmlands läns landsting . . . . . 126
5.3.19 Örebro läns landsting . . . . . 127
5.3.20 Västmanlands läns landsting . . . . . 127
5.3.21 Kopparbergs läns landsting . . . . . 128
5.3.22 Gävleborgs läns landsting . . . . . 129
5.3.23 Västernorrlands läns landsting . . . . . 130
5.3.24 Jämtlands läns landsting . . . . . 133
5.3.25 Västerbottens läns landsting . . . . . 134
5.3.26 Norrbottens läns landsting . . . . . 135
5.3.27 Sammanfattning . . . . . 137

6 *Redovisning av utländska erfarenheter* . . . . . 143
6.1 Inledning . . . . . 143
6.2 Hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark . . . . . 143
6.3 Allmänpraktiker och primärvård i Norge . . . . . 157
6.4 Den öppna hälso- och sjukvården i Finland . . . . . 164
6.5 Familjeläkarsystemet i England . . . . . 177
6.6 Familjeläkare och primärvård – några övriga utländska erfarenheter . . . . . 193
6.6.1 Familjeläkarsystemet i Nya Zeeland . . . . . 193
6.6.2 Österrike . . . . . 197
6.6.3 Schweiz . . . . . 198
6.6.4 Nederländerna . . . . . 201
6.6.5 Canada . . . . . 206
6.6.6 Frankrike . . . . . 208
6.7 Några erfarenheter från Östeuropa . . . . . 210
6.7.1 Inledning . . . . . 210
6.7.2 Antal läkare . . . . . 211
6.7.3 Den öppna vårdens organisation . . . . . 211
6.7.4 Förhållanden i storstäder . . . . . 212
6.7.5 Tjeckoslovakien – särskilda erfarenheter . . . . . 213
6.7.6 DDR – särskilda erfarenheter . . . . . 214
6.7.7 Det fria läkarvalet i DDR, Polen och Tjeckoslovakien 215
6.8 Några huvuddrag i öppenvårdens utveckling i Europa under senare år . . . . . 216
6.8.1 Den öppna vården utanför sjukhus . . . . . 217
6.8.2 Allmänpraktikerna . . . . . 217
6.8.3 Enläkarmottagningar . . . . . 217
6.8.4 Gruppläkarmottagningar . . . . . 218
6.8.5 Hälsocentra och polikliniker . . . . . 218

6.8.6 Allmänläkaren och sjukhuset – ömsesidigt beroende 219
6.8.7 Lagarbete . . . . . 219
6.8.8 Behovet av läkare . . . . . 220
6.9 Allmänläkarna – en yrkeskår på frammarsch . . . . . 221

7 *Överväganden och förslag* . . . . . 225
7.1 Inledning . . . . . 225
7.2 Kontinuitetshinder, förbättringsåtgärder och effekter . . . 226
7.2.1 Hinder för kontinuiteten och försök till förbättringar . 226
7.2.2 Effekter på kontinuiteten av pågående förbättringsförsök . . . . . 227
7.3 Läkarbesökens struktur i offentlig öppenvård . . . . . 228
7.3.1 Sjukhusbesök – primärvårdsbesök . . . . . 228
7.3.2 Medicinska förutsättningar för ökad andel besök utanför sjukhus . . . . . 229
7.3.3 Länsdelssjukhusen . . . . . 230
7.4 Primärvården . . . . . 231
7.4.1 Primärvårdens mål . . . . . 231
7.4.2 Verksamhetsgrenar . . . . . 233
7.4.3 Hälso- och sjukvårdsansvaret . . . . . 233
7.5 Parallella vårdsystem . . . . . 234
7.5.1 Privatläkarnas verksamhet . . . . . 234
7.5.2 Företagshälsovården . . . . . 236
7.5.3 Skolhälsovården . . . . . 236
7.5.4 Förbandssjukvården . . . . . 237
7.6 Kan husläkartanken förverkligas i Sverige? . . . . . 238
7.6.1 Begreppet husläkare/familjeläkare . . . . . 238
7.6.2 Utländska erfarenheter . . . . . 239
7.6.3 Allmänläkar- resp. specialistläkarfunktionen . . . 241
7.6.4 Distriktssköterskan – allmänläkarens motsvarighet på sjuksköterskesidan . . . . . 243
7.6.5 Modeller för ett husläkarsystem . . . . . 243
7.7 Förutsättningar för genomförandet av ett husläkarsystem . 260
7.7.1 Läkartillgång och behov enligt utredningens förslag . 260
7.7.2 Vägar att öka allmänläkartillgången . . . . . 261
7.7.3 Allmänläkarutbildningens innehåll . . . . . 264
7.7.4 Efterutbildning för allmänläkare . . . . . 265
7.7.5 Distriktssköterskетillgången och behov enligt utredningens förslag . . . . . 265
7.7.6 Övrig personal . . . . . 267
7.7.7 Forsknings- och utvecklingsverksamhet inom primärvården . . . . . 267
7.8 Genomförande av förslagen . . . . . 268
7.9 Utredningens förslag i punktform . . . . . 270

Bilaga 1 *Kontinuitetsindex – för jämförande mätningar av kontinuitet* 273

Bilaga 2 *Statligt utvecklings- och stimulansbidrag avseende införande av husläkarsystem* . . . . . 277

# Sammanfattning

Frågan om kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare inom den öppna vården har blivit ett allvarligt problem inom sjukvården. Att vid upprepade läkarbesök hänvisas till olika läkare har hos patienterna ofta skapat en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande. Den ömsesidiga personkännedom och kunskap som är av väsentlig betydelse för ett förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare har på grund härav varit svåra att förverkliga inom den offentliga vården. Mot denna bakgrund har utredningen haft uppdraget (kapitel 1) att framlägga förslag till hur kontinuiteten i vården kan förbättras. Utredningen har härvid också haft att beakta att den öppna vården stegvis bör organiseras som ett system med husläkare och mindre vårdenheter, dvs. en organisation som bl. a. gör det möjligt för patienten att etablera en fast kontakt med ett vårdteam av sjukvårdspersonal, däribland en bestämd läkare. I ett sådant system bör också distriktssköterskornas roll närmare övervägas.

För att bättre förstå den bild som hälso- och sjukvården företer i dag har utredningen inledningsvis blickat bakåt i tiden för att se närmare på öppenvårdens historia och utveckling i vårt land (kapitel 2). Det framgår då att den öppna vården utanför sjukhus alltid präglats av en viss bristsituation. Detta gällde för det gamla tjänsteläkarsystemet, och det gäller även i dag. Dagens situation hänger bl. a. samman med den starka expansion av sjukhusvården som skett under de senaste decennierna. Fram till slutet av 1930-talet var mer än hälften av landets yrkesverksamma läkare sysselsatta utanför sjukhusen. 1970 var motsvarande andel knappt 18 %. I och med sjukhusens expansion har också en övervägande del av den öppna vården förlagts till sjukhusmottagningarna. I dag sker ca 60 % av alla läkarbesök i offentlig vård vid sjukhus. Eftersom sjukhusens verksamhet är uppdelad på olika specialiteter och subspecialiteter har konsekvensen också blivit att den öppna vården kommit att präglas av en ökad specialisering. Denna specialisering har till en del skett på bekostnad av allmänläkarverksamheten. Detta har uppmärksammats i olika sammanhang under årens lopp, inte minst från företrädare för allmänläkarna. En ökad satsning på den öppna vården utanför sjukhus och på allmänläkarsidan föreslogs också så tidigt som 1948 av en av J. Axel Höjer ledd öppenvårdsutredning (SOU 1948:14). Samma tankar kom igen i betänkandet "Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena" (SOU 1958:15) och även i socialstyrelsens principprogram från 1968. Från senare delen av 1960-talet har statsmakterna på olika sätt sökt främja en utveckling av den öppna vården utanför sjukhus bl. a. genom en reformering

av läkarutbildningen. Denna utveckling har dock gått relativt långsamt och den öppna vården i dag kännetecknas av en stor andel sjukhusbesök och därmed en specialistläkarbetonad syn på patientens problem, vilket medfört att helhetssynen på patienten och hennes problem ofta tappats bort.

Begreppet kontinuitet i dessa sammanhang är inte helt entydigt. Det kan inrymma olika aspekter, vilket utredningen närmare utvecklar (kapitel 3). Man kan för det första tala om en kortsiktig kontinuitet – vårdepisodkontinuitet – som avser att patienten får träffa en och samma läkare/vårdgivare vid en serie besök som sammantagna utgör en vårdepisod. För det andra urskiljer utredningen en mer långsiktig kontinuitet som innebär att den enskilde individen har en fast etablerad läkarkontakt som han kan vända sig till vid behov. Det är detta slags kontinuitet som husläkarsystemen representerar. För det tredje kan man tala om kontinuitet i vården, dvs. att det inte skall uppstå några "glapp" i en vårdkedja som innebär att patienten vårdas på olika vårdnivåer och av olika personalkategorier. Enligt utredningens synsätt underlättas kontinuiteten i vården om patienten har en fast vårdgivarkontakt i sjukvårdssystemet som kan utgöra en sammanhållande länk mellan olika vårdinsatser och olika vårdnivåer. För patientens bästa gäller det att finna ett system för hälso- och sjukvården som tillgodoser samtliga kontinuitetsaspekter i rimlig utsträckning.

Allmänheten – de som skall betjänas av hälso- och sjukvården – har i ett flertal undersökningar givit uttryck för hur den vill att sjukvården skall fungera. Utredningen har (kapitel 4) redogjort för några av dessa studier och funnit att den bristande kontinuiteten är det som allmänheten upplever mest negativt i dagens sjukvård. Den ger en känsla av anonymitet och opersonlighet som kan förstärka den ängslan och oro som ofta förekommer i samband med sjukdom m. m. Man vill känna sin läkare och sin sjuksköterska och inte bara se dem som tillfälliga representanter för sjukvårdssystemet. Man vill dessutom att vården skall tillhandahållas vid mindre, närbelägna vårdenheter och inte i samma utsträckning som i dag vid de stora och ofta opersonliga sjukhusen. Man vill självfallet också snabbt kunna komma i kontakt med läkare och sköterska och inte behöva vänta i veckor på ett läkarbesök t. ex.

Att kontinuitetsproblemet är både stort och viktigt visar de ansträngningar som gjorts i landet för att lösa det. Utredningen har samlat upp de erfarenheter som gjorts i de olika sjukvårdsområdena och redovisat dem (kapitel 5). Brist på vidareutbildade läkare – såväl specialister som framförallt allmänläkare – och utbildningssystemets krav på korta tjänstgöringspass vid olika enheter är några av de orsaker som väger tungt med avseende på kontinuitetsproblemet. Betydande framsteg har dock nåtts genom att bl. a. införa långtidsplanering av läkarnas tjänstgöringar och ett systematiserat patientbokningssystem. Samtidigt har man från flera håll framhållit att en mer varaktig och långsiktig kontinuitet endast kan påräknas i primärvården och då i första hand till allmänläkarna. Detta kräver dock ett kraftigt ökat antal allmänläkare. I dag hämmas allmänläkarvården av ett besvärande vakansläge. För att åstadkomma en verkligt god kontinuitet måste såväl vakanserna fyllas som ytterligare allmänläkartjänster inrättas och besättas med ordinarie innehavare.

Utredningen har också inhämtat och redovisat internationella erfarenheter

(kapitel 6). Av särskilt intresse är de hälso- och sjukvårdssystem som Danmark och England representerar. I båda dessa länder finns väl utvecklade husläkarsystem där en övervägande del av befolkningen har en fast läkare att vända sig till. En utveckling mot husläkarsystem synes också pågå i Finland och diskussioner av likartad innebörd förs även i Norge. Gemensamt för de här nämnda länderna och för Europa i övrigt är att primärvården under senare år kommit alltmer i fokus. WHO:s europakontor har t. ex. konstaterat att i många europeiska länder har specialiseringen av sjukvården passerat en nivå som kan anses nödvändig. Den under senare år starka specialiseringstrenden har också försvårat förutsättningarna för allmänläkarvården. Enligt WHO är det hög tid att "rusta upp" allmänläkarverksamheten, eftersom det är allmänläkarna som bör utgöra frontlinjen på läkarsidan i hela sjukvårdssystemet. Insikten om allmänläkarvårdens betydelse ligger väl i linje med den allmänna betoningen på en primärvård som finns tillgänglig nära människorna. Denna primärvård kan dock inte vila enbart på läkare utan en rad andra personalkategorier behövs för att göra primärvården effektiv. Ett genomgående drag i de internationella erfarenheterna är således också att läkarna förses med hjälpresurser av olika slag, i första hand då sjuksköterskor.

Mot bakgrund av allmänhetens önskemål om fasta läkarkontakter och små personliga vårdenheter samt direktivens erinran om att den öppna sjukvården bör organiseras som ett husläkarsystem framlägger utredningen förslag till hur ett husläkarsystem kan förverkligas i Sverige (kapitel 7), ett husläkarsystem som vilar på vårdcentralen som den grundläggande vårdenheten och på allmänläkare och distriktssköterskor som patientens fasta vårdgivare. En vårdcentral bör inte vara större än att där tjänstgör 2–5 allmänläkare + övrig personal. Vid större enheter försvinner lätt personkännedomen. Enheter på 2–5 allmänläkare har också förutsättningar att lokaliseras i invånarnas närmiljö.

Utredningen anger två modeller för hur ett husläkarsystem kan organiseras. I den ena modellen, modell I, är de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna husläkare för sina patienter/invånare, dock utan att varje läkare har ett eget geografiskt ansvarsområde. Invånarna i vårdcentralens betjäningsområde ges möjlighet att välja en av allmänläkarna som sin husläkare. Utgångspunkten bör vara att samtliga medlemmar i ett hushåll väljer en och samma husläkare. Husläkarna skall också ha ett nära samarbete med distriktssköterskorna avseende sina patienter. För att tillgodose kraven på lättillgänglighet och vårdepisodkontinuitet bör vårdplaneringsmetoder av olika slag som t. ex. långtidsplanering av läkarens tjänstgöringar ingå i systemet. Genom att varje allmänläkares patienter kan komma från hela vårdcentralens samlade betjäningsområde kan allmänläkarna komma att få en viss kännedom om hela upptagningsområdet. Samarbetet med distriktssköterskorna kan dock samtidigt försvåras av att läkarens patienter hör till flera olika distriktssköterskor. Distriktssköterskorna skall nämligen liksom idag enligt utredningens förslag ha ett geografiskt avgränsat betjäningsområde.

Utredningen anger därför också en annan modell, modell II, där vårdcentralens samlade betjäningsområde uppdelas på de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna. Varje allmänläkare får således ett speciellt ansvar för

invånarnas hälso- och sjukvård inom ett visst geografiskt område. I denna modell erbjuds invånarna att i första hand välja en viss läkare som sin husläkare, nämligen den läkare som har ansvaret för det område inom vilket vederbörande bor. Inom varje sådant allmänläkardistrikt bör också finnas två distriktssköterskor, vilkas geografiska arbetsområde avgränsas så att varje invånare i princip också får *en* fast distriktssköterskekontakt. Samarbetet mellan läkare och distriktssköterska underlättas härigenom och läkarens möjligheter att bedriva preventiv vård blir också större. Genom vårdplaneringsmetoder och adekvat bemanning kan vårdepisodkontinuitet och lättillgänglighet tillgodoses i samma utsträckning som i modell I. Att allmänläkarna får sina egna geografiska ansvarsområden skall enligt utredningen heller inte innebära att vårdcentralens ansvar för hela upptagningsområdet försvinner. Ingen patient/invånare skall ställas utan läkarhjälp vid vakanser e. d. Enligt utredningens förslag kommer husläkaren och distriktssköterskan att utgöra ett basteam i den samlade hälso- och sjukvårdsorganisationen. De kommer att ha de bästa förutsättningarna för en helhetssyn på och en god kännedom om sina patienter och bör enligt utredningens förslag också bedriva en familjeinriktad hälso- och sjukvård. För att bl. a. underlätta kontakterna mellan husläkare och andra vårdgivare föreslår utredningen att försäkringsbeskeden förses med uppgift om den försäkrades vårdcentral och om så anses lämpligt även med uppgift om husläkare och distriktssköterska. Husläkaren och distriktssköterskan förutsätts också få en ökad roll inom barn- och mödrahälsovården. I takt med primärvårdens utbyggnad bör dess service också öka bl. a. genom ett ökat jouransvar.

Husläkarsystemet bör enligt utredningen ses som ett erbjudande till befolkningen, inte som ett tvingande påbud. Det skall stå var och en fritt att avstå från husläkare om man så vill. Även husläkarsystemet som sådant bör enligt utredningen präglas av flexibilitet. Det inrymmer enligt förslagen därför möjligheter till val och byte av läkare. Utredningen föreslår ej heller något remisstvång inom systemet.

I syfte att kunna förverkliga förslagen till husläkarsystem föreslår utredningen olika åtgärder. I första hand gäller det att öka allmänläkartillgången. Utredningen lägger här fram förslag att dels öka allmänläkarantalet inom det reguljära utbildningssystemet, dels inrätta kompletteringsutbildningar som möjliggör för specialistläkare att övergå till allmänläkarverksamhet. Utredningen föreslår också att distriktssköterskans roll beaktas så att såväl kvantitativa som kvalitativa förutsättningar skapas för hennes insatser inom husläkarsystemet. Den starka betoning på primärvården som utredningen anlägger föranleder också förslag till att primärvården ges ett ökat utrymme inom läkarutbildningen samt att professurer i primärvård/allmänmedicin successivt inrättas för att befrämja ett forsknings- och utvecklingsarbete på området.

Utredningen understryker också att genomförandet av husläkarsystem måste ske stegvis, huvudsakligen beroende på personaltillgången. Samtidigt är det dock angeläget att denna utveckling sker så snabbt som möjligt. Utredningen har därför – förutom förslag till ökat antal allmänläkare och distriktssköterskor – också övervägt tänkbara stimulans- och utvecklingsbidrag till sjukvårdshuvudmännen. Sådana stimulanser kan bl. a. ske inom ramen för nuvarande system med försäkringskasseersättningar till

sjukvårdshuvudmännen. Utredningen föreslår här att överläggningar sker mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i syfte att uppnå en överenskommelse om utveckling av primärvården i enlighet med utredningens förslag och att frågan om ekonomiska stimulansmedel ingår i dessa överläggningar. I en bilaga till betänkandet skisserar utredningen också former för hur ett statligt utvecklings- och stimulansbidrag till sjukvårdshuvudmännen kan anordnas för att ytterligare stimulera uppbyggnaden av ett husläkarsystem.

# 1 Utredningsuppdraget

## 1.1 Utredningens direktiv

Biträdande socialministern, statsrådet Troedsson, meddelade direktiv för utredningen i anförande till statsrådsprotokollet den 18 maj 1977:

"Utvecklingen inom sjukvården under det senaste decenniet har bl. a. präglats av en målmedveten strävan att bygga ut den öppna vården och samtidigt göra den lättare tillgänglig för patienterna. En ökning av antalet distriktsläkare äger rum och antalet vårdcentraler med för patienterna väsentliga hälso- och sjukvårdsuppgifter växer stadigt. I regeringsförklaringen den 8 oktober 1976 betonades att det är angeläget att denna utveckling fortsätter.

Liksom inom samhället i övrigt har sjukvårdspersonalen under senare år fått förkortad arbetstid. För läkarnas del har detta i förening med kompensation i ledighet för jourverksamhet medfört svårigheter med kontinuiteten i arbetet. Genomförandet av läkarnas vidareutbildning (allmäntjänstgöring och specialistutbildning) medför dessutom att underläkarnas tjänstgöringstider på olika enheter blir begränsade.

Inom flera landstingskommuner har man gjort ansträngningar för att underlätta kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare. Ett genomgående drag i de organisationsmodeller som därvid har utvecklats är en strävan efter noggrannare planering av läkarnas tjänstgöring. Härigenom blir det möjligt att planera besöken så att kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare blir bättre.

Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund har i början av år 1976 tillställt landstingen ett underlagsmaterial med uppmaning att tillsätta särskilda "kontinuitetsansvariga" – en läkare och en administratör – för att förbättra kontinuiteten i vården. Som exempel på försöksverksamhet kan nämnas den som bedrivits vid vårdcentralen i Lerum (Spri projekt 3040).

Brist på allmänläkare och specialister medför att man under de närmast kommande åren måste räkna med att många tjänster blir obesatta inom primärvården. Detta innebär att läkartätheten kommer att vara otillräcklig. Denna situation medför svårigheter när det gäller att uppnå god kontinuitet, vilket självfallet gör de strävanden jag här syftar på desto angelägnare.

I regeringsförklaringen framhålls vikten av att stegvis organisera öppenvården som ett system med husläkare och mindre vårdenheter. Avsikten med en sådan organisation är bl. a. att få en bättre kontinuitet i vården genom att göra det möjligt för patienten att etablera en fast kontakt med ett vårdteam av sjukvårdspersonal, däribland en bestämd läkare som hon har förtroende för.

En sådan fast anknytning innebär att läkaren lär känna sin patient och dennes familj, vilket kan ge bättre möjligheter till god diagnos och behandling. Även för patienten är det tryggt att kunna vända sig till en läkare, som är väl förtrogen med hennes problem och den miljö hon lever i. Patienten bör själv avgöra om hon vill ha en egen läkare

(husläkare) och i så fall vilken, givetvis i samförstånd med denne. Såväl allmänläkare och specialister inom den offentliga öppna vården som privatläkare bör kunna inordnas i systemet. Läkarens möjlighet att i angelägna fall göra hembesök bör också ökas.

Olika former av husläkarsystem finns i en rad länder, bl. a. England. Frågan om kontinuitet i vårdkontakterna uppmärksammades också i direktiven till den av mig nyligen tillsatta kommittén (S 1977:02) med uppdrag att utreda sjukvårdens inre organisation. I denna utredning skall behandlas frågor om arbetsorganisation och personalstruktur, medbestämmandelagens konsekvenser för sjukvårdsarbetet m. m. Tyngdpunkten kommer emellertid att ligga i den slutna vårdens problem även om den öppna vården också kommer att beröras. Frågan om kontinuitet i kontakterna inom den öppna sjukvården är dock så viktig att den bör analyseras i särskild ordning.

Den öppna sjukvården bör enligt min mening planeras utifrån patienternas önskemål om läkarkontinuitet och närhetsservice samt – så långt det är möjligt – valfrihet inom sjukvården.

I den öppna vården spelar jämväl distriktssköterskorna en viktig roll. De finns ofta "närmare" patienterna särskilt på glesbygden. Många hälso- och sjukvårdsproblem är av den arten att ett besök hos/av distriktssköterska är ett lika bra alternativ som läkarkonsultation.

Distriktssköterskorna kan genom hembesök lära känna patienterna i deras hemmiljö och därigenom få en mer socialmedicinskt grundad uppföljning. För en mer personlig och decentraliserad sjukvård är distriktssköterskeorganisationen betydelsefull.

Jag anser att det är angeläget att nu samla upp och analysera den erfarenhet man på olika håll har av försöken med bättre läkarkontinuitet i den öppna sjukvården. Med dessa erfarenheter som bas bör sedan olika modeller prövas med syfte att nå största möjliga kontinuitet och valfrihet i vården. Dessa modeller bör vara av värde för landstingen vid genomförandet av den planerade utbyggnaden av den öppna vården och bidra till att möjligheterna till god kontinuitet successivt förbättras. En särskild utredare bör tillkallas för ändamålet. Utredaren bör också kunna beröra distriktssköterskornas roll i sammanhanget.

Utredaren bör i sitt arbete ta del av landstingens erfarenhet och samråda med företrädare för Landstingsförbundet, socialstyrelsen, Spri, Sveriges läkarförbund, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund samt utredningen (S 1977:02) Sjukvårdens inre organisation. Även internationella erfarenheter bör inhämtas. Utredaren bör också i samråd med sjukvårdshuvudmännen ta initiativ till försöksverksamhet med olika lösningar."

För utredningens tolkning av huvuddirektiven hänvisas till kapitel 7 "Överväganden och förslag".

## 1.2 Tilläggsdirektiv

Under utredningsarbetets gång har tilläggsdirektiv utfärdats till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående finansiering av reformer.

Chefen för budgetdepartementet, statsrådet Mundebo, har i anförande till statsrådsprotokollet den 20 april 1978 meddelat följande direktiv:

"En grundläggande förutsättning för en målmedveten reformpolitik och för tryggad sysselsättning i framtiden är att den ekonomiska politiken under de närmaste åren ges en sådan inriktning att balans i samhällsekonomin skapas och att den internationella konkurrenskraften återupprättas. Den tillväxtpotential som finns i den svenska ekonomin måste under de närmaste åren väsentligen reserveras för att återta förlorade marknadsandelar, öka exporten och näringslivets investeringar samt genomföra den

nödvändiga strukturomvandlingen i näringslivet. För den offentliga sektorns del innebär detta att något nämnvärt utrymme för nya kostnadskrävande åtaganden inte föreligger under de närmaste åren."

Budgetministern nämnde sedan olika åtgärder som vidtagits för att uppnå detta syfte och anförde vidare:

"Många av de kommittéer och särskilda utredare som har förordnats av regeringen arbetar, inom ramen för utfärdade direktiv, med omfattande utredningar rörande olika samhällsfrågor. Kommittéernas förslag är ofta av den arten att ett genomförande påverkar statsbudgeten. Med de utgångspunkter rörande den statsfinansiella situationen som tecknats här är det uppenbart att något nämnvärt utrymme för genomförande av kostnadskrävande kommittéförslag inte kommer att föreligga under de närmaste åren. Kommittéerna bör därför noga överväga hur eventuella kostnadskrävande förslag skall kunna finansieras genom omprövning av pågående verksamhet och omfördelning av befintliga resurser inom det område kommitténs förslag avser. Det är också uppenbart att ett förverkligande av nya förslag underlättas om det kan ske successivt. Kommittéerna bör också göra en prioritering mellan angelägna önskemål inom utredningsområdet. Kommittéerna bör vidare så omsorgsfullt som möjligt belysa de indirekta effekter i form av exempelvis ökad administration och byråkrati för myndigheter och enskilda som förslagen kan medföra. Slutligen ligger det i sakens natur att i rådande läge sådana förslag kommer att visa sig enklast att genomföra som inte medför några tillkommande kostnader. Kommittéerna bör därför inrikta sig på att finna sådana lösningar."

## 1.3 Utredningens arbete

Utredningens mest omfattande uppgift har varit att samla upp de erfarenheter som gjorts på skilda håll i landet vad gäller möjligheterna att förbättra kontinuiteten. För detta ändamål har samtliga sjukvårdshuvudmän tillskrivits och ombetts inkomma med rapporter i denna fråga. Studiebesök har också förekommit.

Beträffande utländska erfarenheter har utredningen i några fall haft möjlighet till besök i de berörda länderna. I andra fall har utredningen via utrikesdepartementet tillskrivit ett antal svenska ambassader och hemställt om deras bistånd att besvara vissa frågor avseende respektive lands hälso- och sjukvårdssystem.

På basis av inhemska och utländska erfarenheter har utredningen sedan i sina överväganden och förslag sökt skissera modeller som befrämjar bl. a. kontinuitet och lättillgänglighet i den öppna vården med samtidigt beaktande av vad som krävs för ett förverkligande av sådana modeller.

Utredningen har under sitt arbete haft kontakt och samråd med bl. a. hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04), utredningen (S 1977:02) om sjukvårdens inre organisation och utredningen (A 1976:01) om företagshälsovården och den yrkesmedicinska verksamheten.

# 2 Den öppna vården i Sverige

## 2.1 Historisk återblick

### 2.1.1 *Inledning*

Ursprunget till den organiserade civila hälso- och sjukvården i vårt land var den läkarverksamhet som under 1600-talet bedrevs i de större städerna. Eftersom ett stort antal personer med tvivelaktig utbildning erbjöd allmänheten sina tjänster vid sjukdomar av olika slag och även sålde medikamenter, som stundom kunde vara livsfarliga, befanns det nödvändigt att reglera såväl läkemedelshanteringen som de praktiserande läkarnas verksamhet. År 1663 bildade fyra läkare i Stockholm "Collegium Medicum" som av drottning Hedvig Eleonora fick fullmakt att examinera och i kollegiet upptaga de läkare som ämnade verka i huvudstaden. Medlemmarna i Collegium ålades att mot en särskild taxa utöva enskild sjukvård i staden.

År 1688 utfärdade Karl XI "Kungl. M:ts Medicinalordningar" vari Collegium Medicums privilegier och skyldigheter ytterligare preciserades. All läkarverksamhet i landet omfattades nu av kravet på examen inför Collegium Medicum:

"De samme, som söka att blifva provincial eller andra städers medici, skola i lika måtto vara underkastade examino publico practico, förr än de någon beställning till någon stad eller ort i Wårt rike åtnjuta kunna, och det till den ända, att Wåre undersåtare icke mindre annorstädes än här i Stockholm stad, måge vara trygge och säkre om slike personer."

Collegium Medicum ombildades 1813 till ett kungligt ämbetsverk – Sundhetscollegium – som var föregångare till medicinalstyrelsen (1877) och socialstyrelsen (1968).

### 2.1.2 *Tjänsteläkarsystemet*

Läkarbefattningar som åtnjöt statsbidrag fanns på 1600-talet för läkare inom krigsmakten, läkare vid bruk och hälsobrunnar samt läkare i vissa städers tjänst. Provinsialläkarväsendet, som alltså första gången omnämns i Karl XI:s medicinalordningar, hade till en början en blygsam omfattning. Vid slutet av 1600-talet fanns fyra tjänster lokaliserade till residensstäder. Under 1800-talet blev det vanligt att städer och "menigheter" på landsbygden inrättade egna s. k. distriktsläkartjänster, eftersom det statliga provinsialläkarväsendet byggdes ut alltför långsamt. 1840 tillerkändes dessa läkare

tjänsteårsrätt och 1890 ombildades tjänsterna till "extra provinsialläkare". Vid samma tidpunkt infördes också begreppet "Förste provinsialläkare" för en läkare i varje län, som vid sidan av sin provinsialläkaruppgift fick särskilda administrativa och hälsovårdande uppgifter. (Förste provinsialläkartjänsterna ombildades 1963 till länsläkartjänster.)

Under åren 1890 till 1905 ökade antalet extra provinsialläkartjänster kraftigt, medan de ordinarie statliga tjänsterna låg kvar på oförändrad nivå. Utvecklingen av tjänsteläkarkåren som inkluderar även stads-, köpings- och municipalläkare, framgår av tabell 2.1.

Den första författning, som mer utförligt reglerade tjänsteläkarnas åligganden var 1744 års "Instruktion för prov.doktorer, som af Kronan eller på städernas stater åtnjuta någon viss och ständig lön". 1766 och 1774 utfärdades nya författningar, men någon mer genomgripande förändring åstadkoms inte förrän med instruktionen av år 1822, som i stort sett gällde fram till år 1890, då en helt ny "Läkarinstruktion" trädde i kraft. Vid sidan om föreskrifter för förste provinsialläkare och andra statliga och kommunala tjänsteläkare innehöll denna författning regler beträffande läkarbehörighet och allmänna åligganden för alla läkare i landet. Denna instruktion omarbetades 1911 på vissa punkter, men gällde fram till år 1930, då den "Allmänna läkarinstruktionen" trädde i kraft. I och med landstingens övertagande av provinsialläkarna år 1963 infördes vissa av provinsialläkaruppgifterna i sjukvårdskungörelsen, och den allmänna läkarinstruktionen fick en ny utformning som – med smärre förändringar – fortfarande gäller.

**Tabell 2.1 Utvecklingen av det svenska tjänsteläkarsystemet. Sammanställning av vissa läkartjänster i öppen vård under olika tider**

| Tjänstebenämning | Antal tjänster vid utgången av år | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1700 | 1773 | 1840 | 1890 | 1905 | 1920 | 1940 | 1950 | 1956 | 1960 | 1965 | 1970 |
| 1:e provinsialläk[a] | – | – | – | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Bitr. 1:e prov.-l.[b] | – | – | – | (13) | (22) | (24) | (24) | (24) | (24) | (24) | 13 | 15 |
| Provinsialläkare | 7 | 32 | 47 | 138 | 139 | 200 | 337 | 562 | 599 | 611 | 743 | 1 023 |
| Extra prov.-läk. | – | – | 24 | 73 | 169 | 112 | 27 | –[c] | – | – | – | – |
| Stads-, köpings- och municipalläk. | 6 | 11 | 53 | 134 | 155 | 188 | 204 | 219 | 257 | 269 | 213 | 66[d] |
| Summa tjänsteläk. | 13 | 43 | 124 | 369 | 487 | 524 | 592 | 805 | 880 | 904 | 993 | 1 128 |
| Folkmängden i riket, milj. | 1,5 | 2,1 | 3,2 | 4,8 | 5,3 | 5,9 | 6,4 | 7,0 | 7,3 | 7,5 | 7,8 | 8,1 |
| Antal invånare per tjänsteläk. 1 000-tal | 115 | 48,8 | 25,8 | 13,0 | 10,9 | 11,3 | 10,8 | 8,7 | 8,3 | 8,3 | 7,8 | 7,2 |

[a] Fr. o. m. 1963 benämnes dessa länsläkare.
[b] Fram till 1963 utgjorde dessa tilläggsuppdrag (arvodestjänster) för provinsialläkare, varför de här satts inom parentes. Efter 1963 inrättades tjänster för bitr. länsläkare.
[c] Särredovisas ej efter 1950, extratjänsterna omvandlades successivt till ordinarie provinsialläkartjänster och upphörde helt efter 1963.
[d] Från 1968 ingick stadsdistriktsläkartjänsterna helt i provinsialläkarorganisationen.
Källor: Kommittébetänkande 1887 angående rikets indelning i läkardistrikt m. m., SOU 1948:14, SOU 1958:15, Socialstyrelsens statistik.

Huvuduppgiften för provinsialläkare liksom andra kategorier av tjänsteläkare var att meddela sjukvård mot en viss taxa åt distriktets invånare. Därjämte inrymdes ett antal skyldigheter av medikolegal karaktär som rättsmedicinska undersökningar, apoteksvisitationer m. m. Från och med år 1822 intogs allmänna hälsovårdsuppgifter, som bl. a. framgår av 8 § i instruktionen:

"Utom denna skyldighet, att biträda de sjuke inom distriktet, som hans hjelp anlita, bör prov.-läkaren äfven fästa sin uppmärksamhet på allt, som kan bidraga, att bibehålla innevånarnes helsa, samt på allt, som för helsan kan medföra skadeliga följder. Han bör för detta ändamål, då tillfälle dertill gifves och isynnerhet under sina embetsresor, taga noga kännedom om sitt distrikt till dess medicinskt topografiska beskaffenhet, särskilda folklynne och lefnadssätt, allmogens boningshus, dess barns fysiska uppfostran, allmänt brukliga huskurer m. m. hvaruti allt han vid alla tillfällen bör upplysa om det rätta och motarbeta det skadliga, och hvarvid han, liksom i många fall, bör kunna räkna på kraftigt biträde af presterskapet. Särdeles bör han vara uppmärksam på beskaffenheten av allmogens dryck och födoämnen, när deraf, vid inträffad missväxt, otjenlig väderlek vid bergningstiden eller andra tillfälligheter, farsoter eller skada kunna befaras; och då anmäla förhållandet hos landshöfdingen, för att genom dess åtgärd och allmänna kungörelser ännu kraftigare afböja hvad för innevånarnes helsa kunde vara af menligt inflytande."

Utförliga bestämmelser om åtgärder vid uppkomst av allmännare sjuklighet, farsoter samt veneriska sjukdomar intogs också i instruktionen och särskild vikt lades vid rapporteringen till sundhetskollegium.

Trots att sålunda föreskrifter om sjukdomsförebyggande åtgärder tidigt infördes i provinsialläkarinstruktionen, diskuterades redan i mitten av 1800-talet om inte dessa uppgifter borde läggas på en särskild kår av "sundhetsinspektörer" dvs. läkare med särskild utbildning, som för att rätt kunna fylla sin uppgift icke alls borde befatta sig med sjukvården. Sundhetskollegium föreslog i skrivelse till Konungen redan år 1844 att "förste provinsialläkartjänster" skulle inrättas i varje län. Då detta förslag ej föranledde någon åtgärd, återkom sundhetskollegium och sedermera medicinalstyrelsen gång på gång med förnyade förslag för att förstärka hälsovårdsinsatserna. Bl. a. föreslog medicinalstyrelsen att instruktionen för provinsialläkarna skulle ändras så att läkaren hade skyldighet att endast i den mån hans övriga tjänstegöromål medgav det, meddela enskild sjukvård. Inte heller detta förslag vann statsmakternas gillande. Sedan den allmänna hälsovården genom 1874 års hälsovårdsstadga fått en fastare utformning och uppgifterna på detta område genom den tekniska och den medicinska utvecklingen blivit alltmer komplicerade, fanns det i slutet av århundradet ett bättre underlag för genomförande av förslaget om förste provinsialläkare på länsplanet. De administrativa uppgifterna koncentrerades härmed på de förste provinsialläkarna, men samtliga provinsialläkare hade fortfarande åligganden på hälsovårdens område. Främst av ekonomiska skäl bibehölls dock de sjukvårdande uppgifterna även för förste provinsialläkare, som dock för biträde i sjukvården också fick "biträdande provinsialläkare". 1885 års kommitté som förberedde 1890 års reform av tjänsteläkarväsendet diskuterade också om inte även de rättsmedicinska uppgifterna borde läggas på särskilda härför utbildade läkare i stället för att vara en uppgift för samtliga tjänsteläkare. Av flera skäl, främst ekonomiska, avstod dock kommittén från att lägga ett

förslag i denna fråga.

1938 framlade medicinalstyrelsen ett förslag till ny provinsialläkardistriktsindelning. Styrelsen uppehöll sig därvid vid det stora antalet nytillkommande uppgifter som genom samhällsreformerna kommit att åläggas provinsialläkarna, särskilt på det socialhygieniska området. Distriktsvård, dispensärvård och förebyggande mödra- och barnavård nämndes som exempel och styrelsen diskuterade därefter ett förslag att tjänsteläkarnas åligganden skulle uppdelas på "socialmedicinskt verkande läkare" å ena sidan och sjukvårdande läkare å den andra. I de större städerna hade man redan erfarenheter av särskilda läkare med uppgifter på hälsovårdens, socialmedicinens och socialhygienens områden. Medicinalstyrelsen ansåg sig dock inte kunna rekommendera en liknande uppdelning av tjänsteåliggandena för landsbygdens läkare utan föreslog, att provinsialläkarorganisationen i princip borde bibehållas.

Tjänsteläkarsystemet avvecklades i och med 1972 års ändring i sjukvårdslagen då provinsialläkare och stadsdistriktsläkare etc. ersattes av det enhetliga begreppet distriktsläkare.

### 2.1.3 *Sjukhusens utveckling*

Vård av sängliggande sjuka anordnades i gångna tider i regel i den sjukes hem. Om läkare anlitades, svarade han för alla medicinska åtgärder; han tillredde och delade mediciner etc. Någon sjukvårdsutbildad biträdespersonal fanns ej förrän i slutet av 1800-talet, utan omvårdnadsuppgifterna sköttes främst av anhöriga och tjänstefolk samt i vissa fall av nunnor, diakonissor och liknande. Ur de anstalter för fattigsjukvård och vård av psykiskt sjuka som i vårt land funnits sedan medeltiden (helgeandshus, hospital etc.) utvecklades under slutet av 1700-talet det moderna sjukhusväsendet. Det första egentliga lasarettet var Serafimerlasarettet som inrättades 1752. År 1765 uppmanade ständerna "stift, län eller landsorter" att insamla medel för att inrätta lasarett och under de följande decennierna tillkom flera sådana anstalter ute i landet.

Genom 1763 och 1766 års "hospitalsordningar" drogs en bestämd gräns mellan de rena fattigvårdsinrättningarna och hospitalen, som skulle vara anstalter för sinnessjuka och personer behäftade med smittsamma och obotliga sjukdomar. Skillnaden mellan hospital och lasarett beskrivs i ett Kungl. brev år 1828, vari "hospitalsfonden" befrias från att erlägga bidrag till lasaretten.

Sedan länen genom 1862 års förordning om landsting fått en representation som ägde att "rådslå och besluta om för länet gemensamma angelägenheter", övergick huvudmannaskapet för lasaretten år 1864 till landstingen. Sundhetskollegiet hade överinseendet beträffande rent medicinska frågor och svarade bl. a. för utnämningen av läkare vid lasaretten.

En förutsättning för utvecklingen av sjukhusvården var att även den personal som biträdde läkarna vid vården fick medicinsk utbildning. Den första egentliga sjuksköterskeskolan i vårt land inrättades vid Diakonissanstalten i Stockholm år 1851. På 1860-talet utbildades sjuksköterskor, som i händelse av krig skulle biträda med militär sjukvård, av "Föreningen för frivillig sjukvård i fält" vilken 1886 bytte namn till "Svenska föreningen Röda korset". 1891 öppnades Röda korsets elevhem vid Sabbatsbergs sjukhus i

Stockholm och vid samma tidpunkt invigdes Sophiahemmet med sjuksköterskeskola och sjukhem. Sjuksköterskeutbildning anordnades också vid olika lasarett i landsorten under 1800-talets senare del.

Anstalter för sluten vård differentierades relativt tidigt för att ta hand om olika patientkategorier. Uppdelningen på institutioner för kroppssjukvård resp. sinnessjukhus kan sägas vara det första ledet i sjukvårdens specialiseringsprocess. Särskilda anstalter för barnsjukvård uppstod också tidigt. Epidemisjukhusen kan historiskt föras tillbaka till medeltidens bestämmelser om särskild anstaltsvård för personer med smittsamma sjukdomar. Egentliga epidemisjukhus tillkom dock först 1875. Under senare delen av 1800-talet uppfördes på olika håll i landet sanatorier för tuberkulosvård, specialsjukhus för kirurgisk tuberkulosvård och institut för behandling av hudtuberkulos. De s. k. kustsanatorierna tillkom genom att frivilliga medel insamlades och på samma sätt tillkom s. k. vanföreanstalter. Verksamheten vid dessa institutioner stabiliserades genom statsbidrag och i början av 1900-talet fanns ett stort antal institutioner för olika slags specialiserad vård.

Specialiseringen inom lasaretten fortskred också tämligen raskt genom att dessa delades i avdelningar för kirurgisk och medicinsk vård och försågs med avdelningar för röntgendiagnostik och -behandling osv. De större lasaretten var snart indelade i ett tiotal olika kliniker och vid storstädernas sjukhus samt de statliga undervisningssjukhusen drevs specialiseringen ännu längre. Sålunda delades t. ex. den kirurgiska verksamheten i särskilda avdelningar för urologi, thoraxkirurgi, neurokirurgi etc.

Den medicinska utvecklingen under 1900-talet har krävt en allt starkare koncentration av de specialiserade resurserna, och kravet på en helhetssyn och behovet av samarbete mellan olika specialister för att höja vårdkvaliteten

**Tabell 2.2 Utvecklingen av antalet civila läkartjänster 1920–1970**

| Läkartjänster | 1920 | 1930 | 1935 | 1943 | 1950 | 1955 | 1960 | 1965 | 1970 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tjänsteläkare[a] | 524 | 562 | 568 | 611 | 805 | 869 | 904 | 993 | 1 318 |
| Sjukhusläkare vid anstalter för tuberkulosvård | 84 | 103 | 105 | 144 | 133 | 122 | 122 | 122 | 49 |
| Sjukhusläkare vid andra kroppssjukhus | 357 | 546 | 703 | 1 094 | 1 927 | 2 656 | 2 949 | 3 881 | 5 295 |
| Sjukhusläkare för vård av psykiskt sjuka | 63 | 98 | 144 | 176 | 239 | 317 | 529 | 610 | 805 |
| Läkare vid medicinska undervisningsantalter | 102 | 156 | 160 | 194 | 342 | 195 | –[b] | – | – |
| Vissa andra befattningar med tjänsteårsrätt[c] | 199 | 168 | 177 | 236 | 134 | 166 | –[d] | – | – |
| Summa tjänster | 1 329 | 1 633 | 1 857 | 2 455 | 3 580 | 4 325 | 4 504 | 5 606 | 7 467 |

[a] Förste provinsialläkare, (länsläk.) provinsialläkare, extra provinsialläkare, stads-, köpings- och municipalläkare. (År 1970 inkluderas 190 specialistläkare.)

[b] Särredovisas ej efter detta år. Tjänsterna ingår i redovisning av tjänster vid sjukhus för somatisk och psykiatrisk vård.

[c] Fängelseläkare, järnvägsläkare samt vissa administrativa tjänster.

[d] Särredovisas ej efter detta år.

Källa: Sveriges officiella statistik; Allmän hälso- och sjukvård 1920–1970.

**Tabell 2.3 Tjänsteläkares och privatpraktiserande läkares andel av läkarkåren (yrkesverksamma läkare) under tiden 1886–1970**

| År | Antal yrkesverksamma läkare | Provinsialläkare och extra provinsialläkare | | Kommunala läkartjänster | | Summa tjänsteläkare | | Privatpraktiserande läkare | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| 1886 | 728 | 125[a] | 17,1 | 56 | 7,7 | 181 | 24,8 | 435 | 59,8 |
| 1920 | 1 634 | 275 | 16,8 | 170[a] | 10,4 | 445 | 27,2 | 555 | 34,0 |
| 1930 | 2 239 | 327 | 14,6 | 180[a] | 8,0 | 507 | 22,6 | 791 | 35,3 |
| 1935 | 2 639 | 338 | 12,8 | 180[a] | 6,8 | 518 | 19,6 | 973 | 36,9 |
| 1940 | 3 242 | 351 | 10,8 | 200[a] | 6,2 | 551 | 17,0 | 994 | 30,7 |
| 1945 | 3 850 | 385 | 10,0 | 200[a] | 5,2 | 585 | 15,2 | 1 000[b] | 26,0 |
| 1950 | 4 894 | 516 | 10,5 | 200[a] | 4,1 | 716 | 14,6 | 1 000[b] | 20,0 |
| 1955 | 5 699 | 499 | 8,8 | 225[a] | 3,9 | 724 | 12,7 | 1 000[b] | 17,5 |
| 1960 | 7 127 | 494 | 6,9 | 240[a] | 3,4 | 734 | 10,3 | 1 000[b] | 14,0 |
| 1965 | 8 514 | 596 | 7,0 | 200 | 2,3 | 796 | 9,3 | 1 000[b] | 11,7 |
| 1970 | 10 558 | 798 | 7,6 | 63 | 0,5 | 861 | 8,1 | 1 000[b] | 9,4 |

[a] Antalet tjänster minskat med 10 % (genomsnittlig vakanssiffra).
[b] Ungefärligt antal, antages motsvara heltidsarbetande läkare.
Källor: Kommittébetänkande 1887 angående rikets indelning i läkardistrikt m. m., Allmän hälso- och sjukvård 1920–1970.

har lett till att de isolerade och ofta avsides liggande specialsjukhusen och vårdanstalterna har övertagits av sjukvårdshuvudmännen och inordnats i lasarett eller omstrukturerats till sjukhem, konvalescenthem osv.

Den starka expansionen av sjukhusvården och den relativt svaga utvecklingen av tjänsteläkarsystemet mellan åren 1920 och 1970 återspeglas i tabell 2.2 som visar utvecklingen av de civila läkartjänsterna i vårt land.

Fram till slutet av 1930-talet var mer än hälften av landets yrkesverksamma läkare sysselsatta utanför sjukhusen, vilket framgår av tabell 2.3 där antalet yrkesverksamma tjänsteläkare och privatpraktiserande läkare vid olika tidpunkter jämförs med hela läkarkåren.

Av tabellen framgår att tjänsteläkare och privatpraktiker tillsammans utgjorde 86 % av de yrkesverksamma läkarna år 1886. År 1920 utgjorde dessa läkargrupper 61 % av kåren, 1940 48 %, 1950 35 %, 1960 24 % och 1970 endast 17,5 %. Antalet tjänsteläkare fördubblades i stort sett från 1920 till 1970, liksom det uppskattade antalet privatpraktiserande läkare. Totala antalet yrkesverksamma läkare 1970 var mer än sex gånger så stort som antalet år 1920. Den övervägande delen av detta tillskott har gått till den expanderande sjukhusvården.

### 2.1.4 *Sjukhusens öppna vård*

I och med att sjukhus och lasarett byggdes ut och specialiserades, blev det också vanligt att öppen vård lämnades av läkarna där. Det blev naturligt att personer med olycksfallsskador eller akuta sjukdomar sökte direkt på sjukhusen – med förbigående av de praktiserande läkarna. Patienter som uppsökte sjukhusen för att bli inlagda, men som inte var i behov av sluten vård, kunde icke avvisas utan att ha fått konsultera en sjukhusläkare, och vid

flertalet sjukhus utvecklades en öppen mottagning för eftervård av de patienter som varit intagna för sluten vård. Detta motiverades dels av att patienterna i regel kände större trygghet då de fick träffa samma läkare som haft hand om vården på sjukhuset, dels också av att läkaren hade intresse av att följa sjukdomsförloppet även en tid efter utskrivningen från sjukhuset. Forsknings- och undervisningsintressen spelade här också en stor roll. Redan vid slutet av 1800-talet ökade sålunda tillströmningen av patienter i öppen vård vid sjukhusen.

Utvecklingen av sjukhusens öppna vård var till en början mest markant vid kroppssjukhusen och speciellt för de s. k. opererande specialiteterna, eftersom sjukhusen där förfogade över bättre resurser än läkarna utanför sjukhusen. I takt med att de invärtesmedicinska disciplinerna utvecklade diagnostik och behandling med anlitande av olika laboratorieresurser och "apparater" av olika slag, ökade den öppna vården även vid dessa kliniker. Inom den psykiatriska vården har sjukhusanknuten öppen vård utvecklats senare än inom kroppssjukvården, men i och med att de psykiatriska lasarettsklinikerna byggdes upp fick även dessa svara för en ansenlig öppen vård.

En särskild form av specialiserad öppen vård uppstod i slutet av 1800-talet vid de större städernas sjukhus genom de s. k. poliklinikerna, som var avsedda för kostnadsfri eller taxebunden mottagning. Utanför sjukhusen anordnades också s. k. fristående polikliniker för vissa sjukdomar. Under åren 1920–1945 ökade besökstalen betydligt vid poliklinikerna, vilket tydde på att allmänheten hyste förtroende för denna vårdform, trots vissa olägenheter som långa väntetider i överfyllda väntrum, en uppdriven arbetstakt hos läkaren och i viss mån ett opersonligt bemötande.

Utvecklingen av poliklinikverksamheten i de större städerna belyses i tabell 2.4. Siffrorna avser antalet patienter och inte "besök".

I slutet av 1940-talet övergick man till att redovisa antalet besök i öppen vård vid sjukhusen, och därvid sammanfördes besök från poliklinikerna med redovisningarna från läkarnas "egna" mottagningar vid sjukhusen. I "Allmän hälso- och sjukvård" årgång 1949 uppges det att lasaretten redovisat 4,2 milj. besök för året. Enligt då gjorda beräkningar gjorde patienterna vid lasarettens öppna vård i genomsnitt vardera 2,7 besök. Det antogs därför att

**Tabell 2.4 Patienter vid vissa polikliniker 1921–1943**

| Polikliniker | Redovisat patientantal | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1921 | 1930 | 1940 | 1943 |
| Stockholms stad | 128 887 | 222 728 | 228 481 | 337 457 |
| Göteborg | 23 137 | 38 475 | 76 669 | 130 350 |
| Malmö | 6 577 | 9 801 | 32 370 | 44 093 |
| Lasarettet i Lund | 14 662 | 27 563 | 38 895 | 38 150 |
| Uppsala akademiska sjukh. | – | 22 767 | 10 354 | 13 834 |
| Summa patienter | 173 263 | 321 334 | 386 769 | 563 884 |

Källor: Allmän hälso- och sjukvård 1921, 1930, 1940 och 1943.

1,6 milj. patienter omhändertagits vid lasarettens öppna mottagningar under 1949.

En intensiv och tidvis bitter diskussion om poliklinikernas för- och nackdelar fördes under 30- och 40-talen mellan företrädare för staten, de kommunala huvudmännen och läkarförbundet. Olika tolkningar av begreppet poliklinik gjorde debatten komplicerad, men i grunden gällde striden frågan om den öppna vården skulle drivas av sjukvårdshuvudmännen eller av läkarna själva. Läkarförbundet redovisade 1944 en utredning som gjorts av förbundets "polikliniksakkunniga". Denna utmynnade i ett avståndstagande från poliklinikformen på grund av bl. a. långa väntetider för patienterna, pressad arbetstakt och låg inkomst för läkarna m. m. Utredningen rekommenderade i stället för polikliniker bl. a., att tjänsteläkarkåren skulle utökas med specialläkare inom flera discipliner än den invärtesmedicinska, att de privatpraktiserande läkarna skulle teckna kontrakt med kommunen samt en utökad jourtjänst bland de självständigt verkande läkarna.

Medicinalstyrelsen polemiserade i utredningen om den öppna läkarvården 1948 (SOU 1948:14) mot läkarförbundets poliklinikutredning och påpekade bl. a. att förbundets utredare icke gjort några jämförelser mellan poliklinikverksamheten och den av läkarna i egen regi bedrivna öppna vården vid sjukhusen. Medicinalstyrelsen föreslog följande definition av termen poliklinik: ". . . en av samhälle eller institution anordnad, utrustad och driven, kostnadsfri eller taxebunden tidsbeställd mottagning för öppen hälso- och sjukvård." Härigenom uteslöts jour- och olycksfallsmottagningar från definitionen, men såväl förebyggande hälsovård (t. ex. tuberkulosdispensärer) som sjukvårdande mottagningar kunde ingå i begreppet poliklinik. På sikt borde man dock enligt styrelsen avskaffa poliklinikbegreppet och förse öppenvårdsmottagningar av olika slag med bättre beteckningar så snart man enats om organisationen av verksamheten.

Trots att redan 1920 års lasarettsstadgekommitté föreslagit, att sjukvårdshuvudmännen skulle ha ett lagstadgat ansvar för sjukhusens öppna vård, och att denna för sjukhusläkarna skulle vara ett åliggande i stället för en rättighet, reglerades denna vård inte i lagstiftningen förrän i 1959 års sjukhuslag. Sjukhusens öppna vård betraktades med andra ord dessförinnan som läkarnas privata angelägenhet. Att vården ändå till större delen blev taxebunden vid polikliniker och sjukhusmottagningar reglerades genom överenskommelser mellan läkarna och huvudmännen.

1928 års sjukhuslag innehöll bl. a. följande bestämmelser ang. den öppna vården vid sjukhusen:

"12 § Där sjukhusläkare, som avses i 2 § 2 mom. med sjukhusberedningens medgivande å sjukhuset anordnar mottagning för öppen sjukvård, äger beredningen bestämma, om och i vad mån läkaren skall lämna ersättning för användande av sjukhusets lokaler, instrument, förbandsartiklar och övriga hjälpmedel samt för biträde, som lämnas av den vid sjukhuset jämte läkaren anställda personalen."

Om huvudmannen och läkarna inte kunde komma överens om taxorna vid av huvudmannen anordnade mottagningar, t. ex. polikliniker, skulle frågan hänskjutas till medicinalstyrelsen, som fastställde taxan.

Då skyldigheten för landsting att bereda öppen vård på sjukhus skulle

lagfästas (vilket alltså skedde först i 1959 års sjukhuslag), var det ännu icke ifrågasatt, att landstingen skulle förpliktas att tillhandahålla öppen vård även utanför sjukhusen. Stor uppmärksamhet ägnades därför frågan om hur sjukhusens öppna vård skulle avgränsas. Bestämmelsen erhöll följande lydelse (4 §):

"Vid sjukhus, som befinnes lämpligt för ändamålet, skall sjukvård jämväl beredas vårdsökande, som icke är i behov av intagning på sjukhuset (öppen vård). Öppen vård skall företrädesvis avse sådan vård, som icke lämpligen kan erhållas annorstädes än på sjukhuset, och må bedrivas endast i den utsträckning, som med hänsyn till den slutna vården och övriga omständigheter bedömes skälig.

Utan inskränkningar som nu sagts må vid sjukhus eller i anslutning till sjukhus inrättas särskild avdelning avsedd för öppen vård."

I förarbetena till lagen anges att det var väsentligt, att sjukhusens öppna vård begränsades till specialistvård, alltså den vård som sjukhusens dyrbara utrustning och specialutbildade läkare var avsedd att ge.

I och med att landstingens skyldighet att bereda öppen vård genom 1963 års sjukvårdslag utvidgades till att omfatta alla former av öppen vård (bl. a. även provinsialläkarvården) ansågs någon anledning inte längre föreligga att i lagen reglera i vilken omfattning sådan vård skall bedrivas på sjukhus, eller överhuvudtaget att särskilt framhäva denna gren av den öppna vården. I sjukvårdslagen upptogs därför inte någon motsvarighet till ovan citerade bestämmelse (4 §) i vidare mån än att en kortfattad bestämmelse av följande lydelse intogs i lagen:

"Öppen vård på sjukhus må icke bedrivas på sådant sätt att den inkräktar på den slutna vården."

Vid 1972 års revision av sjukvårdslagen utgick även denna bestämmelse, då den inte ansågs påkallad av något praktiskt behov. Detta kan sättas i samband med att läkarnas ersättning för öppen vård radikalt förändrades i samband med "7-kronorsreformen" den 1 januari 1970.

### 2.1.5 *Sjuksköterskor i öppen vård*

De äldsta anorna när det gäller annan personal än läkare i hälsovårdsarbetet har barnmorskeinstitutionen. Såväl i städerna som på landsbygden hade dessa självfallet en viktig funktion att fylla. Redan 1682 öppnades en barnmorskeläroanstalt i Stockholm och det stadgades i lag, att ingen fick utgiva sig som barnmorska som ej blivit examinerad av en "stadsphysicus". 1778 öppnades en barnmorskeanstalt i Skåne och 1856 en i Göteborg. Det var till en början svårt att få kommunerna att kosta på sig utgiften för anställande av examinerad barnmorska, och även om kommunen gjorde så, hände det att barnaföderskorna hellre anlitade de gamla självlärda "jordegummorna". Så småningom blev barnmorskorna dock populära och de anlitades ej endast vid förlossningar utan även vid sjukdomsfall. Barnmorskorna var länge den bästa hjälp en provinsialläkare kunde få till vakning och tillsyn hos sjuka. Enligt 1822 års instruktion skulle provinsialläkaren även ha tillsyn över de barnmorskor som var verksamma inom hans distrikt, en bestämmelse som levt kvar till 1963. (Numera utser sjukvårdsstyrelsen den läkare som skall vara förman för barnmorskor i öppen vård.)

När i modern tid den förebyggande mödravården infördes i vårt land, fick distriktsbarnmorskorna självskrivna uppgifter i förvården, och i takt med att hemförlossningarna avtagit har distriktsarbetet helt inriktats på hälsovård och rådgivning t. ex. beträffande preventivmedel.

Under tiden före sjukhusens utbyggnad var det vanligt, att utbildade sjuksköterskor deltog i vården av sängliggande sjuka i hemmen, under ledning av tjänsteläkare eller privatpraktiserande läkare. I början av 1900-talet hade t. ex. Röda korsets sjuksköterskeskola som villkor för eleverna att de efter avslutad utbildning under 1 1/2 års tid mot ersättning skulle tjänstgöra i privatvård för föreningens räkning. Röda korset hade inrättat en särskild platsförmedlingsbyrå, till vilken såväl kommunala huvudmän som enskilt praktiserande läkare och deras patienter kunde vända sig.

I de större städerna anställdes sjuksköterskor för hälso- och sjukvårdande uppgifter t. ex. för medellösa och åldringar. I samband med epidemivårdens ordnande på landsbygden anställdes de första distriktssköterskorna åren 1900 och 1901.

De flesta av sjuksköterskorna på landsbygden anställdes för epidemivård, men relativt snart kom även andra hälso- och sjukvårdsuppgifter in i deras arbete. Kommuner, församlingar, större bruk och egendomar anställde också sjuksköterskor för olika uppgifter. Från 1910 anordnades särskild utbildning i tuberkulosvård och ett relativt stort antal dispensärsköterskor anställdes under de följande åren för förebyggande verksamhet. År 1901 var 153 sjuksköterskor anställda på landsbygden och 1910 hade antalet stigit till 352. Utvecklingen av vissa tjänster för sjuksköterskor i öppen vård samt de enskilt verksamma sjuksköterskorna och barnmorskorna framgår av tabell 2.5.

Från år 1920 utgick statsbidrag till kommuner och landsting som anordnade distriktsvård enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan. Från 1935 utgick statsbidrag endast till landstingsdriven distriktsvård. Dessa statsbidrag har numera upphört.

**Tabell 2.5 Tjänster för sjuksköterskor i öppen vård och barnmorskor 1920–1975**

| År | Sjuksköterskor i öppen vård | | | | Barnmorskor | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Distriktssköterska | Dispensärsköterska | Övriga tjänster[a] | Enskild verksamhet | Distriktsbarnmorskor[c] | Förlossningsanstalt | Enskild verksamhet |
| 1920 | 878 | –[b] | –[b] | 722 | 2 189 | 57 | 776 |
| 1925 | 735 | 229 | –[b] | 1 001 | 2 217 | 66 | 660 |
| 1935 | 560 | 263 | 533 | 1 044 | 1 712 | 119 | 446 |
| 1943 | 1 120 | 133 | 575 | 735 | 1 184 | 298 | 286 |
| 1955 | 1 705 | –[b] | –[b] | –[b] | 659 | 606 | – |
| 1965 | 1 818 | – | –[b] | –[b] | 434 | 738 | – |
| 1970 | 1 977 | – | –[b] | –[b] | 421 | 815 | – |
| 1975 | 2 714[d] | – | –[b] | –[b] | 560 | 1 121 | – |

[a] Kommunala tjänster utanför distriktsvården, bruksköterskor m. fl.
[b] Uppgift saknas.
[c] Inkluderar särskilda tjänster för mödravård.
Noteras bör att antalet födslar utanför sjukhus minskat under perioden.
[d] Inkl. 515 tjänster för barnsjuksköterskor vid BVC.
Källa: Allmän hälso- och sjukvård 1920–1975.

### 2.1.6 *Tidigare förslag till åtgärder för att förbättra den öppna vården*

Den öppna vården utanför sjukhus synes genom tiderna alltid ha varit otillräcklig i förhållande till samhällets krav. Flera faktorer har här spelat in. Dels har statens finanser alltid utgjort en återhållande faktor när det gällt utbyggnaden t. ex. av tjänsteläkarsystemet, dels har också de tidigare ersättningsreglerna, som t. ex. innebar att provinsialläkare och förste provinsialläkare för sin försörjning var tvingade att åtaga sig en stor andel sjukvård, gjort att de av samhället prioriterade hälsovårdande och förebyggande insatserna inte haft önskvärd omfattning. Fördelningen av hälso- och sjukvårdsresurser över landet har också ända intill våra dagar varit mycket ojämn. 1947 hade t. ex. Stockholms stad fem gånger fler läkare per invånare än de flesta landstingsområdena, Uppsala län hade tre gånger fler läkare än genomsnittet, Malmöhus län hade tre gånger så många läkare som Hallands län osv.

Svårigheter att få läkare till de mer avlägsna provinsialläkardistrikten har också registrerats ända sedan 1800-talets mitt och många ansträngningar har gjorts för att "locka" läkare till dessa områden. Dubbel tjänsteårsberäkning för vissa norrlandsdistrikt infördes på 1920-talet, dock utan någon nämnvärd effekt på rekryteringen. Vakanserna på provinsialläkartjänster genom tiderna framgår av tabell 2.6.

Den första mer genomgripande utredningen av förhållandena inom den öppna vården som också innehöll konkreta förslag till åtgärder var *medicinalstyrelsens öppenvårdsutredning från år 1948* (SOU 1948:14). Bakgrunden till utredningen var ett uppdrag den 15 oktober 1943 från Kungl. Maj:t till medicinalstyrelsen att framlägga förslag till en reglering av den öppna vården vid sjukhusen. Huvudansvaret för den utformning utredningens betänkande slutligen fick bars av dåvarande generaldirektören för medicinalstyrelsen J. Axel Höjer.

Efter en genomgång av förhållandena inom den öppna vården, såväl i Sverige som i en rad andra länder, lämnade utredningen ett förslag till målsättning för vårt lands hälso- och sjukvård, och framförde en rad reformförslag på kortare och längre sikt.

**Tabell 2.6 Provinsialläkartjänster samt procentuell andel av dessa utan ordinarie innehavare**

| År | Antal tjänster | Vakanser i % | År | Antal tjänster | Vakanser i % |
|---|---|---|---|---|---|
| 1880 | 137 | 11 | 1950 | 562 | 10 |
| 1890 | 138 | 4 | 1955 | 590 | 15 |
| 1900 | 139 | 4 | 1960 | 611 | 19 |
| 1920 | 200 | 16 | 1965 | 743 | 24 |
| 1930 | 305 | 7 | 1970 | 1 023 | 38 |
| 1940 | 337 | 5 | 1974 | 1 188 | 39 |

Källor: SOU 1958:15, Socialstyrelsens statistik (Provinsialläkarkommittén PK 68 samt LATT-undersökningar).

Målsättningen borde enligt utredningen vara att:

"all behövlig medicinsk omvårdnad bör ställas till förfogande för var och en, som därav är i behov, utan särskild kostnad vid det tillfälle då vården åtnjutes; att det allmänna bör taga ansvaret för genomförandet av detta önskemål genom en utbyggd och reglerad organisation; att i denna den allmänna hälsovården, sjukhusvården och den förebyggande personliga hälsokontrollen bör samordnas inbördes och med den öppna sjukvården och att särskilt denna öppna sjukvård, som i vårt land i stor utsträckning varit överlämnad åt läkarnas privata initiativ, särskilt vad beträffar den allmänna läkarvården i städerna och specialistvården både i städer och på landsbygd, genom samhällets försorg bör utbyggas och regleras."

Bland de aktuella förslag till åtgärder, som med hänsyn till den förestående lagstiftningen angående allmän sjukförsäkring ansågs kunna genomföras på kort sikt, kan här nämnas följande.

- ansvaret för sjukhusens öppna vård ålägges huvudmännen,
- huvudmännen ålägges att i samråd med medicinalstyrelsen och centrala sjukvårdsberedningen verkställa en fortlöpande översyn av den öppna vårdens resurser vid sjukhusen och upprätta planer för utbyggnaden av den öppna vården (stomplaner),
- regelbundna specialistmottagningar för öppen psykiatrisk vård bör anordnas i anslutning till sinnessjukhusen,
- köpings- och municipalläkarinstitutionen samt stadsläkar- och stadsdistriktsläkarsystemet överföres successivt till ett enhetligt provinsialläkarsystem,
- en väsentligt förenklad läkarvårdstaxa för den offentliga öppna vården,
- behörighetsvillkoren för provinsialläkartjänst ändras så att minst två års sjukhustjäntgöring efter med. lic.-examen blir minimikrav,
- ekonomiska stödåtgärder vidtages för att göra det möjligt för privatpraktiserande läkare att övergå i offentlig tjänst,
- hälsokontroller och förebyggande åtgärder som vidtages av läkare bör i ersättningshänseende jämställas med sjukvårdande åtgärder.

Bland de långsiktiga förslagen kan följande nämnas.

- medicinalstyrelsen bör åläggas att i samråd med centrala sjukvårdsberedningen minst vart femte år verkställa en beräkning av behovet av läkare och medicinsk hjälppersonal,
- en ny medicinsk högskola inrättas – förslagsvis i Norrköping-Linköping,
- utredning föreslås om hur ämnena sociologi, socialmedicin och psykologi skall kunna erhålla ökat utrymme i läkarutbildningen och i den assisterande vårdpersonalens utbildning,
- decentralisering av medicinalstyrelsens direkta förvaltningsuppgifter – t. ex. för tjänsteläkarna – till särskilda "statskommunala" hälsovårdsstyrelser förlagda till orter med medicinsk högskola,
- så snart den ekonomiska situationen tillåter det bör ett civilt läkaravlöningsreglemente antagas (fast årslön för varje offentligt anställd läkare),
- försöksverksamhet med kombinerad hälso- och sjukvård vari bl. a. skulle ingå förebyggande undersökning två gånger årligen genom familjeläkare och vid behov genom specialläkare enligt för olika åldrar avpassat schema,

som bör utarbetas gemensamt av statens medicinska forskningsråd och medicinalstyrelsen.

För den offentliga öppna vården föreslogs inrättande av hälsocentraler av olika typer. De största centralerna som skulle innehålla såväl specialister som allmänläkare skulle förläggas till sjukhusen eller anordnas som fristående polikliniker, de mindre som skulle innehålla mottagningar för två eller flera allmänpraktiker skulle förläggas till de dåvarande stationsorterna för provinsialläkare.

1948 års utredning utgick från att behovet av allmänläkare i början av 1960-talet skulle vara en läkare på 4 000 invånare på landsbygden och en läkare på 3 000 invånare i städerna. Med stöd av uttalande från medlemmar av styrelsens vetenskapliga råd gjordes också vissa beräkningar av behovet av specialister (för öppen och sluten vård). Sammanfattningsvis kom utredningen fram till följande läkarbehov för år 1960:

| | |
|---|---|
| Allmänläkare på landsbygd | 950 |
| Allmänläkare i städerna | 1 130 |
| Specialläkare | 2 300 |
| Underordnade läkare vid sjukhus | 1 500 |
| Militärläkare | 150 |
| Industriläkare m. fl. | 200 |
| Vetenskap och lärarverksamhet | 200 |
| Summa | 6 430 |

På grund av ett därtill kommande behov av vikarier samt läkare i administrativ verksamhet uppskattade utredningen det totala läkarbehovet år 1960 till minst *7 200* läkare i arbetsför ålder. Det kan vara intressant att notera, att antalet yrkesverksamma läkare enligt den officiella publikationen Allmän hälso- och sjukvård uppgick till *7 127* år 1960.

Den Höjerska utredningen blev föremål för stark kritik från olika remissinstanser – inte minst från läkarkårens företrädare – och betänkandet ansågs ej kunna läggas till grund för de författningsändringar som föreslagits. Ändock har de flesta av utredningens förslag nu (1978) genom successiva reformer blivit förverkligade.

Situationen för den öppna offentliga hälso- och sjukvården på landsbygden och i städerna förändrades sålunda inte omedelbart efter medicinalstyrelsens betänkande, och i början av 1950-talet förvärrades provinsialläkarsituationen än mer. Regeringen tillsatte därför 1954 en kommitté för översyn av hälso- och sjukvården, som år 1958 avlämnade ett delbetänkande med speciell uppmärksamhet på tjänsteläkarfrågorna.

Den 1954 tillsatta kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket (ÖHS-kommittén) föreslog i sitt betänkande *"Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena* (SOU 1958:15), att landstingen skulle övertaga tjänsteläkarväsendet i landstingen och de städer som ingick i landsting. Vidare föreslogs en förstärkt hälsovårdstillsyn på länsplanet genom att 1:e provinsialläkartjänsterna omändrades till länsläkartjänster och ingick i en särskild organisation tillsammans med länshälsovårdskonsulenter – länsläkarorganisationen. Vidare föreslogs förstärkta utbildningsresurser och en utökning av

antalet läkarstuderande. Både den öppna och den slutna vården konstaterades vara i behov av ett stort tillskott av nya läkare bl. a. för att immigrationen av läkare från andra länder skulle bli överflödig, vilket angavs som ett mål.

Beträffande den öppna vården vid sjukhusen konstaterade kommittén, att en stor del av de fall som sökte vid sjukhusen borde kunna behandlas i öppen vård utanför sjukhus – förutsatt att det funnes tillräckligt med läkare, medverkande personal och utrustning inom denna vårdform.

Utredningen förordade också ökade resurser för hemsjukvård, bl. a. för att möta den beräknade ökningen av åldringssjukvården.

Den s. k. provinsialläkarkrisen behandlas utförligt i betänkandet, och det visas med siffror över vakanser i läkardistrikten att antalet provinsialläkare minskade från 1950 till 1958 samtidigt som läkarkåren som helhet ökade kraftigt (se även tabell 2.3.). Som de väsentligaste orsakerna till provinsialläkarkrisen anger utredningen jourbundenheten och den "medicinska isoleringen". Efter att ha beskrivit nackdelarna med provinsialläkarverksamheten konstaterar utredningen:

"Under sådana förhållanden är det föga förvånande att nya läkare i så hög grad föredrar sjukhusmiljön, som är vetenskapligt stimulerande, ger möjlighet till specialistkompetens och där det dessutom numera – till följd av det stora antalet vakanser på sjukhusen – finns mycket större möjligheter än förr att stanna kvar och avancera. Härtill kommer att underläkare numera är tillförsäkrade inte bara familjepension utan även ålderspension och att även sådana yngre sjukhusläkare som ännu icke nått den kompetens som bör krävas av provinsialläkare, vid medverkan i öppen sjukhusvård – som dock i allmänhet har vida mindre omfattning är provinsialläkarnas öppnavårdsarbete – erhåller ersättning efter en taxa, som ligger 46 procent över provinsialläkartaxan."

Utredningen föreslog också en satsning på två- och flerläkarstationer och en reformering av distriktsindelningen. Totalt tänkte man sig dock en relativt försiktig utbyggnad av tjänsteläkarorganisationen med 300 tjänster under perioden 1958–68, och de nya tjänsterna skulle företrädesvis placeras vid flerläkarstationer i orter som saknade lasarett.

Utredningens förslag genomfördes i stor utsträckning och landstingen övertog provinsialläkarväsendet 1963. Vid denna tidpunkt hade också en del två- och flerläkarstationer redan hunnit uppföras med goda erfarenheter, varför landstingen under den närmast följande tidsperioden genomförde upprustningen av provinsialläkarnas mottagningar och tillförde den öppna vården hjälppersonal av olika kategorier. Antalet läkartjänster ökades också snabbt, och sedan landstingen också övertagit distriktsläkartjänsterna i städerna fanns det 1970 över 1 000 provinsialläkartjänster i distrikten. Rekryteringssvårigheterna bestod emellertid även in på 1970-talet, och de tidigare påtalade skillnaderna i tjänstgöringsavseende, löneförhållanden etc., mellan sjukhusen och tjänsteläkarväsendet kvarstod.

Problemen inom den öppna vården blev därför föremål för fortsatt utredningsarbete och 1968 presenterades *socialstyrelsens principprogram om öppen vård,* vilket remissbehandlades.

På grund av att sjukhusens öppna vård såväl i städerna som på landsbygden fortsatte att dominera bilden steg sjukvårdshuvudmännens investerings- och driftskostnader under 1960-talet till sådana nivåer att såväl statsmakterna som sjukvårdshuvudmännen själva ansåg en radikal omvärdering av

sjukvårdspolitiken nödvändig. Man började inse att sjukhusens öppna specialistmottagningar i många fall belastades med problem som lika väl eller bättre kunde omhändertas i mindre påkostade vårdformer, och uppfattningen att varje patient borde skötas på "lägsta effektiva omhändertagandenivå" fördes in i sjukvårdsdebatten. Samtidigt stod det klart, att såväl diagnostiska som behandlande åtgärder som tidigare krävt sjukhusens resurser skulle kunna utföras på välutrustade vårdcentraler av kompetenta läkare och annan vårdpersonal. Principprogrammet innehöll därför förslag om decentralisering av specialister från sjukhusen till vårdcentraler och konsultmottagningar av olika slag. Vidare förutsattes att de ekonomiska och formella hindren för "reversibla flöden mellan olika vårdnivåer" skulle elimineras och att sjukvårdsorganisationen inom varje sjukvårdsområde skulle hållas samman under ett "beslutskapabelt ledningsorgan". En ökad samverkan mellan socialvården i kommunerna och hälso- och sjukvårdsorganisationen förutsattes också i principprogrammet, som bl. a. rekommenderade samlokalisering av vårdcentraler och lokaler för social service.

Från senare delen av 60-talet har statsmakterna på olika sätt sökt främja utvecklingen av den öppna vården utanför sjukhusen. Ett viktigt instrument för att styra utvecklingen i önskad riktning var reformeringen av läkarutbildningen 1969. På grundval av ett utredningsarbete inom universitetskanslersämbetet (UKÄ) och dåvarande medicinalstyrelsen (efter 1968 socialstyrelsen) föreslog regeringen i prop. 1969:35 ändringar dels i läkarnas grundutbildning, dels i vidareutbildningen, som skulle innehålla en allmäntjänstgöringsdel och en specialistutbildningsdel. En grundtanke i reformförslaget var att läkarnas vidareutbildning skulle inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen, och utgöra ett led i strävandena att uppnå en balanserad expansion av sjukvårdens olika grenar. Speciellt viktiga områden för utbyggnad var den öppna vården, den psykiatriska vården samt långtidssjukvården. Ett program för användningen av läkartillskottet fram till 1975 föreslogs också i propositionen. Det s. k. läkarfördelningsprogrammet (LP), som med jämna mellanrum är föremål för översyn, har också blivit ett av de viktigaste instrumenten för sjukvårdsplaneringen.

Allmäntjänstgöringen omfattande bl. a. psykiatri och öppen vård (6 mån.) infördes fr. o. m. den 1 juli 1969. Den tidigare gällande grundutbildningen för läkare – till med.lic.-examen – var i vårt land liksom i andra länder inriktad på att skapa goda allmänna kunskaper för allmän praktik. Eftersom man nu insett, att denna grundutbildning inte gav tillräckliga kunskaper för en god allmänläkarvård, infördes nu också en särskild vidareutbildning för allmän praktik – senare ändrad till allmänläkarkompetens.

Socialstyrelsens principprogram för öppen vård utgjorde grunden för de författningsförändringar, som genomfördes 1972. Provinsialläkartjänsterna utgick ur författningen och ersattes av "distriktsläkare". Huvudmännen fick nu möjlighet att inrätta distriktsläkartjänster såväl för allmänläkarvård som för specialiserad vård. I sjukvårdskungörelsen infördes dock en bestämmelse att sjukvårdsstyrelsen skulle se till att det inom varje läkardistrikt fanns erforderliga resurser för att tillgodose i första hand behovet av allmänläkarvård (Sjvkung. 4 §).

Förslaget till ändringar i sjukvårdslagstiftningen framlades för riksdagen i prop. 1972:104. Följande citat ur departementschefens yttrande i propositionen belyser ansträngningarna att förstärka den öppna vården.

"Samhällets sjukvårdsorganisation har traditionellt varit så uppbyggd att den sjukvård som lämnats utanför sjukhusen varit allmänläkarvård, vilken har meddelats av provinsialläkarna. Annan öppen vård, dvs. specialistvård, har som regel endast meddelats på sjukhusen av dess specialister. Nackdelarna med denna ordning har efter hand blivit alltmer framträdande. Bl. a. har den lett till en ständigt ökad belastning på sjukhusen, vilket också kan antas ha medfört att den slutna vården tagits i anspråk i alltför stor utsträckning. Belastningen på sjukhusen har ytterligare förstärkts genom att allmänläkarvården inte alltid svarat mot de behov som förelegat. För dem som inte varit bosatta i sjukhusens närhet har specialistvården samtidigt varit svårtillgänglig.

Den medicinska och tekniska utvecklingen har lett till en ökad koncentration av den slutna vården. Både kostnadsskäl och personella hänsyn omöjliggör att resurserna för den slutna vården fördelas på ett stort antal enheter inom varje sjukvårdsområde. De minsta sjukhusen har därför undan för undan måst disponeras om för annan verksamhet. Samtidigt har det blivit möjligt att på de större sjukhusen tillhandahålla en sjukvård som fyller höga krav på medicinsk standard. Med den utveckling som sålunda skett och alltjämt fortgår blir det enligt min mening så mycket angelägnare att öppen sjukvård kan beredas så nära de vårdbehövande som möjligt. Härigenom underlättas även samordningen mellan sjukvården och socialvården.

Den öppna vård jag härvid avser bör knytas till läkardistrikten i första hand som allmänläkarvård men även som specialistvård. Utbyggnaden av den öppna sjukvården i läkardistrikten förutsätter en betydande ökning framförallt av antalet allmänläkare. Om även sådan specialistvård som inte fordrar dyrbar utrustning eller alltför stort befolkningsunderlag knyts till läkardistrikten kommer patienterna att få en bättre närhetsservice även ifråga om viss specialistvård."

Spri Rapport 14/72 – Den öppna vårdens organisation – innehåller relativt detaljerade analyser av behoven av läkare och annan personal inom olika grenar av den öppna vården. Materialet, som tagits fram efter ett omfattande utredningsarbete har utgjort ett viktigt underlag för huvudmännens planering av den öppna vården under 70-talet.

Den under 1960-talet förhärskande uppfattningen ifråga om hälso- och sjukvårdens specialisering, som bl. a. kom till uttryck i socialstyrelsens principprogram, präglade också den reformerade läkarutbildningen och dimensioneringen av antalet specialistutbildade läkare under kommande tioårsperiod. Ett stort antal specialister inom de opererande specialiteterna förutsattes komma att behövas i den framtida öppna vården, och vid de större vårdcentralerna räknade man t. ex. med att även specialister i invärtes medicin skulle behövas vid sidan av allmänläkarna. Utredningen om förändringar i sjukvårdslagstiftningen ("Rahm III" stencil soc.dep 1971:3) räknade också med att vården vid sjukhem och ålderdomshem skulle skötas av specialister i långvårdsmedicin.

### 2.1.7 *Specialiseringen inom den öppna vården*

Det kan finnas skäl att vid en genomgång av den öppna vårdens utveckling särskilt belysa specialiseringstendenserna inom hälso- och sjukvården och de problem som sammanhänger med avgränsningen mellan allmänmedicinsk och specialiserad verksamhet.

Som framgår av avsnittet om sjukhusens utveckling differentierades verksamheten vid de större sjukhusen redan under 1800-talet, och specialiseringen fortskred i snabb takt under 1900-talets första decennier. Utveck-

**Tabell 2.7 Specialiteternas utveckling vid de allmänna sjukhusen i Sverige 1900–1944**

| Antal avdelningar | Kir. | Med. | Rtg. | Öron | Ögon | Obst. Gyn. | Barn | Radiol. | Hud. Kön. | Tbc. | Psyk. | Odel. lasarett | Summa avdelningar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1900 | 6 | 6 | – | – | 2 | 7 | 2 | – | 3 | 1 | 15 | 70 | 112 |
| 1910 | 8 | 9 | – | 1 | 3 | 9 | 4 | – | 2 | 10 | 17 | 71 | 134 |
| 1920 | 14 | 14 | 1 | 3 | 4 | 9 | 5 | – | 2 | 20 | 18 | 71 | 161 |
| 1930 | 28 | 30 | 19 | 11 | 10 | 8 | 8 | 4 | 3 | 46 | 25 | 65 | 257 |
| 1940 | 41 | 43 | 39 | 23 | 21 | 14 | 15 | 7 | 4 | 47 | 36 | 56 | 346 |
| 1944 | 45 | 47 | 44 | 30 | 24 | 20 | 21 | 7 | 4 | 48 | 38 | 59 | 387 |

| Antal läkartjänster | Kir. | Med. | Rtg. | Öron | Ögon | Obst. Gyn. | Barn | Radiol. | Hud. Kön. | Tbc. | Psyk. | Odel. lasarett | Summa tjänster |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1900 | 22 | 19 | – | – | 2 | 16 | 9 | – | 10 | 1 | 34 | 90 | 203 |
| 1910 | 33 | 32 | – | 1 | 9 | 22 | 10 | – | 7 | 26 | 49 | 109 | 298 |
| 1920 | 58 | 43 | 1 | 3 | 11 | 22 | 15 | – | 7 | 79 | 69 | 135 | 443 |
| 1930 | 121 | 121 | 47 | 34 | 29 | 27 | 28 | 14 | 9 | 105 | 97 | 124 | 756 |
| 1940 | 219 | 221 | 126 | 69 | 59 | 51 | 54 | 31 | 10 | 129 | 161 | 159 | 1 289 |
| 1944 | 246 | 253 | 154 | 94 | 69 | 82 | 67 | 32 | 13 | 132 | 185 | 174 | 1 501 |

Källa: SOU 1948:14.

lingen beskrivs i tabell 2.7 som är hämtad ur medicinalstyrelsens öppenvårdsutredning 1948.

Antalet odelade lasarett, som 1944 var 59 har därefter fortsatt att minska. 1955 var antalet 39, 1960 28, 1965 16, och 1975 fanns endast 5 odelade lasarett kvar.

Den öppna vården vid lasaretten har alltsedan dessa delades på olika kliniker varit av specialistkaraktär, även om också många patienter vid överläkarnas mottagningar och många fall, som sökt hjälp vid akutmottagningarna varit av allmänmedicinsk natur.

Öppen vård har också lämnats vid sjukstugor. 1920 fanns i landet 74 sjukstugor (med ett vårdplatsantal inte överstigande 24). Antalet sjukstugor var i stort sett oförändrat fram till början av 1960-talet, då en omstrukturering av verksamheten till sjukhemsvård genomfördes. Från början ställdes krav på speciella kunskaper i kirurgi för sjukstugeläkarna, och den öppna vård som lämnades vid många sjukstugor kunde betecknas som kirurgisk öppen vård. Ganska snart övertogs den mer kvalificerade kirurgiska verksamheten dock av lasaretten, och långt före den formella omstruktureringen till sjukhem fungerade de flesta sjukstugor som vårdinrättningar för långtidssjuka eller lindrigare korttidssjuka (observationsfall m. fl.).

Den öppna vården utanför sjukhusen utgjordes i gångna tider enbart av allmänmedicinsk verksamhet – såväl inom det offentliga tjänsteläkarsystemet som inom den privata sektorn ("allmän praktik"). Så länge den medicinska vetenskapen ännu inte hunnit längre i sin utveckling än att varje läkare ansågs kunna behärska hela dess område och även under specialiseringsprocessens tidigare skede – dvs. fram till början av 1900-talet – stod

allmänpraktiker som centrum i sjukvården. Medicinalstyrelsens öppenvårdsutredning 1948 beskrev detta förhållande på följande sätt.

"Allmänpraktikerns insats som husläkare i de sociala skikt, där han var verksam, var också förtjänt av den stora uppskattning den rönte. Tack vare befolkningens ännu relativt stora bofasthet kunde en sådan läkare både i städer och på landsbygd få tillfälle att under flera decennier följa de familjer, som stod under hans vård. Han fick en personlig kännedom om sina patienters konstitution och miljö, som i hög grad underlättade hans bedömande av inträffade sjukdomstillstånd. Han kände sina patienters levnadsvillkor och medicinska förhistoria liksom de psykiska insulter för vilka de utsattes, och han hade i sin väska hela den tekniska attiralj, som den dåtida vetenskapen ställde till förfogande. Sjukhusen hade ofta inte mycket större diagnostiska resurser."

Medicinalstyrelsen konstaterade därefter, att industrialismens genombrott och befolkningens därmed följande större rörlighet gjorde det alltmer ovanligt att familjerna kunde förbli knutna till sin läkare som förr, åtminstone i städerna. Samtidigt skänkte medicinens utveckling inte blott större kunskap om sjukdomarna, vilken kunde utnyttjas för att ställa diagnosen och ordna behandlingen vid sjukbädden, utan försåg också diagnostiken med till särskilda laboratorier förlagda hjälpmedel, vilka praktikern i sin verksamhet inte kunde disponera. Strävan att så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet sätta en riktig diagnos och det därmed sammanhängande begreppet hälsoövervakning bidrog till att allt fler läkare specialiserade sig på diagnos och behandling av vissa speciella sjukdomsgrupper eller på en viss ålderskategori av patienter.

Verksamheten på sjukhusen betydde oerhört mycket för specialiseringen genom att läkarna där fick tillgång till lämpliga lokaler, specialutbildad personal och goda laboratorier. Läkare inom olika specialområden kunde också med lätthet konsultera varandra, till skillnad från de alltmer isolerade allmänpraktikerna.

I vårt land liksom i många andra länder var det till en början läkarkårens egen organisation – Sveriges Läkarförbund – som uppställde utbildningskrav för rätten att annonsera specialistkompetens, och detta gällde främst de privatpraktiserande läkarna, som i de större städerna i allt högre utsträckning etablerade specialistmottagningar. Behörighetskrav för överläkartjänster vid sjukhusen infördes i Kgl. Kungörelsen den 17 december 1915, men dessa krav överensstämde ej med läkarförbundets regler för medlemmarnas specialistkompetens. Först från och med år 1961 reglerades dessa förhållanden i den s. k. behörighetsklausulen (SFS 1960:653).

År 1948 fanns 20 olika specialiteter upptagna i läkarförbundets specialitetsschema, men antalet specialiteter fortsatte att öka, och i nu gällande behörighetskungörelse finns 42 olika verksamhetsområden upptagna. (SFS 1972:678 senast ändrad i KK 1974:1052).

Läkarkårens specialisering avspeglas i tabell 2.8.

Specialiseringen inom mödra- och barnhälsovården lades fast i slutet av 1930-talet, då man i statsbidragskungörelsen införde olika kategorier av mödravårds- resp. barnavårdscentraler beroende på om den ansvarige läkaren var specialistkompetent eller ej. På liknande sätt specialiserades tuberkulosbekämpningen 1937 då kungörelsen om dispensärer stadgade, att distriktsdispensärer i regel skall förestås av tjänsteläkare och centraldispensärer av

**Tabell 2.8 Antal specialistkompetenta läkare inom olika huvudområden vid olika tidpunkter**

| Specialitetsområde | Antal specialistkompetenta läkare år | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1956 | 1963 | 1970 | 1975 |
| Invärtes sjukdomar | 940 | 1 793 | 2 422 | 3 152 |
| Kirurgiska specialiteter | 835 | 684 | 1 255 | 1 890 |
| Psykiatriska specialiteter | 208 | 213 | 473 | 850 |
| Övriga specialiteter | 347 | 1 669 | 2 722 | 5 034[a] |
| Summa specialistkompetenta läkare | 2 330 | 4 359 | 6 766 | 10 926 |
| Antal yrkesverksamma läkare | 5 870 | 7 970 | 10 560 | 14 050 |

[a] Häri inkluderas 861 läkare med allmänläkarkompetens.
Källor: SOU 1958:15, Allmän hälso- och sjukvård 1963, 1970 och 1975.

"tuberkulosspecialister".

Argument mot en alltför långt driven specialisering, speciellt inom den öppna vården har gång på gång framförts, främst från företrädare för allmänläkarna själva. Styrelsen för Svenska Provinsialläkarföreningen anför t. ex. år 1935 i ett yttrande till Kgl. Maj:t över ett betänkande angående den slutna kroppssjukvården:

"Styrelsen vill i detta sammanhang påpeka att från början invecklade undersökningsmetoder, som endast kunna komma till användning på stora, väl utrustade laboratorier, mången gång snart förenklas, så att de kunna användas av den praktiserande läkaren å hans mottagningsrum. Så är t. ex. redan i viss mån fallet med undersökningarna av sockersjuka. Styrelsen vill därför ifrågasätta lämpligheten att såsom föreslaget är begränsa rätten att utskriva insulin på det allmännas bekostnad till sjukhusläkaren. Att patientens insulinbehov icke skulle kunna ådagaläggas annat än genom vistelse på sjukhus, är en sats som icke torde kunna till hela sin vidd upprätthållas."

Ur provinsialläkarföreningens handlingar kan genom årens lopp åtskilliga yttranden av likartad natur hämtas, som tecken på den kamp som allmänläkarna måste föra för att hävda sitt berättigande gentemot företrädare för specialitetsintressen av olika slag. Belysande är t. ex. följande referat av ett yttrande till Kgl. Maj:t år 1938 över ett betänkande angående pensionsstyrelsernas invaliditetsförebyggande verksamhet.

"Enligt styrelsens (Sv. Provinsialläkarföreningens) mening fyller de två läkarkategorierna, allmänpractici, däri inräknat tjänsteläkarna, och specialisterna ett nödvändigt behov. De kompletterar varandra och kan icke undvara varandra, men en lämplig begränsning av specialarbetets tillämpning är nödvändig. Specialisterna är väl i eget intresse knappast till för att omhänderhava fullt banala fall. Samhället bör sträva efter att skaffa sig en så kvalificerad tjänsteläkarkår, att specialisthjälp kommer till användning endast där den är av behovet påkallad, under det att allmänpraktikern sköter huvudparten av hälsovårdsarbetet. Styrelsen anser det betänkligt att centraldispensärer föreslås skola handha huvudparten av antituberkulosarbetet, liksom förslaget rekommenderar inrättandet av dispensärer för reumatici, samt särskilda polikliniker för neuroser och psykoneuroser. För diabetes- och perniciosasjuka föreslås även specialister. Det är av yttersta vikt att tjänsteläkarna ej i högre grad än som är

nödvändigt genom yttre ingripanden hindras från att även i fortsättningen kunna på ett personligt sätt hjälpa sitt klientel.

. . .

Psykoneurospolikliniker anser styrelsen lika litet behövliga som sådana för mag-, hjärt- och andra organsjukdomar. Därest icke de nytillträdande tjänsteläkarna fyller de krav som rimligtvis kan ställas å dem, bör den medicinska undervisningen synas i sömmarna."

Som framgår av ovan återgivna referat förekom det ofta, att provinsialläkarföreningens styrelse hävdade behovet av en förbättrad utbildning för tjänsteläkarna. Särskilda provinsialläkarkurser t. ex. i hygien, epidemibekämpning m. m. föreslogs med jämna mellanrum från föreningens bildande år 1881, och önskemål om repetitionskurser, auskultationstjänstgöringar vid sjukhusavdelningar i efterutbildningssyfte osv. framfördes ofta, dock utan att avsätta praktiska resultat förrän in på mitten av 1900-talet, då s. k. tjänsteläkarkurser anordnades av medicinalstyrelsen. (Repetitionskurser har också sedan 1960-talets början anordnats av styrelsen för den s. k. provinsialläkarfonden.)

Medicinalstyrelsens öppenvårdsutredning från 1948 återger många av argumenten för att en väl dimensionerad allmänläkarkår behövs i hälso- och sjukvårdsorganisationen, och framhåller farorna med en alltför långt driven specialisering, bl. a. utifrån kravet på en helhetssyn i vårdarbetet. Ur utredningen förtjänar följande citat att återges, eftersom det i hög grad äger sin giltighet än idag.

"Det är numera av den sakkunniga opinionen överallt i princip erkänt, att en god öppen läkarvård kräver tillgång till både allmänläkare och specialläkare och att dessa i regel bör sökas i den ordningen, att allmänläkaren-familjeläkaren konsulteras i första hand och specialläkaren först då så visat sig behövligt för diagnos, behandling eller bådadera. En patient som kommit direkt till specialläkare, särskilt inom ett tekniskt betonat fack, har ej sällan behov av att också konsultera en allmänläkare.

Båda kategorierna läkare är nödvändiga för en god medicinsk organisation. Båda bör inpassas på sin rätta plats. Bådas uppgifter förändras i och med att de medverkar i sjukvårdens utveckling fram mot tidigdiagnostik och förebyggande vård."

ÖHS-kommittén diskuterar i sin genomgång av hälso- och sjukvårdsorganisationen de förebyggande uppgifterna. Till "personlig förebyggande vård" räknar utredningen hälsokontroll, hälsorådgivning och tidigdiagnostik, distriktsvård, förebyggande barn- och mödravård, abortförebyggande och annan sexualhygienisk verksamhet, vissa delar av könssjukvården, skolhälsovård, dispensärvård och allmän skärmbildskontroll, tandhälsovård, industrihälsovård och yrkesmedicinsk verksamhet. Utredningen konstaterar följande.

"Av det anförda framgår att den förebyggande vården i vårt land icke utgör en systematiskt utbyggd fullständig organisation. Tvärtom har dess olika grenar utvecklats var för sig allt eftersom behoven uppmärksammats. Vissa ålders- och befolkningsgrupper är väl tillgodosedda medan andra ännu ej på motsvarande sätt vunnit beaktande."

Medicinalstyrelsens öppenvårdsutredning 1948 liksom ÖHS-kommittén 1958 räknade fortfarande med att en relativt omfattande kår av provinsialläkare skulle utgöra kärnan i den öppna vården utanför sjukhusen, främst på

landsbygden och i städer som tillhör landsting. Provinsialläkarnas arbetsuppgifter skulle även enligt dessa utredningar bestå av såväl hälsovårdande som sjukvårdande åtgärder av allmänmedicinsk karaktär.

Specialiseringen fortsatte med oförminskad hastighet under 1950- och 60-talen och allt fler uppgifter, som tidigare varit av tjänsteläkarnatur övertogs helt eller delvis av andra läkare eftersom tjänsteläkarna var alltför få till antalet. Skolhälsovård, barn- och mödrahälsovård, sjukhemsvård och åldringssjukvård är exempel på sådana uppgifter. I och med att förste provinsial-läkarsystemet ersattes av länsläkarorganisationen och provinsialläkarna fick landstingen som huvudmän, upplöstes de tidigare banden mellan de olika tjänsteläkarkategorierna. Provinsialläkarna, som efter 1963 fick allt mindre att göra med omgivningshygieniska och andra allmänna hälsovårdsfrågor, närmade sig de andra landstingsanställda läkarna och ägnade sig huvudsakligen åt sjukvårdande uppgifter.

I socialstyrelsens öppenvårdsprogram från 1968 beskrivs arbetsuppgifterna för allmänläkare och specialister inom den öppna vården, och läkartjänster för specialiserad öppen vård föreslås placerade vid sidan av allmänläkarna på vårdcentraler av olika storlek. Enligt principprogrammet bör allmänläkarna i huvudsak ha en socialmedicinsk och invärtesmedicinsk profil särskilt i tätorter, där det kan vara motiverat med specialistläkare. I perifera områden skulle allmänläkarens uppgifter däremot även i fortsättningen vara likadana som provinsialläkarna på landsbygden alltid haft.

Behörighetskraven för provinsialläkartjänst hade år 1968 stått oförändrade sedan 1917 och innefattade endast 8 månaders sjukhustjänstgöring efter legitimationen. På grund av svårigheterna att rekrytera provinsialläkare hade statsmakterna inte ansett det tillrådligt att höja behörighetskraven, trots att såväl medicinalstyrelsen som provinsialläkarföreningen länge krävt en förlängd sjukhusutbildning före inträde i provinsialläkarkåren. Under 50- och 60-talen var provinsialläkarnas medicinska kunskapsnivå därför mycket ojämn och skillnaden mellan specialisternas och allmänläkarnas utbildning var påfallande. Det är sannolikt att de negativa erfarenheterna av provinsialläkarnas medicinska kompetens påverkade diskussionerna om behovet av specialister i den öppna vården vid tidpunkten för socialstyrelsens öppenvårdsprogram. Sedan emellertid en särskild utbildning för allmän praktik – sedermera ändrat till "allmänläkarkompetens" – införts år 1969, har en märkbar förbättring skett av allmänläkarnas genomsnittliga medicinska kunskapsomfång. Sjukvårdshuvudmännens intresse för att bereda distriktsläkarna efterutbildning och det ökade utbudet av kurser m. m. har också bidragit härtill.

Av stor betydelse för utvecklingen av allmänläkarvården har också den av statsmakterna understödda forsknings- och utbildningsverksamheten i öppen vård vid hälsovårdscentralen i Dalby varit. En professur i öppen hälso- och sjukvård – kopplad till invärtesmedicinska kliniken i Lund – inrättades vid vårdcentralen år 1972, och sedan 1974 bedrivs även samhällsvetenskaplig forskning bl. a. avseende samverkan mellan sjukvård och socialvård. Forsknings- och utvecklingsarbete inom den öppna vården bedrivs också vid flera andra vårdcentraler i landet, t. ex. i Tynnered, Tierp, Råslätt och Vilhelmina.

1974 tillsattes en arbetsgrupp av socialstyrelsen, landstingsförbundet och

läkarförbundet för att öka rekryteringen till allmänläkarbanan (den s. k. BRA-gruppen). Denna ansåg att en förbättrad information om allmänläkarvården borde ges de blivande läkarna så tidigt som möjligt i utbildningen och att särskild utbildning i allmänläkarvård liksom forsknings- och utvecklingsarbete borde stimuleras. En särskild förening för allmän medicin har bildats som en sektion i Svenska läkarsällskapet för att tillvarata allmänläkarnas intressen och t. ex. genom deltagande i riksstämman stimulera forskningsarbetet inom det allmänmedicinska området. Förutsättningarna för en nyanserad diskussion om den lämpligaste avvägningen mellan allmänläkares och specialisters uppgifter och samarbete mellan olika läkarkategorier inom den öppna vården torde därför nu vara betydligt bättre än tidigare.

### 2.1.8 *Antalet läkarbesök i öppenvård vid olika tidpunkter*

Uppgifter om antalet läkarbesök, resp. antalet patienter vid olika läkarmottagningar, är mycket ofullständiga, speciellt för tiden före den allmänna sjukförsäkringen (1955). I medicinalstyrelsens öppenvårdsutredning 1948 gjordes – bl. a. med stöd av enkäter till provinsialläkare och sjukhusläkare – uppskattningar av den öppna vårdens omfattning. ÖHS-utredningen kunde göra sina beräkningar utifrån undersökningar av läkarvårdskvitton som dåvarande riksförsäkringsanstalten genomfört, och även vid senare tiders utredningar har läkarvårdskvitton utgjort den väsentligaste informationskällan. Härigenom har dock endast besök med anledning av sjukdom kunnat registreras, medan undersökningar i samband med s. k. friskintyg, hälsokontroller, vaccinationer osv. saknas i redovisningarna. Sammanställningen i tabell 2.9, som gjorts med utgångspunkt i material som i och för sig icke är helt jämförbara, ger en viss vägledning och visar klart hur den offentliga öppna vården ökat i omfång samtidigt som den privata sektorn minskat.

Av intresse är att besökstalen på grund av sjukdom inte ökat nämnvärt under 1970-talet, trots det kraftigt ökade antalet läkare i öppen vård. Ändringarna 1970 i läkarnas avlöningssystem kan dels ha inneburit att varje patientbesök ges mer tid än tidigare, vilket anses minska behovet av återbesök, dels kan det också vara så att läkarna nu kunnat ägna mer tid åt

**Tabell 2.9 Läkarbesök i öppen vård (miljoner)**

| År | Offentlig vård | | | | | | Privat praktik | | Summa besök |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Vid lasarett | | Utanför las. | | Totalt | | | | |
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | |
| 1943 | 3,5 | 32 | 2,9 | 26 | 6,4 | 58 | 4,7 | 42 | 11,0 |
| 1956 | 6,9 | 48 | 3,6 | 25 | 10,5 | 73 | 3,8 | 27 | 14,3 |
| 1966 | 9,8 | 49 | 5,0 | 25 | 14,8 | 74 | 5,2 | 26 | 20,0 |
| 1970 | 8,8 | 46 | 5,6 | 29 | 14,4 | 75 | 4,8 | 25 | 19,2 |
| 1973 | 9,4 | 47 | 6,3 | 31 | 15,7 | 78 | 4,3 | 22 | 20,0 |
| 1976 | 10,4 | 50 | 7,0 | 33 | 17,4 | 83 | 3,6 | 17 | 21,0 |

Källor: SOU 1948:14, SOU 1958:15, Socialdep. stencil 1969:2, Allmän hälso- och sjukvård 1970–75.

t. ex. förebyggande arbete, hälsoundersökningar och rådgivning etc., som med tidigare ersättningssystem inte gav läkaren samma ekonomiska utbyte som ren sjukvård.

## 2.2 Den öppna vårdens nuvarande omfattning

### 2.2.1 *Inledning*

Öppen vård bedrivs för närvarande inom många olika organisationsformer såväl under sjukvårdshuvudmannens ledning som under andra huvudmän. Följande verksamheter kan identifieras:

*Inom sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde*

- specialiserad öppen vård vid och utanför sjukhus
- distriktsläkarvård
- särskilt organiserad jourtjänst inom vissa sjukvårdsområden (främst i storstäderna)
- distriktssköterskevård
- mödrahälsovård
- barnhälsovård
- långtidssjukvård, hemsjukvård m. m.
- barn- och ungdomspsykiatrisk vård
- omsorger om psykiskt utvecklingsstörda (viss medicinsk verksamhet)

*Inom annan huvudmans ansvarsområde*

- verksamhet utövad av primärkommunal hälsovårdsnämnd
- skolhälsovård
- medicinsk tillsyn vid ålderdomshem, pensionärscentra m. m.
- socialläkarverksamhet
- arbetsvård
- företagshälsovård
- privat läkarvård
- förbandssjukvård
- studerandehälsovård
- medicinska insatser inom kriminalvården
- sjömanshälsovård

### 2.2.2 *Läkartjänster för öppen vård*

Vid utgången av 1976 fanns totalt 8 088 tjänster för vidareutbildade läkare. Av dessa var 35 % avsedda för enbart öppen vård.

Öppenvårdstjänsternas fördelning på olika medicinska verksamhetsområden framgår av tabell 2.10.

Som framgår av tabellen utgörs en relativt stor del (43 %) av den öppna vården av specialiserad vård. Härtill kommer att ca 20 % av de slutenvårdsanställda läkarnas arbetstid ägnas åt öppen vård, vilket omräknat till

**Tabell 2.10 Antal tjänster för vidareutbildade läkare avsedda för enbart öppen vård 1977-01-01**

| Verksamhetsområde | Antal tjänster | |
|---|---|---|
| | Absolut | % |
| Allmänläkarvård | 1 606 | 57 |
| Barnmedicin | 268 | 9 |
| Hudsjukdomar | 52 | 2 |
| Allmän internmedicin | 76 | 3 |
| Övriga internmedicinska specialiteter | 34 | 1 |
| Allmän kirurgi | 56 | 2 |
| Ortopedi | 40 | 1 |
| Kvinnosjukdomar | 135 | 5 |
| Allmän psykiatri | 157 | 6 |
| Barn- och ungdomspsykiatri | 73 | 3 |
| Neurologi | 16 | – |
| Ögonsjukdomar | 101 | 4 |
| Öronsjukdomar | 101 | 4 |
| Röntgendiagnostik | 50 | 2 |
| Övriga specialiteter | 58 | 2 |
| Summa | 2 823 | 100 |

Källa: Socialstyrelsens register över medgivna läkartjänster.

heltidstjänster motsvarar omkring 900 specialistkompetenta läkare och 800 underläkare. Andelen öppen vård inom olika verksamhetsområden varierar dock påtagligt. Som exempel på detta kan nämnas ögonsjukvård, där slutenvårdsläkarna redovisar drygt 40 % av arbetstiden som öppen vård medan allmänkirurger redovisar omkring 18 % som öppen vård. Betydande skillnader föreligger även mellan olika läkarkategorier inom samma klinik.

Många av de läkartjänster som avsetts för enbart öppen vård har genom klinikanknytningen kommit att utnyttjas även för sluten vård. Den faktiska omfattningen av öppenvårdsspecialisternas insatser i den slutna vården (bl. a. i jourtjänsten) har ej kunnat fastställas på grundval av publicerat material från de s. k. LATT-undersökningarna.

Förutom tjänster för vidareutbildade läkare innehåller distriktsläkarorganisationen drygt 400 utbildningstjänster för läkare under allmäntjänstgöring (AT) eller fortsatt vidareutbildning (FV) till allmänläkarkompetens.

Fördelningen av läkare inom öppen vård på olika sjukvårdsområden framgår av tabell 2.11. Antalet invånare per tjänst anges dels för rena allmänläkartjänster, dels för summan av allmänläkare och specialister.

Den 1 januari 1978 fanns 1 726 distriktsläkartjänster inom allmänläkarvård, vilket i genomsnitt motsvarar 4 800 inv./tjänst. En stor del av dessa tjänster saknade dock ordinarie innehavare. Den mest aktuella redovisningen av vakansläget finns i LATT 77 där det visades att 45 % av tjänsterna inom allmänläkarvård i mars 1977 saknade ordinarie innehavare.

**Tabell 2.11 Fördelning av läkare i öppen vård, början av 1977**

| Sjukvårdsområde | Invånare (1 000-tal) | Tjänster för vidareutbildade läkare, offentlig öppen vård | | | | | Antal privatpraktis. läkare[b] | Antal läkare i företagshälsov.[c] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Tjänster för allmänläk. | 1 000-tal inv. per tjänst | Tjänster för spec. öppenv.[a] | Summa tjänster öppen vård | 1 000-tal inv. per tjänst | | |
| Stockholm | 1 501 | 165 | 9,1 | 213 | 378 | 4,0 | 326 | 171 |
| Uppsala | 233 | 34 | 6,9 | 28 | 62 | 3,7 | 25 | 11 |
| Södermanland | 252 | 49 | 5,1 | 35 | 84 | 3,0 | 20 | 20 |
| Östergötland | 389 | 72 | 5,4 | 42 | 114 | 3,4 | 25 | 23 |
| Jönköping | 302 | 69 | 4,4 | 60 | 129 | 2,4 | 16 | 14 |
| Kronoberg | 170 | 40 | 4,3 | 28 | 68 | 2,5 | 11 | 11 |
| Kalmar | 241 | 61 | 4,0 | 30 | 91 | 2,6 | 9 | 11 |
| Gotland | 55 | 11 | 5,0 | – | 11 | 5,0 | 3 | 2 |
| Blekinge | 155 | 29 | 5,3 | 22 | 51 | 3,0 | 10 | 8 |
| Kristianstad | 274 | 66 | 4,2 | 23 | 89 | 2,4 | 23 | 14 |
| Malmö kommun | 240 | 10 | 24,0 | 48 | 58 | 4,1 | 70 | 30 |
| Malmöhus | 499 | 96 | 5,2 | 76 | 172 | 2,9 | 64 | 44 |
| Halland | 223 | 36 | 6,2 | 33 | 69 | 3,2 | 21 | 16 |
| Göteborgs komm. | 443 | 43 | 10,3 | 144 | 187 | 2,4 | 91 | 46 |
| Göteb. o Bohus | 272 | 47 | 5,8 | 39 | 86 | 3,2 | 22 | 14 |
| Älvsborg | 420 | 85 | 4,9 | 40 | 125 | 3,4 | 13 | 21 |
| Skaraborg | 264 | 86 | 3,1 | 41 | 127 | 2,1 | 16 | 11 |
| Värmland | 285 | 75 | 3,8 | 52 | 127 | 2,3 | 13 | 21 |
| Örebro | 274 | 66 | 4,2 | 46 | 112 | 2,4 | 14 | 18 |
| Västmanland | 260 | 55 | 4,7 | 37 | 92 | 2,8 | 11 | 21 |
| Kopparberg | 283 | 66 | 4,3 | 48 | 114 | 2,5 | 14 | 20 |
| Gävleborg | 295 | 71 | 4,2 | 29 | 100 | 3,0 | 14 | 14 |
| Västernorrland | 268 | 68 | 3,9 | 20 | 88 | 3,0 | 9 | 13 |
| Jämtland | 134 | 52 | 2,6 | 9 | 61 | 2,2 | 4 | 6 |
| Västerbotten | 238 | 69 | 3,4 | 23 | 92 | 2,6 | 3 | 18 |
| Norrbotten | 266 | 87 | 3,1 | 51 | 138 | 1,9 | 1 | 10 |
| Hela riket | 8 236 | 1 608 | 5,2 | 1 217 | 2 825 | 2,9 | 848 | 608 |

[a] Avser tjänster såväl vid som utanför sjukhus.
[b] Läkare som uppgivit privatpraktik som sin huvudsakliga syssla.
[c] Läkare som uppgivit företagshälsovård som sin huvudsakliga verksamhet.
Källa: Socialstyrelsens register över medgivna läkartjänster, LATT 77.

### 2.2.3 *Privatläkarvård*

Riksförsäkringsverkets förteckning över anslutna läkare omfattade vid utgången av 1976 1 883 läkare. Av dessa betraktas drygt 800 vara heltidsverksamma. 26 % av de till försäkringen anslutna läkarna har allmän praktik som verksamhetsområde, resten är specialister, främst inom invärtes sjukdomar (23 %), kirurgiska sjukdomar (12 %), kvinnosjukdomar (8 %), psykiska sjukdomar (8 %) och öronsjukdomar (7 %).

Enligt LATT 77 uppgav 848 läkare privat läkarverksamhet som huvudsysselsättning i mars 1977. Dessas fördelning efter mottagningarnas huvudinriktning visas i tabell 2.12.

**Tabell 2.12 Läkare med privatpraktik som huvudsaklig verksamhet. Fördelning av mottagningarnas inriktning enligt LATT 77**

| Verksamhetsområde | Antal läkare | |
|---|---|---|
| | Absolut | % |
| Allmänläkarvård | 247 | 29 |
| Barnmedicin | 40 | 5 |
| Hudsjukdomar | 23 | 3 |
| Allmän internmedicin | 152 | 18 |
| Övriga internmedicinska specialiteter | 20 | 2 |
| Allmän kirurgi | 46 | 6 |
| Ortopedisk kirurgi | 12 | 1 |
| Gynekologi | 93 | 11 |
| Allmän psykiatri | 65 | 8 |
| Barnpsykiatri | 4 | – |
| Neurologi | 4 | – |
| Ögonsjukdomar | 47 | 6 |
| Öronsjukdomar | 53 | 7 |
| Röntgen | 22 | 2 |
| Övriga specialiteter | 24 | 2 |
| Summa | 848 | 100 |

Källa: LATT-77.

### 2.2.4 *Företagshälsovård*

Sjukvårdsinsatserna inom företagshälsovården, som är av allmänläkarkaraktär, utgör i genomsnitt 47 % av företagsläkarnas arbetstid. Sammanlagt 813 företagsläkare medverkade i LATT 77. Dessa läkares fördelning på olika organisationsformer framgår av tabell 2.13.

Fördelningen av privatpraktiserande läkare och företagsläkare på olika sjukvårdsområden framgår av tabell 2.11.

**Tabell 2.13 Företagsläkarnas fördelning**

| Organisationsform | Antal enheter | Antal läkare | |
|---|---|---|---|
| | | Totalt | Därav 40 tim./v. |
| Företag med egen hälsovård | 274 | | |
| Företagshälsovårdscentraler | 159 | 617 | 304 |
| Bygghälsan | 22 | | |
| Staten[a] | 24 | 45 | 16 |
| Landsting (motsv.) | 80 | 101 | 50 |
| Primärkommuner | 44 | 50 | 35 |
| Summa | 603 | 813 | 405 |

[a] Akademiska sjukhuset, SJ, Domänverket, Televerket, Postverket, Vattenfall och FFV.
Källa: LATT-77.

**Tabell 2.14 Antal besök inom distriktsvården 1976**

| Verksamhet | Antal besök (milj.) |
|---|---|
| Barnhälsovård (BVC)[a] | 1,6 |
| Mödrahälsovård (MVC)[a] | 1,3 |
| Läkarbesök (BVC, MVC) | 1,6 |
| Sjukvård, distriktssköterska | 5,5 |
| Totalt | 10,0 |

[a] Exkl. läkarbesök.
Källa: LKELP 77.

### 2.2.5 *Distriktsvård m. m.*

1976 fanns i hela landet 2 197 tjänster för distriktssköterskor. Av dessa var 85 tjänster vakanta, 1 941 uppehölls av heltidsanställda sjuksköterskor och 323 av deltidsarbetande. För medverkan i barnhälsovården finns därjämte – främst i storstadsområdena – drygt 500 tjänster för sjuksköterskor med specialutbildning i hälso- och sjukvård för barn och ungdom.

Barn- och mödrahälsovård bedrivs i de flesta sjukvårdsområden i separata organisationsformer, och verksamheterna leds i allmänhet från resp. kliniker för barn- och kvinnosjukvård. Klinikernas läkare medverkar också i verksamheten på barn- och mödravårdscentralerna. Distriktsläkare inom allmänläkarvård svarade 1977 för ca 50 % av läkarinsatserna inom barnhälsovården, och för en betydligt mindre del av mödrahälsovården.

1976 fanns 533 barnavårdscentraler av typ I (förestås av läkare med specialistkompetens i pediatrik) och 973 barnavårdscentraler av typ II (förestås av annan läkare).

Även mödrahälsovårdscentalerna indelas i typ I och typ II efter ansvarig läkares kompetens. Antalet centraler av typ I var 1976 191 och antalet centraler av typ II 543.

Verksamheten inom distriktsvård redovisas i LKELP 77 som sjukvårdsbesök hos distriktssköterskor samt mödra- och barnhälsovårdsbesök. För år 1976 redovisas sammanlagt 10 milj. besök. Fördelningen på olika verksamheter framgår av tabell 2.14.

### 2.2.6 *Organisation och administration av sjukvårdshuvudmännens öppna vård*

Bestämmelser om den administrativa ledningen av öppen vård utanför sjukhus finns i sjukvårdslagen (SjvL) och sjukvårdskungörelsen (SjvK).

Den *politiska* ledningen av den öppna vården utanför sjukhus utövas av samma förtroendemannaorgan som för övrig hälso- och sjukvård. Separat politisk ledning av den öppna vården utanför sjukhusen finns ej hos någon huvudman.

Följande huvudalternativ finns:

a. Sjukvårdsstyrelse (eller motsvarande) svarar för övergripande, långsiktig planering och drift av all hälso- och sjukvård.

b. Driftansvar har delegerats till distriktsstyrelser eller -direktioner med ansvar för all hälso- och sjukvård inom var sin del av sjukvårdsområdet.
c. Samma som alt. b där dock delegerat driftansvar omfattar ett eller flera sjukhus för vilket en sjukhusdirektion svarar. Driftansvaret för den öppna vården utanför sjukhus ligger här kvar hos sjukvårdsstyrelsen.

Som rådgivande funktion till sjukvårds- eller distriktsstyrelse och dess administrative chef – sjukvårds/sjukhusdirektör – finns *chefsläkare*. Om sjukhusdirektören har ledningen även för den öppna vården utanför sjukhus (alt. b) utvidgas chefsläkarens uppgifter till detta verksamhetsområde.

Den *administrativa* ledningen av distriktsläkarvården utövas *av distriktsöverläkare* med ansvar för verksamheten i viss geografisk del av sjukvårdsområdet (primärvårdsområde eller läkardistrikt). Primärvårdsområdena (motsvarande) har i allmänhet anpassats till kommungränserna. Områdenas storlek varierar betydligt. Arbetsuppgifterna bestäms av befattningsbeskrivningar som bygger på SjvK § 9, ofta kompletterad med ett antal ytterligare uppgifter.

Funktionen *biträdande distriktsöverläkare* innebär i allmänhet chefskap vid vårdcentral inom ett primärvårdsområde (motsvarande).

Ledningen för distriktsvården utövas av *sjukvårds- eller distriktsföreståndare* i antingen linje- eller stabsorganisation. 1977 fanns 62 tjänster inrättade för 1:a distriktssköterska eller föreståndare för öppen vård. Ledningsfunktionerna på vårdcentralnivå har ännu inte utvecklats i någon större omfattning. Hos vissa huvudmän finns dock *föreståndare* vid vårdcentralerna.

Eftersom de flesta av läkartjänsterna för specialiserad öppen vård är anknutna till kliniker leds även den öppna specialiserade vården administrativt av resp. klinik- eller blockchef, i sin tur underställd sjukhusdirektionen.

### 2.2.7 *Primärkommunal öppen vård*

Primärkommunerna har – genom hälsovårdsnämnder (motsv.) – uppgifter inom det *omgivningshygieniska området*. Åtgärder riktade mot den fysiska miljön initieras genom hälsovårdsnämndens ingripande, och nämnden medverkar i planeringen av samhällsmiljön. Hälsovårdsorganen har också uppgifter inom smittskyddet.

Distriktsläkare, eller annan läkare med speciell kompetens inom miljömedicin och smittskydd, medverkar i hälsovårdsnämndernas arbete. I distrikt med flera distriktsläkare utser sjukvårdshuvudmannen den läkare som skall fullgöra distriktsläkaruppgifterna enligt smittskyddslagstiftningen.

Primärkommunerna har ansvaret för *skolhälsovården* inom grundskola och gymnasium. Verksamheten skall huvudsakligen vara förebyggande till sin karaktär, men viss enklare sjukvård utföres också av såväl skolläkare som skolsköterska. Sammanlagt 875 läkare var under 1974 anställda inom skolhälsovården varav 777 var arvodesanställda för någon eller några tim./vecka. De landstingsanställda läkarna svarar för drygt 40 % av läkartiden inom skolhälsovården. 10 % av landets kommuner hade 1974 tecknat avtal

med sjukvårdshuvudmannen om tillhandahållande av skolläkare. Distriktsläkarnas medverkan i skolhälsovården ligger i de flesta fall utanför den ordinarie tjänsten.

Våren 1974 var totalt 1 674 sjuksköterskor anställda inom primärkommunal skolhälsovård. 747 av dessa var heltidsanställda, 523 deltidsanställda och 404 timarvoderade. 111 kommuner (40 %) hade tecknat avtal med sjukvårdshuvudmannen om tillhandahållande av skolsköterska. 60 % av alla distriktssköterskor har uppgifter inom skolhälsovården. Detta är framförallt aktuellt inom glesbygdskommunerna.

Omfattningen av övrig hälso- och sjukvård i primärkommunal regi är svår att ange. Inom t. ex. *åldringsvården* tjänstgör läkare i regel mot timarvode. Ett fåtal tjänster finns för *socialläkare* hos större kommuner. Socialläkarverksamheten omfattar i regel medverkan i socialvårdsarbete och medicinsk nykterhets- och narkomanvård. Enligt LATT 77 är sammanlagt 147 läkare verksamma huvudsakligen i primärkommunal tjänst. (Tjänster hos sjukvårdsförvaltningen i Malmö, Göteborg och Gotlands kommun ingår ej i denna siffra. Ej heller inräknas tjänster inom primärkommunal företagshälsovård.)

## 2.3 Förutsättningar för utvecklingen av den öppna vården

### 2.3.1 *Inledning*

På basis av huvudmännens principplaner kan vissa antaganden göras beträffande utvecklingen av den offentliga öppna vården fram till första hälften av 1980-talet. Vissa skattningar beträffande utvecklingen av verksamhetsinnehåll, personalutveckling, ekonomi m. m. redovisas i "Landstingskommunal ekonomisk långtidsplanering" (LKELP). Den senaste prognosen (LKELP 77) sträcker sig fram till 1982. Erfarenheterna av hittills redovisat LKELP-material (och dessförinnan "RUPRO"-material) visar dock att den faktiska utvecklingen av öppen vård utanför sjukhus betydligt understigit vad som beräknats enligt planerna. Prognoserna för öppen vård vid sjukhusen har däremot motsvarats av den faktiska produktionsredovisningen.

Utvecklingen beträffande personaltillgång, som bl. a. styrs av utbildningsplaneringen, kan bedömas i ett längre tidsperspektiv för personal med lång utbildningstid. För läkarna, som har den längsta utbildningen, finns relativt säkra prognoser fram till 1985. Dessa prognoser bygger på regelbundet återkommande undersökningar av läkarnas tjänstgöringsförhållanden, arbetstider, utbildningsinriktning m. m. (LATT) och på sjukvårdsdelegationens läkarfördelningsprogram (LP). I november 1977 fastlades sålunda programmet LP-82 för den närmaste femårsperioden. Vissa prognoser utarbetas också för närvarande inom socialstyrelsen och Landstingsförbundet (VPP) för andra personalgrupper inom sjukvården. Fördelningen mellan sjukvård och öppen vård utanför sjukhus går dock ej att bedöma med samma säkerhet som beträffande läkarna. En begränsande faktor utgör svårigheten att bedöma sysselsättningsgrad och yrkesverksamhet för personal med korta och medellånga utbildningar inom vårdsektorn.

Av stor betydelse för de närmaste årens utveckling av den öppna vården är det centrala utvecklingsarbete som bedrives inom Landstingsförbundet, Kommunförbundet, socialstyrelsen och Spri. Utredningen om länsdelssjukhusens verksamhet (Spri Rapport 4/77) har tagits fram för att ge huvudmännen ett förbättrat beslutsunderlag vid den avvägning som måste göras när såväl den öppna vården som långtidssjukvården och akutsjukvården konkurrerar om tillgängliga resurser. Lokala politiska beslut om upprustning av mindre länsdelssjukhus till väl fungerande enheter med dygnet-runt-beredskap påverkar utformningen av den öppna vården inom sjukhusens upptagningsområden.

Ett antal gemensamma utvecklingsprojekt rörande äldreomsorger, sjukhemsvård och sjukvård i hemmen samt primärvården har presenterats av de båda kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri under 1978. Förstudier inom de aktuella områdena har publicerats i februari 1977 (Spri, S 43 1977). Resultaten från dessa utredningar är avsedda att bilda underlag för huvudmännens planering för tiden 1978–1985.

Beträffande öppen vård utanför sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde – främst företagshälsovård och privatläkarverksamhet – är underlaget för bedömning av den framtida verksamhetsinriktningen och omfattningen av t. ex. läkarinsatserna osäkert. Företagshälsovårdens innehåll och organisation behandlas f. n. av en statlig utredning. En relativt omfattande utbyggnad pågår av företagshälsovård för statligt anställda, och även landsting och primärkommuner bygger upp hälsovården för sina anställda. Företagshälsovården kommer därför liksom den offentliga öppna vården att ställa betydande anspråk på att få disponera kvalificerad sjukvårdspersonal, främst läkare och sjuksköterskor.

### 2.3.2 *Sjukvårdshuvudmännens planer, LKELP m. m.*

*Organisatoriska frågor m. m.*

En genomgång av 16 principplaner för hälso- och sjukvård redovisades 1976 av socialstyrelsen (SoS Redovisar 1976:7). De huvudmän som omfattas av undersökningen representerar omkring 50 % av landets befolkning, eftersom bl. a. storstäderna Malmö och Göteborg samt Stockholms läns landsting icke ingick i redovisningen. Allmänt kan sägas att de granskade planerna saknar analyser av sambanden mellan sjukvården och övriga samhällssektorer. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete redovisas på ett traditionellt sätt under rubriker som barnhälsovård, mödrahälsovård, företagshälsovård etc. Endast två huvudmän hade 1976 utarbetat särskilda hälsovårdsprogram i s. k. friskvårdsplaner i direkt anslutning till sjukvårdsplaneringen. Senare har flera huvudmän tagit fram separata friskvårdsplaner, och 1978 föreligger sådana i tolv landstingsområden.

Samverkansfrågor behandlas sparsamt i de flesta sjukvårdsplaner. Exempelvis synes planeringen av nya vårdcentraler i regel icke ske i samverkan med resp. primärkommuner. Samordning av distriktsgränser för den öppna vården och socialvården förekommer ännu endast i undantagsfall.

Den öppna vårdens framtida struktur beskrivs i varierande termer i olika principplaner. I nyare planer användes i regel den av socialstyrelsen (i HS 80)

föreslagna terminologin "primärvård", men uppfattningen om primärvårdens innehåll varierar betydligt. I regel redovisas följande verksamheter separat: specialiserad vård vid sjukhus, specialiserad vård utanför sjukhus, allmänläkarvård och "distriktsvård". I begreppet distriktsvård ingår i regel distriktssköterskeverksamhet, barn- och mödrahälsovård.

Allmänläkarvården utgör basen för distriktsläkarorganisationen i sjukvårdshuvudmännens planer, men när det gäller uppdelningen av specialiserad öppen vård mellan sjukhusen och vårdcentralerna råder en stor osäkerhet bland huvudmännen. Flertalet huvudmän redovisar i principplanerna en tveksamhet beträffande möjligheterna att i någon större utsträckning basera specialiserad öppen vård utanför sjukhusen, bl. a. emedan man relativt nyligen gjort betydande investeringar i mottagningslokaler, behandlingsavdelningar osv. vid såväl större som mindre sjukhus. Ett skäl som ofta anförs för att behålla en stor andel öppenvårdsbesök vid sjukhusen är läkarutbildningens behov. För de mindre länsdelssjukhusen är bemanningskraven med hänsyn till jourverksamhet m. m. en faktor som också inverkar på dimensioneringen av sjukhusens öppna vård. Antalet sjukhus för somatisk akutvård beräknas under planperioden fram till 1985 vara i stort sett oförändrat.

Även om ett flertal principplaner anger decentralisering av viss specialistvård som ett mål och även redovisar läkartjänster för specialister vid vårdcentraler utanför sjukhusorterna, synes de flesta huvudmän räkna med att dessa läkare organisatoriskt skall placeras i länssjukvårdens klinikstaber. En konsekvens av klinikanknytningen av den öppna vårdens specialistläkare blir att hälsovårdsuppgifter inom olika områden – barnhälsovård, mödrahälsovård, riktade hälsokontroller etc. – också i framtiden i stor utsträckning kommer att styras från klinikerna. Inom det psykiatriska vårdområdet är utvecklingen mot en klinikanknytning av de specialiserade öppenvårdsteam, som under senare år introducerats på flera håll, klart skönjbar. Av stor betydelse för den framtida primärvården är också frågan om långtidssjukvårdens organisatoriska uppbyggnad. Huvudmännen redovisar i planerna en ambition att öka vårdplatserna vid lokala sjukhem, men frågor i samband med ansvarsfördelningen mellan klinikernas långtidssjukvård och primärvården berörs endast i undantagsfall. Allmänläkarna beräknas i ökad utsträckning få uppgifter inom sjukhemsvården liksom när det gäller hemsjukvård, även om ledningsansvaret i regel ligger hos långvårdsklinikerna, som i de flesta fall har intagningsrätten även vid lokala sjukhem.

Huvudmännens principplaner utgår även när det gäller distriktsvården från nuvarande organisation för distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor. Strävan är att bibehålla nuvarande grad av decentralisering och i regel anges – med utgångspunkt från nuvarande instruktion – att distriktssköterskorna skall svara för alla vårdgrenar, dvs. såväl barnhälsovård som sjuk- och hälsovård för äldre. Inom barnhälsovården räknar några huvudmän med insatser av sjuksköterskor med speciell vidareutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Detta är särskilt aktuellt inom storstadsområdena. Mödrahälsovård beräknas även i framtiden vara en uppgift för barnmorskor eller – i glesbygdslänen – sjuksköterskor med utbildning även inom detta område.

### *Besök i öppen vård*

Med utgångspunkt i beräkningar av antalet läkarbesök i öppen vård per invånare och år – ett relativt osäkert mått på vårdarbetets totala omfattning – anges i sjukvårdshuvudmännens planer och LKELP en ambition att öka besökstalet från 2,0 år 1974 till 2,7 år 1982 och 3,1 år 1985 (anm: privatläkarvård antages oförändrat omfatta 0,5 besök per invånare och år under hela planperioden). År 1976 gjordes något över 21 miljoner läkarbesök, varav sjukvårdshuvudmännen svarade för drygt 17 miljoner och privatläkarna för 3,6 milj. Enligt LKELP -77 beräknas den offentliga öppna vården ökas med 5,3 milj. besök till år 1982. Av denna ökning beräknas ca 75 % falla på distriktsläkarmottagningar och vårdcentraler. Andelen allmänläkarvård förväntas öka från 35 % år 1976 till 41 % år 1982. Specialiserad vård vid vårdcentraler utgjorde 1976 8 % av all specialiserad vård. År 1982 beräknas vårdcentralerna svara för 13,2 % av all specialiserad vård. Den sjukhusbundna öppna vården, som 1976 utgjorde ca 60 % av all offentlig öppen läkarvård, kommer 1982 att svara för 52 % av den öppna vården enligt LKELP.

### *Tjänster*

Enligt LKELP 77 beräknas det totala antalet läkartjänster öka mellan 1976 och 1982 med 2 910 (36 %). Fördelningen av läkartjänsterna mellan sluten resp. öppen vård vid sjukhus och öppen vård utanför sjukhus framgår av tabell 2.15.

**Tabell 2.15 Antal tjänster för vidareutbildade läkare 1976 och 1982**

| Vårdform | År | | Ökning | |
|---|---|---|---|---|
| | 1976 | 1982 | Absolut | % |
| Sluten vård | 5 256,5 | 6 900,8 | 1 644,3 | 31,2 |
| Öppen vård vid sjukhus | 577,5 | 796,0 | 218,5 | 37,8 |
| Öppen vård utanför sjukhus | 2 102,7 | 3 149,9 | 1 047,2 | 49,8 |
| Totalt | 7 936,7 | 10 846,7 | 2 910,0 | 36,6 |

Källa: LKELP 77.

I siffrorna för öppen vård utanför sjukhus ingår tjänster vid fristående polikliniker (motsv.) samt distriktsläkartjänster. Antalet läkartjänster inom distriktsläkarvård ökar från 1 779 år 1976 till 2 719 år 1982, vilket motsvarar en årlig procentuell ökning med 7,3 %. Allmänläkartjänster utgör 1 487 år 1976 och 2 105 år 1982. Ökningen per år utgör 6 %.

Sammanlagt 618 allmänläkartjänster och 322 specialisttjänster beräknas således tillkomma inom distriktsläkarvården under åren fram till 1982.

### *Lokaler för öppen vård*

Under den senaste tioårsperioden har ett betydande antal större och mindre vårdcentraler byggts upp inom alla sjukvårdsområden. 1976 fanns sålunda

677 läkarstationer och vårdcentraler, och 313 av dessa utgjordes av enläkarstationer. Antalet sådana mottagningar beräknas minska till drygt 150 år 1982 i takt med att utbyggnaden av vårdcentraler fortsätter.

### 2.3.3 *Personalprognoser*

#### *Läkare*

I slutet av 1976 fanns i landet 10 800 läkare med fullgjord vidareutbildning registrerade hos socialstyrelsen. Därav var 8 400 yrkesverksamma. År 1985 beräknas antalet vidareutbildade läkare vara 18 800, varav 15 800 yrkesverksamma. Enligt LP 82 beräknas 14 600 läkare med fullgjord vidareutbildning vara sysselsatta inom den offentliga vården, företagshälsovården och privatläkarvården år 1985. Dessa fördelar sig på följande sätt:

| | |
|---|---|
| Offentlig hälso- och sjukvård | 12 900 |
| Privat företagshälsovård | 700 |
| Privat praktik | 1 000 |

År 1977 fanns 857 läkare med allmänläkarkompetens. 1980 beräknas denna siffra ha ökat till 1 267 och 1982 till 1 476. Nettotillskottet 1977–82 blir således 619 allmänläkare. Även om hela nettotillskottet går till distriktsläkarvården beräknas vakanserna inom denna sektor ej avvecklas till början av 80-talet. En icke ringa del av allmänläkarna kan dessutom förväntas söka sig till företagshälsovården – som expanderar under planperioden – eller övergå till privat praktik.

Enligt LATT 77 har dock de yngre läkarnas intresse för allmänläkarutbildning ökat betydligt jämfört med tidigare LATT-undersökningar. 1972 uppgav således endast 6,6 % av de yngre läkarna allmänläkarvård som utbildningsmål, 1974 var siffran 13,5 % och 1977 21,5 %.

I LP 82 beräknas på grund av uppgifterna i LATT 77 tillgången på allmänläkare år 1985 vara ca 3 000. Dessa läkare skulle då kunna vara tillgängliga för offentlig vård, t. ex. distriktsläkarvård samt statlig och kommunal företagshälsovård. Omkring 700 läkare inom den icke offentliga företagshälsovården tillkommer enligt programmet. LP 82 innebär en viss höjning för allmänläkarvården jämfört med tidigare program.

Bakgrunden härtill är att allmänläkarvården bedöms ha fler uppgifter inom t. ex. långtidssjukvård och barnsjukvård i den framtida primärvården, än vad som tidigare planerats. Inom såväl långtidssjukvård som barnmedicin har därför vissa sänkningar gjorts i LP 82 jämfört med LP 80.

Det tillgängliga utrymmet för utbildning har icke ansetts medge ytterligare utökning av allmänläkarantalet till år 1985, även om detta i och för sig skulle vara önskvärt. Målsättningen för LP 82 är ifråga om den öppna vården att minst 7 300 läkare med fullgjord vidareutbildning skall vara kompetenta att fungera inom öppen vård år 1985, (3 000 allmänläkare och 4 300 specialister). De specialistkompetenta läkarna beräknas då arbeta dels inom primärvården, dels inom länssjukvården.

*Sjuksköterskor*

Av intresse för den öppna vården är vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård (distriktssköterskor), barnsjuksköterskor och barnmorskor. För mottagningssköterskor vid vårdcentraler föreligger f. n. inga särskilda behörighetskrav. Distriktssköterskekåren, som 1976 omfattade 2 264 individer kommer – bl. a. beroende på relativt hög medelålder – att öka endast obetydligt fram till 1982. Mot bakgrund av att de flesta huvudmän i sina planer anger en betydande utökning av antalet distriktssköterskетjänster kommer en besvärande bristsituation att uppstå inom detta område. En lösning på problemen för distriktsvården är att i högre grad än hittills anlita personal med undersköterske- och biträdeskompetens till hjälp t. ex. inom hemsjukvården. Nya arbetsformer inom distriktsvården efter gruppvårdsprincipen provas på olika håll inom landet.

För barnsjuksköterskor – som inom primärvården huvudsakligen anlitas inom barnhälsovården i storstäderna – är prognossiffror för 80-talets första hälft ännu svårare att ta fram än för distriktssköterskor. Barnhälsovårdens innehåll och organisation utreds f. n. av socialstyrelsen och utbildningsfrågorna har prövats i den statliga utredningen Vård 77 (SOU 1978:50).

Gruppen barnmorskor beräknas öka från 4 031 år 1976 till 5 000 år 1982. Detta innebär en ökning med 26 %. Socialstyrelsens mödrahälsovårdsutredning, som kommer att offentliggöras tillsammans med barnhälsovårdsutredningen under 1978, räknar med att mödrahälsovården huvudsakligen skall skötas av barnmorskor.

*Annan personal*

Av intresse för utvecklingen inom den öppna vården är främst personal med undersköterskekompetens. Totalt fanns år 1976 27 479 undersköterskor registrerade i socialstyrelsens personalregister. Uppskattningar av yrkesverksamhetsgraden visar att 65–70 % kan beräknas ha varit sysselsatta på undersköterske- eller biträdestjänster, dvs. 18 000–19 000 individer – huvudsakligen inom sluten vård. En betydande ökning av kåren förväntas fram till 1985, och med antagande om samma yrkesverksamhetsgrad kan 1981 ca 40 000 och 1985 ca 70 000 individer vara tillgängliga för sysselsättning inom såväl sjukhusens slutna vård som primärvården.

### 2.3.4 *Vissa centrala utvecklingsprojekt*

*Utredning om primärvårdens innehåll och utveckling*

Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, socialstyrelsen och Spri har som resultat av ett gemensamt utredningsarbete under hösten 1978 publicerat ett antal rapporter inom området primärvård, äldreomsorger och samverkan mellan kommuner och landsting. Rapporterna har behandlats i kommunförbundens styrelser, vilka genom cirkulär informerat landsting och primärkommuner om det avslutade arbetet.

Utgångspunkten för beskrivningen av den framtida strukturen är socialstyrelsens principprogram "Hälso- och sjukvården inför 80-talet: HS 80". I detta program föreslås en konsekvent uppbyggnad av primärvård, länssjuk-

vård och regionsjukvård.

Rapporten "Primärvårdens innehåll och utveckling" (Spri S 101 1978) är av särskilt intresse från kontinuitetsutredningens synpunkt. Rapporten syftar till att ge huvudmännen ett planeringsunderlag för att möjliggöra ett effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser för primärvård. Den syftar även till att bidra till utvecklingen av den framtida primärvårdens struktur och till att ge underlag för utbildningsplanering för personal inom primärvården. Sammanfattningsvis anförs följande i rapporten.

Primärvård omfattar miljöinriktade åtgärder, all individinriktad förebyggande medicinsk verksamhet, all behandlande medicinsk verksamhet utanför sjukhus av lasarettstyp samt all omvårdnad som betingas av medicinska skäl och kan ges utanför sådana sjukhus.

Primärvården omfattar med den givna definitionen

- mottagningsverksamhet på t. ex. vårdcentraler
- förebyggande verksamhet, t. ex. hälsoupplysning och barn- och mödrahälsovård
- sjukvård i hemmet
- dagsjukvård
- sjukhemsvård
- hälso- och sjukvårdsservice till primärkommunal verksamhet, t. ex. socialvård och skolor.

Alla dessa verksamheter bör sammanföras inom en primärvårdsorganisation, som ges det primära ansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård inom geografiskt avgränsade områden – i regel motsvarande primärkommunerna.

Primärvården skall arbeta utifrån en helhetssyn på människors fysiska, psykiska och sociala behov. Det betyder att primärvården och de som arbetar inom den måste engagera sig i de vårdsökandes problem och också genom att arbeta förebyggande och medverka i miljöförbättringar försöka på sikt minska problemen.

Det kan vara viktigt att få träffa samma läkare vid nästa besök. Men kontinuitet i vården står inte bara för det. Det betyder också att sambanden skall fungera och helhetssynen behållas, vilken hjälp man än för tillfället behöver och vilka vårdformer man än anlitar.

Primärvårdens närhet till befolkningen är viktig. Det betyder bl. a. att dess lokaler, främst vårdcentraler och lokala sjukhem, skall vara så utspridda i boendeområdena, som är praktiskt möjligt. Ännu mer angeläget är ändå att primärvården är tillgänglig och lätt att få kontakt med. En viktig del av primärvården är därför en patientmottagarefunktion. Alla skall veta att man kan kontakta vårdcentralen och omgående få viss medicinsk upplysning. Patientmottagningen skall också ha sådan överblick över verksamheten att den kan förmedla samtal och besök med hänsyn till vårdbehov, kontinuitet i vården etc.

För att primärvården skall klara sin uppgift räcker det inte med detta. Den måste också samverka med många olika samhällsorgan samt med t. ex. äldre- och handikapporganisationer och olika frivilliga organisationer. Länssjukvården och primärkommunerna, i det dagliga arbetet främst socialvården, är de viktigaste samarbetspartnerna. En gemensam geografisk indelning för

sjukvård och socialvård är i praktiken mycket viktig för att samarbetet skall fungera.

Den medicinska kvaliteten i vårdarbetet är av stor betydelse. Patientsäkerheten ställer krav på god vårdkvalitet.

En översikt av aktuella hälsoproblem visar att en förskjutning av primärvårdens arbetsuppgifter från enbart sjukvårdande insatser till förebyggande åtgärder av olika slag är nödvändig. Störningar i den fysiska och psykosociala miljön svarar för en allt större del av hälsoproblemen. Primärvården har genom sin närhet till människornas boende- och arbetsmiljö stora förutsättningar att – i samverkan med socialvården – verka på det förebyggande området.

Avgörande för den framtida primärvårdens arbetsinnehåll är också förskjutningen i befolkningen mot allt högre åldrar. Degenerativa sjukdomar i t. ex. cirkulationsorganen och rörelseorganen dominerar bland hälsoproblemen i dessa åldersklasser. Primärvården får ökade uppgifter när det gäller vård av långtidssjuka och handikappade i olika boendeformer. Inslagen av habilitering och rehabilitering blir också större.

En genomgång av sjukvårdshuvudmännens planer för den närmaste femårsperioden ger vid handen att nuvarande fördelning mellan sjukhusens öppna vård och den distriktsbaserade vården kommer att bestå. Utbyggnaden av vårdcentraler fortsätter, och 1982 kommer det att finnas minst en vårdcentral i varje kommun. En klar tendens finns att samordna distriktsgränserna för den öppna vården med socialvårdens distriktsgränser.

Primärvårdens medicinska verksamhet omfattar sådan utredning och behandling som inte kräver sjukhusets särskilda resurser. Detta förutsätter ett nära samband med länssjukvård – regionssjukvård.

Så snart en patients tillstånd kräver resurser, som inte finns i primärvården, övergår ansvaret för patientens behandling tillfälligt till länssjukvården. För detta krävs att man utarbetar fasta rutiner för informationsutbyte, men också att man är väl förtrogen med varandras behandlingsmöjligheter, praxis etc. Ett viktigt medel att utveckla ett fungerande samarbete är att ta fram vårdprogram för vanliga sjukdomsgrupper. Man måste avsätta tid för sådant utvecklingsarbete. Ett led i samarbetet är också att länssjukvården skall erbjuda primärvården erforderlig konsultkapacitet, medicinsk service i form av laboratorieundersökningar etc. och sjuktransport.

Samtliga läkare inom den utbyggda primärvårdsorganisationen skall vara distriktsläkare – såväl allmänläkare som läkare med annan vidareutbildning – och dessa får ansvar för samordning och arbetsfördelning inom organisationen. Detta ställer bl. a. stora krav på förmåga att samarbeta med personal inom och utom primärvården. Ur medicinsk synvinkel skall distriktsläkaren, liksom tidigare, självständigt ta ansvar för utredning och behandling av ett stort antal sjukdomar, så länge insatserna inte kräver länssjukvårdens resurser.

Ännu i mitten av 80-talet kommer det att råda brist på vidareutbildade allmänläkare men relativt god tillgång på läkare med annan vidareutbildning. I ett längre tidsperspektiv bör läkarnas vidareutbildning i större utsträckning baseras på primärvårdens behov. Primärvårdens utbyggnad till 1985 kan dock baseras på såväl allmänläkare som distriktsläkare med annan vidareutbildning.

I ett primärvårdsområde, som har distriktsläkare med olika kompetens, kan t. ex. en specialiserad läkare ges ansvar för komplicerade fall inom sin specialitet inom ett upptagningsområde, som är större än allmänläkarnas. Arbetsfördelningen mellan distriktsläkare inom ett gemensamt område kan också t. ex. innebära en uppdelning av medicinsk tillsyn vid ålderdomshem, sjukhem och andra institutioner, barnhälsovård, skolhälsovård etc.

Liksom för distriktsläkaren förstärks distriktssköterskornas sammanhållande, planerande och undervisande funktion. Särskilt förstärkningen av hemsjukvårdens medicinska innehåll innebär uppgifter för distriktssköterskan att löpande leda och instruera i hemmen verksam sjukvårdspersonal. Ett liknande mer självständigt ansvar för löpande planering och ledning diskuteras för sjuksköterskor vid primärvårdens lokala sjukhem. Även hälsoupplysning och instruktion av t. ex. anhöriga ingår i distriktssköterskans uppgift.

Sjuksköterskor med viss vidareutbildning kan ges ett mer självständigt ansvar t. ex. inom det förebyggande arbetet och i fråga om kontroll och behandling för patienter inom vissa sjukdomsgrupper (dispensärverksamhet).

Tillgången på sjuksköterskor är också de närmaste åren begränsad, och det är viktigt att fortlöpande pröva möjligheterna att, genom tillskott av resurser som undersköterskor, använda sjuksköterskorna bättre.

Primärvården kommer i ökad utsträckning att svara för habiliterande och rehabiliterande insatser. Inte minst vård i hemmet av ett ökat antal sjukare patienter och en aktivering av sjukhemmens verksamhet förutsätter detta. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter är därför viktiga resurser i primärvården. De skall arbeta med funktionsbevarande och rehabiliterande behandling, utprovning av tekniska hjälpmedel etc. En viktig del av deras arbete bör emellertid vara instruktion och undervisning till annan sjukvårdspersonal och personal inom den sociala hemtjänsten.

Enligt nuvarande prognoser kommer det att råda brist på utbildade sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Under överinseende av distriktssköterska eller sjuksköterska vid sjukhem bör undersköterskor (motsv.) kunna ges mera självständiga uppgifter i patientvården. Detta ställer krav på fortlöpande instruktion och fortbildning och på en organisation, som tillförsäkrar trygghet i arbetsutövningen, bl. a. genom lätthet till kontakt med arbetsledningen. Tillgången på personal i denna kategori bedöms vara relativt god och kommer att vara av stor betydelse för primärvårdens utbyggnad.

Vårdarbetet består alltid till en del av lagarbete. Vissa erfarenheter finns redan av s. k. gruppvård, som troligen i stor utsträckning kommer att tillämpas vid primärvårdens lokala sjukhem.

Utveckling av olika typer av lagarbete blir också viktig både inom mottagningsverksamheten och för sjukvård i hemmen. Sålunda bör i ökad utsträckning individuella vårdplaner upprättas för primärvårdens patienter. Detta rekommenderas ske i grupper med representanter för all personal, som blir engagerad i patientens vård. En särskild samverkan förespråkas mellan främst sjukvårdens och den sociala hemtjänstens personal när det gäller sjukvård i hemmet.

Inom en utvecklad primärvård kommer hela tiden behov att finnas av

utvecklingsarbete och fortbildning för alla personalkategorier. Mycket av detta kommer att bedrivas tillsammans med länssjukvården och den primärkommunala sociala tjänsten. Vårdprogramutvecklingen har tidigare nämnts. Det är också viktigt att man i övrigt inom primärvården får möjligheter att bedriva forskning och utvecklingsarbete som är av vikt för dess utveckling. Detta förutsätter, förutom personella resurser, bl. a. fortlöpande utveckling av primärvårdens informationssystem, som journaler, statistiksamling och meddelanderutiner.

Primärvårdens utbyggnad fordrar att man fortsättningsvis i byggnadsverksamheten prioriterar närmottagningar, vårdcentraler och lokala sjukhem.

På grund av att tillgängliga resurser såväl ekonomiskt som personalmässigt är begränsade måste en utbyggnad av primärvården ske successivt. Eftersom utgångsläget varierar mellan olika delar av landet måste stor hänsyn tas till de lokala förutsättningarna vid det praktiska genomförandet av denna utbyggnad.

Primärvårdens utbyggnad måste ske i nära samverkan med länssjukvården och baseras på förutsättningen att primärvården successivt skall överta arbetsuppgifter och därmed också resurser från länssjukvården. Arbetsfördelningen måste därför hela tiden kunna omprövas och förändras så att den inte hindrar den eftersträvade utvecklingen.

Primärvårdsutredningens förslag får betydande effekter på hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Några av de viktigaste konsekvenserna berörs nedan.

Endast den offentliga huvudmannens organisation för hälso- och sjukvård utanför sjukhusen kan betecknas som primärvård. Öppen vård vid sjukhusen och öppen läkarvård vid polikliniker och vårdcentraler som bedrivs av klinikanställda läkare, skall enligt definitionen betecknas länssjukvård och inte primärvård. Länssjukhusens läkare kan med andra ord bl. a. ses som *konsulter* åt primärvårdens personal.

Primärvårdsutredningen konstaterar också att vissa uppgifter, som i nuläget utföres av personal inom sjukhusklinikerna, i ökad utsträckning bör klaras av primärvården. Hit hör t. ex. insatser inom långtidssjukvården och rehabiliteringen, hemsjukvården och handikappvården.

Intagningsrätten vid de lokala sjukhemmen bör därför successivt överföras till primärvården, varvid dock garantier måste finnas för en samverkan med länssjukvården.

Förebyggande insatser som mödra- och barnhälsovård ingår också i primärvårdens uppgifter och det finns ingen anledning att på sikt bibehålla den nuvarande organisatoriska kopplingen till kvinno- resp. barnklinikerna.

Såsom visats i det föregående har den offentliga öppna vården i vårt land under de senaste 40–50 åren varit otillräckligt dimensionerad och dessutom varit underbemannad på grund av svårigheter att rekrytera provinsial-/distriktsläkare. Följden har blivit att många grupper i samhället på olika sätt sökt tillgodose behovet av lättillgänglig läkarvård. Företagshälsovårdens utbyggnad och dess inriktning mot "vardagssjukvård på arbetsplatsen" är ett exempel, studerandehälsovården vid universitet och högskolor ett annat.

Eftersom hälsovård och öppen sjukvård i vårt land har utvecklats inom flera separata organisationssystem har vi i nuläget ett mycket splittrat

vårdutbud, och allmänheten har svårt att hitta rätt i systemet. Det är välbekant att sjukhusens akutmottagningar ofta får ta emot vårdsökande som egentligen inte alls hör hemma i länssjukvården, eftersom primärvården är underdimensionerad.

Detta förhållande betraktas av utredningen som ett betydande hinder för utvecklingen av primärvården, och en förutsättning för en slagkraftig organisation är därför att all verksamhet inom primärvårdsområdet samordnas under en effektiv ledningsorganisation.

Även om den framtida primärvården skall ges en självständig ställning och betydligt vidgade arbetsuppgifter jämfört med nuvarande öppenvårdsorganisation kommer samverkan med länssjukvården att spela en stor roll liksom hittills. Konsultinsatser behövs från klinikerna både i enskilda patientärenden och i mer övergripande medicinska frågor – t. ex. i vårdprogramarbetet. Klinikernas medverkan behövs också för primärvårdspersonalens fortbildning.

### *Länsdelssjukhusutredningen*

En utredning inom Spri – som bedrivits i samverkan med socialstyrelsen och representanter för olika specialistföreningar inom läkarförbundet – behandlar verksamheten vid de mindre lasaretten – länsdelssjukhusen enligt HS 80. Projektet har avrapporterats i Spri Rapport nr 4/77.

Med länsdelssjukhus avses akutsjukhus (dygnet-runt-beredskap) som inte är regions- eller länssjukhus, och som minst omfattar enheter för allmän internmedicin, allmän kirurgi, anestesiologi och röntgendiagnostik. Utredningen räknar med att 55 av de nuvarande lasaretten skall betraktas som länsdelssjukhus. De odelade lasaretten ingår ej i denna grupp.

Av flera skäl kan en bestämd undre gräns för upptagningsområdets storlek för ett akutsjukhus ej sättas. Utredningen konstaterar dock att upptagningsområden med mer än 60 000 inv. innebär att länsdelssjukhusets samlade resurser blir väl utnyttjade, medan problem uppstår för sjukhus med mindre upptagningsområden. Särskilt för de minsta sjukhusen – underlag mindre än 40 000 inv. – innebär kravet på akutberedskap m. m. en överbemanning av vissa personalkategorier i förhållande till verksamhetens omfattning och risker för såväl vårdkvalitet som rekrytering av specialutbildad personal. Den ökade vårdkapaciteten under dagtid som blir följden av en adekvat bemanning vid de små sjukhusen kan enligt utredningen utnyttjas för sådan öppen vård m. m. som annars kan betraktas som primärvårdsuppgifter. Slutsatsen blir att planeringen av primärvården i kommuner med länsdelssjukhus i hög grad påverkas av beslut om verksamhetens omfattning, personaldimensionering m. m. vid länsdelssjukhusen.

Behovet av konsultinsatser vid länsdelssjukhusen inom sådana specialiteter som ej är företrädda i sjukhusets klinikorganisation kan tillgodoses från primärvårdsorganisationen eller från länssjukhuset. En samlokalisering av vårdcentral och länsdelssjukhus kan i vissa fall vara lämplig – t. ex. för specialiteter som ögon, öron och gynekologi.

Tillgången på vårdplatser för långtidssjuka inom primärvården är också avgörande för länsdelssjukhusets dimensionering. En stor del av vårdplat-

serna vid länsdelssjukhusens medicin- och kirurgkliniker upptas idag av patienter som egentligen vore "klinikfärdiga" om erforderliga sjukhemsplatser funnes. Länsdelssjukhusutredningen har inte ansett sig böra fastställa några normtal för vårdplatserna vid länsdelssjukhusets medicin- eller kirurgkliniker, eftersom man konstaterar att beslut om de mindre sjukhusens fortsatta verksamhet som akutsjukhus eller ev. omvandling till vårdcentral/sjukhem måste fattas av de lokala politiska instanserna med hänsynstagande till bl. a. transportvägar inom sjukvårdsområdet osv.

*De äldre och hälso- och sjukvården*

Vid årsskiftet 1977/78 presenterades en rapport angående hälso- och sjukvårdsresurser för de äldre m. m. utarbetad av en arbetsgrupp som tillkallats av bitr. socialministern; "De äldre och hälso- och sjukvården" (Ds S 1978:1).

Utredningen konstaterar att antalet äldre i samhället ökar snabbt samtidigt som den hittillsvarande utvecklingen av samhället inneburit begränsade alternativa vårdmöjligheter för äldre långtidssjuka med tunga vårdbehov. Mot bakgrund av bl. a. det begränsade ekonomiska utrymmet för utbyggnad av den traditionella långtidssjukvården diskuterar utredningen behovet av satsningar på förebyggande insatser och alternativa vårdformer, av vilka sjukvård i hemmet är en. Inom långtidssjukvården strävar man efter att öka antalet lokala sjukhem med rimliga proportioner och så hemliknande vårdmiljö som möjligt. Hälsokontroller av grupper av pensionärer och andra förebyggande insatser är också nödvändiga i strävandena att minska behovet av "tung" sluten långtidssjukvård. Sammantaget innebär utvecklingen helt klart att den framtida primärvården kommer att få betydligt ökade uppgifter inom långtidssjukvården och äldreomsorgerna än vad som är fallet i nuläget.

### 2.3.5 *Utvecklingen inom angränsande områden*

*Företagshälsovård*

Företagshälsovårdens innehåll, organisation och omfattning behandlas f. n. av den statliga företagshälsovårdsutredningen, tillsatt i början av 1976. Den intensiva utvecklingen på området har också avspeglats i arbetsmiljöavtal på såväl den privata som de kommunala och statliga sektorerna. Följande tendenser kan sammanfattningsvis anges beträffande företagshälsovårdens utformning under de närmaste åren.

- Företagshälsovård betraktas som en del av arbetarskyddet och skall därför huvudsakligen vara av förebyggande karaktär och ha nära anknytning till arbetsplatsen.
- Företagshälsovården består i princip av en teknisk del, en medicinsk del och en psykosocial del. Av dessa tre delar har hittills den medicinska dominerat genom insatser av läkare och sjuksköterskor. Den tekniska delen får dock allt större tyngd och den psykosociala funktionen kommer successivt att utvecklas betydligt.
- Eftersom företagshälsovårdens främsta uppgift är att genom förebyggande

tekniska, medicinska och psykosociala insatser eliminera hälsorisker i arbetslivet bör tidiga åtgärder prioriteras, och företagshälsovården bör medverka redan vid planeringen när det gäller nya eller ändrade arbetslokaler, arbetsmetoder eller förändringar i arbetsorganisationen etc.

- Personalens inflytande på utformningen av företagshälsovården har under senare år ökat starkt genom lagstiftning och avtal.
- Andelen sjukvård, som hittills tagit mer än 50 % av företagsläkarnas tid i anspråk, kommer att minska betydligt i den framtida företagshälsovården. Förutsättningen härför är att den utbyggda primärvården kan ta hand om större delen av den nuvarande "personalsjukvården". Vissa arbetsuppgifter av sjukvårdskaraktär bedöms dock lämpligen kunna ligga inom företagshälsovården, nämligen omhändertagande av direkt arbetsplatsbetingade sjukdomar, vissa olycksfall och akuta insjuknanden som inträffar på arbetsplatsen samt viss rehabilitering och medicinsk funktionsprövning efter genomgången sjukdom.
- En nära samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård – främst primärvården – måste komma till stånd för att bästa möjliga fördelning och utnyttjande av resurser skall komma till stånd.
- Ersättningen från den allmänna försäkringen till företagshälsovården bör enligt förslag från riksförsäkringsverket och socialstyrelsen utformas så att sjukvårdsinsatserna inte som nu premieras på bekostnad av de förebyggande insatserna.
- En ökad satsning på yrkesmedicinen kan förväntas under kommande år. Denna fråga utreds särskilt av företagshälsovårdsutredningen, och ett delbetänkande förbereds enligt uppgift under 1978.
- Allmänna hälsokontroller och årligen återkommande medicinska kontroller av de anställda inom företagen betraktas numera ej som särskilt meningsfulla åtgärder. Hälsokontroller inriktas i stället på särskilda riskgrupper, eller på speciella sjukdomar. S. k. nyanställningsundersökningar utförda av läkare eller sjuksköterska kan dock ha ett berättigande när det gäller att bedöma den anställdes förmåga att klara av särskilt påfrestande arbetsuppgifter etc.

I LATT 77 registrerades 813 läkare inom företagshälsovårdssektorn. Hälften av dessa uppgav en arbetstid på 40 tim./vecka eller mer inom verksamheten. Drygt 600 läkare återfanns inom den privata sektorn och ca 200 inom statlig eller kommunal företagshälsovård. Enligt läkarfördelningsprogrammet LP-82 beräknas 1985 700 läkare arbeta inom den privata företagshälsovården. Beträffande utvecklingen inom statlig och kommunal företagshälsovård anges inga säkra prognossiffror, men en ökning av antalet läkartjänster i förhållande till nuläget är självklart att förvänta. I LP-82 inräknas dessa i kvoten för offentligt anställda allmänläkare/socialmedicinare.

### *Privatläkarvård*

Utvecklingen av antalet läkare anslutna till försäkringen under de senaste åren framgår av tabell 2.16.

Ökningen av anslutna läkare från 1976 till 1977 kan till största delen hänföras till s. k. fritidspraktiker, dvs. läkare som driver privat praktik vid

**Tabell 2.16 Försäkringsanslutna privatläkare 1975–1979**

| Anslutna läkare | År | | | Förändring 1976–77 |
|---|---|---|---|---|
| | 1975 | 1976 | 1977 | |
| Antal verksamma läkare | 1 882 | 1 838 | 1 913 | + 75 |
| därav heltidsverksamma[a] | 807 | 746 | 715 | – 31 |
| antal fritidspraktiker | 285 | 271 | 331 | + 60 |

[a] Heltidsverksamma definieras i detta sammanhang som läkare med minst 2 000 besök per år (för psykiater 1 000 besök).
Källa: Riksförsäkringsverkets läkarvårdsstatistik.

**Tabell 2.17 Antal besök m. m. inom privatläkarvården 1975–1977**

| Kontakttyp | År | | |
|---|---|---|---|
| | 1975 | 1976 | 1977 |
| Besök på grund av sjukdom | 3 610 000 | 3 300 000 | 3 180 000 |
| Telefonrådfrågningar | 910 000 | 890 000 | 860 000 |
| Rådgivning avseende födelse-kontroll m. m. | 90 000 | 120 000 | 126 000 |

Källa: Riksförsäkringsverkets läkarvårdsstatistik.

sidan av offentlig tjänst.

Utvecklingen av besöken inom den privata läkarvården framgår av tabell 2.17.

I syfte att stimulera nyetablering av privat praktik i områden utanför storstadsregionerna har riksdagen på regeringens förslag beslutat medge nyetablerade läkare – som arbetar i grupp om minst två läkare – en viss taxeförhöjning (20 % över grundtaxan) från och med årsskiftet 1977/78. En av anledningarna till det vikande intresset för etablering av heltidsverksamhet som privatpraktiker anges nämligen vara kostnadsstegringar för lokaler, material etc.

### *Utvecklingen inom socialvården*

Eftersom den framtida primärvårdens innehåll och omfattning till betydande del kommer att präglas av en ökande samverkan med den primärkommunala socialvården är det i förevarande sammanhang av intresse att också beskriva de utvecklingslinjer som kan anges för den framtida socialvården. Många problem som idag föranleder besök inom hälso- och sjukvården betingas i huvudsak av familjers och enskilda individers sociala problematik. Det är välbekant att många besök hos läkare gäller diffusa kroppsliga symtom som till sin karaktär är psykosomatiska. Missbruk av alkohol, narkotika och andra gifter, som ofta kan härledas till en social problematik, orsakar en icke ringa sjukvårdskonsumtion vid sjukhus såväl som inom distriktsläkarvården osv. Inom det psykiatriska vårdområdet diskuteras f. n. – t. ex. i socialstyrelsens förslag till principprogram för psykiatri 1978 – avgränsningen mellan

socialvårdens och sjukvårdens ansvarsområden.

Socialutredningens förslag till ny sociallagstiftning behandlas f. n. inom regeringskansliet (SOU 1977:40). Utredningen räknar med en "flexibel samverkan" mellan socialtjänsten (utredningens förslag till benämning) och sjukvården, och har ej sökt precisera ansvarsfördelningen mellan dessa sektorer. Man kan dock räkna med att socialtjänsten – om utredningens förslag genomförs – kommer att få en helt annan och vidgad roll jämfört med den nuvarande socialvården. Bland annat föreslås ökade insatser inom öppna vårdformer och en minskning av institutionell vård. Socialtjänstens uppgifter kan sammanfattningsvis indelas i tre huvudgrupper:

- Strukturinriktade insatser som syftar till en god social miljö.
- Allmänt inriktade insatser (social information, socialjour, daghem, föräldrautbildning, ålderdomshem/servicehus, hemvård för pensionärer och handikappade m. m.).
- Individuellt inriktat socialt arbete (utrednings- och behandlingsarbete vid missbruksproblem, ekonomiska bekymmer, samlevnadsproblem m. m.).

Enligt socialstyrelsens förslag till principprogram för psykiatri bör socialvården ges resurser för att tillgodose vissa behov av miljöterapi och psykoterapi. Förslaget – som f. n. remissbehandlas – kan innebära en väsentlig avlastning för primärvården liksom också för länssjukvårdens specialiserade psykiatriska verksamhet, men innebär också krav på ökad samverkan mellan vårdområdena.

Det bör understrykas att den här skisserade utvecklingen inom socialvården kommer att ta lång tid, bl. a. eftersom personal med kompetens inom t. ex. psykoterapi ännu saknas i stor utsträckning utanför den psykiatriska vårdorganisationen. Det är därför f. n. ej möjligt att dra några säkra slutsatser beträffande konsekvenserna av socialvårdens ändrade inriktning för sjukvårdens del under den närmaste tioårsperioden.

# 3 Några aspekter på kontinuitetsbegreppet

## 3.1 Inledning

I den sjukvårdsdebatt som förts under 1970-talet har man ofta talat om kontinuiteten i sjukvården och främst då att det föreligger en brist på kontinuitet. Begreppet kontinuitet har också införlivats som en av flera målangivelser för den verksamhetsgren inom sjukvården som allmänt brukar betecknas som primärvården, varmed då förstås den öppna hälso- och sjukvård som erbjuds utanför sjukhusinrättningarna. Kontinuiteten inom sjukvården har således blivit ett begrepp med positiva förtecken som man ofta och gärna refererar till och betonar angelägenheten av. Det är dock inte alltid helt klart vad som egentligen åsyftas med kontinuitet. Uttrycket kan användas i olika nyanser i olika sammanhang. Det torde därför vara av visst värde att se något närmare på vad som egentligen inryms i begreppet och vilka aspekter utredningen lägger därpå.

## 3.2 Vårdepisodkontinuitet

Vårdepisodkontinuiteten kan sägas beteckna det förhållandet att en patient får träffa en och samma vårdgivare (t. ex. läkare) vid upprepade besök för behandling under en och samma vårdepisod. En vårdepisod kan till sin längd vara livslång, t. ex. vid fall av diabetes och hypertoni. Vanligen avser dock en vårdepisod ett första besök och ett antal återbesök inom en icke alltför avlägsen tidsrymd. En perfekt vårdepisodkontinuitet skulle således innebära, att en patient kunde få komma till en och samma läkare för behandling vid ett antal på varandra följande besök.

Inom ramen för en vårdepisod bör man särskilja det faktum att den läkare som patienten vänt sig till i första hand kan anse det nödvändigt att remittera sin patient till en annan läkare för mer specialiserade undersökningar etc. I ett sådant fall bryts självfallet personkontinuiteten mellan läkare och patient vid det eller de besök som sker hos den remissmottagande läkaren. Eftersom det utifrån medicinsk terminologi fortfarande kan anses vara en och samma vårdepisod – remitteringen av patienten sker ju för att bättre kunna diagnostisera och/eller behandla den åkomma som patienten i första hand sökt för – kan detta uppfattas som ett avbrott i kontinuiteten. Enligt utredningens mening är dock ett dylikt avbrott positivt. Det innebär ett väl planerat avbrott, och det sker på grund av att vårdgivaren vill försäkra sig om

en korrekt diagnos och behandling av sin patient. Patienten torde inte heller ha några invändningar mot denna typ av kontinuitetsavbrott.

Den vårdepisodkontinuitet som kan anses eftersträvansvärd är den där patienten vid ett antal besök skall komma till en läkare på en och samma vårdnivå. Det kan gälla allmänläkare vid en vårdcentral/läkarstation eller t. ex. läkare vid sjukhusklinik. Även här kan man i och för sig tänka sig fall när det kan vara medicinskt motiverat med inkopplandet av ytterligare en läkare, men i princip bör man kunna utgå från att för de allra flesta åkommor som kan behandlas av t. ex. en allmänläkare så bör denna behandling meddelas av en och samma läkare eller åtminstone med denne läkare närvarande. Det är brister i framför allt denna typ av kontinuitet som till största delen ligger bakom kontinuitetsdebatten och kritiken från patienthåll.

## 3.3 Långsiktig kontinuitet

Med en långsiktig kontinuitet avser utredningen en situation där en patient/invånare har en över tiden kvarvarande kontinuitet till en viss vårdgivare, i första hand den till en läkare. Till skillnad från vårdepisodkontinuiteten som handlar om att en patient skall få träffa en och samma läkare vid ett antal besök som sammantagna utgör en vårdepisod, avser den långsiktiga kontinuiteten ett förhållande, där den enskilde invånaren för längre tid har möjlighet att vända sig till en viss läkare. Det är då denne läkares uppgift att se till att patienten får den vård hon behöver, vare sig det är denne läkare själv eller någon annan vårdgivare som är bäst skickad att ge vården/hjälpen och som i det konkreta fallet kommer att ge den. Det är detta slags kontinuitet som är den bärande tanken i de hälso- och sjukvårdssystem som brukar betecknas som husläkar- eller familjeläkarsystem. Bland fördelarna med ett dylikt system och den kontinuitetsform det innefattar brukar anföras det positiva värde för patienten som det innebär att vid behov av hälso- och sjukvård kunna vända sig till en person som man känner sedan tidigare – en person som i sin tur känner patienten och hennes tidigare medicinska problem m. m. – vilket medför en känsla av personlig omvårdnad och trygghet, något som kan anses särskilt betydelsefullt i en situation som för övrigt kan präglas av ängslan och oro.

För att åstadkomma en sådan kontinuitet krävs en fastare relation eller knytning mellan invånare/patient och läkare än vad som är gängse idag, åtminstone vad gäller den öppna vård som tillhandahålls av den offentliga sektorn. Ett system med denna typ av kontinuitet borde också ha goda möjligheter att minska de problem och nackdelar som finns beträffande "kontinuitet i vården", vilket behandlas i följande avsnitt. Patientens hus- eller familjeläkare skulle rimligen med fördel kunna fylla den viktiga funktionen som centrum i vårdkommunikationssystemet vad gäller de invånare/patienter han hade att svara för.

Hur långsiktig den långsiktiga kontinuiteten kan tänkas vara torde variera från fall till fall. Ett livslångt kontinuitetsförhållande mellan läkare och patient får nog betraktas som en utopi. I det samhälle vi lever i idag och kommer att leva i imorgon kommer det även fortsättningsvis att finnas drag

som gör att den långsiktiga kontinuiteten får anses som ett i praktiken relativt begrepp som i sin tidslängd kommer att variera inte minst beroende på att människor byter arbete och boplats, såväl läkare som deras patienter. Den långsiktiga kontinuiteten skulle därför i verkligheten återspegla en ambition om att bevara kontinuiteten så länge som möjligt, av praktiska – och ofrånkomliga – skäl skulle den dock representera ett verkligt tillstånd någonstans på skalan mellan utopin om livslång kontinuitet och vårdepisodkontinuiteten. Under gynnsamma betingelser skulle den ligga närmare den utopiska varianten, i sämre fall närmare den mer begränsade episodkontinuiteten.

## 3.4 Kontinuitet i vården

Med kontinuitet i vården brukar rent allmänt avses att det inte skall uppstå några "glapp" i vården och behandlingen av en patient, även om en adekvat behandling medför att patienten måste få sin vård av olika personalkategorier och på olika vårdnivåer (t. ex. vårdcentral – sjukhus – vårdcentral). Man kan också kvalificera uttrycket genom att tillägga att patienten själv skall kunna känna och förstå kontinuiteten i vården, dvs. att patienten hela tiden är upplyst och medveten om vad som sker och varför. Om man som patient inte får den vetskapen uppträder lätt känslan av att "bollas" mellan olika instanser med idel nya vårdgivare som patienten inte känner och ofta inte får tillfälle att lära känna. Kontinuitet i vården skulle, något förenklat, således kunna uttryckas som en effektiv samverkan mellan olika personalkategorier och mellan olika vårdnivåer för att på bästa sätt garantera en för patienten tydlig "röd tråd" i kontakterna mellan det samlade vårdsystemets olika delar avseende behandlingen av patienten. Å ena sidan gäller det således en kommunikationsprocess mellan de olika vårdgivarna, å andra sidan en samtidig information och vägledning till patienten från vårdpersonalen.

Det är inte ovanligt att det finns brister också i den kommunikation som skall ske mellan de olika vårdgivarna. Det kan gälla t. ex. informationsutbytet rörande en patient mellan primärvård och sjukhus, mellan allmänläkare och specialistläkare, mellan läkare och sjuksköterska, mellan sjukvårdande personal och andra samhälleliga serviceverksamheter som exempelvis socialvården.

En bidragande orsak till förekomsten av brister i denna kontinuitet torde kunna hänföras till det förhållandet att det inte sällan saknas någon fast replipunkt för den enskilda patienten i vårdsystemet. Det saknas ofta en naturlig huvudpunkt för den individuella patienten där sjukvårdssystemets olika trådar kunde löpa samman. Om en patient t. ex. genomgått en slutenvårdsvistelse på sjukhus är det inte säkert att det vid utskrivningen – eller ännu hellre i god tid före densamma – finns någon person inom primärvården till vilken sjukhuset kan meddela sig och diskutera uppläggningen av eventuellt behövlig eftervård m. m. Även om det skulle finnas en sådan möjlighet, är det inte säkert att kontakterna fungerar. Det blir ofta avhängigt av de olika vårdgivarnas personliga drivkraft, intresse och tillgängliga tid. Generellt sett försvåras också kontakterna mellan primärvården och andra delar av vårdsystemet av det faktum att primärvården ännu

är föga utbyggd. I ett sådant läge förmår inte ens god vilja och höga ambitioner att skapa en tillfredsställande kontinuitet i vården. Det är i det sammanhanget man kan se vad som anförts i föregående avsnitt, nämligen att förekomsten av en hus- eller familjeläkare, dvs. en fast läkarkontakt, skulle kunna medföra betydande förbättringar vad gäller kontinuiteten i vården.

När man talar om kontinuiteten i vården som en effektiv samverkan mellan olika personalkategorier och vårdnivåer finns också anledning att något dröja vid förekomsten av vad man kan kalla parallella vårdsystem. Individen är idag inte hänvisad till att söka läkarvård inom ett enda system. En vuxen, förvärvsarbetande person kan i vissa fall söka läkarbehandling på följande sätt: hos distriktsläkare, hos privatläkare, hos sjukhusläkare och hos företagsläkare. För barn i skolåldern kan skolläkaren sägas utgöra en motsvarighet till den vuxnes företagsläkare. För bl. a. värnpliktiga under tjänstgöring och för anställda inom försvarsväsendet finns militärsjukvården med dess resurser, bl. a. läkare. För en vuxen person som via sitt arbete har tillgång till företagsläkarservice kan man således tänka sig att läkarkontakter förekommer i fyra olika system (vårdcentral, sjukhus, privatläkare, företagsläkare). Förmodligen betjänar sig denna person inte av samtliga system, eftersom de tjänster som erbjuds inom dem till stor del är identiska. Man kan exempelvis tänka sig att om personen ifråga har en upparbetad relation till en privatläkare så används denne och kanske företagsläkaren i första hand för läkarkonsultationer. De offentliga vårdresurserna tas kanske i anspråk om de andra läkarna är på semester eller icke tillgängliga av andra skäl, och kanske vid akuta fall, varvid det med stor sannolikhet blir sjukhusläkaren som söks. Förekomsten av dessa s. k. parallella vårdsystem kan i sig innebära nackdelar för kontinuiteten i vården, i den mån det inte existerar något samverkansförfarande dem emellan avseende den enskilda patienten. Möjligheten för en läkare att ställa rätt diagnos och välja adekvata behandlingsåtgärder för en patient försvåras rimligtvis, om läkaren saknar kunskap om de bedömningar som gjorts och åtgärder som vidtagits av annan/andra läkare avseende just denna patient. Ibland föreligger visserligen ett slags personalunion mellan de olika systemen. Det är t. ex. ganska vanligt att skolläkartjänster utförs av distriktsläkare, i de flesta fall då utanför den ordinarie tjänsten. Omkring 40 % av läkartiden inom skolhälsovården kan beräknas fullgöras av landstingsanställda läkare. Även för företagshälsovårdens vidkommande kan man räkna med en viss personalunion med andra vårdsystem, eftersom endast ca hälften av de läkare som ägnar sig åt företagshälsovård gör detta som heltidssyssla (40 tim/veckan). För förbandssjukvårdens del kan också förutses att en ökande andel kan komma att tillgodoses via det civila offentliga – eller privata – vårdsystemet. Samverkan med bl. a. landstingen för ett gemensamt resursutnyttjande sågs som viktig del i de förslag som utredningen om försvarsmaktens hälso- och sjukvård i fred lade fram 1977, och riksdagen har sedermera också tillstyrkt en sådan utveckling. Utifrån den enskilda patientens synpunkt är det dock rimligt anta att även om vissa drag av personalunion kan komma att förstärkas så kommer även fortsättningsvis distriktsläkaren, sjukhusläkaren, privatläkaren och företagsläkaren i de flesta fall att representeras av olika personer, och de parallella vårdsystemen skulle då även fortsättningsvis vara parallella, med de nackdelar som detta kan medföra utifrån önskemålen om en kontinuitet i vården och en helhetssyn på patienten.

## 3.5 Kontinuitetsformernas inbördes beroende

Den definition och beskrivning av olika aspekter på kontinuitetsbegreppet som givits ovan reser samtidigt frågan hur de olika kontinuitetsformerna förhåller sig till varandra. Kan man t. ex. uppnå ett slags kontinuitet utan att samtidigt beakta ett annat?

Om man först ser till vårdepisodkontinuiteten, kan man konstatera att en bra vårdepisodkontinuitet i sig inte garanterar någon långsiktig kontinuitet eller bra kontinuitet i vården i vidare bemärkelse.

Att skapa kontinuitet i vården – såsom detta begrepp definierats här – är till stor del en fråga om förbättringar i hela hälso- och sjukvårdsverksamhetens kommunikationssystem. Den kan vara svår nog att tillfredsställa inom t. ex. ett landstings eget system som exempelvis samverkan mellan sjukhus och primärvård. Än svårare är det att tillgodose den om också de parallella vårdsystemen tas i beaktande. En bristande vårdepisodkontinuitet föranleder också ökade krav på vårdkontinuitet bl. a. av det enkla skälet att vid bristande episodkontinuitet tvingas patienten möta flera vårdgivare än vid en god episodkontinuitet, och därigenom ökar behovet av informationsöverföring mellan olika vårdgivare för att garantera en lämplig behandling av patienten. Omvänt gäller dock inte att man kan ta lättare på vårdkontinuiteten i händelse av en god episodkontinuitet. Om vårdkontinuiteten ses huvudsakligen som en funktion av informationsutbyte och samverkan rörande den enskilda patienten, så kommer den att vara aktuell och angelägen i samtliga fall där mer än en vårdgivare är involverad i vården av en patient, dvs. nästan alltid.

Den mer långsiktiga kontinuiteten kan inte tänkas ge de fördelar som den potentiellt kan ha om inte episodkontinuitet och vårdkontinuitet samtidigt tillgodoses i rimlig utsträckning. Fördelen med att ha en fast läkarkontakt minskar naturligtvis drastiskt, om patienten inte kan påräkna att få träffa denne läkare vid ett antal besök. Episodkontinuiteten får därför ses som ett naturligt inslag i den mer långsiktiga kontinuiteten. Den fördel som den långsiktiga kontinuiteten kan medföra när det gäller att lära känna patienten och dennes medicinska m. fl. problem minskar självfallet, om denne läkare inte är informerad och underrättad om eventuella sjukhusvistelser eller andra vårdtillfällen som patienten beretts. Således är vårdkontinuiteten också ett nödvändigt inslag i den långsiktiga kontinuiteten. Från den enskilda patientens synpunkt borde en organisation av hälso- och sjukvården som i rimlig utsträckning tillgodoser samtliga tre kontinuitetsaspekter vara att föredra. För överväganden och förslag beträffande detta hänvisas till kapitel 7.

# 4 Allmänhetens och patienternas synpunkter på sjukvården

## 4.1 Inledning

Utredningens huvuduppgift har varit att föreslå åtgärder som verksamt kan bidra till att förbättra kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare i öppen vård. Patienternas inställning i denna fråga har under senare år ofta kommit till uttryck i bl. a. olika massmedia, och helhetsintrycket får anses entydigt: man är missnöjd med att inte kunna få träffa en och samma läkare vid upprepade besök. Detta missnöje delas i de allra flesta fall också av sjukvårdspersonalen och andra ansvariga för hur hälso- och sjukvårdsservicen organiseras. Över hela landet görs därför ansträngningar för att förbättra situationen i detta avseende, vilket framgår av redovisningen i kapitel 5.

Mot denna bakgrund har utredningen inte funnit det nödvändigt att genomföra egna undersökningar rörande allmänhetens inställning i denna fråga. Enligt utredningens bedömning är allmänhetens önskemål väl dokumenterade i detta hänseende, inte minst genom de erfarenheter som görs i svensk sjukvård varje dag.

Samtidigt har dock utredningen i sitt betänkande velat ägna ett visst utrymme åt de synpunkter på hälso- och sjukvården – främst då den öppna vården – som i olika undersökningar framkommit från allmänheten. Skälet härför är en för utredningen självklar och angelägen utgångspunkt, nämligen att utformningen av sjukvårdsresurserna i största möjliga utsträckning bör anpassas till de önskemål och krav som kommer från dem som sjukvården skall betjäna, dvs. patienterna/allmänheten. I detta kapitel redovisas därför resultaten från några av de undersökningar som under senare år genomförts i syfte att få kunskap om vad allmänheten tycker och tänker om hälso- och sjukvårdsservicen.

## 4.2 Patienten i sjukvården – kontakt och information

En expertgrupp inom den statliga utredningen medicinalansvarskommittén avlämnade under 1977 en rapport med titeln Patienten i sjukvården – kontakt och information (SOU 1977:66).

I rapporten har sammanställts aktuella attitydundersökningar som utförts inom sjukvårdens område.

Attitydundersökningar har genomförts i Sverige sedan slutet av 60-talet och i olika former. Bland de undersökningar som omnämns i medicinalan-

svarskommitténs rapport är:

- 1967–1969 vid Uddevalla lasarett i samarbete med Göteborgs universitet.
- 1970 vid Västerås lasarett i samarbete mellan Spri och landstinget.
- 1973 "Långtidsvården i Värmland" i samarbete mellan landstinget och Göteborgs universitet.
- 1974 i Stockholm "Vår sjukvård", där landstinget var intresserat bl. a. av hur invånarna vill ha sin sjukvårdsservice anordnad och vilken information man vill ha tillgång till.
- 1972–1975. Två undersökningar i Skaraborgs län. Den ena av dessa undersökningar hade rubriken "Kunskaper och åsikter om sjukvården". Den andra undersökningen berörde invånarnas informationskunskaper och behov.
- 1974 i Uppsala län. I samband med utarbetandet av en sjukvårdsplan genomfördes en enkätundersökning bland befolkningen under benämningen "Säg vad Du vill".
- 1977 redovisade socialstyrelsen en enkätundersökning "Attityder till sjukvården" som utförts i Dalby läkardistrikt. Rapporten innehåller bl. a. redovisning av utrednings- och försöksverksamhet som tar sikte på att uppskatta vilken information patienter har om sin sjukdom, hur de vill bli informerade om sjukdomen och vidare vilka erfarenheter de har av sjukhus, personal osv. i relation till informationsbehovet.

Att attityder hos patienten påverkas av det informations- och kontaktmönster olika sjukvårdsinrättningar, informationsskrifter etc. visar upp framgår klart av vissa av de redovisade undersökningarna. I det följande belyses närmare resultat av undersökningar som särskilt tar upp inställningen till sjukvårdssystemet i allmänhet och till öppen vård och kontinuitet i synnerhet. En del av dessa har nämnts ovan.

## 4.3 Dalbyundersökningen "Attityder till sjukvården" (Malmöhus läns landsting)

Undersökningen finns redovisad i serien "Socialstyrelsen redovisar" (1977:1).

Inledningsvis konstaterar undersökningsledare Göran Ejlertsson bl. a.:

"Den ökade utbyggnaden av sjukvården kräver en allt större andel av den enskildes skatteutgifter. Men eftersom sjukvården är klart expertdominerad och dessutom ett politiskt mycket känsligt område har den enskilda individen hittills haft små möjligheter att påverka dess utformning. Det är alltså mycket väsentligt att skapa ett instrument, som ger individerna möjlighet att föra fram sin syn på såväl den existerande som den framtida sjukvården. Den enkätundersökning som genomförts i Dalby kan betraktas som ett försök att skapa ett sådant instrument."

Tidigare hade man i Dalby kartlagt vårdkonsumtionsmönstret i detta läkardistrikt med olika metoder men funnit att vissa typer av data inte gått att få fram med t. ex. journalstudier. Detta ledde till attitydundersökningen.

Undersökningen ger information om vårdkonsumtion för olika grupper av

människor, åsikter och kunskaper om sjukvårdssystemet och attityder till olika former av sjukvård. Jämförelser med andra undersökningar görs också och därvid konstateras att dessa i huvudsak har riktat sig mot den slutna vården med några få undantag, t. ex. undersökningarna i Skaraborgs och Stockholms läns landsting.

Dalbyrapporten är intressant bl. a. från den synpunkten att den är mindre allmänt inställd och tar upp speciella problem som förekommer i ett mindre område (ca 20 000 inv.) där frågeställningarna kunnat knytas till olika institutioner för sjukvård.

Som också redovisas på annan plats i detta betänkande (kapitel 5) har Dalby vårdcentral varit utbildnings- och forskningsenhet med statligt stöd sedan år 1968. Detta innebär att under relativt lång tid före den genomförda attitydundersökningen har det funnits en kommunikation med befolkningen i området om vilken hälso- och sjukvård som vårdcentralen kan erbjuda bl. a. i konkurrens med det stora universitetssjukhuset i Lund som ligger endast 3 mil från Dalby. En ökande del av dalbybefolkningen pendlar för sitt arbete mellan Dalby och Lund. Privatläkare finns inte i dalbyområdet. Ungefär 50 % av sjukvårdsbehovet i Dalby täcks av insatser från vårdcentralen. Resten av den öppna vården sköts av företagsläkare, lasarettet i Lund eller privatläkare i Lund.

En del av dessa faktorer och en mängd andra påverkar en individs åsikter och kunskaper samt attityder till sjukvården. I rapporten från Dalby redovisas vissa huvudfaktorer:

- man påverkas av den hälso- och sjukvård man konsumerat hittills
- man påverkas av information som delgivits av myndigheter eller på annat sätt
- individens personliga egenskaper påverkar hans inställning till sjukvården
- kön, ålder och socialgrupp har också betydelse i dessa sammanhang.

Vidare påtalas i redovisningen att avgifter, tillgänglighets- och informationsförhållanden begränsar konsumtionen av hälso- och sjukvård. Detta, menar man, innebär att den faktiska konsumtionen endast kommer att bli en del av vad individen efterfrågar. Det finns också människor som inte efterfrågar sjukvård, s. k. "nollkonsumtion". Detta påverkar också attityderna till sjukvårdssystemet. Det talas vidare om svårigheten att finna objektiva kriterier på ett visst hälsotillstånd, och därmed är det svårt att få grepp om det behov en individ har av hälso- och sjukvård.

I ett avsnitt av utredningen om folks benägenhet att kontakta läkare för enklare åkommor, t. ex. förkylning, har man kunnat konstatera att ca 5 % av befolkningen hade "låg toleranströskel" och utnyttjat läkare i onödan.

Ett annat utredningsresultat visar på skillnaden i socialgruppstillhörighet vid utnyttjandet av akutmottagningar. Ju lägre socialgrupp, desto högre benägenhet att utnyttja akutmottagningen. Detta i sin tur härleds till utbildnings- och informationssituationen för olika socialgrupper. De sämst informerade är osäkra på när man skall beställa tid för besök alternativt söka akut vård. I detta sammanhang pekas också på att människor söker sig till akutmottagningar, skolläkare, företagsläkare om väntetiderna är långa vid vårdcentralen.

Vid frågor om varför man väljer vårdcentralläkare eller specialist fick man svaret att närhetsaspekten var viktig när det gällde vårdcentralen, men kvaliteten var viktig vid val av specialist. Vid val av privatläkare svarade de tillfrågade att det var närhet och den personliga kännedomen om personalen som var utslagsgivande. Detta har lett till frågan om vårdcentralernas betydelse för utvecklandet av personliga relationer mellan patient och läkare/övrig personal. Risken finns att stora vårdcentraler med många anställda, som inte har ett kontinuitetspräglat kontaktmönster visavi patienterna verkar både främmande och skrämmande för de vårdsökande.

Allmänna attityder till sjukvården vid Dalby läkarstation fördelade sig enligt tabell 4.1.

**Tabell 4.1 Inställning till sjukvården vid läkarstationen i Dalby. Fördelning i procent.**

| | Antal individer | Mycket bra | Ganska bra | Varken /eller | Ganska dåligt | Mycket dåligt | Vet ej |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Män | 385 | 11,4 | 29,9 | 16,4 | 6,2 | 4,2 | 31,9 |
| Kvinnor | 382 | 10,5 | 35,3 | 18,8 | 4,7 | 2,9 | 27,7 |
| Totalt | 767 | 11,0 | 32,6 | 17,6 | 5,5 | 3,5 | 29,9 |

Källa: Attityder till sjukvården. Dalby. Socialstyrelsen redovisar 1977:1.

I runda tal är 44 procent nöjda, 18 procent neutrala och 9 procent missnöjda med den sjukvård läkarstationen i Dalby erbjuder, medan 30 % inte tar ställning.

Man tar också upp inställningen till den slutna vården "lasarettssjukvården". Där är 65 % nöjda av de tillfrågade, 8 % neutrala och 4 % missnöjda, 23 % tar inte ställning till den lasarettsanknutna vården.

Betydelsen av läkarkontinuitet upptar ett särskilt kapitel i rapporten från Dalby. I inledningsavsnittet konstateras följande:

"I frågan om kontinuiteten uttryckte de intervjuade det klaraste ställningstagandet och det mest enhetliga önskemålet. Inte enbart i svaren på de direkta frågorna utan också i de öppna svarsalternativen framkom synpunkter som tydligt pekar i en riktning – man vill ha en speciell läkare att vända sig till."

På frågan "Hur viktigt anser Ni det är att man som patient kan få träffa samma läkare vid varje sjukbesök?" erhölls följande svarsfördelning:

**Tabell 4.2 Vikten av att få träffa samma läkare vid varje sjukbesök. Fördelning i procent.**

| Antal | Antal individer | Mycket viktigt | Ganska viktigt | Inte särskilt viktigt | Helt oviktigt |
|---|---|---|---|---|---|
| Män | 382 | 72,3 | 22,8 | 4,5 | 0,5 |
| Kvinnor | 379 | 81,0 | 16,4 | 2,6 | – |
| Totalt | 761 | 76,6 | 19,6 | 3,5 | 0,3 |

Källa: Se tabell 4.1

Sammanfattningsvis ansåg ca 96 % det som mycket eller ganska viktigt att träffa samma läkare vid varje sjukbesök. Dessa synpunkter var desamma oavsett ålder, socialgruppstillhörighet m. m.

Det anförs vidare att den bästa läkarkontinuiteten för tillfället finns i privatläkarsystemet. I den offentliga vården, dvs. vid lasarett och vid vårdcentral, ansåg de intervjuade att det var sämre ställt med kontinuiteten. 30 % hade ingen uppfattning om hur kontinuiteten fungerar.

Kontinuitetens betydelse för patienten framgår lika klart vid en annan typ av frågeställning. (Tabell 4.3.)

Ca 70 % prioriterade således att få träffa samma läkare. Hälften så många, eller ca 35 %, ville ha möjligheten att få komma till en specialist. I rapporten konstateras att en jämförelse mellan dessa båda andelar innebär att om en specialisering eller "profilering" bland allmänläkarna medför försämrad kontinuitet, går detta i rakt motsatt riktning mot vad en majoritet av patienterna önskar.

Dalbybefolkningen använder gärna och i hög grad vårdcentralen för barnsjukvård, även vid akuta behov. Attityderna var klart positiva och av de tillfrågade föräldrarna var 90 % nöjda med vården.

Vad gällde önskemål om sjukvårdens framtida omfattning ansåg 52 % att det borde ske en ökad satsning på lasarettssidan, medan 75 % ansåg det angeläget med en ökad satsning på flerläkarstationer och 61 % ansåg detsamma beträffande enläkarstationer.

I ett slutkapitel redovisas en rad direktcitat om de intervjuades synpunkter på sjukvården i allmänhet. Bland dessa allmänhetens röster finns följande:

Att jag tror att det är viktigt att man får träffa samma läkare nästa gång man kommer på besök. Och jag tror att det är väldigt viktigt för de äldre (kvinna, 18 år).

Idén med läkarstationer är god men den har förfelats trots stora resurser – genom att ej tillhandahålla patienter erfarna läkare. Den läkare man i dag möter på läkarstationen är i regel en ung, hårt stressad människa som snabbt skriver ut en massa olika mediciner. Alltid finns det kanske något som passar (man, 41 år).

**Tabell 4.3 Relativ svarsfördelning på frågan "Vad är viktigast för Er, då ni gör ett läkarbesök?"** [a]

| | Män | Kvinnor | Totalt |
|---|---|---|---|
| Att läkaren ger sig gott om tid med Er | 41,2 | 59,9 | 50,6 |
| Att Ni slipper sitta länge och vänta på läkaren | 34,1 | 15,8 | 24,9 |
| Att Ni kan få träffa samma läkare varje gång | 64,5 | 74,6 | 69,6 |
| Att Ni kan få träffa en läkare som är specialist just på Er sjukdom | 37,7 | 32,1 | 34,9 |
| Att Ni har en läkarmottagning nära Er bostad eller arbetsplats | 18,7 | 15,2 | 17,0 |

[a] Två av de fem svarsalternativen skulle prioriteras.
Källa: Se tabell 4.1.

Jag anser att väntetiden är för lång för att komma under läkarvård. Kan ta upp till tio eller fjorton dagar om det inte är rent akut (kvinna, 60 år).

I stort sett fungerar det väl bra, det enda som jag personligen skulle vilja det är att man kan begära samma doktor varje gång så blir det mer personligt och lite mer avstressat, (kvinna, 42 år).

I mitt arbete får jag då och då försöka få besökstid vid hälsovårdscentralen i Dalby för de anställda och det har varit så att om man inte själv har varit påstridig kunde man ej räkna med att komma till någon läkare den närmaste dagen eller ens dagarna. Företagshälsovården har kortat vägen högst väsentligt för de vårdsökande. I övrigt har de fall av felaktig medicinering, fel utförda operationer m. m. som med rätt stora rubriker förekommit i olika massmedia och svårigheterna att komma till samma läkare verksamt bidragit till att minska förtroendet för hälsovården, det förtroende som jag tror är väsentligt för att vården skall ha avsedd effekt (man, 55 år).

Enklare kontroller bör kunna ordnas vid läkarstationen. Exempel: Min make behandlas med AP och måste resa till Lund för kontroll ibland en gång i veckan, borde inte detta kunna ordnas vid läkarstationen, ett så enkelt blodprov. En dag i veckan skulle det kunna ordnas för sådana kontroller. Proverna kunde väl insändas till lasarettet (kvinna, 61 år).

Trots uppmaningar att i tid söka läkare för någon åkomma, drar man sig för att kontakta läkarstationen i Dalby därför att ens åkomma ofta bagatelliseras. Önskvärt vore att varje gång få samma läkare, vilket ger ett bättre förtroende mellan läkare och patient (kvinna, 39 år).

Vad jag skulle sätta stort värde på vore om man som förr kunde få läkare att göra hembesök när någon blir hastigt sjuk, får hög feber e. d. (kvinna, 64 år).

Den gamla provinsialläkarinstitutionen var den bästa. Det blir något av en "husläkare" där båda kände varandra och framför allt kände läkaren sin patient.

Att vid behov kunna få besök av läkare i hemmet vid hög feber, som nu är får man ligga i en vecka, minst, med 40° feber. I dessa fall vore provinsialläkare värdefull.

## 4.4 Enkätundersökningen "Vår sjukvård" (Stockholms läns landsting, 1975)

En omfattande undersökning utfördes i Stockholms län år 1974, då 1 174 personer (statistiskt urval av invånarna) fick svara på frågor som omfattade sjukvårdsinformation, kunskaperna om landstinget och landstingskatalogens betydelse. Vidare skulle man tala om vad man tyckte var bra eller dåligt i sjukvården.

Undersökningen var uppdelad i två avsnitt, ett som berörde informationsfrågor, en andra del som handlade om attityder till olika slag av sjukvårdsservice.

Informationsbehovet om sjukvård visade sig vara stort. Man ville ha mer information om hur man undviker att bli sjuk – var "mitt sjukhus finns" – mer upplysning om sjukdomar och hur sjukvården skall se ut i framtiden etc.

Hur man vill bli informerad tas också upp. I denna undersökning svarar de flesta att de önskar få information per post (67 %), andra vill ringa till en central upplysningsfunktion (24 %). Att få information om sjukvård via tidningar tycker ett fåtal (4 %) är bra.

Attitydfrågorna i undersökningen efterfrågade de intervjuades inställning till olika former av sjukvårdstjänster. Därvid framkom bl. a. att man

upplevde privatläkarmottagningar som kvalitativt bättre än allmänna mottagningar, därför att väntetiden är kortare, det ges mer personlig kontakt och tid för samtal. "Icke-anonymitet" som patient spelar stor roll, säger man, för att man skall uppleva vårdkvalitet. I jämförelser mellan sjukhus och distriktsläkarmottagning valde man att gå till distriktsläkarmottagning framför sjukhus av liknande skäl som gällde för valet mellan privat- och allmänmottagning, men skillnaden var inte lika uttalad i denna valsituation.

Ett särskilt avsnitt i redovisningen handlar om "fritt val" av läkarmottagning. Man har därvid försökt att gruppera svaren om hur man väljer under rubrikerna "fria-val" resp. "icke fria-val". De orsaker som skulle styra fria-val enligt utredningen är "att det går snabbast", ger den "bästa vården" och man var "rekommenderad av bekant". Styrande orsaker till ej fritt-val skulle vara "sjukdomens art", "remiss" och "kostar minst". Därvid konstateras i utredningen att det föreligger samband mellan att ha hög hushållsinkomst och möjlighet till fritt-val.

Slutligen har man i denna stockholmsundersökning låtit intervjupersonerna fritt berätta om vad de tycker är bra eller dåligt inom hälso- och sjukvården. Hälften av de intervjuade utnyttjade denna möjlighet och de dominerande svaren handlar om att det är för långa väntetider på sjukhusen, och att det finns för litet tid för läkarna att tala med patienterna. Vidare är det ett problem, anser man, att inte få träffa samma läkare vid upprepade besök.

## 4.5 Tre undersökningar 1977 inom Stockholms läns landsting rörande attityder till hälso- och sjukvård samt hälsoinformation

### 4.5.1 *Befolkningens syn på hälso- och sjukvården, särskilt primärvården (Nyström, Bygren och Parker, manuskript 1978)*

Undersökningen utfördes i form av en postenkät till 3 000 slumpmässigt urvalda personer i åldrarna 17–77 år inom Stockholms läns landstings nordvästra förvaltningsområde. Bortfallet var totalt 17 %.

En tredjedel av dem som svarade hade en långvarig sjukdom och var tredje av dessa hade svårt att klara sitt arbete till följd av sjukdomen. Två tredjedelar av de svarande angav att de besökt läkare någon gång under de senaste 12 månaderna. 39 % av dem som svarat uppgav sig ha en bestämd läkare eller mottagning (i vissa fall flera) som de besöker regelbundet för en viss åkomma. Huvudparten av dessa besök (för 13 % av alla som svarat) äger rum på sjukhusmottagningar med tidsbeställning, endast hälften så många (7 %) hos distriktsläkare, och ungefär lika många hos företagsläkare (6 %) medan privatmottagningar (allmänmedicinare eller specialist) intar en mellanställning med 10 %.

70 % angav att de hade en bestämd läkare eller mottagning som de brukade vända sig till i första hand, då de behöver läkarvård. Denna replipunkt var för 29 % av dem som svarat ja hos företagsläkare, 24 % distriktsläkare, 18 % privatläkare, 15 % på sjukhusmottagning med tidsbeställning och 10 % på

akutmottagning.

På frågan vilken typ av läkare man föredrog att i första hand söka vård hos, föll svaren ganska likformigt på kategorierna allmänläkare, specialist och företagsläkare, nämligen 14, 16 och 11 %. 8 % av de svarande föredrog läkare vid akutmottagning på sjukhus. Men den övervägande delen av de svarande angav att man ville välja läkare beroende på åkomman, 61 %. Bland dem som tillhör den senare gruppen finns en övervikt av unga personer och av kvinnor. De långvarigt sjuka och de som ej sökt läkare senaste året uppvisade här samma procenttal som materialet i stort.

I frågor som avsåg sjukvårdsorganisationen i allmänhet ingick vissa som tangerade frågan om läkarpreferenser. I svaren betonades vikten av möjligheten att söka privatläkare (46 % "mycket viktigt"), att kunna söka specialist utanför sjukhuset (57 % "mycket viktigt") och att kunna söka läkare på sjukhus (utan inläggning) (68 % "mycket viktigt", endast 2 % "inte viktigt").

86 % av dem som svarat ansåg, att det för dem personligen var mycket viktigt att få träffa samma läkare för samma åkomma (bland kvinnorna 91 %), och 67 % ansåg det mycket viktigt att få träffa samma läkare vid varje besök (73 % bland kvinnorna). Däremot var det endast 29 % som ansåg det som mycket viktigt att hela familjen behandlades av samma läkare (kvinnor 32 %). Drygt hälften av dem som svarat ansåg att det var mycket viktigt att distriktsläkare fanns på nära håll, men endast en tredjedel betecknade det som mycket viktigt att kunna få sjukvårdsinsatser i hemmet. 70 % ansåg det mycket viktigt att få information om sjukdom och behandling.

Vårdcentralsidan bedömdes mycket positivt (dock framgår av en förstudie att befolkningen vill ändra termen vårdcentral till hälsocentral). 77 % skulle själva vilja ha tillgång till en vårdcentral; andelen med detta önskemål var lika stor för dem som ej sökt läkare sista året som för de långvarigt sjuka i materialet. Den positiva inställningen betingas huvudsakligen av att man kan få många behov tillgodosedda på ett ställe (64 %), i mindre grad för att möjligheterna till samarbete mellan olika vårdgrenar ökar (35 %).

Även på annat sätt framkom en mindre utpräglad förståelse för behovet av samarbete mellan sjukvård och sociala vårdformer.

Beträffande tillfredsställelse med vården noteras att

- 11 % var missnöjda med sitt senaste läkarbesök. 23 % skulle velat ha mer tid vid senaste läkarbesöket,
- 19 % skulle velat få veta mer om undersökningsresultat,
- 12 % skulle velat ha en mera ingående undersökning och
- 13 % skulle velat ha mer ingående hälsoråd.

Slutligen angav de svarande ett stort behov av olika förebyggande åtgärder i den trakt där de bor och de uppgav också ett betydande intresse av att själva utnyttja sådana möjligheter.

### 4.5.2 *Personalen och primärvården (Bygren, Parker och Nyström, manuskript 1978)*

Studien har utförts i form av en enkät till all personal som är anställd i öppen vård utanför akutsjukhus, inom Nordvästra förvaltningsområdet i Stock-

holms läns landsting. Läkarna svarade till 98 % (22 distriktsläkare, 23 läkare på specialistmottagningar), gruppen sjuksköterskor + sjukgymnaster till 85 % (149 st), undersköterskor och sjukvårdsbiträden till 78 % (56 st).

De personalkategorier/aktiviteter som av de tillfrågade ansågs behöva samlokaliseras med den primära sjukvården var i första hand distriktssköterskemottagning (93 %), förebyggande barnavård (86 %), och dito mödravård (82 %), liksom pediatrisk och psykiatrisk specialistvård (82 resp. 80 %) och social hemvård (71 %). Däremot hade övrig kommunal socialvård lägre siffror (56 %) och försäkringskassa och arbetsförmedling låga noteringar (27 resp. 23 %).

Vårdprogramsidén hade starkt stöd av runt 90 % av de svarande. Teamarbete med beaktande av medicinska, sociala och psykologiska aspekter på behandlingen (oavsett ev. samlokalisering av teammedlemmarna) bedömdes positivt av undersköterskor och biträden i 78 %, av sköterskor och sjukgymnaster i 85 % och av läkare i 60 %. Det är specialisterna som drar ner noteringen för läkarna, 43 % i denna kategori mot 77 % för distriktsläkarna. Av undersköterskor och biträden såg 57 % positivt på att själva ingå i ett sådant team, bland sköterskor och sjukgymnaster 81 %, bland distriktläkare 73 % (specialister 48 %).

89 % ansåg att det var viktigt att patienten fick träffa samma läkare för samma åkomma, ingen nämnvärd skillnad mellan olika personalkategorier. 65 % ansåg det mycket viktigt att patienten fick träffa samma läkare vid varje besök (56 % bland läkarna, 69 % bland sköterskorna + sjukgymnasterna). Endast 30 % ansåg det mycket viktigt att hela familjen behandlades av samma läkare (10 % av specialistläkarna). 91 % ansåg det viktigt att informera om sjukdom och behandling (sköterskor 96 %, läkare 78 %). Att skapa en vänlig vårdatmosfär hade den högsta noteringen, totalt 93 %, (sköterskor 97 %, allmänläkare 86 %, specialister 78 %). 82 % ansåg det mycket viktigt att ta hänsyn till patientens besvär av nervös natur, lika för de olika personalkategorierna. 72 % bedömde det som mycket viktigt att vid behov förmedla kontakt med socialassistent (sköterskor 77 %, allmänläkare 70 %, specialister 52 %).

De tillfrågade bedömde det föreligga ett stort behov av olika förebyggande åtgärder i den ort (stadsdel) där de var verksamma. De var också i tämligen hög grad beredda att själva medverka i sådan aktivitet.

### 4.5.3 *Allmänhetens syn på hälso- och sjukvårdsinformationen (Parker, Nyström och Bygren, manuskript 1978)*

Undersökningen utfördes i form av en postenkät till 1 000 slumpvis utvalda personer i åldrarna 17–74 år inom Västra förvaltningsområdet i Stockholms läns landsting. Bortfallet var 19.6 %.

Denna studie har sikte på att avgränsa målgrupper för informationen rörande hälso- och sjukvård och att vidarebefordra allmänhetens inställning till och önskemål om informationen, dess innehåll och utformning.

Deltagarna visste i allmänhet vart de skulle vända sig vid olycksfall. Dock var det 32 % bland yngre män som avgav nej-svar. Vid behov av icke-akut läkarbesök visste likaledes flertalet vart de skulle vända sig, men bland de yngre som ej sökt läkare de senaste 12 månaderna, gav ej mindre än 41 % nej-

svar (i högsta åldersgruppen 14 %).

Det helt dominerande sättet att bete sig när nya kroppsliga besvär uppträdde var att ta kontakt med sjukvårdspersonal, i vissa fall inom bekantskapskretsen, men oftast i form av telefonsamtal till eller besök hos läkare. Endast ca 10 % av de svarande angav att de oftast rådfrågade någon annan, läste läkarbok eller dylikt.

Om personen fick nervösa besvär var telefonsamtal till eller besök hos läkare eller rådfrågning hos sjukvårdspersonal i bekantskapskretsen den vanligaste förstahandsåtgärden (50 % angav detta alternativ), men en dryg fjärdedel angav här rådfrågning av någon annan bekant.

Sociala problem av typen ekonomiska svårigheter eller personliga bekymmer kanaliserades medvetet endast i negligerbar omfattning till sjukvården (och f. ö. sällan till social vårdinstans; rådfrågning hos bekant var den helt dominerande åtgärden).

10 % av de svarande hade haft svårigheter att få tid hos läkare under de senaste 12 månaderna – bland undergruppen utländska medborgare var det dock 37 % som hade erfarit sådana svårigheter.

Att ha sökt medicinsk personal under de senaste 12 månaderna var betydligt vanligare hos kvinnor än hos män och (naturligt nog) vanligare hos dem med långvariga sjukdomar än utan sådana. I den senare gruppen hade de äldre färre besök än de yngre (samma skillnad för män och kvinnor).

Vidare ställdes en rad frågor om åsikter om innehåll i och vägar för information.

### 4.5.4 *Slutsatser med anknytning till kontinuitetsproblematiken*

- Vårdkontinuitet i meningen att få träffa samma läkare vid varje besök för samma åkomma betecknas som (mycket) viktigt av nästan alla, såväl i befolkningen som bland alla personalkategorier i sjukvården,
- en klar majoritet såväl i befolkningen som bland personalen anser det vara (mycket) viktigt att åstadkomma vårdkontinuitet även på så sätt att patienten får samma läkare vid alla besök, även för olika sjukdomar,
- däremot anser relativt få i befolkningen och bland personalen det (mycket) viktigt att hela familjen behandlas av samma läkare,
- invandrare har betydligt oftare svårigheter att få tid hos läkare än andra,
- bristande kännedom om vart man skall vända sig vid icke-akuta sjukdomsfall är vanlig hos yngre som ej sökt läkare senaste året,
- vårdcentralsidén har starkt stöd i befolkningen, väsentligen för att man kan få många behov tillgodosedda på en plats,
- på motsvarande sätt är principen om teamarbete tillfredsställande förankrad i alla personalkategorier,
- vårdprogramsidén har starkt stöd i alla personalkategorier.

## 4.6 Intervjuundersökningar i Skaraborgs läns landsting

### 4.6.1 *Kunskaper och åsikter om sjukvården. En intervjuundersökning i Skaraborgs län 1972*

I avsikt att informera sig om allmänhetens synpunkter på sjukvården och de förändringar i sjukvårdsorganisationen som då var aktuella genomfördes en intervjuundersökning i Skaraborgs läns landsting 1972. Undersökningen genomfördes av landstingets informationstjänst i samarbete med sjukvårdsstyrelsens kansli. En ytterligare undersökning genomfördes 1975 och redovisas här i avsnitt 4.6.2.

I den första undersökningen utfrågades ett statistiskt urval av invånarna i Skaraborgs län i åldern 18–70 år. Frågorna ställdes per telefon enligt ett standardiserat frågeformulär.

Undersökningen företogs vid en tidpunkt då sjukvårdsstrukturen var under stark förändring. Kärnsjukhuset (centralsjukhus) i Skövde var under uppbyggnad samtidigt som bassjukhusen (länsdelssjukhusen) minskades i storlek vad gäller såväl antal specialiteter som vårdplatser. Samtidigt startades en kraftig utbyggnad av vårdcentraler, akutmottagningar bemannade med provinsialläkare etc.

Frågorna till invånarna inriktade sig mot hur man fått information om pågående förändringar i sjukvården, akutvårdens utnyttjande och allmänna synpunkter på hur bra eller dåligt de intervjuade ansåg att sjukvårdsservicen fungerade.

Vad gäller information om ändrad sjukhustillhörighet, vart man skulle vända sig i öppen vård osv. ansåg de som svarade att tidningar var den bäst fungerande informationskällan, långt därefter kom landstingskatalogen som beskriver sjukhustillhörighet, var akutvård och läkare i öppen vård finns etc. Endast 24 % var nöjda med den information som gavs. 40 % var missnöjda och 15 % hade inte behövt utnyttja någon information, då de varit friska.

Frågorna som gällde akutvårdsorganisationen togs upp i form av praktisk fallbeskrivning, t. ex. vart skulle man ta vägen om man fick akuta magsmärtor? De flesta svaren visade att man lyfter på telefonluren och slår 90 000 som fungerar som sorterare av samtal till den jourcentral som patienten hör till. Jourcentralerna är för övrigt bemannade med distriktsläkare. I städer var dock benägenheten att åka till sjukhus större än att uppsöka jourcentral; på landsorten valde man provinsialläkare och jourcentral i första hand.

Angående synpunkter på sjukvårdssystemets positiva och negativa sidor visade sig hälften av de tillfrågade nöjda. Missnöjet var främst riktat mot väntetider, bristande kontinuitet i kontakt med läkare, brist på provinsialläkare och för stora avstånd till sjukvårdsresurser. Centralsjukhuset uppfattade en del som en stor tillgång med alla dess tekniska resurser, men andra skrämdes av bristande mänsklig kontakt och storleken på sjukhuset.

### 4.6.2 *Allmänhetens åsikter om sjukvårds- och landstingsinformation. Intervjuundersökning i Skaraborgs län 1975*

Denna undersökning kan ses som en vidareutveckling av 1972 års undersökning samtidigt som vissa nya frågeställningar om hälsovård och organisationen av den öppna vården fördes in.

Följande huvudområden berördes i denna utredning

- Hur informerad är allmänheten och vilken information vill allmänheten ha.
- Hur viktig är sjukvården för allmänheten i förhållande till andra samhällssektorer.
- Åsikter om förändringar och åsikter om närhetsservice kontra specialistvård.
- Åsikter om öppethållande och väntetider.
- Åsikter om ambulansväsendet och hälsokontroll.

Resultatet visar bl. a. att sedan 1972 hade invånarna lärt sig att bättre utnyttja landstingets egen information, den s. k. vårdkatalogen, men fortfarande fick man vanligen sin information om sjukvården via tidningar. Vidare utnyttjade nästan 70 % distriktsläkare och vårdcentraler vid icke-akuta besök. Akutfallen vände sig till jourcentraler (med distriktsläkare) eller annan jourhavande läkare till ca 80 %.

Ungefär hälften ansåg att tillgången på läkare är dålig och 35 % tyckte att väntetiderna till läkare är för långa.

Vidare framkom önskemål om att få träffa samma läkare vid återbesök och större möjligheter till hembesök av läkare. För lite tid att tala med läkare angavs också som en nackdel i dagens sjukvård.

Till de förändringar av sjukvården som skett i Skaraborgs läns landsting var 65 % nöjda. Man har fått nytt centralsjukhus, ökad öppen vård, men en del länsdelssjukhus har bantats ner.

Några fria kommentarer från skaraborgarna om sjukvården var följande:

- Fortsätt bygga upp länsdelssjukhus och läkarstationer i varje stad så att kärnsjukhuset endast är till för svårare sjukdomsfall och specialistvård.
- Inrätta fler och mindre läkarstationer.
- Allt behöver inte centraliseras.
- För långa vägar för dem som bor i utkanten.
- Det får inte bli för stora enheter.

## 4.7 "Säg vad du vill", Uppsala läns landsting

Under arbetet med en sjukvårdsplan för Uppsala läns landsting avseende perioden 1975–1985 beslöts att tillämpa ett samrådsförfarande med personal och länsinvånare under 1974–1975. Idén till samrådsförfarandet hade sitt ursprung i en Spri-rapport 14/71 som behandlar sjukvårdsplanering. I rapporten påpekas att målen för sjukvårdsverksamheten lämpligen fastställs genom ett växelspel mellan tjänstemän, förtroendemän och allmänhet.

För att tillförsäkra planeringsarbetet synpunkter från personal och allmänhet utarbetades ett diskussionsunderlag som låg till grund för olika former av samråd. En särskild tidning med rubriken "Säg vad du vill om sjukvården i Uppsala län" distribuerades till alla hushåll i länet. Vidare använde man sig av studieförbund för att utifrån det nämnda diskussionsunderlaget utarbeta studiematerial för cirkelverksamhet. I den tidning som sändes ut fanns en särskild kupong för allmänheten att redovisa synpunkter på om hälso- och sjukvården. Alternativt kunde man lämna svar via studiecirklar eller direkt till landstingets kansli. Utöver detta genomfördes en intervjuundersökning bland länsinvånarna för att mäta attityder till vissa frågor i diskussionsunderlaget. Samråd med personalen genomfördes i form av arbetsgrupper för fyra vårdområden, nämligen öppen vård, somatisk korttidsvård, långtidssjukvård och psykiatrisk vård.

Resultatet av detta omfattande samrådsförfarande bearbetades vid Uppsala universitets sociologiska institution. Vissa huvuddrag i resultatredovisningen sammanfattas här.

Allmänheten har stor tilltro till sjukvårdsförebyggande arbetsmetoder och anser att detta kan dra ner utbyggnadstakten på den slutna vården. De förslag till hälsovård som nämns innefattar upplysning om kost och motion samt beroendeframkallande medel, hälsokontroller och företagshälsovård. Länsinvånarna instämmer till 75 % i frågan "det är bättre att satsa på öppen vård runt om i länet än att bygga ut vården vid sjukhus". Många vill ha tillbaka gamla tiders husläkare och önskar utbyggnad av den öppna jourverksamheten. Vidare anser man att distriktsläkare skall ha kvällsmottagning en eller två gånger i veckan. Ökade alternativa vårdresurser i långtidsvård och psykiatri finns många olika förslag om.

Personalens synpunkter på den öppna vården tar sikte på utbyggnad i form av vårdcentraler. Detta ger, menar man, fördelar i fråga om närhet, kontinuitet och samarbete mellan social- och sjukvård. Här framhålls vikten av att landsting och primärkommuner samarbetar i fråga om åldringsvård och hemsjukvård. Däremot anser personalföreträdarna, att det är tvivelaktigt om allmänna hälsokontroller skulle reducera utnyttjandet av sjukvården, snarare tvärtom. Den förbättrade hälsovården för befolkningen, menar personalen, bör som hittills åstadkommas genom sociala, ekonomiska och hygieniska åtgärder.

## 4.8 Dagens Nyheters och Sifos undersökning Attityder till sjukvården 1976

På initiativ av Dagens Nyheter och i samarbete med Sifo utformades en attitydundersökning för att ta reda på allmänhetens inställning till sjukvården. Undersökningen omfattade 1013 svenskar i åldern 18–70 år i hela landet, vilka intervjuades i hemmet. Undersökningen representerade hela befolkningen till skillnad från de hittills redovisade som berör enskilda landsting.

Frågorna hade utarbetats i samråd med Erik Allander, professor i socialmedicin. Huvudrubrikerna i resultatredovisningen är

- medicinsk behandling
- felaktig eller orättvis behandling
- vänlighet, omtanke och trygghet i sjukvården.

Majoriteten av svenskarna tyckte att den medicinska behandlingen är bra (71 %). 16 % ansåg dock, att de blivit felaktigt eller orättvist behandlade vid sjukhus eller av läkare. 16 % i undersökningen motsvarar en miljon svenskar. Ett stort antal människor skulle således inte vara nöjda med behandlingen hos läkare.

Den typ av frågor som berörde sjukvårdens förmåga att ge vänlighet, omtanke och trygghet gav till resultat att 54 % var nöjda med denna sida av sjukvården, men de övriga, och ofta de yngre tillfrågade, var mer eller mindre missnöjda.

Den sakkunnige, professor E Allander, menade bl. a. att undersökningen visade på ett sjunkande förtroende för sjukvården. På 60-talet var förtroendet för behandling och övriga förhållanden i sjukvården klart mer positivt ansåg han i den tidningsartikel som Dagens Nyheter publicerade efter undersökningen. Det visade sig också vara så att människor som legat på sjukhus var mer nöjda än de som enbart utnyttjat den öppna vården, eller annorlunda uttryckt: missnöjet hos allmänheten var större med den öppna vården än med den slutna.

## 4.9 Sifoundersökning 1974

I en intervjuundersökning som gjordes i maj 1974 av Sifo på uppdrag av Sveriges läkarförbund framkom bl. a. resultat som ger en viss information om hur allmänheten ställde sig till valet av läkare. Undersökningen omfattade 1012 färdiga intervjuer med personer mellan 18 och 75 år och har i vissa delar redovisats i Läkartidningen nr 27/1974. Vad gäller val av läkare hade följande fråga ställts: "Vill ni själv välja den läkare ni skall gå till eller tar ni lika gärna den läkare som är tillgänglig eller tilldelas er?" Av de svarande menade 51 % att de själva ville välja läkare, medan 48 % var beredda att gå till den som fanns till hands. De yngre intervjupersonerna var mer benägna än de äldre att acceptera ett system där man tilldelas en läkare.

När en läkare väl har börjat ta hand om en patient, då vill man inte byta läkare. Det fanns ett mycket starkt uttryck för denna önskan i undersökningen. På Sifos fråga "Tycker ni att det är viktigt eller oviktigt att ni får träffa samma läkare vid återbesök för en sjukdom?" ansåg 85 % av de svarande att det var "mycket viktigt" och 13 % att det var "ganska viktigt". Endast 2 % ansåg det vara ganska oviktigt, och inte någon uppfattade det som mycket oviktigt eller var tveksam inför svaret.

Undersökningens huvudsyfte var annars att närmare utröna allmänhetens erfarenheter av offentlig och privat läkarvård. Sifo hade ställt bl. a. följande frågor:

"Vem tror ni det i allmänhet går lättast och fortast att få tid hos, en privatpraktiserande läkare eller en läkare i den offentliga vården?" Svaren fördelade sig enligt följande:

| | |
|---|---|
| Privat läkare | 68 % |
| Läkare i offentlig vård | 13 % |
| Ingen skillnad | 12 % |
| Tveksam, vet ej | 8 % |

Slutligen kan också nämnas, att på frågan "Vem tror ni i allmänhet har mest tid att diskutera en patients situation, en privatpraktiserande läkare eller en läkare i den offentliga vården?" erhölls följande svarsfördelning:

| | |
|---|---|
| Privat läkare | 66 % |
| Läkare i offentlig vård | 9 % |
| Ingen skillnad | 19 % |
| Tveksam, vet ej | 6 % |

## 4.10 Sammanfattande synpunkter

De flesta av de refererade undersökningarna bygger på intervjumaterial från enskilda landsting eller delar av landsting. Detta får helt naturligt till konsekvens att de synpunkter och önskemål som framkommit har sin grund i den intervjuades erfarenheter av den öppna sjukvården inom resp. område. Hälso- och sjukvårdsservicens organisation varierar i sina enskildheter mellan olika sjukvårdshuvudmän. Även med reservation för och beaktande av bl. a. dessa omständigheter kan man i det redovisade materialet finna några drag som skulle kunna tolkas som mer allmänna.

För det första kan konstateras att frågan om kontinuiteten i kontakterna till läkare och annan sjukvårdspersonal omnämns i samtliga undersökningar och att de intervjuade betraktar denna fråga som synnerligen angelägen. I dalbyundersökningen angav 96 % denna fråga som mycket eller ganska viktig. Den gav vidare vid handen att på frågeställningen "Vad är viktigast för Er, då Ni gör ett läkarbesök" angav 70 % det som viktigast att få träffa samma läkare medan endast hälften så många eller 35 % ville ha möjlighet att få komma till specialist. Detta visar på att om en specialisering i den öppna vården medför försämrad kontinuitet går detta i motsatt riktning mot vad majoriteten av de tillfrågade önskar. I en av stockholmsundersökningarna ansåg 86 % kontinuiteten mycket viktig vad gäller samma läkare för samma åkomma och 67 % vad gäller att alltid få träffa samma läkare. I uppsalaundersökningen och enkäten via Sifo/Läkarförbundet visar sig också kontinuiteten vara ett utomordentligt angeläget mål.

Allmänhetens önskan om kontinuitet motsvaras också av liknande uppfattningar bland sjukvårdspersonalen, vilket en av stockholmsundersökningarna och uppsalaundersökningen antyder. Det finns således en klar intressegemenskap mellan personal och patienter för att förbättra kontinuiteten.

Ett annat drag i några av undersökningarna är att man sätter lättillgänglighet och personlig kontakt/kännedom högt. Man poängterar också att

privatläkarvården utmärks mera av detta än den offentliga vården.

Likartade känslor tycks ligga bakom den åsikten att man bör satsa mer på den öppna vården utanför sjukhus, dvs. primärvården. Sjukhusen upplevs ofta som stora och anonyma enheter som kan verka både främmande och skrämmande för den enskilda patienten. Ibland har allmänheten också varnat för att göra vårdcentralerna alltför stora. Förmodligen ses den stora vårdcentralen som ett mindre sjukhus, där man inte kan tillfredsställa kraven på personkännedom och trygghet; krav som allmänheten förväntar sig att få tillgodosedda genom de mindre och mer närbelägna enheter som vårdcentralerna skall utgöra.

De slutsatser man kan dra – om än behäftade med viss osäkerhet – är att framdeles bör det ske kraftfulla satsningar på den ickesjukhusanslutna öppna vården, bl. a. för att också bättre kunna tillgodose önskemålen om preventiva åtgärder. Vid denna utbyggnad bör dock beaktas att vårdcentralerna inte görs så stora att de verkar som mindre sjukhus för allmänheten. Verksamheten vid vårdcentralerna bör också organiseras på ett sätt som i möjligaste mån kan ge en känsla av personkännedom och personligt ansvar och likaså att tillgängligheten till vårdcentralerna ökas.

# 5 Redovisning av åtgärder/undersökningar avseende kontinuitetsförhållanden i Sverige

## 5.1 Inledning

Problemet med den bristande kontinuiteten i kontakterna mellan patient och – främst – läkare har uppmärksammats i hög grad i landets olika sjukvårdsområden. Många ambitiösa ansträngningar har gjorts – och görs – för att i möjligaste mån förbättra denna situation. Utredningen har på olika vägar försökt få en bild av hur detta arbete bedrivs. Vi har bl. a. tillskrivit samtliga sjukvårdsstyrelser i landet och hemställt om skriftliga rapporter avseende kontinuitetsarbetet. Den redovisning som lämnas i detta kapitel bygger till stor del på innehållet i sådana rapporter. Förutom dessa källor har vi också varit i kontakt med de s. k. kontinuitetsansvariga som finns inom de flesta sjukvårdsområden. Sjukvårdsstyrelsernas rapporter har i vissa fall varit mycket detaljerade. I utredningens redovisning har vi velat ge en någorlunda överskådlig bild av situationen och har därför avstått från en alltför detaljerad beskrivning.

För de delar av redovisningen som bygger på inkomna rapporter har vi av praktiska skäl och i överskådlighetens intresse redovisat dem landsting för landsting (motsv.). Då vi inte inom angiven tid fått svar från samtliga har redovisningen inte kunnat bli så fullständig som annars varit möjligt.

## 5.2 Allmänna undersökningar m. m. rörande kontinuitet

Förutom de åtgärder och undersökningar om kontinuitetsförhållanden som i det följande redovisas under de olika sjukvårdshuvudmännen vill utredningen peka på några undersökningar av särskilt intresse i frågan, eftersom de avser kontinuitetsförhållanden mer generellt och inte enbart inom visst geografiskt område.

### 5.2.1 *SCB:s undersökning av levnadsförhållanden*

Statistiska centralbyrån (SCB) genomför på uppdrag av riksdagen fr. o. m. år 1974 löpande undersökningar av levnadsförhållandena i landet. I "Levnadsförhållanden Rapport nr 1. Hälso- och sjukvårdskonsumtion 1974" finns bl. a. redovisat olika uppgifter avseende den öppna sjukvården. Intervjupersonerna i undersökningen hade bl. a. tillfrågats om de hade en bestämd läkare att vända sig till vid behov. Resultatet blev följande:

**Tabell 5.1 Personer som vid behov vänder sig till en bestämd läkare. Särredovisning efter kön och ålder. Procent i resp. redovisningsgrupp**

| Ålder | Män | Kvinnor | Samtliga |
|---|---|---|---|
| 16–44 | 36,9 | 40,7 | 38,7 |
| 45–64 | 54,5 | 61,1 | 57,7 |
| 65–74 | 57,8 | 64,4 | 61,5 |
| Samtliga | 45,0 | 50,6 | 47,8 |

Källa: Levnadsförhållanden Rapport nr 1.
Hälso- och sjukvårdskonsumtion 1974 SCB.

Enligt denna undersökning skulle således knappt 48 % (47,8) av befolkningen ha en bestämd läkare som de kunde vända sig till vid behov. Detta förhållande skulle också vara vanligare bland kvinnor än bland män och bland äldre jämfört med yngre.

Av särskilt intresse är också vilken typ av mottagning dessa vänder sig till. Enligt undersökningen fördelade sig svaren på följande sätt:

| | |
|---|---|
| Till privatpraktiserande läkare | 27,8 % |
| Till distriktsläkare | 31,2 % |
| Till företags- eller anvisningsläkare | 23,9 % |
| Till läkare vid sjukhus | 13,7 % |

Mindre än en tredjedel av dem som svarat hade således sin bestämda läkarkontakt hos en distriktsläkare, och nästan en fjärdedel hos företagsläkare.

SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) är som nämnts löpande. I publikationen "Vem får sjukvård?" som utarbetats av Spri (S 92) och som publicerats under 1978 har vissa bearbetningar gjorts av ULF-material från 1975. Bl. a. behandlas här frågan om fasta läkarkontakter. 1975 års ULF-material omfattar ungefär dubbelt så många intervjuade som 1974 års material. Andelen av befolkningen som uppgivit sig ha en bestämd läkare framgår av följande tabell:

**Tabell 5.2 Procentuell andel av befolkningen i respektive åldersgrupp år 1975 som har en bestämd läkare**

| Ålder | Män | Kvinnor | Samtliga |
|---|---|---|---|
| 16–24 | 26 | 33 | 30 |
| 25–44 | 39 | 42 | 41 |
| 45–54 | 55 | 56 | 55 |
| 55–64 | 59 | 59 | 59 |
| 65–74 | 53 | 65 | 58 |
| 75– | – | – | 64 |
| Samtliga 16 år och äldre | (44)[a] | (49)[a] | 49 |

[a]Avser 16–74 år.
Källa: Vem får sjukvård?

De läkare man vände sig till framgår av tabell 5.3:

Bilden är väsentligen densamma för undersökningsresultaten från 1974 och 1975. Knappt 50 % av befolkningen uppger sig ha en bestämd läkarkontakt att vända sig till. Detta förhållande är vanligare bland kvinnor än bland män och bland äldre jämfört med yngre. Av dem som har en fast läkarkontakt är det ca 30 % som har denna kontakt inom distriktsläkarväsendet, ca 28 % hos privatläkare och omkring 25 % hos företagsläkare samt runt 15 % hos läkare vid sjukhus.

Det bearbetade statistiska materialet visar också på en skillnad mellan kvinnor och män avseende till vilken läkarkategori den fasta kontakten finns, vilket framgår av tabell 5.4.

Skillnaden består främst i att den fasta läkarkontakten för kvinnorna finns hos distriktsläkare och privatläkare i högre utsträckning än för männen. För männen är det vanligast att företagsläkaren utgör den fasta läkarkontakten. Det faktum att män har högre förvärvsfrekvens än kvinnor är naturligtvis av betydelse i detta sammanhang.

Det är dock inte bara förvärvsfrekvensen som spelar en roll här. Även om kvinnor är förvärvsarbetande synes de enligt vissa resultat i betydligt mindre omfattning än männen vända sig till företagsläkaren. Av betydelse här kan vara att kvinnor ofta har en gynekolog som fast läkarkontakt.

Andelen som har fast läkare skiljer sig inte bara mellan de båda könen, utan

**Tabell 5.3 De som har en bestämd läkare, vilken läkare vänder de sig till? Andel i procent år 1975**

| Ålder | Distrikts-läkare | Läkare vid sjukhus | Företags-läkare | Privat läkare | Övriga |
|---|---|---|---|---|---|
| 16–24 | 28 | 13 | 24 | 28 | 9 |
| 25–44 | 26 | 11 | 37 | 24 | 2 |
| 45–54 | 25 | 13 | 32 | 29 | 2 |
| 55–64 | 29 | 18 | 22 | 29 | 1 |
| 65–74 | 36 | 24 | 3 | 33 | 3 |
| 80– | 44 | 18 | 1 | 30 | 8 |
| Samtliga 16 år och däröver | 29 | 16 | 25 | 28 | 3 |

Källa: Vem får sjukvård?

**Tabell 5.4 De som har en fast läkare, vilken läkare vänder de sig till? Andel i procent 1975. Åldersgruppen 16–74 år**

| Kön | Distrikts-läkare | Läkare vid sjukhus | Företags-läkare | Privat läkare | Annat |
|---|---|---|---|---|---|
| Män | 25 | 14 | 36 | 23 | 3 |
| Kvinnor | 31 | 17 | 17 | 32 | 3 |

Källa: Vem får sjukvård?

även vad gäller olika samhällsgrupper, vilket tabell 5.5 antyder.

Det är tydligen ensamstående män som – enligt tabellen – inte har en fast läkarkontakt i samma utsträckning som de övriga grupperna. Har de en fast läkarkontakt är det oftast till en distriktsläkare. Distriktsläkarkontakterna är också vanligast för dem som inte finns i arbetskraften.

Det hittills redovisade materialet baserar sig på intervjuer från ett representativt urval av befolkningen. Detta innebär att där bl. a. ingår personer som kan vara långvarigt sjuka och ha åkommor som ofta kräver läkarvård. Ett sådant tillstånd kan naturligtvis påverka uppkomsten av fasta läkarkontakter. Det kan därför också vara av visst intresse att se hur det förhåller sig med fasta läkarkontakter för personer som uppgivit att de *ej* är långvarigt sjuka. Detta kan ses i tabell 5.6.

Förekomsten av fasta läkarkontakter är betydligt mindre vanlig i denna grupp. Ca hälften av den samlade befolkningen uppger sig ha en fast läkarkontakt, men för gruppen i tabell 5.6 rör det sig om 37 %. En jämförelse med tabell 5.3 och 5.4 ger också vid handen, att när det finns fasta

**Tabell 5.5 Andel med fast läkarkontakt för olika samhällsgrupper samt procentuell fördelning på läkarkategorier. Åldrarna 16–74 år. 1975**

| Samhällsgrupp | %-andel med fast läkare | Procentuell fördelning av dem som har fast läkare | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Distrikts-läkare | Läkare v. sjukhus | Företags-läkare | Privat läkare | Övriga |
| Ensamstående: | | | | | | |
| Män | 37 | 26 | 17 | 21 | 21 | 15 |
| Kvinnor | 51 | 26 | 21 | 18 | 31 | 5 |
| Invandrare: | | | | | | |
| Män | 45 | 16 | 15 | 36 | 31 | 2 |
| Kvinnor | 47 | 22 | 18 | 29 | 30 | 1 |
| Ej i arbetskraften: | | | | | | |
| Män | 47 | 32 | 31 | 4 | 26 | 7 |
| Kvinnor | 50 | 38 | 23 | 2 | 34 | 3 |

Källa: Vem får sjukvård?

**Tabell 5.6 Andel av befolkningen med fast läkare samt procentuell fördelning på läkarkategorier. Åldrarna 16–74 år. 1975. Endast *ej* långvarigt sjuka**

| | %-andel med fast läkare | Procentuell fördelning av dem som har fast läkare | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Distrikts-läkare | Läkare v. sjukhus | Företags-läkare | Privat läkare | Övriga |
| Totalt | 37 | 28 | 6 | 36 | 28 | 2 |
| Män | 37 | 23 | 4 | 48 | 23 | 2 |
| Kvinnor | 38 | 32 | 9 | 23 | 33 | 3 |

Källa: Vem får sjukvård?

läkarkontakter i denna grupp så finns de i större utsträckning än för befolkningsgenomsnittet hos företagsläkare och i avsevärt mindre omfattning hos sjukhusläkare.

För att ytterligare belysa förekomsten av fasta läkarkontakter kan man studera hur detta förhållande ter sig i de olika sjukvårdsområdena (tabell 5.7 och 5.8).

Av betydelse för de olikheter som föreligger mellan olika landsting (motsv.) är bl. a. åldersfördelningen, eftersom äldre personer har fasta läkarkontakter i högre utsträckning än yngre. Självfallet påverkas också omfattningen av fasta läkarkontakter av hur pass stora resurser den öppna vården har att erbjuda i form av läkartäthet.

Av tabell 5.8 framgår att i ca hälften av sjukvårdsområdena är det vanligast att den fasta läkarkontakten finns inom distriktsläkarväsendet. Exempel på motsatsen finns i Stockholm (AB), Blekinge (K), Malmö kommun och landsting (MM och M) samt Halland (N) där företags- och privatläkarväsendet svarar för 60 % eller mer av de fasta läkarkontakterna. För Stockholms län

**Tabell 5.7 Andel av befolkningen som har fast läkare. Procentuell fördelning per sjukvårdsområde 1975**

| Län/motsv. | Totalt | Män | Kvinnor |
|---|---|---|---|
| AB | 51 | 48 | 53 |
| C | 46 | 43 | 50 |
| D | 46 | 45 | 47 |
| E | 49 | 45 | 53 |
| F | 46 | 42 | 51 |
| G | 42 | 37 | 45 |
| H | 51 | 52 | 50 |
| I | 57 | (55) | (59) |
| K | 52 | 49 | 56 |
| L | 51 | 48 | 53 |
| MM | 45 | 40 | 49 |
| M | 54 | 52 | 55 |
| N | 42 | 39 | 46 |
| OG | 54 | 55 | 52 |
| O | 45 | 39 | 52 |
| P | 39 | 40 | 39 |
| R | 44 | 39 | 49 |
| S | 42 | 41 | 43 |
| T | 48 | 42 | 53 |
| U | 42 | 40 | 44 |
| W | 50 | 49 | 51 |
| X | 39 | 36 | 42 |
| Y | 45 | 44 | 46 |
| Z | 63 | 58 | 67 |
| AC | 35 | 33 | 37 |
| BD | 28 | 28 | 28 |
| Riket | 47 | 44 | 49 |

Källa: Vem får sjukvård?
Anm.: Procentavvikelser på 2–3 procent från riksgenomsnittet ligger inom felmarginalen.
Om antalet intervjuade ligger mellan 30 och 49 har siffrorna satts inom parentes.

**Tabell 5.8 De som har fast läkare, vilken läkare vänder de sig till? Procentuell fördelning per sjukvårdsområde 1975**

| Län/ motsv: | Distrikts- läkare | Läkare v. sjukhus | Företags- läkare | Privat läkare | Annan läkare |
|---|---|---|---|---|---|
| AB | 15,5 | 12 | 35 | 35,5 | 2 |
| C | 18 | 19 | 30 | 26 | 7 |
| D | 20 | 22 | 34 | 24 | 0 |
| E | 33 | 16 | 22 | 28 | 1 |
| F | 43 | 22 | 20 | 15 | 0 |
| G | 35 | 18 | 20 | 23 | 4 |
| H | 37 | 16 | 21,5 | 25,5 | 0 |
| I | 50 | 12 | 23 | 14 | 1 |
| K | 24 | 11 | 39 | 24 | 2 |
| L | 32,5 | 10 | 14 | 42,5 | 1 |
| MM | 4 | 19 | 25 | 52 | 0 |
| M | 16 | 13 | 24 | 44 | 3 |
| N | 26 | 10 | 21 | 39 | 4 |
| OG | 25 | 16 | 23 | 34,5 | 1,5 |
| O | 39,5 | 10,5 | 20 | 26 | 4 |
| P | 42 | 15 | 18 | 21 | 4 |
| R | 42 | 13 | 22 | 19 | 4 |
| S | 50 | 17,5 | 19 | 12 | 1,5 |
| T | 18 | 20 | 32 | 27 | 3 |
| U | 18 | 18 | 38 | 18,5 | 7,5 |
| W | 19 | 28 | 25 | 26 | 2 |
| X | 45 | 19 | 22 | 14 | 0 |
| Y | 46 | 18 | 27 | 9 | 0 |
| Z | 57 | 14 | 21 | 8 | 0 |
| AC | 61,5 | 14,5 | 8,5 | 8 | 0 |
| BD | 33 | 21,5 | 29 | 7,5 | 9 |
| Riket | 28,2 | 15,4 | 25,8 | 28,0 | 2,6 |
| Män | 24,6 | 13,7 | 35,9 | 23,3 | 2,5 |
| Kvinnor | 31,4 | 17,1 | 16,7 | 32,1 | 2,7 |

Källa: Vem får sjukvård?

och Malmö kommun är mer än 70 % av de fasta läkarkontakterna knutna till företags- och privatläkarverksamheten.

### 5.2.2 *Läkarförbundets promemoria om patient–läkarkontinuitet i den offentliga sjukvården*

Sveriges läkarförbund diskuterade i en promemoria från år 1975 frågan om patient–läkarkontinuitet inom den offentliga sjukvården. I promemorian behandlas den kontinuitet som vi i kapitel 3 betecknat som vårdepisodkontinuitet. Från den utgångspunkten ges en klar och överskådlig bild av de problem som förorsakar bristande kontinuitet. Olika lösningar för att förbättra situationen tas också upp och man föreslår bl. a. att det inom varje sjukvårdsområde – också i förekommande fall förvaltningsområde – bör utses särskilda "kontinuitetsansvariga" bestående av en representant från läkarsidan samt en representant från den sjukvårdsadministrativa sidan. Dessa grupper skall kunna initiera kontinuitetsarbetet lokalt och utgöra ett

kontakt- och samordningsforum för insamling och spridande av erfarenheter inom området.

Promemorian har såvitt utredningen kunnat bedöma fått en mycket god spridning och stimulerat till diskussion och konkreta åtgärder på olika håll. Landstingsförbundet har också rekommenderat (RS-skrivelse 34/76) att de föreslagna kontinuitetsgrupperna bildas, vilket skett i stor utsträckning.

Läkarförbundet anför i sin promemoria att den bristande kontinuiteten medför att verksamheten blir orationell, arbetskrävande och därmed dyrbar. Vårdkvaliteten påverkas dessutom sannolikt till det sämre rent medicinskt sett. Man säger vidare, att kravet att alltid kunna komma i kontakt med vårdapparaten och då framför allt med läkaren – utan att behöva gå via "anonyma" akutmottagningar – är förmodligen det viktigaste patientkravet i sammanhanget. Patienten vill primärt alltid kunna vända sig till en och samma läkare. Samtidigt anförs, att kontinuiteten kan vara mer eller mindre angelägen, beroende på typ av sjukdom, patientens ålder och personlighet m. m. Patienter med t. ex. neuroser eller vissa kroniskt behandlingskrävande sjukdomar samt äldre patienter skulle generellt sett kunna anses vara mer kontinuitetsberoende än genomsnittspatienten.

Från läkarens synpunkt är det också mer tillfredsställande att ta emot "egna" patienter än att ständigt få ta hand om patienter som tidigare skötts av andra läkare. Möjligheten att följa en patient under sjukdomsförloppet och se resultatet av vidtagna åtgärder är viktigt för arbetets kvalitet och också för arbetstrivseln. Upprepade kontakter ger dessutom möjlighet att lära känna patienten som individ, vilket är viktigt för resultatet av den medicinska vården.

Ett brott i kontinuiteten kan emellertid också vara bra, eftersom en "ny" läkare utan förutfattade meningar bättre kan se lösningen på patientens problem.

Som orsaker till kontinuitetsproblemen anges bl. a. den rådande bristsituationen i sjukvården, beroende på för få läkare och reglerade arbetstider; läkarnas utbildningssystem som medför ett stort antal korta förordnanden på underläkartjänster vid klinikerna och i allmänläkarvården, vilket i sin tur leder till täta byten på tjänsterna; semestrar, sjukdomsperioder, graviditeter; uttag av jourkompensationsledighet; ledigheter för efterutbildning o. d., tjänsteuppdrag m. m.

Som tänkbara medel att förbättra kontinuiteten nämns slutligen praktiserandet av vårdlag, där kontinuiteten kan tillgodoses inom laget och inte nödvändigtvis till en viss person, en på sikt förbättrad personalsituation samt en rad olika metoder för en förbättrad planering, där det sker en samordning mellan läkarnas tjänstgöringsplaner och patientbokningssystemet. De olika metoderna eller modellerna finns i detta betänkande redovisade under resp. sjukvårdshuvudman.

Man anser också att en avgörande orsak till dagens organisationsbild i sjukvården är att sjukvården under ett intensivt utbyggnadsskede givits en "produktionsorienterad" uppbyggnad där patienten i första hand betraktas som ett vårdobjekt som slussas runt i vårdsystemet. I ett läge med lugnare utbyggnadstakt är det dock önskvärt, att mer än hittills "patient-orientera" vårdorganisationen, dvs. att betona sjukvårdens inslag av personlig kontakt och omvårdnad.

## 5.3 Redovisning avseende kontinuitetsproblemet i olika sjukvårdsområden

### 5.3.1 *Stockholms läns landsting*

Från AB-landstinget har man bl. a. anfört, att kravet på läkarkontinuitet måste få variera med hänsyn till olika sjukdomar och sjukdomsförlopp. Särskilt viktigt är att tillgodose det inom exempelvis psykiatrin, där situationen läkare–patient har en avgörande betydelse för behandlingsresultaten. Man bör också skilja mellan kontinuerlig vård och läkarkontinuitet, där en god kontinuerlig vård kan förutsätta läkarbyten.

Som kontinuitetshämmande faktorer ses den nuvarande läkarutbildningen som medför ett stort antal korta förordnanden och en stor omsättning på läkare vid olika enheter.

Läkarnas arbetsförhållanden påverkar också kontinuiteten, bl. a. så att jourtjänst leder till minskat utrymme för tidplanerad öppenvårdsverksamhet. I den sjukhusanslutna öppna vården tjänstgör dessutom läkare som även är verksamma inom den slutna vården.

Den pågående utbyggnaden av primärvården bör skapa en "potentiell möjlighet" till ökad kontinuitet mellan patient och läkare. En sådan utveckling torde också leda till att kravet på läkarkontinuiteten vid sjukhusens mottagningar minskar något. Allmänt sett torde dock en varaktig kontinuitet vara svår att åstadkomma i tätortsområden som präglas av en intensiv omflyttning bland befolkningen.

Bland de åtgärder som vidtagits för att förbättra kontinuiteten kan bl. a. nämnas ett s. k. integreringsförsök mellan kirurgmottagningen på vårdcentralen vid Handens sjukhus och kirurgkliniken vid Nacka sjukhus. Specialistläkaren vid vårdcentralens kirurgmottagning har en dag i veckan tjänstgjort i operationsverksamheten vid kirurgkliniken. Han har även gått rond och undersökt patienterna dagen före operation. Härigenom har man kunnat uppnå att samma specialistläkare som tagit hand om patienten vid vårdcentralen också utfört operationen inne på sjukhuset och eventuell eftervård vid vårdcentralen. Försöket har rönt positiva reaktioner från såväl läkare som patienter.

Förändringar inom jourorganisationen har också företagits inom delar av kirurgverksamheten så till vida att två underläkare i tvåveckorsperioder avdelats för jourtjänsten. Detta har lett till att övriga läkares arbetstider blivit mer kontinuerliga samt att jourläkarnas egna uttag av jourkompensation till stor del kunnat ske inom tvåveckorsperioden.

Inom den psykiatriska vården arbetar man delvis med s. k. sektoriserade öppenvårdsteam, vari ingår flera personalkategorier. Här har funnits möjligheter att tillgodose kontinuiteten inom teamet som helhet.

Vid långvårdsmottagningarna har läkarkontinuiteten kunnat förbättras genom långtidsplanering av läkarnas tjänstgöring.

Vid flera vårdcentraler har man börjat tillämpa vårdplaneringssystem av det slag som används i den s. k. Lerummodellen (se Älvsborgs län). Bristen på vidareutbildade läkare inom distriktsvården utgör dock ett ständigt problem i kontinuitetshänseende. På initiativ från läkarförbundet har det bildats en arbetsgrupp för kontinuitetsfrågor på länsnivå, i vilken också sjukvårdsad-

ministrationen är representerad. Liknande grupper finns dessutom inom de lokala förvaltningsområdena i landstinget. Genom dessa grupper kommer bl. a. kartläggningsarbete avseende kontinuiteten att ske.

### 5.3.2 *Uppsala läns landsting*

Vid Akademiska sjukhusets kirurgklinik har under ett antal år en metod tillämpats som ansetts fungera bra från kontinuitetssynpunkt.

Inom varje klinik delas ämnesområdet upp i subspecialiteter. Varje överläkare eller biträdande överläkare handhar sin subspecialitet. Till denne knyts en avdelningsläkare, vilken varit verksam inom subspecialiteten minst ett år. FV-läkarna roterar mellan subspecialiteterna och tjänstgör 3–6 månader på varje "station". Detta innebär, att överläkaren, avdelningsläkaren och FV-läkaren utgör ett läkarteam inom subspecialiteten. Subspecialiseringen behöver inte vara 100-procentig, utan en viss "överlappning" ter sig naturlig.

Kontrollen och vården på den öppna mottagningen sköts alltså av ett läkarteam. När någon av de överordnade läkarna är ledig, rycker den andre in i hans ställe. Eftersom denna ledighet i allmänhet är förutsedd, kan mottagningen långt i förväg minska på tidsbeställningarna under denna tid. FV-läkaren kan handha en del av patienterna under överinseende av den i tjänst varande specialisten. Framför allt gäller detta patienter med mindre "kroniska" sjukdomar och patienter som vårdats på avdelning eller skötts polikliniskt under den tid FV-läkaren ingått i läkarteamet. Patienter som sökt och behandlats på akutmottagning eller som jourfall överförs till någon av subspecialitetsmottagningarna, om de behöver fortsatt vård.

Systemet fordrar en noggrann planering. Patienterna sätts upp på återbesöksväntelista helst två månader före mottagningsdagen. En viss procent av tiden lämnas öppen för "akuta" återbesök och från akutmottagning och jourmottagning remitterade patienter. En viss flexibilitet måste finnas så att man kan överskrida det planerade maximiantalet patienter vid behov. Systemet fordrar även noggrann planering av semestrar och andra ledigheter. Tre till fyra månader i förväg bör semester- och tjänstledighetslistor vara klara.

### 5.3.3 *Södermanlands läns landsting*

Samtliga fyra sjukvårdsdirektioner inom länet har under år 1977 till förvaltningsutskottets hälso- och sjukvårdsdelegation redovisat sina resp. erfarenheter och undersökningar av kontinuitetsförhållandena. Hälso- och sjukvårdsdelegationen har också beslutat anmoda direktionerna att fortlöpande rapportera om planerade och vidtagna åtgärder på kontinuitetsområdet.

Inom *norra* distriktet (Eskilstuna) fann man vid sin genomgång fyra faktorer vara avgörande för vårdepisodkontinuiteten: tjänstestrukturen, fördelning mellan jourfall och planerad vård, planeringssikten och vårdinnehållet. Med *tjänstestrukturen* avses såväl antalet läkartjänster som dessas fördelning på sluttjänster och utbildningstjänster. Ju fler sluttjänster, desto bättre möjligheter till kontinuitet.

*Jourfallsfrekvensen* påverkar kontinuiteten både direkt och indirekt. Vid akutbesök är det svårt att påräkna läkarkontinuitet, men dessutom medför en stor andel jourfall att planeringen för tidsbeställd mottagning försvåras då kompensationsledighet och dagjour reducerar den läkartid som står till förfogande för planerad mottagningsverksamhet.

*Planeringssikten* påverkas i sin tur av tjänstestrukturen och jourfallsfrekvensen. En sjukhusklinik t. ex. med stort jourkompensationsuttag och många korta förordnanden på utbildningstjänster har större svårigheter med schemaläggning än en klinik med gynnsammare förhållanden i dessa avseenden.

*Vårdinnehållsfaktorn* avser att samtliga kliniker har vissa patientkategorier som är i större behov av kontinuitet än andra. En särställning intar de psykiatriska klinikerna genom att kontinuiteten här är en direkt förutsättning för en meningsfull vårdinsats.

Utifrån de fyra nämnda faktorerna fann man att klinikernas verksamhetsplanering försvårades i olika omfattning. Särskilt bekymmersamt var det för de medicinska och kirurgiska klinikerna samt kvinnokliniken.

Som förslag till kontinuitetsfrämjande åtgärder angav man inom norra distriktet följande metoder.

*Läkarlag:* Klinikens läkare delas in i lag bestående av en specialistkompetent läkare och en eller flera underläkare. Den färdigutbildade specialisten blir då ett slags "kontinuitetsbärare" i laget.

*Förlängd planeringssikt:* Den vanligaste planeringssikten var vid undersökningen en månad. Sannolikt behövde den fördubblas. Variationer mellan olika kliniker måste dock förekomma.

*Schemalagd jourkompensation:* Erfarenhetsmässigt går det att bedöma varje läkares behov av jourkompensation. Dessa uttag kan då schemaläggas, gärna i underkant så att en avstämning kan ske i samband med semestern t. ex.

*Datoriserat bokningssystem:* Inom landstinget planeras ett datoriserat patientbokningssystem som bl. a. visar hos vilken läkare patienten tidigare varit.

En särskild kontinuitetsmodell har dessutom praktiserats vid kvinnokliniken i Eskilstuna. Patienter som ringer till mottagningen för att få en tid uppger endast namn och adress. Receptionspersonalen skickar samma dag ut ett blankettset till den vårdsökande. Blankettens första sida innehåller anvisningar för ifyllande av blanketten. Denna sida rivs bort av patienten, som därefter fyller i sidan två. De uppgifter som efterfrågas är om besöket är nybesök eller återbesök samt anledning till besöket enligt ett antal alternativ som finns redovisade på sidan. I bifogat svarskuvert insänder patienten därefter blanketten till kliniken. Receptionspersonalen klassificerar enligt klinikchefens anvisningar den vårdsökande i en av tre klasser, "förtur", "viss förtur" eller "ej förtur". Förtur ges åt patienter med behov av snabbt inkallande till kliniken. Dessa patienter ges tid omedelbart genom att receptionspersonalen återsänder blankettsetets tredje sida till patienten, där uppgifter om dag och klockslag för besöket anges. Patienter med mindre akut vårdbehov ges viss förtur och meddelas via blankettsetets fjärde sida att anmälan tagits emot och att definitiv tid meddelas 14 dagar i förväg. Samma rutin gäller för de patienter som klassificeras som "ej förtur". Dessa senare patienter utgörs av preventivmedelssökande och hälsokontrollfall.

Återbesökspatienter får, sedan de av läkaren erhållit besked om återbesök och ungefärlig tidpunkt härför, omedelbart blankettsetet av mottagningssköterskan. Medan patienten är kvar på kliniken fyller hon i blankettsetets andra sida och lämnar in det till receptionen, där samma rutin som beträffande andra vårdsökande tillämpas.

Inom *södra* distriktet (Nyköping) ansåg man att läkarbristen och utbildningssystemet var två av de viktigaste orsakerna till kontinuitetsproblemet. Allmänt sett betraktades dock problemet som ganska litet i södra distriktet. Förhållandena vid Nyköpings lasarett var så till vida gynnsamma att den fasta läkarstaben var relativt stabil.

Inom den fristående öppna vården sågs problemet inte heller som särskilt stort. Där det fanns berodde det huvudsakligen på markant läkarbrist. Ett genomgående problem utgjorde dock AT-läkarna. Den enda framkomliga vägen härvidlag ansågs vara att varje AT-läkare som slutar sin tjänst får "överlämna" sina patienter till ordinarie anställd läkare för fortsatta kontroller. Detta förutsatte dock ett tillräckligt antal ordinarie läkare. Några planeringssystem av den typ som används i t. ex. Lerum bedömdes inte nödvändiga i distriktet.

För jourfall utanför "kontorstid" bedömdes det omöjligt att ens försöka tillgodose kontinuiteten.

Inom *mellersta* sjukvårdsdistriktet visade kartläggningen att man i stor utsträckning gått in för att använda förbättrade planeringsrutiner. Dessa utgjorde i princip lokala anpassningar av Lerummodellen. För att framdeles kunna förbättra kontinuiteten ytterligare behövs dock kraftigt ökade resurser inom den öppna vården och då främst vid vårdcentraler/läkarstationer. Man erinrar också om att en enda fix modell för planeringssystem m. m. inte passar för alla vårdcentraler/läkarstationer. Rutinerna måste utarbetas vid den enskilda enheten och basera sig på de förhållanden som präglar just den vårdenheten.

Den fjärde direktionen i länet – den för Sundby sjukhus – ansåg inte att situationen krävde några särskilda åtgärder i kontinuitetssyfte.

### 5.3.4 *Östergötlands läns landsting*

Inom länets *västra* sjukvårdsdistrikt bedömer man läkartjänsteorganisationen som den viktigaste faktorn för patient–läkarkontinuitet, för såväl sjukhusmottagningar som hälsovårdscentraler. I en situation där det är vanligt att hälften av all läkararbetstid tillhandahålls av läkare med förordnanden som tidsmässigt underskrider ett år blir kontinuiteten utomordentligt svår att tillgodose. Öppenvårdsverksamheten vid vårdcentraler och kliniker måste baseras på färdigutbildade läkare med fast anställning, om kontinuiteten skall kunna förbättras mer påtagligt. Man anser det inte heller realistiskt att erbjuda läkarkontinuitet till *alla* patienter vid *alla* läkarbesök. I stället bör de patienter som av olika skäl är i särskilt behov av kontinuitet identifieras och prioriteras i detta avseende. Kontinuitetsfrågan måste också till stor del lösas av de berörda läkarna och ansvaret för att vården organiseras på lämpligt sätt måste vila på klinik- och vårdcentralschefer.

Från *östra* sjukvårdsdistriktet har man framhållit, att någon avsevärd förbättring av kontinuiteten knappast går att åstadkomma innan det finns

tillräckligt många distriktsläkare. Framtidens distriktsläkare kommer också att arbeta i "team" på ett helt annat sätt än vad som var fallet med provinsialläkaren i sitt enläkardistrikt. Kontinuitetsaspekten kommer därför att få baseras mer på teamet eller laget som helhet och mindre på den enskilda läkaren.

Dessa tankegångar avser man att förverkliga vid planeringen av en vårdcentral i Norrköping (Hageby). Här skulle då finnas tolv läkare inkl. läkare under utbildning. De skulle betjäna ca 24 000 invånare, och vara uppdelade på tre självständiga enheter med vardera fyra läkare, av vilka en under utbildning. Varje enhet avses arbeta självständigt med egen vårdpersonal och patienten skall i möjligaste mån alltid komma till "sin enhet" och helst till samma läkare. Patienten/invånaren kan i och för sig ha en av läkarna som sin "husläkare", men skall känna sig förtrogen med hela enheten.

Inom det *centrala* sjukvårdsdistriktet har man bl. a. genomfört undersökningar rörande kontinuiteten vid regionsjukhuset i Linköping. Under åren 1975 och 1976 genomfördes en kartläggning vid nio kliniker på sjukhuset. Ca 850 återbesök undersöktes närmare. Det framgick då att knappt 300 av dessa avsåg besök hos en "ny" läkare. Det förelåg dock stora variationer mellan klinikerna. Som bäst hade 86 % av återbesöken skett hos samma läkare som tidigare, som sämst 15 %. Genomsnittsvärdet för samtliga kliniker var dock att ca 35 % av återbesöken medförde kontinuitetsavbrott. Undersökningsperioden avsåg en månad. Samtidigt hade man frågat patienterna hur de ställde sig till att komma till ny läkare. Ca hälften var negativa till läkarbytet, resten ansåg det betydelselöst eller positivt.

Det framhålls också, att den nödvändiga rotationstjänstgöringen försvårar kontinuiteten, att patienter med kroniska sjukdomstillstånd och besökstillfällen utspridda över lång tid inte kan påräkna att alltid träffa samma läkare, att kontinuiteten är betydelsefull också avseende annan vårdpersonal än läkare samt att det nuvarande utbildningssystemet (AT- och FV-tjänstgöringar) i många fall omöjliggör kontinuiteten.

Kontinuiteten bör inte betraktas som ett huvudmål, utan som ett av flera viktiga mål för mottagningsverksamheten.

Ytterligare kartläggning av mottagningsverksamheten vid regionsjukhuset med särskild tonvikt på patient–läkarkontinuiteten har föreslagits i början av år 1978.

Under åren 1976/1977 genomfördes vid medicin- och ögonmottagningarna vid regionsjukhuset en kartläggning av hela mottagningsverksamheten som resulterat i en projektplan för datorbaserad tidbokning och diagnosregistrering i öppen vård. Användning av ett ADB-baserat system skulle då även medföra positiva effekter för möjligheterna till kontinuitet.

För den fristående öppna vården finns inom centrala distriktet långt gångna planer på att vid hälsovårdscentralen i Åtvidaberg införa ett vårdplaneringssystem av det slag som tillämpas i bl. a. Lerum. Bakgrunden härtill är bl. a. en besvärande omsättning på de befintliga läkartjänsterna, vilket medfört ryckighet i verksamheten och påtagliga svårigheter att bedriva en kontinuerligt effektiv och rationell verksamhet.

### 5.3.5 *Jönköpings läns landsting*

I länets *södra* sjukvårdsdistrikt har man angivit följande huvudorsaker till kontinuitetsproblemen:

1. Vakanta läkartjänster, främst distriktsläkare
2. För få fasta läkartjänster, framför allt vid sjukhusen inom sluten vård
3. Korta anställningsperioder för AT-läkare och i viss mån FV-läkare
4. Kraftig ökning av antalet akut sjuka patienter.

På olika sätt har man försökt minska de negativa konsekvenserna av ovan nämnda faktorer, bl. a. genom följande åtgärder:

1. Tidig kontakt med anställningserbjudande till de läkare som gör sin FV-tjänstgöring inom distriktet för erhållande av kompetens till allmänläkare.
2. Antalet överordnade tjänster inom den slutna vården föreslås öka.
3. Fler FV-läkartjänster vid slutenvårdsenheterna för att nå bättre stabilitet i verksamheten.
4. Centralisering av distriktsläkarnas jourverksamhet till Värnamo och Gislaved. Detta löser inte kontinuitetsproblemet, men en decentraliserad jourtjänst till resp. distriktsläkarmottagning anses medföra en orimlig jourbörda.
5. Långsiktig planering av läkarnas tjänstgöringar och ledigheter.

Som exempel på långsiktig planering kan nämnas medicinkliniken i Värnamo där samtliga läkares tjänstgöring planeras i detalj i tremånadersperioder. Patientbokningsenheten har därmed full kännedom om de olika läkarnas mottagningar minst tre månader framåt i tiden.

Med den långsiktiga planeringen som grund har det varit möjligt att tillämpa personbundna mottagningar för läkarna. Byte av läkare sker inte så länge läkaren finns kvar på kliniken. Vid händelse av oplanerade ledigheter kan patienterna få annan tid hos samma läkare. Om läkaren vikarierar på en överordnad tjänst behåller han "sina" patienter, eftersom långsiktsplaneringen möjliggjort att den ledige läkaren inte har några patienter inbokade under sin planerade frånvaro.

Genom den särskilda diabetesmottagningen vid medicinkliniken i Värnamo har man kunnat uppnå en god kontinuitet i kontakterna för dessa patienter och då till sjuksköterskan vid mottagningen.

Inom allmänläkarvården ses bristen på ordinarie besatta tjänster som det största problemet. Korttidsvikarier på de vakanta tjänsterna omöjliggör någon direkt kontinuitet. Detsamma gäller för de akuta jourfallen. Vid exempelvis Gislaveds vårdcentral har man därför börjat betjäna sig av vårdplaneringssystem efter modell Lerum. Härigenom har på kort tid förbättringar kunnat märkas.

I *norra* distriktet har man efter en rundfråga till avdelningsföreståndare och efter samtal med olika kliniker kommit fram till att:

a) Kontinuitetsproblem finns, framför allt inom de stora mottagningarna, typ medicinska klinikens mottagning, med många läkare och läkare med olika typer av utbildning.

b) Beträffande överläkare, biträdande överläkare och även avdelningsläkare har man som regel inga större kontinuitetsproblem. Tidbokningen är personbunden, ledigheterna kan planeras för relativt lång period och ett system för insättande av vikarier kan tillämpas.
c) Kontinuitetsproblemen återfinns på underläkarsidan, där tjänsterna är besatta av läkare under utbildning, som tjänstgör i olika perioder. Av utbildningsmässiga och praktiska skäl anser man sig ej heller ha möjlighet att införa ett personbundet bokningssystem. Den avdelningsbundna bokningen innebär som regel att läkaren vid avdelningsbyte också byter patienter.
d) Ledighetsuttaget för jourkompensation kan också innebära att läkarna av åtta tjänstgöringsveckor är borta tre, vilket följaktligen bidrar till kontinuitetsproblemen.

Som åtgärder möjliga att genomföra har följande diskuterats:

1. För läkarna under utbildning bör en detaljerad och i tid utsträckt planering genomföras. Då tjänstgöringen börjar bör schema avseende hela placeringen på kliniken finnas. Strävan bör vara att perioderna blir längsta möjliga per avdelning som av utbildningsskäl kan anses genomförbara.
2. För uttag av jourkompensationsledigheter, semestrar m. m. bör planeringsperioder om minst tre månaders längd tillämpas. Vid insättande av vikarie bör om möjligt ett bestämt system tillämpas för att undvika alltför stora växlingar.
3. Möjligheten att även på underläkarsidan införa personbundna mottagningsböcker och eventuellt ett tvåstegs kallelsesystem bör diskuteras. Detta system innebär att patienter vid första besöket på mottagningen som regel endast får besked om vecka för planerat återbesök och att detaljerad information kommer att lämnas i senare skriftligt meddelande. Bokningen kan då bättre samordnas med planeringen av mottagningar och ledigheter m. m.
4. I vissa fall kan tänkas att kontinuiteten i patientens relationer med mottagningen byggs upp på flera personer, t. ex. ett team bestående av läkare, sjuksköterska och kurator. Vid byte av någon i teamet blir detta inte på samma sätt kännbart för patienten.

Vid Huskvarna vårdcentral har man organiserat verksamheten så att de fyra ordinarie allmänläkarna tar sina patienter ur var sitt distrikt, dock inte helt rigoröst. Dessutom har man en långsiktsplanering på sex veckor för tjänstgöringar och ledigheter. Varje läkare har även dagjour inom sitt område. Allmänläkarnas ansvars- och upptagningsområde sammanfaller också med distriktssköterskans och socialassistentens m. fl.

Vid kirurgkliniken Eksjö–Nässjö inom *östra* sjukvårdsdistriktet sker all planerad öppenvårdsmottagning av vidareutbildade läkare. Samtliga sådana tjänster har ordinarie innehavare, vilket bl. a. skapat goda förutsättningar för en långtidsplanering. Uttag av jourkompensation sker t. ex. så att läkarna arbetar fem veckor, är lediga en vecka, arbetar fem veckor etc. Den fastlagda tjänstgöringen för varje läkare gör att jourkompensationsuttagen uppträder med stor regelbundenhet och således kan förutses långt i förväg.

Vid medicinkliniken vid samma sjukhus har man sökt tillgodose konti-

nuiteten genom att successivt överföra patienter med långvarigt vårdbehov till de fast anställda läkarna eller till de FV-läkare som har längre förordnanden på kliniken.

Kontinuiteten inom allmänläkarvården erbjuder stora problem, då merparten av allmänläkartjänsterna saknar ordinarie befattningshavare.

### 5.3.6 *Kronobergs läns landsting*

Vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, S:t Sigfrids sjukhus, försöker man i största utsträckning tillgodose kontinuitetsbehovet genom *vårdteamstanken*. I vårdlaget ingår bl. a. läkare, psykolog och kurator, och vid patientens besök eftersträvas att hon kan träffa någon i vårdlaget som hon lärt känna.

Planering av ledigheter och sammanträden m. m. tre till fyra månader i förväg har ansetts vara den bästa tillgängliga metoden för kirurgkliniken vid centrallasarettet i Växjö (CLV). Man har också anfört, att kontinuitet inte alltid är eftersträvansvärd. Om det t. ex. är en specialistkompetent läkare som tar hand om patienten vid första besöket kan det enligt principerna om att vården bör ges på *l*ägsta *e*ffektiva *o*mhändertagande*n*ivå (den s. k. LEON-principen) vara befogat att ytterligare utredningar m. m. ombesörjs av annan läkare.

Ett särskilt vårdplaneringssystem tillämpas vid ögonkliniken, CLV, vilket ansetts vara befrämjande för kontinuiteten patient-läkare. När patienten själv anmält sig till kliniken eller remitterats dit av läkare sker en anteckning om förmodad diagnos m. m. på ett kortset. Man gör också en prioritering av hur snabbt besöket bör ske med hänsyn till sjukdomens art. Kortsetet består av flera blad, av vilka ett tillsänds den inremitterande läkaren (i förekommande fall) och ett till patienten. På korten antecknas också vilken läkare som skall ta hand om patienten vid kliniken. Denna notering får särskild betydelse för den händelse det blir aktuellt med återbesök. "Slutgiltig" kallelse till besök på kliniken får patienten skriftligen 14 dagar före besöksdagen. Detta system har dels bidragit till att underlätta kontinuiteten patient–läkare vid kliniken, dels förbättrat samarbetet mellan olika vårdnivåer som t. ex. inremitterande läkare och sjukhusklinik. Genom att den remitterande läkaren får besked om den bedömning/prioritering som gjorts vid kliniken avseende patientens besök har han möjlighet t. ex. att ringa upp kliniken och påskynda besöket om han med sin bättre kunskap om patienten anser det angeläget.

Vid kvinnokliniken, CLV, har man till viss del betjänat sig av samma vårdplaneringsrutiner som ögonkliniken använder. Detta har bidragit till en förbättrad kontinuitet till de överordnade läkarna. Från kvinnoklinikens sida anser man dock, att någon verkligt bra kontinuitet främst kan skapas i allmänläkarvården. Om inte allmänläkarvården fungerar så kommer specialistläkarna att dras in i den öppna vårdens rutinkontroller. Tillgängligheten till specialisterna minskar genom att köerna växer, bl. a. till förfång för de patienter som verkligen är i behov av specialistundersökning. Från bl. a. kontinuitetssynpunkt ser man därför allmänläkaren som den viktigaste kuggen i hela sjukvårdsmaskineriet.

Genom en ändring i vårdorganisationen har man vid vårdcentralen i

Älmhult påverkat kontinuiteten i positiv riktning. Tidigare hade man ett dagjoursystem där en läkare var jour hela dagen och dagjouren roterade mellan läkarna. Numera har varje läkare ett utrymme för dagjour i princip varje dag. Därmed finns möjlighet till kontinuitet även vid akuta fall.

### 5.3.7 *Kalmar läns landsting*

Regleringen av läkarnas arbetstider och därmed ökade uttag av ledigheter samt den förändrade läkarutbildningen som medfört en ökad omsättning av läkare under utbildning är faktorer som förstärkt kontinuitetsproblemet. Grunden till kontinuitetssvårigheterna anser man dock ligga på det organisatoriska planet. En åtgärd som vidtagits är att planera läkarnas tjänstgöring i årsscheman för att därigenom få fram en styrning av ledighetsuttaget som medger att "ständiga vikarier" kan anställas. Detta skulle medföra påtagliga förbättringar vid inplaneringen av patientbesök. Fast anställda vikarier för läkarna är en metod som Kalmarlandstinget kommer att sträva efter.

För andra åtgärder som kan vidtas vid de olika vårdenheterna har länets läkarförening fått i uppdrag att närmare studera problemen och att presentera förslag till lösningar. Rekryteringsproblemen har varit stora och inom exempelvis distriktsläkarväsendet är ett stort antal tjänster vakanta, vilket försvårar lösningar på kontinuitetsproblemet.

### 5.3.8 *Gotlands kommun*

Vid Visby lasaretts medicin- och kirurgkliniker har man utvecklat ett system för personbunden mottagning. Medicinkliniken har använt systemet under ca ett år och resultaten är goda. Principen för systemet är enkel och kan kortfattat beskrivas på följande sätt: Den patient som vid läkarbesöket ombeds göra ett återbesök inom viss tid får av läkaren ett vårdbesked som lämnas till sekreteraren på mottagningen. När man hunnit göra upp jourschemat m. m. för den aktuella besöksmånaden fastställer man slutlig dag och tid för besöket. Uppgift härom sänds sedan till patienten.

Inom den fristående öppna vården erbjuder de sju befintliga en-läkarstationerna naturliga förutsättningar för en god patientkontakt. Den förstärks genom att läkaren också har uppgifter vid barnavårdscentraler, skolor, sjukhem och ålderdomshem.

Vid Visby 4-läkarstation överväger man att dela upp stationens samlade betjäningsområde geografiskt mellan de olika läkarna för att få mer av personbundenhet i kontakterna.

### 5.3.9 *Blekinge läns landsting*

Redan år 1970 genomförde man vid ögonkliniken på centrallasarettet i Karlskrona organisatoriska förändringar som bl. a. medförde en förbättrad patient–läkarkontinuitet. En av hörnstenarna i systemet var inrättandet av en telefonsluss med god kapacitet och kvalificerad sjukvårdspersonal. Tanken bakom denna var att man bl. a. skulle söka styra patienttillströmningen rätt, dvs. inte alltid till specialistmottagningen utan också till exempelvis allmänläkarvården. Förutom denna styrningsmekanism bygger systemet också på

att det skall fungera som ett "egenläkarsystem", dvs. att patienten kommer till en och samma läkare vid olika besök. Avgörande för detta blir då att varje läkare i god tid talar om vilka perioder han planerar att vara ledig och meddelar detta till tidsbeställningsfunktionen så att man undviker bokningar på denne läkare då han är ledig. Vid plötsligt uppkomna frånvarosituationer kontaktar klinikens mottagningssköterska patienten och erbjuder antingen annan tid hos samma läkare eller tid hos annan läkare. Att detta kan fungera beror på att man i planeringen sett till att läkarna har "luckor" i sina mottagningslistor ända fram till 2 à 3 dagar före sin mottagningsdag.

En viktig förutsättning för att verksamheten varit framgångsrik synes också vara att specialistläkarna på sjukhuset och distriktsläkarna är ense om var gränserna går mellan resp. verksamhet samt att bemanningssituationen inom distriktsläkarvården varit mycket god. En underbemanning i allmänläkarvården medför nämligen ökat tryck på och därmed köproblem vid sjukhusklinikerna.

Samarbetsformer och det ömsesidiga beroendet mellan sjukhus och distriktsläkarvård har också beaktats. Om man från öronklinikens sida ansett att remisser varit litet väl frekventa från en distriktsläkare har man tagit kontakt med denne och uppmuntrat honom till att själv handlägga de enklare fallen med samtidigt löfte om hjälp för den händelse något skulle "krångla".

En metod som också underlättat ett gemensamt synsätt för specialister och allmänläkare är att de senare kunnat komma till centrallasarettet för en kortare tids orientering och tjänstgöring inom specialiteten. Från landstingets sida har sådana samarbetsformer underlättats genom att låta distriktsläkarna få oförändrad lön under sådana tjänstgöringsperioder.

Från öronklinikens sida har man också vinnlagt sig om att ge de inremitterande läkarna så bra och utförliga remissvar som möjligt i syfte att därigenom underlätta den fortsatta behandlingen utanför sjukhuset. En serviceåtgärd gentemot distriktsläkarna har vidare varit att så snart dessa kontaktar kliniken för ett patientfall har man försökt att låta patienten komma till sjukhuset samma eller påföljande dag.

Ett särskilt problem har varit läkare under AT- och FV-utbildning vid specialistklinikerna. Den kontinuitetsgrupp – och de "kontinuitetsansvariga" – som finns i länet har dock sett vissa lösningar även på detta. I princip anser man att AT-läkarna vid specialistklinik inte bör ha självständig mottagningsverksamhet. För FV-läkarna är dock en sådan nödvändig för deras utbildning. Men FV-läkarna bör då "kopplas" till en äldre, mer erfaren specialistkompetent läkare och mottagningen ske på sådant sätt att patienten genom den äldre läkaren känner kontinuitet.

Man har inte velat göra avkall på kontinuitetskravet genom att gå in för tanken om vårdteamskontinuitet, där kontinuiteten alltså skulle vara tillfredsställd bara patienten träffade *någon* i teamet, läkare, sjuksköterska, kurator etc. Kontinuiteten bör i möjligaste mån söka upprätthållas till en ansvarig läkare, anser man.

Läkarbyten måste inträffa då och då, men genom den planering av ledigheter m. m. som finns skall de flesta läkarbyten kunna förutses och då också meddelas patienten. Man kallar detta *planerad diskontinuitet*. De erfarenheter man har säger nämligen, att patienten visst kan acceptera att hon

någon gång måste komma till "en annan" läkare under förutsättning att man meddelat detta vid föregående besök. Rent praktiskt löser man det så att läkarna vid samma mottagning får samarbeta två och två och när den ene är ledig ställer den andre upp för dennes patienter.

Kontinuitetsgruppen i länet har också fört ingående diskussioner om läkarkontinuiteten vid vårdcentraler/läkarstationer.

För en-läkarstationernas vidkommande konstaterades att kontinuiteten i regel var god, men att avbrott förekom vid jourfall nattetid, kompensationsledigheter och semester. Läkarkontinuitet nattetid bedömdes som orealistiskt med hänsyn till reglerade arbetstider m. m. Däremot borde man kunna genomföra ett rapportsystem som medför att en patients "ordinarie" läkare får vetskap om vad som hänt patienten vid ett jourbesök hos annan läkare.

Man ansåg också att det även vid en en-läkarstation bör ske tidsbeställning via en mottagningssköterska som tillsammans med patienten kan komma fram till lämpliga råd eller åtgärder. Idealiskt vore också om man vid en-läkarmottagningarna under semestern m. m. kunde ha en och samma vikarie för den ordinarie läkaren.

För två-läkarmottagningar diskuterades bl. a. en konstruktion med tre läkare, där två var i tjänst samtidigt. Kompensation för jour och beredskap medför att en av de tre tjänsterna skulle kunna vara deltidstjänst. Även vid en två-läkarmottagning bedömdes det önskvärt med en mottagningssköterska i "telefonslussen".

För tre- och flerläkarstationerna konstaterades att ju fler läkare, desto svårare tycktes det vara att klara läkarkontinuiteten.

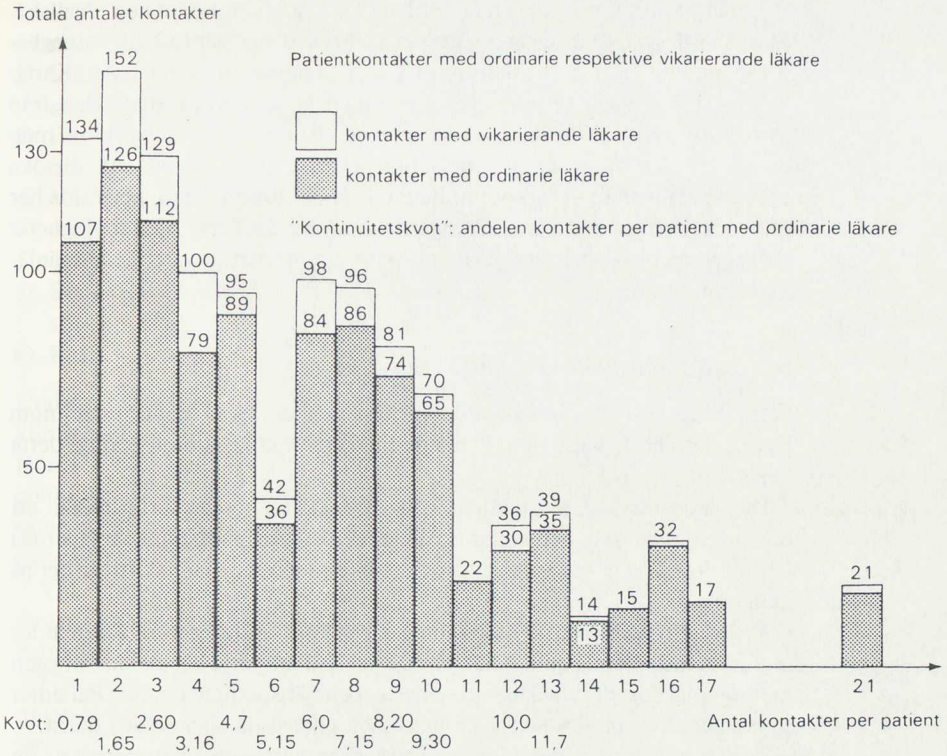
I enlighet med tankegångarna om s. k. planerad diskontinuitet som tillämpas vid öronkliniken (se ovan) ansåg man att ett kontinuitetsavbrott under pågående vårdperiod kunde vara planerat även vid läkarstationer genom att två läkare samarbetade och ställde upp för varandra under frånvaro.

Möjligheten till kontinuitet vid akuta besök under dagtid har diskuterats för läkarmottagningar med mer än en läkare. Den bästa metoden att klara detta föreföll vara *en kombination av dagjourläkare + jourtider hos varje läkare*. Varje läkare skulle således ha "luckor" reserverade varje dag för att kunna ta emot egna akutpatienter, medan en läkare samtidigt skulle ha dagjour för att tillgodose de enklare, snabbare fallen och dem som var nybesök vid centralen.

Ingående undersökningar av hur kontinuiteten ser ut i verkligheten har också företagits inom länet. Undersökningarna har gjorts dels vid en en-läkarstation (Karlskrona II), dels vid tre flerläkarstationer (Ronneby, Sölvesborg och Karlshamn).

Samtliga läkarbesök (för en-läkarstationens del även telefonkontakter med läkaren) under två år registrerades på ett slumpmässigt urval patienter. Undersökningen kom att omfatta ca 10 % av samtliga läkarbesök.

För en-läkarstationens del kunde konstateras att den ordinarie läkaren varit borta från mottagningen totalt 25 veckor eller ca 1/4 av tiden. Vikarie fanns då. Kontakterna med ordinarie resp. vikarierande läkare fick följande utseende:




*Figur 5.1 Patientkontakter vid Karlskrona enläkarstation.*

Källa: Läkartidningen Volym 73 Nr 9 1976.

Från kontinuitetssynpunkt kan särskilt noteras, att den ordinarie läkarens andel av patientkontakterna *ökade* med stigande kontaktfrekvens.

För undersökningarna i Ronneby, Sölvesborg och Karlshamn har man räknat fram ett mått på kontinuiteten med hjälp av ett kontinuitetsindex som utarbetats av pol. mag. Göran Ejlertsson i Dalby. Enkelt uttryckt innebär 100 % i detta index att man uppnått fullständig patient–läkarkontinuitet vid samtliga kontakter. 0 % innebär att det blivit läkarbyte varje gång. Med indexets hjälp fick man fram följande resultat:

**Tabell 5.9 Kontinuitetsindex för patientbesök vid läkarstationerna i Sölvesborg, Ronneby och Karlshamn. Beräkningar utförda av Göran Ejlertsson, Dalby**

| Besöksklass | Sölvesborg | Ronneby | Karlshamn |
|---|---|---|---|
| 2 | 30 | 39,7 | 61 |
| 3 | 40,5 | 43,5 | 54,5 |
| 4 | 42 | 47 | 65 |
| 5 | 57,3 | 52,5 | 68,8 |
| 6 | 45,8 | 52 | 80 |
| 7 | 50 | 66,5 | 71,6 |
| 8 | 52,5 | 65,3 | 76,3 |
| > 10 | 52 | 63,9 | 78,5 |

Källa: Rapport till kontinuitetsutredningen 1977-12-16.

Enligt kontinuitetsgruppen är värdena för Karlshamn nära nog idealiska. Man kan dessutom konstatera, att det i stort sett har varit så att "mångbesökspatienter" fått bättre kontinuitet än "fågångsbesökarna". Att Karlshamns siffror ligger så pass högt anser man bl. a. bero på att trycket från akutsjukvården varit mindre accentuerat än i Ronneby och Sölvesborg, men också att det tidigt fanns ett aktivt intresse hos läkarna att försöka upprätthålla patient–läkarkontinuiteten. Från kontinuitetsgruppens sida har man också erfarit att undersökningarna visar, att det finns goda möjligheter att skapa en hus- eller familjeläkarfunktion inom den nuvarande allmänläkarorganisationen.

### 5.3.10 *Kristianstads läns landsting*

Effektivare system för patientbokningen och en ökad kontinuitet inom läkarkadern är de vägar som kan leda till förbättrad kontinuitet enligt detta landsting.

På vårdcentralsidan tillämpas vid läkarmottagningen i Bromölla ett bokningssystem som är en modifierad variant av vårdplaneringsprinciperna i Lerum. Resultaten har varit goda och efter hand avser man att införa det på flera enheter.

Vid sjukhusklinikernas mottagningar har kontinuiteten varit föremål för ingående intresse. På en del håll har det lett till att varje läkare har sin egen mottagningsbok, där all planerad semester och tjänstledighet införs. Patienter som är knutna till viss läkare får återbesök endast då läkaren är i tjänst.

För att öka kontinuiteten inom läkarkadern har inom länet utarbetats en plan som syftar till att hela det utrymme som i dag finns för anställande av vikarier för överläkare, biträdande överläkare, avdelningsläkare och distriktsläkare på sikt skall omvandlas till fasta tjänster. För de vidareutbildade läkarna skulle därmed möjligheten till kontinuitet förbättras.

### 5.3.11 *Malmöhus läns landsting*

År 1974 bildades en kontinuitetsgrupp inom länet som samma år presenterade en rapport i frågan. Man hade där studerat resultaten av vissa kartläggningar som gjorts under början av 1970-talet på olika enheter, och konstaterade att läkarkontinuiteten var dålig vid de undersökta enheterna, även för patienter som på grund av sjukdomens art eller andra skäl särskilt skulle behöva den.

Ambitionen för läkarkontinuitet i öppen vård borde enligt gruppen vara a) att en viss person tillförsäkras kontakt med viss läkare eller läkargrupp i rimlig utsträckning, b) att en patient för en viss icke akut vårdperiod alltid skall behandlas av en och samma läkare, såvida inte absoluta hinder för detta finns. Att åstadkomma en 100-procentig kontinuitet enligt punkt b) ansågs omöjligt. Som realistiskt borde man kunna sträva efter att patienter som av olika skäl hade ett särskilt behov av läkarkontinuitet skulle möta samma läkare – eller vårdteam – vid minst 75 % av besöken under en vårdepisod. Den kontinuitet som avsågs under punkt a) borde upprätthållas av allmänläkare eller privatpraktiserande läkare, ansåg man vidare.

För att förbättra kontinuiteten föreslogs följande metoder:

1) Vårdenhetens ledning, t. ex. klinikchefen, måste aktivt prioritera kontinuiteten t. ex. i förhållande till ledigheter m. m.
2) Läkararbetet måste långtidsplaneras. Detta underlättas av fasta tjänster, schabloniserad jourkompensation m. m.
3) Fler fasta läkartjänster i distriktsvården. Förlängd mottagningstid borde också prövas.
4) Vårdteam (två à tre läkare eller läkare + sköterska + psykolog t. ex.) kan underlätta kontinuiteten genom att den knyts till samtliga i teamet och inte till en viss läkare.
5) Bedömning av patientens kontinuitetsbehov. De med hög prioritet bör ställas till särskilda mottagningsenheter.
6) Kontinuerlig bevakning av kontinuitetsfrågan.

Under hösten 1976 företogs en enkät avseende kontinuiteten till samtliga klinikchefer och distriktsöverläkare i Trelleborgs, Ystads, Lunds och Orup-Hörby sjukvårdsdistrikt. Resultaten visade bl. a. att tio av klinikerna med poliklinisk mottagning vid Lunds lasarett hade bokningen av patienter samordnad med läkarnas tjänstgöring. Planeringsperioden för läkarnas tjänstgöring varierade mellan 1 och 12 månader.

Vid normallasaretten uppgav samtliga kliniker att de praktiserade något motsvarande system. Planeringsperioderna varierade mellan 2 och 3 månader och upp till 9–12 månader.

För vårdcentralerna långtidsplanerade man på 3–4 månaders sikt. Planeringen försvårades dock vid vissa enheter på grund av obesatta läkartjänster.

Under våren 1977 företogs ytterligare en undersökning av patient–läkarkontinuiteten, denna gång vid fem öppenvårdsmottagningar: psykiatriska kliniken och kvinnokliniken vid lasarettet i Lund, medicinska kliniken och kirurgmottagningen vid lasarettet i Ystad samt vid vårdcentralen i Höör. Vid sammanställningen av materialet använde man det tidigare nämnda kontinuitetsindex som går från 0 till 100 och där 0 anger total frånvaro av kontinuitet och 100 fullständig kontinuitet. Resultaten framgår av tabell 5.10.

**Tabell 5.10 Kontinuitetsindex vid olika vårdenheter i Malmöhus län**

| Vårdinrättning | Antal patienter | Antal besök | Kontinuitetsindex för inrättningar |
|---|---|---|---|
| KK, ÖVC, Lund | 137 | 431 | 75,0 |
| KK, lasarettet i Lund | 119 | 395 | 17,4 |
| Psykiatriska kliniken, lasarettet i Lund | 295 | 1 891 | 72,0 |
| Kirurgmottagningen, lasarettet i Ystad | 284 | 1 733 | 62,4 |
| Medicinska kliniken, lasarettet i Ystad | 300 | 932 | 56,5 |
| Vårdcentralen i Höör | 300 | 1 710 | 58,3 |
| Totalt | 1 435 | 7 092 | |

Källa: Patient–läkarkontinuiteten i Malmöhus läns landsting Lund juni 1978 Rapport.

Av särskilt intresse är att notera skillnaderna mellan kvinnoklinikens öppenvårdscentral (ÖVC) och samma kliniks lasarettsmottagning. Vid ÖVC sker alla besök hos specialistkompetent läkare, medan detta är fallet för endast ca 30 % av lasarettsbesöken. Vid lasarettskliniken förhåller det sig också så att FV-läkarna under sin tid på kliniken går runt på sju olika enheter. De stannar två veckor–tre månader på varje enhet. Varje läkare har dessutom endast 3–9 timmars mottagningstid per vecka.

Kontinuitetsvärdet för vårdcentralen i Höör har bl. a. förklarats med att man där haft en hög personalomsättning. Under undersökningsperioden har 15 läkare tjänstgjort på fyra distriktsläkartjänster och på en tjänst för AT-läkare har funnits sex läkare under ett år.

Studier av kontinuiteten har under flera år också skett vid ortopedkliniken, Lunds lasarett.

Den kontinuitetsgrupp som finns inom länet har under år 1978 presenterat en ingående rapport om patient-läkarkontinuiteten i länet m. m. Gruppens slutsatser är bl. a. att en god och långsiktig planering av verksamheten (främst då läkarnas tjänstgöringar) är en förutsättning för att kontinuiteten skall kunna fungera tillfredsställande.

### *Dalby*

Vid vårdcentralen i Dalby bedrivs sedan februari 1968 försöks- och forskningsverksamhet som delvis bekostas av Malmöhus läns landsting, delvis av staten. En lång rad olika undersökningar har under årens lopp redovisats från Dalbyverksamheten. Forskningsledaren, professor Åke Nordén, har i olika sammanhang understrukit att vårdcentralen – generellt sett och inte endast i Dalby – bör vara den vårdenhet som utgör patientens fasta punkt i sjukvårdssystemet. Genom att vara lättillgänglig och ge möjlighet till bl. a. goda kontinuitetsrelationer skulle vårdcentralen kunna verka som en moderniserad husläkarfunktion.

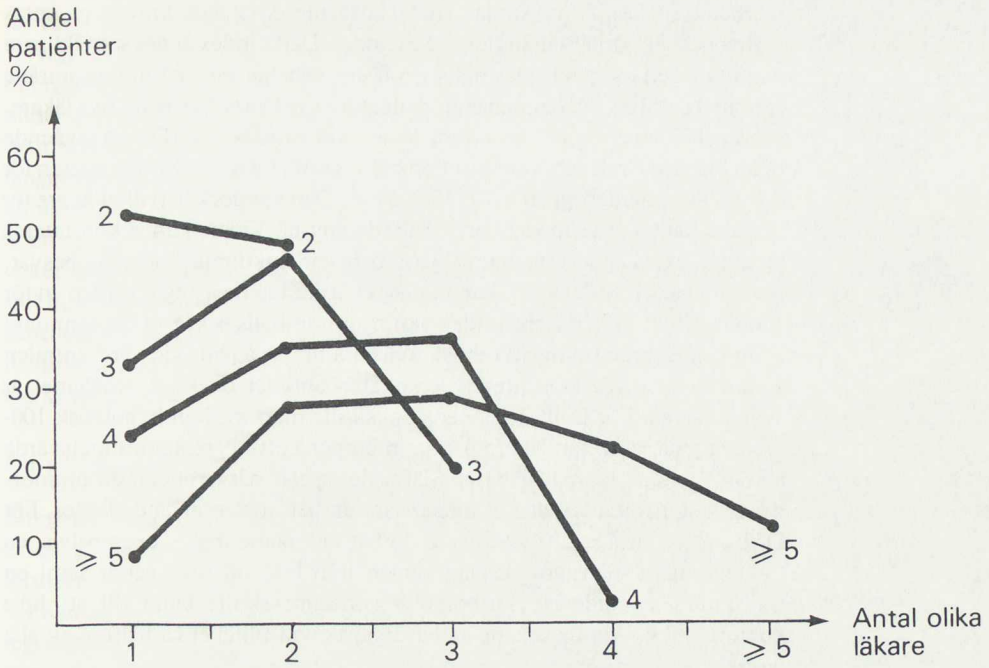
Kontinuitetsfrågan har ägnats ingående studier i Dalby. I kapitel 4 har bl. a. redovisats den attitydundersökning som gjorts i området och som publicerats i skriftserien Socialstyrelsen redovisar (1977:1). Patient–läkarkontinuiteten framstod i den som det viktigaste önskemålet från allmänhetens sida. I den undersökningen ingick bl. a. en studie av hur många olika läkare en patient träffat som under år 1974 gjort två eller flera tidsbeställda besök för samma sjukdom vid Dalby vårdcentral (se fig. 5.2).

Kontinuiteten bedömdes vara mycket otillfredsställande. I figuren ingår dessutom inga akutbesök. Som nämnts i kapitel 4 är det vidare endast ca 50 % av dalbybefolkningens öppenvårdsbesök som sker vid vårdcentralen. Resten ombesörjs vid Lunds lasarett och hos privatläkare m. fl.

Figuren visar således att varannan av de patienter som gjort två besök under en sjukdomsepisod fått samma läkare vid båda tillfällena. För dem som gjort tre besök fick var tredje samma läkare.

Som tänkbara åtgärder för att förbättra kontinuiteten föreslogs i undersökningen följande åtta punkter:

1. En planering av mottagningsverksamheten på en till två månaders sikt på sådant sätt att varje läkares tjänstgöringsschema är fixt fastställt för denna




Figuren tyds på följande sätt: Varje bruten linje representerar antal besök per sjukdomsepisod. T. ex. linjen 3–3 säger att av de patienter som gjort tre besök/episod har cirka 33 procent haft samma läkare vid alla besöken, 46 procent har haft två olika läkare och 21 procent har haft tre olika läkare.

*Figur 5.2 Episodkontinuitet vid läkarstationen i Dalby 1974.*

Källa: Attityder till sjukvården, Socialstyrelsen redovisar 1977:1.

tid.

2. Låt varje läkare ha sina fasta patienter, t. ex. genom att knyta varje person till viss distrikts- eller privatläkare.
3. Försök minska akutbesöken – dvs. sådana besök som inte bokats senast dagen innan – genom att via intensiv upplysning till allmänheten tala om hur man själv kan lindra sina besvär vid snuva, hosta, ont i halsen osv.
4. En frisläppning av de vanligaste förkylningsmedicinerna, vilka nu är receptbelagda.
5. Ändra sjukförsäkringens enveckasregel till tvåveckorsregel. Inte så få besök gäller just patienter som måste få sjukintyg.
6. En höjning av besökskostnaden.
7. Minskade administrationsuppgifter för läkarna.
8. Flytta inte ut specialisterna från sjukhusen. Ge dem i stället regelbunden konsultverksamhet på vårdcentralerna.

Förnyade kontinuitetsundersökningar baserade sig bl. a. på besöksstatistik från år 1976. Vid analysen av detta material hade pol. mag. Göran Ejlertsson

utarbetat ett kontinuitetsindex som bättre tillfredsställde kraven på entydighet och jämförbarhet än tidigare metoder. Detta index är det som tidigare nämnts i detta kapitel. Det mäts i procent och har sitt definitionsområde mellan 0 och 100, där 0 innebär att patienterna vid varje besök får nya läkare, medan 100 anger att de får samma läkare vid varje besök. (För en ingående redogörelse av indexets konstruktion hänvisas till bilaga 1.) Kontinuiteten för den totala patientgruppen var år 1976 50 %. Den var dock betydligt högre för de äldre patienterna än vad den var för de yngsta. Vidare kunde konstateras att för t. ex. diagnosgrupperna hjärt- och kärlsjukdomar, nervösa besvär, reumatiska och andra ledsjukdomar låg kontinuiteten på högre värden än för genomsnittet. I Ejlertssons undersökningar framhålls också att det sannolikt är en vanlig uppfattning att om läkarna bara finns på plats vid vårdcentralen så blir det en hög kontinuitet. Resultaten antyder dock att problemet är svårare än så. För Dalbystationens del skulle man med en hypotetisk 100-procentig närvaro från läkarnas sida inte uppnå ett högre kontinuitetsvärde än 64 % räknat på halvårsbasis. Självfallet spelar närvarotiden en utomordentligt stor roll, men den är inte ensam en helt utslagsgivande faktor. För Dalbys del ansågs att ytterligare förbättrad planering – exempelvis en förlängning av tjänstgöringsplaneringen från fyra till sex veckor samt en minskning av andelen akutbesök – verksamt skulle bidra till att höja kontinuiteten. Akutbesökens andel utgjorde vid tillfället ca hälften av alla besök.

### 5.3.12 *Malmö kommun*

Kontinuitetsfrågan har bl. a. behandlats i kommunens sjukvårdsstyrelse under år 1976 med anledning av den rekommendation som utgick från landstingsförbundet att inom varje sjukvårdsområde tillsätta kontinuitetsgrupper. Efter att ha inhämtat yttrande från sjukhusläkarföreningen beslöt man att inte tillsätta en sådan grupp i Malmö. Man borde dock på klinikchefnivå beakta angelägenheten av kontinuitet i det löpande vårdarbetet.

Tveksamheten till att tillsätta s. k. "kontinuitetsansvariga" berodde bl. a. på att man från sjukhusläkarföreningens sida ansåg patient–läkarkontinuiteten vara ett mycket komplext problem med såväl positiva som negativa förtecken. Sannolikt var den i många fall också relaterad till personliga faktorer, vilket omöjliggjorde generella åtgärder.

En viktig orsak till problemet sågs i ett otillräckligt antal fasta specialistläkartjänster vid klinikerna. Läkare under utbildning i dag roterade också mer än gårdagens läkare. Då de flesta tjänsterna vid de stora sjukhusen var s. k. passagetjänster med ibland mycket korta förordnandetider bidrog också detta till att förutsättningarna för en god patient–läkarkontinuitet saknades vid de större sjukhusen. Man ansåg att en decentraliserad primärvård möjligen skulle kunna förbättra situationen i dess helhet, eftersom det borde vara lättare att där åstadkomma ett mera varaktigt förhållande mellan patient och läkare. Samtidigt framhölls dock, att patienterna önskade söka sig till den högsta kompetens som fanns inom en specialitet. Från effektivitetssynpunkt kunde det på vissa kliniker också vara ändamålsenligt att kanalisera patienter mellan läkare med olika kompetensnivå, så att t. ex. färdigutredda patienter

för rutinkontroller hänvisades till yngre läkare vid kliniken.

Åtgärder för att förbättra kontinuiteten har också vidtagits genom införandet av ett nytt patientadministrativt system (PAS), som togs i bruk under år 1976, till en början vid ett par kliniker. Systemet är ADB-baserat och man betjänar sig av minidatorer och terminaler i form av bildskärmar med tangentbord. Uppgifter om vårdtillfälle för samtliga patienter som besökt kliniken finns tillgängliga på terminalen, åtminstone för 18 månader bakåt i tiden. I dessa uppgifter ingår också information om behandlande läkare, vilket kan underlätta kontinuiteten. Ortopedkliniken vid Malmö allmänna sjukhus har också inrättat en rådgivningsfunktion bl. a. i syfte att avlasta akutmottagningen. Sjuksköterskan i denna rådgivning har möjlighet att via ADB-systemet boka in patienter på lediga tider. PAS-systemet avses bli infört vid samtliga kliniker med öppenvårdsmottagning.

### 5.3.13 *Hallands läns landsting*

Enligt den sjukvårdsplan för perioden 1975–1985 som gäller för Hallands län avses primärvården få påtagligt ökade resurser, vilket i sig förbättrar förutsättningarna för kontinuiteten inom primärvården.

I Kungsbacka kommun pågår sedan ett par år en försöksverksamhet i Spri:s regi och med stöd från landstingsförbundet och kommunförbundet i syfte att samordna social och medicinsk service – SAMSS-projektet. Inom ramen för detta projekt har man bl. a. indelat kommunen i sex distrikt, där varje distrikt fått ett distriktsteam med läkare, distriktssköterska, hemvårdsassistent, socialassistent, distriktssjukgymnast och distriktsarbetsterapeut. Teamet har också tillgång till andra specialiteter inom den kommunala sociala sektorn. SAMSS-projektet omfattar alla landstings- och kommunala sjukvårdsmässiga insatser inom kommunen. När en patient beställer tid vid den ännu för hela primärvårdsområdet (kommunen) gemensamma allmänläkarmottagningen hänvisas i första hand till den distriktsläkare inom vars område patienten är bosatt. Om en patient efter att ha gjort ett jourbesök är i behov av återbesök hänvisas också till den läkare inom vars distrikt patienten bor. Man anser, att detta är bättre än att försöka ställa patientens återbesök till jourläkaren, eftersom återbesöket kan vara inledningen till en rad återkommande läkarkontakter. Kontinuiteten kan då bäst tillgodoses om besöken förläggs till läkaren inom det mindre distriktet. Kungsbacka har också särskilt satsat på hemsjukvårdssidan. I samband härmed har man givit distriktssköterskeväsendet påtagliga förstärkningar. Beredskapstjänstgöring dygnet runt för distriktssköterskorna planeras. Vidare planeras särskild diabetes- och hypertonimottagning i kommunen. Genom integreringen av de olika vårdresurserna inom resp. distrikt hoppas man kunna vinna fördelar bl. a. beträffande kontinuitetsaspekten, inte minst kontinuiteten i själva vården/omhändertagandet, dvs. ett smidigt samverkansförfarande mellan olika personalkategorier och vårdnivåer.

Vid allmänläkarmottagningen i Falkenberg har man genom att införa tidsbeställning och genom att försöka hålla vissa "luckor" öppna i läkarnas mottagningsscheman försökt tillfredsställa kontinuiteten så gott det går. Om väntetiden till den läkare patienten vill komma till är lång får dock patienten avgöra om det är att föredra att komma till en annan läkare inom kortare

tid.

Medicin- och kirurgklinikerna vid Varbergs lasarett har tillämpat metoden med läkarteam i kontinuitetsbefrämjande syfte. För kirurgklinikens del består teamet av en färdigutbildad läkare och två à tre läkare under utbildning. På medicinkliniken är teamen konstruerade enligt samma princip. För medicinmottagningens del sköts de patienter som efter slutenvårdsvistelse kommer på efterkontroll av samma team som haft hand om patienten i sluten vård. Remissfall omhändertas av överläkare eller biträdande överläkare. Strävan är här att snarast möjligt återföra patienten till inremitterande läkare.

Vid länssjukhuset i Halmstad har olika vägar prövats. På den barnmedicinska kliniken har man genomfört en subspecialisering för neurologi, diabetes, allergi och nyföddhetsvård. Patienterna kan då påräkna viss kontinuitet till den ansvarige läkaren inom resp. subspecialitet.

Ögonkliniken har sedan flera år tillämpat ett system för sin öppna mottagning med patient-läkarkontinuiteten som främsta syfte. Det kan beskrivas enligt följande:

1. Då en patient som besöker mottagningen bedöms behöva komma på återbesök

a) senast inom nästföljande månad:
Direkt besked lämnas om tidpunkten för besök hos samme läkare.

b) senare än nästkommande månad:
Patienten meddelas att kallelse kommer att sändas per post med uppgift om tidpunkt för återbesök hos samme läkare.
I omedelbar anslutning härtill ifylls från patientjournalen namn och adress på en kallelse, vilken därtill i sin översta del förses med uppgift om vilken månad återbesöket bör äga rum, om patienten skall återkomma på förmiddagen eller eftermiddagen (resetekniska skäl som regel) samt vilken läkare som haft patienten och därmed skall träffa denne ånyo.
Dessa kallelser samlas ordnade månadsvis i en pärm för varje läkare på kliniken. Under första hälften av en månad uppgörs för den följande månaden tjänstgöringsschema för läkarna med beaktande av jourschema och eventuell bortovaro på grund av semester, jourkompensation, utbildningskurser etc. Utifrån detta tjänstgöringsschema planeras vederbörande läkares öppna mottagning, besökstiderna för de patienter som skall kallas enligt ovan fixeras, kallelsen kompletteras med denna tiduppgift och avsänds.

2. Då en patient remitteras till ögonmottagningen (och det ej gäller akutfall) bekräftas mottagandet av remissen och patienten erhåller ett preliminärt besked om när undersökning kan påräknas. Detta grundas på den prioritering som sker utifrån remissuppgifterna och därest patienten tidigare besökt mottagningen (kontrolleras i klinikens journalarkiv) görs den av den läkare (förutsatt han alltjämt är i tjänst) som då skötte och nu återfår patienten. Samtidigt ifylls en kallelse enligt 1 b) ovan som insorteras i vederbörande läkares återbesökspärm för aviserad månad. Därefter blir handläggningen densamma som ovan angivits.

Remisser på patienter som tidigare ej besökt ögonklinikens mottagning fördelas på klinikens läkare. Akuta fall även med remiss omhändertas av

jourhavande. I härför lämpade fall av den kroniska ögonsjukdomen grön starr delegeras varannan kontroll till klinikens oftalmologassistenter, varvid besökstiden väljs så att vederbörande läkare samtidigt är i arbete på mottagningen.

Medicinklinikens mottagning har också under några år praktiserat metoder som underlättat kontinuiteten till läkare under utbildning. Med hänsyn till att just läkare under utbildning alltid utgör ett särskilt svårbemästrat problem i detta avseende är det av intresse att närmare skildra tillvägagångssättet.

Varje patient knyts till en speciell underläkare, som sedan blir huvudansvarig för patienten så länge underläkaren är knuten till kliniken. Varje underläkare tilldelas vid ankomsten till kliniken två fasta mottagningspass i veckan och behåller dessa som personliga mottagningstider så länge tjänstgöringen vid kliniken varar oberoende av på vilken avdelning eller på vilken befattning han/hon tjänstgör. Underläkaren får samtidigt en tidbok med dessa tider införda, i vilken han/hon själv för in planerade återbesök i direkt anslutning till överenskommelse med patienten.

Klinikens tjänstgöringsschema görs så gott det går upp ett halvt år i förväg, med hänsyn till NLV-kurser, jourkomp-veckor, semestrar etc. (i regel 1–2 veckors ledighet per 4–6 veckors tjänstgöring, frånsett semestrar). Planerad bortovaro från kliniken införs sålunda i tidboken i regel minst 3–4 månader i förväg och vid schemaändring med kort varsel finns oftast andra "lediga" veckor att utnyttja. Vid eventuella ändringar i tjänstgöringsschemat ringer underläkaren själv upp patienten och efterhör tillståndet och ger samtidigt med ledning härav ny återbesökstid, antingen som extra tid, på annan ledig tid längre fram eller eventuellt på tid som genom schemaändring blivit "tillgänglig" för återbesök.

Vid vikariat som överläkare handhar underläkare resp. överläkarmottagning, men vederbörande överläkare försöker dessförinnan på motsvarande sätt bereda plats för underläkarens "egna" patienter. Nya jourfall som behöver återbesök ställs tillbaka till vederbörande underläkare, ej till nästa jour. Patienter som är knutna till viss underläkare och som försämras skall i första hand omhändertas av resp. underläkare och endast i nödfall ställas till jouren. Efter utskrivningar ställs patienten i princip åter till sin "egen" underläkare om sådan finns, annars till underläkare som handhaft patienten under vårdtiden.

Alla återbesök och ändringar aviseras till receptionen som med ett till mottagningsrutinerna anpassat lösbladssystem för "månads-liggare".

Psykiatrikliniken vid länssjukhuset i Halmstad arbetar med vårdteam (överläkare, FV-läkare, AT-läkare, psykolog, kurator) och tillgodoser kontinuiteten inom ramen för teamtanken.

Erfarenheterna från primärvården i Halmstads kommun är att kontinuiteten fungerar relativt väl i den tidsbeställda och planerade vården, medan vissa svårigheter finns beträffande verksamheten vid den s. k. akutvårdscentralen. Den läkare som patienten träffar där är i regel inte någon (ordinarie) distriktsläkare i Halmstad och eventuella återbesök kan svårligen ske hos denne. Jourledaren (distriktsöverläkaren) utför dock ett uppföljningsarbete så till vida att han vid till jourcentralen inkomna remissvar t. ex. kontrollerar att patienter med påvisade vårdbehov verkligen erbjudits vård med anledning härav. Ibland söker jourledaren också kontakt med patienter som besökt

jourcentralen för att konstatera att vissa åtgärder vidtagits vid sjukhus eller i primärvården.

Har en distriktsläkare gjort ett hembesök hos en patient eftersträvar man också att eventuella följdkontroller skall ske hos samma läkare.

### 5.3.14 *Göteborgs och Bohus läns landsting*

Från Göteborgslandstingets sida har man delat upp kontinuitetsbegreppet i tre delar för att klarare kunna belysa var problemen finns och vilka förbättringsåtgärder som är möjliga.

1) Kontinuitet som uttryck för i vilken omfattning patienten vid planerade återbesök kan komma till en och samma läkare.
2) Kontinuitet som uttryck för i vilken omfattning patienten vid akuta återbesök kommer till samma läkare.
3) Kontinuitet som uttryck för i vilken omfattning patienten vid rörelse mellan öppen och sluten vård blir behandlad av samma läkare.

För kontinuiteten under punkt 1) råder olika förutsättningar beroende på om besöken sker hos vidareutbildad läkare eller läkare under utbildning. Till de förra anses kontinuiteten god, medan den är svårare att uppnå till de senare. För att något förbättra denna situation tillämpar vissa kliniker principen om läkarteam, där således AT/FV-läkaren är knuten till en specialistkompetent läkare. Det förekommer också att AT/FV-läkaren "tar med sig" patienterna oavsett till vilken subspecialitet inom kliniken som tjänstgöringen är förlagd (jfr bl. a. medicinkliniken, Halmstad). Patienter som bedöms vara i behov av få besök styrs ibland till underläkarmottagningarna, medan de mer kroniska sjukdomsfallen behandlas av en vidareutbildad läkare. Ca 85–90 % av alla återbesök är inplanerade återbesök.

De akuta (åter-)besöken som avses under punkt 2) har ökat under såväl dag- som jourtider. Chansen att jourläkaren är patientens "vanliga" läkare är liten. En del av besöken på akutmottagning sker därför att patienten inte kan gå på dagtid. Ett förlängt öppethållande (kvällsöppet) vid de vanliga mottagningarna kan innebära förbättringar i detta avseende. En del allmänläkarmottagningar tillämpar i dag "kvällsöppet".

Vid de kliniker där en subspecialisering genomförts finns vissa möjligheter för patienter med kroniska sjukdomar att "klämma in sig" hos sin läkare även i akutfall. En annan metod är att reservera vissa "luckor" i dagtjänstgöringen för akutfall. Det föreligger ett intresse för en sådan organisation i landstinget.

Generellt sett är kontinuiteten sämre för de akuta (åter-)besöken än för de planerade. Å andra sidan utgör de bara ca 10–15 % av besöken. Man prövar dock – som framgått – metoder i syfte att förbättra kontinuiteten även i dessa fall.

För kontinuiteten mellan öppen och sluten vård tillämpar exempelvis en av kirurgklinikerna den metoden att besök som föranleder intagning för operation sätts på väntelista till den avdelning där den undersökande läkaren tjänstgör vid tiden för den planerade operationen.

Vid utskrivning från sluten vård sätts patienten upp för återbesök till någon av de läkare som behandlat henne inne på sjukhuset, om det alls är

nödvändigt med återbesök på sjukhusnivå.

Man anser från landstingets sida att förutsättningarna för en hög kontinuitet förmodligen är störst inom distriktsläkarvården. Som ett sätt att ytterligare öka den ser man etablerande av vårdcentraler med olika sjukvårdsresurser. Flera problem kan då behandlas vid vårdcentralen utan att remittering till annan enhet blir nödvändig. Man framhåller också att en konsultmedverkan från specialistläkarnas sida kan vara ett alternativ till remiss. En sådan metod anses också positiv för kontinuiteten, då den ordinarie behandlande läkaren kan bibehålla ansvaret för patienten.

Bland övriga synpunkter på kontinuitetsproblemet som framförts i landstinget kan nämnas att en – för kontinuiteten – negativ faktor är att det vid de invärtesmedicinska klinikernas öppenvårdsmottagningar vårdas ett betydande antal patienter som med fördel skulle kunna omhändertas av distriktsläkare i primärvården, vars kontinuitetsmöjligheter är större än sjukhusens.

Vidare har från distriktsläkarhåll framhållits, att ett system med fasta specialister vid en vårdcentral i och för sig ger en ökad möjlighet att handlägga mer komplicerade problem vid mottagningen. Specialistläkarens närvaro leder dock samtidigt till att patienterna kan komma att slussas till olika läkare för olika åkommor. Detta till skillnad från allmänläkarna. Fasta specialister vid vårdcentralerna försvårar således för allmänläkarna att få behålla sina patienter.

Vårdcentralernas storlek anses också påverka kontinuiteten så till vida att den tenderar att bli sämre ju större vårdenheten är.

### 5.3.15 *Göteborgs kommun*

I Göteborg har vissa sjukhuskliniker på egen hand försökt förbättra sina bokningssystem för att på den vägen öka patient-läkarkontinuiteten. Hudkliniken vid Sahlgrenska sjukhuset har t. ex. genom organisation lyckats överföra en del jourfall till tidsbeställd öppen vård och därigenom gynnsamt kunnat påverka kontinuiteten. Vid kirurgiska kliniken II vid samma sjukhus har man genom att praktisera teammodellen under flera år fått en viss kontinuitet till stånd mellan patient och olika medlemmar i läkarteamet.

Delar av den specialiserade öppenvården är i Göteborg decentraliserad till från sjukhusen fristående enheter. Som exempel härpå kan nämnas Lundby och Västra Frölunda sjukhus. Dessa enheter omfattar visserligen ett mindre antal slutenvårdsplatser, men huvuddelen av läkarbesöken gäller patienter som behandlas enbart i öppen vård. Vid dessa enheter anses patient-läkarkontinuiteten fungerar bra.

Inom den kommunala allmänläkarvården har man haft problem med täta läkarbyten på grund av svårigheten att rekrytera allmänläkare. En kraftig utbyggnad av vårdcentralerna planeras dock. En försöksverksamhet med en förstärkt allmänläkarservice inom ett försöksområde, det s. k. Tynneredsprojektet, har också pågått under några år med ekonomiskt bidrag från Spri. I följande avsnitt ges en närmare redovisning av resultaten från detta projekt.

## *Tynnered*

### Bakgrund

Tynneredsprojektet är en del av ett pågående utvecklingsarbete vid sjukvårdsförvaltningen i Göteborg med syfte att finna former för en förbättrad service till allmänheten inom den öppna hälso- och sjukvården. Från Spri-rapport 6/78 kan följande erfarenheter hämtas.

En vårdcentral öppnades i Tynnered under våren 1973. Till den har knutits en försöksverksamhet, vars mål varit att samla erfarenheter av olika samverkansformer mellan allmänläkarvård och annan sjukvårdsverksamhet samt öppen socialvård. Dessa erfarenheter skall sedan i sin tur vara underlag för bedömningar av framtida vårdstruktur i Göteborg.

Uppföljningen av verksamheten förlades till perioden 1 juli 1975–30 juni 1976.

Den vårdfilosofi som avsågs att tillämpas inom försöksverksamheten vid vårdcentralen i Tynnered kan kortfattat beskrivas på följande sätt:

*Lättillgänglighet.* Patienten skall utan hinder kunna komma i kontakt med vårdcentralen, vars kapacitet skall vara tillräckligt stor för att garantera patienten hjälp när han behöver detta.
*Helhetssyn.* Allmänläkaren skall tillgodose patientens behov av helhetsbedömning.
*Vårdansvar.* Vårdcentralen har vårdansvar för befolkningen i området. Allmänläkaren behåller ansvaret för patienten även när insatser från specialistvård erfordras.
*Teamarbete.* Vårdarbetets kvalitet förbättras om det bedrivs i arbetsteam med läkare, kommunsköterska, sjuksköterska och annan personal. Även vårdgivare utanför sjukvården, t. ex. socialassistent, knyts till teamet.
*Kontinuitet.* Patient-läkarkontinuiteten upprätthålls. I största möjliga utsträckning skall hela familjen vårdas av samma läkare (familjeläkarprincipen).

### Vårdcentralen – upptagningsområde, resurser och arbetssätt

Försöksområdet, dvs. vårdcentralens upptagningsområde, bestod av en förort i sydvästra delen av Göteborg. Befolkningen, ca 12 000 personer, var mycket ung. En tredjedel var barn under 15 år. Endast 5 % var 65 år eller äldre.

Vårdcentralen i Tynnered förfogade över betydligt större resurser än övrig distriktsläkarvård i Göteborg. Där fanns tjänster för tre allmänläkare, en AT-läkare, två kommunsköterskor, en avdelningsföreståndare, en mottagningssköterska, två undersköterskor samt kontorspersonal och lokalvårdare. Socialförvaltningen hade en socialassistent placerad på vårdcentralen.

Inte bara kapaciteten utan även sättet att arbeta var annorlunda än vid en traditionell distriktsläkarmottagning. Vårdcentralens båda första verksamhetsår användes till att bygga upp formerna för arbetet i enlighet med den bakomliggande vårdfilosofin. När uppföljningsperioden började var på så vis rutiner för arbetet och för kontakter utåt utformade. Regler var utarbetade i de fall detta ansågs nödvändigt.

Vårdcentralen hade öppet under dagtid måndag–fredag. Akuta sjukdomsfall kunde tas emot samma dag kontakten skedde genom att tid avsatts för detta dagligen. Jourverksamhet på kvällar, veckoslut och helger bedrevs inte.

Någon absolut styrning av befolkningen mot vårdcentralen skedde ej. Invånarna i distriktet hade samma möjligheter som övriga göteborgare att utan remiss söka övrig sjukvård.

Vid vårdcentralens start avsågs att familjeläkarprincipen skulle tillämpas. På grund av svårigheter att hålla läkartjänsterna besatta med samma innehavare kunde denna ambition inte fullföljas. I stället fick vårdcentralen som helhet kontinuitetsansvar gentemot patienten.

En speciell funktion för sjukvårdsupplysning lades på avdelningsföreståndaren, som var den som tog emot alla telefonsamtal från patienter. Hon skötte tidsbeställningen och bedömde därvid i samråd med patienten när och om denne behövde komma till läkare eller annan vårdpersonal, gav råd i medicinska frågor m. m. Principerna för bedömningen utformades tillsammans med vårdcentralens läkare, som hela tiden fanns till hands för diskussion av tvivelaktiga fall. Avdelningsföreståndaren var tillgänglig praktiskt taget hela dagen.

Kommunsköterskorna betjänade – till skillnad mot vad som dittills varit vanligt i Göteborg – samma upptagningsområde som vårdcentralen i övrigt. De hade mottagning i centralens lokaler, gav behandling i patientens hem, förmedlade tekniska hjälpmedel m. m. Dessutom avlastade de läkarna vissa återbesök enligt särskilda rutiner. Kommunsköterskorna tog vidare emot en del akuta besök samt gjorde hembesök hos patienter.

Socialassistenten var anställd vid socialförvaltningen men var placerad på vårdcentralen och ingick i sjukvårdsteamet. Hon tog emot patienter, som sökte vårdcentralen för sjukdom och som behövde socialvårdsinsatser men inte redan hade kontakt med socialbyrån.

## Uppföljning av försöksverksamheten – resultat och erfarenheter

Föremål för försöksverksamheten har varit en förort i Göteborg. Den kan anses vara representativ för de områden som byggts upp i utkanterna av och runt om våra större städer. De problem som iakttagits i sådana bostadsområden kan vara mer eller mindre uttalade på olika orter men är av samma natur. En ganska stor del av rikets invånare är bosatt i områden av denna typ. Vissa av de erfarenheter som vunnits vid Tynnereds vårdcentral anses så generella att de också kan tillämpas på andra områden.

Genom en vårdkonsumtionsundersökning som omfattade dels invånarna i vårdcentralens upptagningsområde, dels invånarna i ett kontrollområde var det möjligt att kvantitativt belysa förändringar som inträffade när allmänläkarvården förstärkts. Resultaten av konsumtionsstudien har redovisats i en särskild publikation, Spri specialpublikation S 91.

Härigenom visas emellertid endast i begränsad utsträckning om intentionerna med vårdcentralen uppfyllts eller inte. De subjektiva erfarenheterna av det förändrade arbetssättet är minst lika viktiga för att man skall få en någorlunda fullständig bild av utfallet av försöksverksamheten.

Uppföljningsarbetet har inriktats på att bedöma om vårdcentralen i sitt sätt

att arbeta har lyckats tillämpa de vårdfilosofiska principerna, vilka i sin tur tillkommit för att nå mer långsiktiga mål, t. ex. bättre hälsa och bättre behovstillfredsställelse hos befolkningen. Ett antal föreställningar, som ansågs kunna spegla effekten av arbetet, har belysts.

### *Vårdenhetens kontakt med invånarna*

Vårdcentralen måste få kontakt med så stor del av befolkningen som möjligt. Detta var grundförutsättningen för att vårdcentralen skulle kunna utöva sitt vårdansvar, dvs. se till att distriktets invånare får sina behov av sjukvårdsinsatser tillfredsställande tillgodosedda på vårdcentralen eller annorstädes.

Under uppföljningsåret var ungefär 40 % av områdets invånare åtminstone någon gång hos vårdcentralens läkare. En del personer härutöver hade kontakt med kommunsköterskorna genom remiss från läkare utanför vårdcentralen. I socialassistentens arbete innefattades även familjemedlemmar, vilka inte alltid själva var patienter på vårdcentralen. Avdelningsföreståndarens telefonverksamhet var mycket omfattande. Hon hade i genomsnitt 50 samtal om dagen.

Det är knappast möjligt att avgöra om vårdcentralen uppnådde den optimala kontaktfrekvensen med befolkningen. Dock visar resultaten att vissa grupper fick en ökad kontakt med sjukvården. Detta gäller i första hand personer mellan 15 och 64 år men även de äldre, vilka kom till såväl läkare som kommunsköterska i betydande utsträckning. För barnen märks inga tecken på ökad kontaktfrekvens, men de hade ju också tillgång till en väl utbyggd barnhälsovård utanför vårdcentralen.

### *Vårdenheten – specialistläkarna*

Bland allmänläkarens olika funktioner är uppgiften att samordna olika behandlingsinsatser – antingen dessa äger rum på vårdcentralen, hos specialist eller annorstädes – en av de viktigaste. Allmänläkaren får på så vis överblick över patientens hela sjukdomspanorama och kan göra en helhetsbedömning. Särskilt i en storstad med ett stort och varierat sjukvårdsutbud kan sådana uppgifter bli allmänläkarens profil. Det är inte i konkurrens med specialisterna utan med stöd av dessa som allmänläkaren i en storstad kan fungera.

Även när insatser från specialist blir nödvändiga, bör vårdansvaret ligga kvar hos allmänläkaren. Denna princip kan emellertid omsättas till verklighet på ett flertal olika sätt, beroende t. ex. på sjukdomens art, läkarinsatsens omfattning och vårdorganisationens uppbyggnad.

Det finns tecken på att vårdcentralens läkare i större utsträckning än vid traditionell distriktsläkarmottagning har behållit vårdansvaret för patienten även när specialistvård varit nödvändig. Detta förefaller dock huvudsakligen bero på ett väl etablerat personsamarbete med de närbelägna specialistmottagningarna i Västra Frölunda sjukvårdscentral. Principen hade däremot inte någon större genomslagskraft i den sjukhusbundna öppna vården.

Fördelarna med vårdansvaret lagt på allmänläkaren var

- att ansvaret för att befolkningen fick adekvat sjukvård var koncentrerat till en enhet

- att allmänläkaren kunde göra en helhetsbedömning eftersom han hade kunskaper om patientens hela sjukdomspanorama
- att vårdcentralsläkaren hade till uppgift att samordna olika vårdinsatser och se till att de utfördes i adekvat ordningsföljd
- att specialistvården kunde avlastas genom att allmänläkaren fick tillbaka patienten sedan specialistinsatserna utförts
- att patienterna upplevde en ökad trygghet genom att det fanns en instans som hela tiden hade kunskap om hela sjukdomsbilden

Förutsättningar för en mer generell tillämpning kan föreligga, när kommunen får fler vårdcentraler som arbetar på detta sätt så att principen blir välkänd.

### *Ökad trygghet?*

Människor i en storstad vet ofta inte vart de skall vända sig när de blir sjuka och känner sig därför osäkra. Personer med ett flertal problem kan uppleva att ingen har det totala vårdansvaret. Genom att individerna kunde få råd och hjälp av olika slag vid en vårdcentral inom det område där de bodde var förhoppningen att otrygghetsfaktorer av denna natur skulle motverkas.

Närhet, lättillgänglighet och korta väntetider var givetvis viktiga faktorer i detta avseende. Men nyckelrollen spelades av avdelningsföreståndaren och hennes kontaktverksamhet med invånarna i området. Till henne ringde patienterna om sina medicinska problem, oftast för att få tid hos läkaren men ibland bara för att fråga hur de skulle bete sig.

Avdelningsföreståndaren bedömde med utgångspunkt i riktlinjer från läkarna om och i så fall när patienter behövde läkarkontakt, gav dem en besökstid efter behov hos läkare eller kommunsköterska (t. o. m. samma dag om det var nödvändigt) och gav råd för egenvård. Kontakten upprätthölls genom att patienten uppmanades ringa igen om situationen förändrades.

Av resultaten från konsumtionsundersökningen att döma utnyttjade invånarna i försöksområdet jourservicen utanför vårdcentralen mindre än invånarna i kontrollområdet. Detta skulle kunna tolkas så att man upplevt vårdcentralen med dess sätt att arbeta som en trygghetsfaktor.

Den samlade bilden visar

- att rådgivningen och möjligheten att hela dagen kunna ta kontakt med vårdcentralen gjorde att invånarna kände ökad trygghet vid sjukdom. De kunde vänta till dagtid för att få den vård de behövde. Utnyttjandet av övrig jourservice minskade
- att patienterna erhöll vård efter behov, antingen det gällde en differentiering inom vårdcentralen eller hänvisning till annan vårdinstans
- att invånarna fick service på sina egna villkor, dock i relation till vårdbehovet
- att vårdcentralen genom dessa kontakter erhöll goda kunskaper om invånarna och deras situation. Detta kunde sedan användas vid förnyade kontakter med patienterna och skulle på sikt kunna ge underlag för mer generella insatser av hälsovårdande karaktär.

*Bättre omhändertagande?*

Utöver den rena sjukvården har vårdcentralen i enlighet med vårdfilosofin försökt förbättra omhändertagandet av patienterna genom t. ex. preventiva åtgärder, viss uppsökande verksamhet och tidigt insatta sociala insatser. Dock har troligen arbetet i team varit det viktigaste medlet att höja kvaliteten på omhändertagandet av patienterna. Härigenom kunde problem angripas på ett bredare sätt än vad som varit möjligt på en konventionell distriktsläkarmottagning.

Teamarbetet innebar att olika befattningshavare utifrån sina yrkeskunskaper självständigt kunde bedöma och behandla en patient, dock hela tiden under läkarens ansvar. Detta ledde till ett differentierat omhändertagande inom vårdcentralen, där flera vårdgivare blev väl införstådda med patientens situation.

Följande slutsatser kan dras:

- Vårdcentralen kunde genom teamarbetet arbeta på ett bredare sätt. Patienten kunde därigenom bedömas utifrån olika vårdgivares synvinklar.
- Läkare kunde delegera olika åtgärder till annan teammedlem, som utförde sina uppgifter självständigt inom teamet. Detta ökade möjligheterna att ge patienterna vård efter behov.
- Eftersom flera vårdgivare hade kunskaper om patientens situation kom vårdteamet att svara för den personkontinuitet som eftersträvats enligt familjeläkartanken.
- Teamarbetet – och speciellt samarbetet mellan läkaren och kommunsköterskan – hade särskild betydelse för vården av de äldre.
- Erfarenheterna av en läkare med specialistutbildning inom barnmedicin placerad på vårdcentralen var goda.
- Den speciella samarbetsformen mellan socialvård och sjukvård som tillämpades vid vårdcentralen resulterade i att man kunde hjälpa en patientgrupp med tidiga behandlingsbara sociala störningar. Denna grupp får man annars sällan kontakt med inom något vårdområde på ett så tidigt stadium.
- Ett utbyggt samarbete med socialvården i området hade varit önskvärt, gärna genom lokalintegrering.

### 5.3.16 *Älvsborgs läns landsting*

Inom länets *norra* sjukvårdsdistrikt företogs i början av år 1977 en tvåveckorsstudie på praktiskt taget alla sjukhusmottagningar och de större vårdcentralerna inom distriktet för att få en övergripande bild av patient-läkarkontinuiteten. Kartläggningen syftade också till att se i vad mån en bristande kontinuitet berodde på faktorer som var ytterst svåra att påverka (t. ex. förordnandetidens längd) och/eller på mer påverkbara förhållanden som väntetider och kallelsesystem, planering av läkarnas ledigheter m. m.

Sammanfattningsvis visade det sig att ca 60 % av patienterna kom till samma läkare som vid föregående besök, ca 20 % till en annan vidareutbildad läkare och ca 20 % till annan FV- eller AT-läkare. Begreppet återbesök tolkades i vid mening så att det avsåg en patient som tidigare varit på resp.

mottagning oavsett tidsintervall mellan besöken. Totalt studerades 7 724 besök, varav 5 195 var återbesök, 1 613 jour/akutfall och 916 rena nybesök.

Förordnandetidens längd och uttaget av jourkompensation uppgavs som de största hindren för kontinuitet vid sjukhusklinikerna.

Vad beträffar kallelsesystemet för återbesök förekom olika varianter vid klinikerna. På vissa enheter gavs tid för återbesök direkt vid besöket, om återbesöket skulle ske inom ett halvår. En annan metod var att patienten själv fick ringa och beställa tid ca en månad före planerat återbesök. Den metoden hade visat sig ha vissa nackdelar: patienten glömde att ringa eller kom inte fram på telefon och fick heller inte samma läkare. Den tredje metoden innebar ett kallelsesystem i två steg, så att preliminär besökstid angavs omgående och sedan följdes upp av skriftlig kallelse sex veckor före besöket, försedd med eventuella föreskrifter om fasta e. d. (bild 5.1). Planeringen av läkarnas tjänstgöring har då "hunnit i kapp".

Inom *södra* distriktet har också en kartläggning skett av kontinuitetsarbetet vid de olika klinikerna. Många ansåg, att man hade en acceptabel situation i detta avseende. Detta gällde främst småklinikerna, medan svårigheterna huvudsakligen var koncentrerade till de större klinikerna och främst då till underläkarsidan. Fler tjänster för vidareutbildade läkare, en utbyggd primärvård, bättre vårdplanering för att kunna föra över patienter från akut till planerad vård var exempel på allmänna lösningar som indirekt kunde förbättra kontinuiteten.

Mer konkreta exempel på lösningar var följande:

- Flera kliniker såsom ögon-, barn- och kvinnoklinikerna anger att man har en långsiktig systematisk planering av ledigheter som underlättar bokning av återbesök till samma läkare och att detta kanske är den viktigaste faktorn för upprätthållande av kontinuitet.
- Inom psykiatrin är verksamheten baserad på vårdteam, något som är en klar fördel från kontinuitetssynpunkt. Konsekvenserna när tillfälliga läkare slutar blir inte lika allvarliga som annars, om vårdteamet i övrigt är intakt.
- Öronkliniken anger att när inkommande remisser dagligen gås igenom av överläkare och det framgår av remissen att patienten tidigare varit patient vid kliniken framtas journalen och tillses att patienten om möjligt får samma läkare som tidigare. Om av tidsskäl patienten måste ges en tid hos mera tillfälligt anställd läkare ordnas om möjligt besökstid vid tillfälle då tidigare läkare finns tillgänglig för konsultation.
- Vid kirurgkliniken i Borås upprätthålls kontinuiteten mellan öppen och sluten vård genom att läkarna tjänstgör i båda vårdformerna. Läkaren har då möjlighet att lägga in sina egna patienter i den öppna vården på sin egen avdelning. Efter vårdtiden följs patienten upp av samma läkare.
- Några kliniker anger att man har eller önskar ha specialmottagningar för olika sjukdomstillstånd med krav på längre tids uppföljning av t. ex. tumörsjukdomar och diabetes, vilket bedöms ge möjligheter till avsevärt bättre kontinuitet.
- Neurologkliniken har ett stort antal patienter som behöver ständig kontroll, t. ex. epilepsifallen. Denna kontroll klaras utmärkt av de fast

**Älvsborgs läns landsting**
Norra sjukvårdsdistriktet

**KALLELSE-MEDICIN/DIABETESMOTTAGNING**

**OBS! Glöm ej patientkortet**

Preliminärt återbesök under .....månad 19....., dr.....
Exakt tidpunkt kommer att meddelas skriftligen cirka 4–6 v före besöket.

Ni kommer att kallas för besök på

☐ Medicinmottagningen
☐ Diabetesmottagningen

på lasarettsenheten i Vänersborg

**Tid för besök/återbesök har reserverats för Er**

.....dagen den ...../..... 19..... kl .....

Före besöket måste följande föreskrifter iakttagas pga provtagning

☐ Ni får ej äta 4 timmar före besöket ☐
☐ Ni får ej kasta vatten 4 timmar före besöket ☐
☐ Ni måste vara fastande från kl kvällen före besöket ☐

Om Ni skulle få förhinder ovanstående tid, var god meddela mottagningssköterskan, måndag–fredag,

helst mellan $08^{00}$–$09^{00}$ i Vänersborg på telefon 0521-760 00 ankn 6351

Vänersborg den ...../..... 19.....

.....
Sjuksköt/sekr

Med.mott.
92.909.1

Läkarens noteringar

☐ Rutin ☐ Lipider ☐ SMAC-Status
☐ Blodstatus ☐ Kv urinodl ☐
☐ Ekg ☐ Sed ☐

*Bild 5.1 Kallelseblankett, Älvsborgs läns landsting.*

anställda läkarna och med hjälp av ett besökskort, som utdelas till patienten vid varje besök. Detta besökskort gör att man kan planlägga nästa återbesök.

För den icke sjukhusanslutna öppenvården har sjukvårdsstyrelsen rekommenderat distriktsdirektionerna att verka för att en löpande vårdplanering av det slag som sker vid Lerums vårdcentral successivt införs vid samtliga vårdcentraler.

*Lerum*

Vid vårdcentralen i Lerum bedrivs sedan maj 1975 en verksamhet med löpande vårdplanering. Avsikten är att komma till rätta med de vanligaste problemen inom en öppenvårdsenhet. De rutiner som upparbetats i detta sammanhang finns utförligt beskrivna i Spri-rapport 3/77 "Handbok för löpande vårdplanering".

Som bakgrund kan nämnas att vårdcentralen har ett betjäningsområde på ca 15 000 invånare. Antalet läkare vid centralen är f. n. 4 (allmänläkare). Detta innebär således 3 000–4 000 invånare per läkare. Att uppnå kontinuitet mellan patient och läkare är en av målsättningarna i arbetet. Men verksamheten i stort är uppbyggd på ett sätt som dessutom skall kunna möjliggöra att vårdcentralen lever upp till kravet att ha ett totalt vårdansvar för betjäningsområdet, där kontinuiteten är en bit, men andra viktiga delar är lättillgänglighet, akutvårdsansvar, sjukvårdsupplysning, korta väntetider m. m. Lättillgängligheten till vårdcentralens resurser är i grunden det viktigaste. Om patienten inte kan komma i kontakt med vårdenheten på ett tillfredsställande sätt finns det inte heller några bra förutsättningar för kontinuitet. För att kunna uppnå patient-läkarkontinuitet är också en omsorgsfull planering, flexibel tidbokning och disciplin avseende läkarnas tjänstgöring befrämjande.

För att åstadkomma lättillgänglighet kan en patient komma i kontakt med vårdcentralen hela dagen. Några fixa telefontider eller tidsbeställningstider används inte. I själva verket har man "bannlyst" begreppet tidsbeställning. Enligt Lerummodellen är det inte patienten ensam som skall avgöra vilken typ av åtgärd hon är i behov av. Detta beslut åvilar vårdcentralen, som har att avväga patientens behov och önskemål, men också de tillgängliga resurserna. En undersökning över tillgängligheten per telefon vid Lerum visade att under en vecka år 1977 var samtliga telefonlinjer upptagna i genomsnitt 5 % av öppethållandetiden. Största anhopningen av samtal fanns måndag förmiddag. En motsvarande studie för sjukvårdsupplysningen i Borås samma vecka visade att ca 70 % av samtalen inte omgående kunde komma i kontakt med upplysningen.

Den höga tillgängligheten per telefon har i Lerum uppnåtts enligt två linjer. Man har infört skriftliga provsvar och kallelser och därigenom reducerat antalet samtal utan försämring av servicen till patienterna. Man har också sett till att patientmottagarfunktionen (se nedan) bemannats med hänsyn till de stora variationerna i samtalsfrekvensen under veckan.

När en patient tar kontakt med vårdcentralen tas samtalet av "patientmottagaren" som är en mottagningssköterska. Med hjälp av ett *åtgärdsregister*

(bild 5.2) fattar då patientmottagaren beslut om åtgärd. De alternativa besluten är

- råd till självhjälp och/eller avvakta
- besök på läkarstationen (hos läkare eller sjuksköterska)
- överlåtelse av beslutet till läkare
- hänvisning till annan instans.

I ett seminariearbete som utförts vid Göteborgs universitet framgår att 30–40 % av de vårdsökande kan klaras av genom telefonrådgivning. Om man inte hade använt sig av denna "sorteringsmekanism" som patientmottagaren utgör utan haft ett system med vanlig tidsbeställning hos läkare t. ex. skulle således dessa 30–40 % ha bokats in för läkarbesök utan att det förelåg ett medicinskt behov av ett sådant. Köerna till läkarna skulle växa kraftigt och samtidigt försvåra möjligheten till kontinuitet för dem som verkligen är i behov av läkarkonsultation.

Det utarbetade åtgärdsregistret skall verka som ett stöd för patientmottagaren och inte som rigida förhållningsorder från vilka avvikelser är omöjliga. Åtgärdsregistret tjänar sitt syfte i kombination med patientmottagarens erfarenhet och omdöme.

Om patientmottagaren tillsammans med patienten beslutar sig för åtgärden "besök hos läkare" gäller det också att bedöma och klassificera brådskegraden. Man använder då fyra olika klasser. I åtgärdsregistret finns angivet vilken brådskegrad ett visst sjukdomstillstånd förväntas kräva.

| Klass | Besök inom |
|---|---|
| 1 | 0–2 dagar |
| 2 | 3 dagar–3 veckor |
| 3 | 3 veckor–8 veckor |
| 4 | 8 veckor– |

För klasserna 1–3 fastställs besökstid med en gång. För klass 4 får patienten en ungefärlig tidsangivelse t. ex. "om 3 månader" samt en upplysning om att skriftlig kallelse kommer minst en månad i förväg.

Att klass 4-besöken inte tidsfixeras omgående beror på att de skall ske vid en tid som ligger bortom planeringshorisonten som brukar omfatta 6–8 veckor (mer härom nedan). Vid bokningen skall också läkare bestämmas. Man försöker då tillgodose patientens önskemål, om hon har sådana. Här finns möjlighet att bevaka kontinuiteten. Men även andra synpunkter beaktas. Det kan t. ex. vara så att en av läkarna vid centralen genom sin inriktning och kompetens har särskilt goda möjligheter att hjälpa patienten. Det kan också vara så att en viss läkare redan har så många "egna" patienter att det från resursanvändningssynpunkt är olämpligt att belasta denne ytterligare. Men om patienten önskar kontinuitet går den i regel att tillgodose.

Om vi fortsätter att följa patienten från den första telefonkontakten och framåt, har vi nu hunnit till läkarbesöket. Man använder här ett hjälpmedel av administrativ natur som i all sin enkelhet ger många fördelar. Det är den

*Bild 5.2 Exempel på åtgärdsregister.*

| Kontaktorsak | Åtgärd | Brådskegrad | Beräknad läkartid | Provtagningar, undersökningar, anm |
|---|---|---|---|---|
| *Infektionssjukdomar – febersjukdomar* | | | | |
| Halsfluss – halsont med hög feber | Besök läkare<br>Rådgivn läkare | 1 | | |
| Halsont längre tid utan feber | Besök läkare | 2 | 20 | |
| ÖLI | Rådgivn sjuksköt | | | Se "råd febersjd" |
| Luftrörskatarr – långvarig hosta | Besök läkare | 2 | 20 | SR |
| Influensa | Rådgivn sjuksköt<br>Rådgivn läkare<br>Besök läkare | <br><br>8 | | Se "råd febersjd"<br>Ev hembesök<br>Ej förbättrade efter 1 vecka, SR, urintest, sediment ev vita |
| Infektion m m, bättre men behöver intyg | Besök läkare | 1 el 2 | 10 | |
| Oklara hudutslag med feber | Hänvisn distr sköt | | | Hos vuxna ev hembesök |
| Akuta öronsmärtor | Besök läkare | 1 | | |
| Rinnande öra | Besök läkare | 1 | | |
| Magsjuka, (kräkningar, diarréer) | Rådgivn sjuksköt<br>Besök läkare | <br>2 | <br>20 | |
| Kräkningar, diarréer hos barn under 2 år | Hänvisn barnmottagn | | | |
| UVI med feber – cystopyelit | Besök läkare | 1 | | Urintest, sediment, dipslide |
| UVI – blåskatarr – urinvägsbesvär | Rådgivn sjuksköt<br>Besök läkare | <br>1 | | Urintest, sediment – dipslide |
| Feber utan känd orsak 1–3 dagar | Rådgivn sjuksköt | | | Se "råd febersjd" |
| Feber 4–5 dagar | Rådgivn sjuksköt<br>Rådgivn läkare<br>Besök läkare | <br><br>2 | <br><br>20 | Se "råd febersjd"<br><br>Hb, ev SR, sediment |
| Feber hos åldringar | Rådgivn läkare<br>Besök läkare | <br>2 | <br>20 | Ev hembesök |
| Meningitsymptom – feber | Hänvisn inf klin | | | |
| Muninfektioner – stomatit – blåsor i munnen | Rådgivn sjuksköt<br>Besök läkare | <br>2 | <br>10 | |
| Heshet vid ÖLI | Rådgivn sjuksköt<br>Rådgivn läkare | | | |
| Heshet mer än 2 veckor | Besök läkare<br>+ rådgivn sjuksköt | 2 | 20 | SR |
| "Barnsjukdomar" | Rådgivn sjuksköt<br>Hänvisn distr sköt<br>Hänvisn barnmottgn | | | Se PM angående barnsjukdomar |
| Infektioner i hud och naglar | Besök sjuksköt<br>Besök läkare | <br>2 | <br>10 | |
| Lexveneris | Besök läkare | 1 | | |
| Infektioner m m där läkarintyg går ut | Rådgivn läkare<br>Besök läkare | <br>2 | <br>10 | |

s. k. *R/P-blanketten* (registrerings- och planeringsblankett) (bild 5.3). På denna har patientmottagaren noterat förutom patientens namn också sjukdomssymtom och tid för läkarbesök m. m. Vid patientens besök används R/P-blanketten bl. a. i kassan, vid provtagning och hos läkaren. Patienten behöver alltså inte i närvaro av andra patienter berätta om sina symtom m. m. Vid själva läkarbesöket kompletterar läkaren R/P-blanketten med sitt beslut om åtgärder. R/P-blanketten tjänar sitt syfte som informationsbärare för ett vårdtillfälle eller en vårdkontakt. Vid beslut om t. ex. ett återbesök fyller man i en ny.

Om beslut fattas om ett återbesök får patienten besked om tiden för detta av receptionen som handhar tidsschema för aktuell planeringsperiod. Vill läkaren ha patienten på återbesök till sig själv har han fyllt i detta på R/P-blanketten och bokningen sker därefter. Skulle återbesöket ligga bortom planeringshorisonten får patienten en skriftlig kallelse med exakt tid. När det gäller akutbesök som behöver komma samma dag de ringer, går det att ordna genom att det finns en läkare som har så gott som hela dagen reserverad för akuttider (brådskegrad 1). Dessutom finns i regel akuttid instoppad i dagschemat också för ytterligare en eller ett par läkare.

Ovan har redogjorts för patientbokningssystemet i stora drag. Här skall också helt kort anges hur detta samordnas med läkarens tjänstgöring. Som tidigare nämnts ligger planeringshorisonten på 6–8 veckor. Varannan vecka planeras verksamheten för en ny period omfattande 2 veckor. Man utgår då från läkarnas tjänstgöringstider inom de olika brådskeklasserna. På grundval av detta sker en fördelning av mottagningstider (olika brådskeklasser) på de olika läkarna. Med erfarenhet från tidigare arbetsveckor och med hänsyn tagen till eventuella helger, industrisemestrar e. d. under planeringsperioden försöker man göra en så god uppskattning som möjligt av behovet. Patientbokningarna kommer sedan att tillgå så att de besök som först bestäms är klasserna 4 och 3. Ju närmare i tiden man kommer en viss vecka eller veckodag fylls besök på i de andra klasserna. Detta leder till att varje läkare i regel har tid kvar för besök inom en eller ett par dagar före en viss dag. Därigenom underlättas möjligheten för en patient att även i halvakuta och kanske även akuta fall få komma till "sin" läkare.

Några ytterligare erfarenheter från Lerumsverksamheten är följande.

Det har bl. a. visat sig att varje läkare inte behöver hålla tider i brådskeklass 1 varje dag. De patienter för vilka kontinuiteten är angelägen kan i regel klara sig med ett besök enligt klass 2.

När det gäller samverkan mellan sluten och öppen vård eller mellan sjukhusklinikernas specialiserade vård och distriktsvården har man börjat tillämpa en tredelad remissblankett. Om Lerumcentralen således remitterar en patient till specialistklinik kommer en del av remissblanketten tillbaka till vårdcentralen med besked om bokad tid. I de fall detta system fungerar ger det distriktsläkaren värdefull information om vad som händer patienten. Den kunskapen om patienten bör vårdcentralen ha, om den skall kunna fullgöra det totala vårdansvaret för den enskilde patienten.

För jourverksamheten lördagar-söndagar och vardagar kl. 17–08 har man det så ordnat att vårdcentralerna i Lerum, Alingsås m. fl. kommuner slår ihop sig i en jourcentral i Alingsås. Jourhembesök är sällsynta. Det finns dock ett system med bakjour som möjliggör hembesök i vissa fall. Erfarenheterna av

**Läkarstationen Brobacken**
**443 00 LERUM**
Tfn 0302-140 50

**Registrering/planering** **Nr** 01333

Personnr: 05 12 08
Efter-, fornamn: Svensson P
Adress: Mellangatan 9

| Kontakttidpunkt mån | dag | kl | Sign patmott | läkare | Tfn, hem arb |
|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 12 | | | DD | |

Patientproblem/kontaktorsak

Patientproblem: Hypertoni

Kontaktorsak:

Åtgärd/besök på läkarstation

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Besök läkare | 4 | Besök sjuksk | | |
| 2 | Råd tfn läkare | 5 | Rådgivn sjuksk | | |
| 3 | Beslut läkare | 6 | Hänvisn | | |

Text:

Brådhet: Återbesök: 3 mån Läkartid: 20

Tid för besök på läkarstationen: Till: DD Mån: 11 Dag: 22 Kl: 10⁵⁰

Önskade undersökningar/provtagningstid

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Längd | 103 | B-HB | X | S-kalium | 226 | S-kolesterol | 304 | U-sediment |
| X | Massa | 113 | B-vita | 206 | S-kreatinin | 227 | S-triglycerider | 310 | U-bakt odl |
| X | B-SR | | | 208 | S-urat | | EKG | X | Urinstick |

Tid för provtagning: Mån Dag Kl

Provsvar

X Provsvar till läkarbes

Bokningsrestriktioner statistik

Önskemål: besökstid, lämplig kontakttid | Läkare | Diagnos, koder | Besök enl Soc: ny, åter

**Läkarstationen Brobacken**
**443 00 LERUM**
Tfn 0302-140 50

**Registrering/planering** **Nr** 01332

Personnr: 350812
Efter-, fornamn: Svensson K
Adress: Lillgatan 1

| Kontakttidpunkt mån | dag | kl | Sign patmott | läkare | Tfn, hem arb |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | 04 | | UB | | |

Patientproblem kontaktorsak

Patientproblem: Haft huvudvärk länge

Kontaktorsak:

Åtgärd besök på läkarstation

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Besök läkare | 4 | Besök sjuksk | | |
| 2 | Råd tfn läkare | 5 | Rådgivn sjuksk | | |
| 3 | Beslut läkare | 6 | Hänvisn | | |

Text:

Brådhet: 3 Återbesök: Läkartid: 30

Tid för besök på läkarstationen: Till: CC Mån: 11 Dag: 22 Kl: 12¹⁰

Önskade undersökningar provtagningstid

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Längd | X | B-HB | 202 | S-kalium | 226 | S-kolesterol | 304 | U-sediment |
| 101 | Massa | 113 | B-vita | 206 | S-kreatinin | 227 | S-triglycerider | 310 | U-bakt odl |
| 102 | B-SR | | | 208 | S-urat | | EKG | | Urinstick |

Tid för provtagning: Mån Dag Kl

Provsvar

Provsvar till läkarbes

Bokningsrestriktioner statistik

Önskemål: besökstid, lämplig kontakttid | Läkare | Diagnos, koder | Besök enl Soc: ny, åter

*Bild 5.3 Registrerings- och planeringsblankett.*

jourcentralens verksamhet är bl. a. att större delen av besöken där skulle kunna undvikas om de olika vårdcentralerna hade ett längre öppethållande.

### 5.3.17 *Skaraborgs läns landsting*

En särskild arbetsgrupp för förbättrad kontinuitet mellan läkare och patient har bl. a. diskuterat att genomföra en undersökning vid dels en sjukhusklinik, dels en öppenvårdsmottagning för att kartlägga förhållanden som

- normalt återbesöksintervall
- varför patienten finns på just den mottagningen
- antal läkare patienten sökt och antal besök patienten gjort det senaste året
- vilken läkarkategori som sköter patienten
- om patienten samtidigt söker annan läkare.

I Skara kommun har under år 1977 också bedrivits försöksverksamhet med bl. a. det syftet att förbättra kontinuiteten. Vid vårdcentralen i Skara med sex ordinarie distriktsläkare har dessa delat upp sig på tre "tvåmannalag". Alla kontakter med en viss patient och hans/hennes familj sker genom någon av de två läkarna i laget. Samtliga ledigheter, uppdrag utanför vårdcentralen, jourer etc. delas så att någon i 2-läkarlaget alltid kan ställa upp för patienten. Försöket i Skara skall bl. a. visa hur stort invånarantal ett 2-läkarlag på en vårdcentral kan klara.

Någon direkt utvärdering av denna verksamhet har ännu inte skett. De mera allmänna erfarenheter som gjorts på läkarhåll är dock att det varit mycket svårt att klara av familjeläkarverksamheten. En av de bidragande orsakerna härtill torde ha varit att distriktsläkarnas tid fick ägnas åt så många områden förutom de "egna" patienterna, t. ex. skolhälsovård, företagshälsovård, vård vid lokala sjukhem m. m. Det intryck man hittills fått av verksamheten på läkarhåll skulle antyda att en fungerande familjeläkare inte borde ha mer än 2 000 patienter/invånare att svara för. Gränsen borde snarare skjutas nedåt mot exempelvis 1 500–2 000.

### 5.3.18 *Värmlands läns landsting*

Landstingets kansli gjorde under hösten 1977 en enkät till alla sjukvårdsinrättningar i länet och begärde då en beskrivning av de återbesökssystem som användes.

Beträffande den öppna vården visade enkäterna sammanfattningsvis att olika åtgärder både diskuterats och vidtagits vid företrädesvis allmänläkarmottagningarna. Specifika vårdplaneringssystem måste dock arbetas fram för varje enskild vårdenhet. Läkartäthet och andel läkare under utbildning m. m. utgör dock begränsningar för hur utvecklad denna vårdplanering kan bli. Successivt pågår dock ansträngningar för att införa nya arbetsrutiner i syfte att förbättra kontinuiteten. Som exempel härpå kan anföras verksamheten vid distriktsläkarmottagningen, sjukhuset i Forshaga. Erfarenheterna härav har kunnat samlas under två år och anses goda.

Vid patientens besök ifylls ett vårdbesked, som sedan arkiveras. På

vårdbeskedet anges ungefärlig tid för återbesök och de åtgärder som då skall företas samt om åtgärderna skall vidtas före eller under undersökningen. Tre veckor i förväg bokas patienten in och skriftlig kallelse sänds ut. Tidboken blir alltså inte fulltecknad alltför lång tid i förväg och väntetiderna är därför inte för långa. Patienten kallas till den tid som medicinskt anses lämplig. Det har visat sig att mottagningen med denna metod, varvid tas dels medicinska hänsyn och dels sjukvårdsplaneringshänsyn, kunnat hålla något längre tid mellan återbesöken än vad som troligen annars varit fallet. Kallelsen sker till patientens ordinarie läkare, om denne är kvar i tjänst.

Planeringsperioden, som således omfattar tre veckor, har befunnits vara lagom lång både för patienten samt för mottagningen och läkaren. Varje vecka meddelar läkaren till tidsbeställningen hur almanackan ser ut tre veckor framåt med ledigheter, kurser, konferenser etc.

### 5.3.19 *Örebro läns landsting*

För sjukhusens öppenvårdsmottagningar har kunnat konstateras, att kliniker som har en begränsad öppenvårdsverksamhet har möjlighet att återställa patienten till den läkare han tidigare träffat. Vid övriga kliniker strävar man efter en kontinuitet i kontakterna patient-läkare, men den är inte lika lätt att uppnå. Vissa kliniker besväras t. ex. av vakanser på överläkartjänster, vilket medför att patienterna inte kan påräkna kontinuerlig kontakt med specialistläkare, utan hänvisas till underläkare. Underläkarnas ofta korta förordnandetider försvårar sedan i sin tur kontinuiteten.

För patienter som utskrivits från sluten vård planeras ett första återbesök ofta hos en underläkare som varit knuten till den avdelning patienten legat på.

Vissa fördelar har också kunnat uppnås genom att patienter med likartade sjukdomstillstånd går på särskilda mottagningar. Vid t. ex. medicinkliniken, Örebro lasarett, finns en rad sådana specialmottagningar som diabetes, gastroenterologi, hypertoni, infarkt m. fl.

För allmänläkarvårdens del har man för de ordinarie läkarna sökt upprätthålla högsta möjliga kontinuitet. På grund av ett besvärande vakansläge i vissa områden har dock försök till planering och bättre kontinuitet ibland inte kunnat realiseras.

### 5.3.20 *Västmanlands läns landsting*

Inom Västerås sjukvårdsdistrikt har en kartläggning av samtliga kliniska discipliners organisation av vissa öppenvårdsmottagningar skett med speciell inriktning på tidsbeställningsfunktionerna. Kartläggningen visade bl. a. att där man hade en planering av mottagningsverksamheten på minst tre månader var kontinuiteten bättre tillgodosedd än i de fall en sådan planering saknades. Avsikten är att rekommendera klinikerna att planera patientbokningen på tre till sex månaders sikt som en generell åtgärd. Vid läkarstationerna/vårdcentralerna i Västerås tillämpas vårdplaneringssystem av det slag som utarbetats i Lerum.

Inom Köpings sjukvårdsdistrikt har en framsynt planering av läkarnas ledigheter m. m. och ett förbättrat kallelsesystem påverkat kontinuiteten i

gynnsam riktning. Ett otillräckligt antal ordinarie läkare har dock omöjliggjort någon högre grad av kontinuitet vid distriktsläkarmottagningarna.

För medicinkliniken i Fagersta uppges ca hälften av patientbesöken ha en fullgod patient-läkarkontinuitet. Flertalet övriga patienter kan få en viss kontinuitet genom systemet med läkarlag, där patienten träffar någon i en grupp av läkare där hon åtminstone ytligt känner igen samtliga.

### 5.3.21 *Kopparbergs läns landsting*

Inom landstinget utarbetades år 1975 "Förslag till regler för kontakten mellan allmänhet och sjukvård", som i möjligaste mån bör tillämpas inom vården. Bakgrunden till detta arbete var två motioner i landstinget, den ena avseende en översyn av gällande regler för att förbättra kontakten mellan allmänhet och sjukhus, den andra avseende förbättrad planering av tidsbeställningar vid läkarmottagningarna. De åtgärder som föreslogs berörde huvudsakligen tre områden, nämligen sjukvårdsupplysning, besöksplanering och tidsbeställning.

Vad gäller besöksplaneringen framhålls bl. a. att förutsättningen för en bra planering på längre tidshorisont är att mottagningssköterskan alltid är informerad om de tillgängliga läkarresurserna. Viktiga faktorer i detta sammanhang är:

- vakanssituationen för läkare
- organisation och planering av jourtjänsten
- organisation och planering av jourkompensation och annan ledighet
- organisation av läkarnas bisysslor
- läkarnas arbetstidsscheman.

Det konstateras att den rådande vakanssituationen (1975) på läkarsidan medför störningar i besöksplaneringen.

Läkarnas ledighet för jourkompensation kan tas ut på olika sätt. Hur den tas ut påverkar bl. a. kontinuiteten. Man framhåller också det angelägna i att all ledighet beslutas i så god tid att återbud till planerade patientbesök kan undvikas.

När det gäller läkarval och kontinuitet konstateras, att patienten önskar träffa samma läkare under en serie öppenvårdsbesök.

Som svårigheter för en kontinuitet anförs:

- stort antal vikarier och snabb omsättning på underläkare (och AT-läkare)
- läkarnas dygns- och veckobundna ledighet (schemalagd ledighet)
- icke schemalagd ledighet, främst jourkompensation.

Fördelarna med kontinuiteten understryks, och det bör vara ett riktmärke att patienten får träffa samma läkare. Det påpekas dock att patientens krav på att få träffa samma läkare påverkar väntetidernas längd.

För att bringa ordning i väntehänseende arbetar man enligt förslaget också med en klassificering av patienterna i olika brådhetsklasser mellan "omedelbart" och "inom 1 1/2 månad".

På tidsbeställningssidan understryks betydelsen av tillräckligt antal telefonister, så att den vårdsökande verkligen når fram i sin första kontakt. Den

tillgängliga besökstiden fördelas på förtursklasser och patienten får sedan en tid efter bedömd förtursklass. I det här systemet bör det alltid finnas en läkare för det akuta behovet. Denna jourhavande läkare skall helst inte ha några patienter inbokade från föregående dag.

Man anser slutligen att systemet med att placera specialistläkare ute på vårdcentralerna försvårar kontinuitetsproblemet ytterligare.

### 5.3.22 *Gävleborgs läns landsting*

Den arbetsgrupp för kontinuitetsfrågor som finns inom länet har vid flera tillfällen sammanträffat och dryftat problemen. Gruppen har bl. a. diskuterat följande frågor med anknytning till kontinuitetsaspekten:

- Fördelning av arbetsuppgifter till annan personal än läkare.
- Dispensärformer för t. ex. infarktpatienter, diabetiker.
- Utnyttjandet av vårdprogram.
- Fördelning av patienter mellan sjukhus och fristående öppen vård.
- Återremittering av patienter från sjukhus till primärvård.

Vid medicinkliniken, Hudiksvalls lasarett, tillämpas sedan år 1974 ett kontinuitetsbefrämjande system med s. k. vårdbesked. Bakgrunden härtill var a) en önskan om att få så god patient-läkarkontinuitet som möjligt, b) klagomål på långa väntetider i samband med läkarbesök och c) en önskan att ge ett relativt stort antal läkare så god utbildning som möjligt.

Vid patientbesöket – eller utskrivningen från avdelningen – fyller läkaren i ett särskilt vårdbeskedsformulär med angivande av eventuella provtagningar m. m. vid eller inför kommande besök. Återbesökstiden bestäms i detta skede flexibelt, t. ex. om ca 2–3 månader. 2–3 veckor före besöket kallas patienten till den läkare som skrev vårdbeskedet. I regel finns det då möjlighet till kontinuitet under förutsättning att läkaren fortfarande tjänstgör vid kliniken. Om en läkare slutar vid kliniken överförs patienten till distriktsläkare – om nu inte detta skett tidigare – eller om fortsatt specialistbehandling behövs, sker överförandet till överordnad läkare vid kliniken. Kallelsen till patienten ombesörjs av mottagningens avdelningsföreståndare. Vårdbeskeden samlas i månadspärmar och tas således fram när det blir aktuellt.

Läkarstaben på kliniken omfattar 16 à 17 läkare. Varje vecka är 3–5 av dem lediga på grund av semester, jourkompensation e. d. I princip anställs inga vikarier annat än för längre ledigheter (graviditeter t. ex.).

Ledigheten läggs ut över hela året. Semestrar koncentreras till sommaren för i första hand överläkare/biträdande överläkare samt FV-läkare. Jourkompensationsledigheter samlas till en vecka och läggs huvudsakligen ut under september–maj månader. Ledigheterna detaljplaneras 1–2 månader i förväg och tjänstgöringsschema anslås minst 4 veckor före dess giltighetsperiod.

Samtliga läkare har mottagningstider på fasta veckodagar. Om det inträder "plötsliga ledigheter" och patientbesök redan är bokade, får patienten i regel ny tid hos samma läkare.

De underordnade läkarna har en ganska stor del av återbesöksmottagningarna. Då man för sjukvårdskvalitetens skull anser det önskvärt att denna

grupp läkare kan rådfråga äldre kolleger – som också ofta känner patienten bättre – har man ordnat det så att mottagningarna är förlagda till eftermiddagstid. De överordnade läkarna finns då i regel till hands för rådfrågning. På så sätt blir det också de överordnade läkarna som svarar för kontinuiteten under längre perioder.

Även inom distriktsläkarvården tillämpas liknande vårdbeskedssystem. Sedan år 1972 används det t. ex. vid läkarmottagningen, läkarhuset, Gävle. Vid mottagningen arbetar sex läkare. De syften man hade med systemet – och som man anser har uppfyllts – var att:

1. Inte "tappa bort" patienter.
2. Inte överbelasta sin mottagningskapacitet.
3. Ha väl förberedda patienter.
4. Få ett så rörligt mottagningssystem som möjligt.

För att uppnå detta bör följande beaktas:

1. Patienter bör *kallas* till återbesök.
2. Det är en läkaruppgift att anpassa sin ambitionsnivå till tillgängliga resurser med andra medel än slumpen. Detta gäller för såväl nybesök som inplanerade återbesök.
3. Med hjälp av vårdbeskedet kallas patienten i god tid före sitt andra läkarbesök till provtagning m. m. som läkaren bedömt angelägna vid det första besöket.
4. Att ge patienten besökstider långt före i tiden medför ett låst och svårhanterligt mottagningssystem, där varje ledighet för läkaren medför ombokning av patienten.

Vid ett nybesök får läkaren bland journalhandlingarna ett icke ifyllt vårdbesked. Vid återbesök finns noterat vilka prover eller andra åtgärder som vidtagits redan före besöket.

Anteckningar om önskade prover, eventuell återbesökstid etc. noteras av läkaren i vårdbeskedet, varefter detta hamnar hos tidsbeställningen (bild 5.4). I god tid före ett återbesök plockas beskedet fram – det är insorterat i veckofack – och patienten kallas per brev till eventuella provtagningar med klart angivande av tidpunkt och eventuella föreskrifter (fasta t. ex.).

Vårdbeskedets nästa anhalt blir laboratoriet, där personalen enkelt kan se vilka prover som skall tas. Analysresultaten införs i vårdbeskedet och återgår till mottagningsbiträdena som tillser att det kommer in i patientens journal inför läkarkonsultationen.

### 5.3.23 *Västernorrlands läns landsting*

I Medelpads sjukvårdsdistrikt ser man för sjukhusklinikernas del en ökning av antalet fasta läkartjänster i kombination med en långtidsplanering av verksamheten som botemedel mot bristande kontinuitet, där den förekommer. Inom den psykiatriska vården betjänar man sig också av ett inarbetat team-system, där alla i teamet känner till teamets patienter och där patienterna i första hand fördelas på de olika teammedlemmarna utifrån patientens specifika åkomma.

Från primärvårdshåll har man framhållit betydelsen av att se på kontinui-

**VÅRDBESKED**

**DIAGNOS**

Läkare

Datum

avd/mott.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pat. data | Längd ☐ | Vikt ☐ | Puls ☐ | Blodtryck ☐ / | | |
| Remiss Bl. B2 | HB ☐ | Vita ☐ | Tromb ☐ | Retikul. ☐ | Diff. ☐ | Trombotest ☐ |
| | Normoiest ☐ | Övrigt ☐ | | | | |
| Remiss B3 | SMAC ☐ | Elyt ☐ | Njur ☐ | Lever ☐ | Diur ☐ | S-K ☐ |
| | S-CA ☐ | S-fosf ☐ | S-krea ☐ | S-urat ☐ | S-glukos ☐ | S-kol. ☐ |
| | S-TG ☐ | S-järn ☐ | S-TIBC ☐ | B-SR ☐ | Övrigt ☐ | |
| Remiss-S m. m.* | El-fores ☐ | T4 - T3 ☐ | Övrigt ☐ | | | |
| Fys-lab. | Vilo-EKG ☐ | PEF ☐ | Övrigt ☐ | | | |
| Bakt-lab. | Odling ☐ | Material: | | Reumaf ☐ | ANF ☐ | |
| | Övrigt ☐ | | | | | |
| Urin Kval. | U-ALB ☐ | U-GLU ☐ | Aceto-HC ☐ | U-HB ☐ | Nitrit ☐ | OSM ☐ |
| Kvant. | U-ALB ☐ | U-GLU ☐ | Dygnsm. ☐ | Övrigt ☐ | | |

*Remisstext m. m.

| Provtagning | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Enb. pr.tagn. ☐ | 1 v. ☐ | 2 v. ☐ | 4 v. ☐ | 2 mån ☐ |
| Övrigt ☐ | Vid besök ☐ | | Före besök ☐ | |
| Inbokad | | | | |
| Dr | Tid | | | |

| Besök | | |
|---|---|---|
| 1 v. ☐ | 2 v. ☐ | 3 v. ☐ |
| 1 mån. ☐ | 2 mån. ☐ | 3 mån. ☐ |
| 6 mån. ☐ | ..... mån. ☐ | 1 år ☐ |
| Övrigt ☐ | | |

*Bild 5.4 Vårdbeskedsblankett, Gävleborgs läns landsting.*

tetsproblemet något nyanserat så till vida att det föreligger markanta skillnader mellan glesbygd och storstad. I en glesbygd med ordinarie distriktsläkare och distriktssköterska är problemet nästan obefintligt. Patienten söker sig till dessa båda fackmän. Dessa känner i sin tur ett personligt ansvar för sin befolkning. 80–90 % av problemen slutbehandlas här och resten remitteras till rätt instans direkt.

I storstadsområdet skall patienten själv välja mellan och avgöra om han skall vända sig till vårdcentral, privatläkare, företagshälsovård, sjukhusmottagning, akutmottagning, jourcentraler etc. Den enskilde läkaren känner mera sällan ett totalansvar för patienten. Mera av glesbygdstankarna i primärvården borde kunna appliceras även på tätorterna.

Det framhålls också, att det fria läkarvalet medför att den i medicinska frågor i regel tämligen okunniga patienten själv skall avgöra och bedöma när och var han skall söka hjälp. Detta leder inte sällan till en kedjereaktion enligt följande:

a Oroliga patienter med ofta flera symtom från olika organsystem går samtidigt hos flera doktorer.
b Ofta ges doktor nr 1 inte en chans nr 2 utan patienten söker ytterligare en ny doktor om han ej blir bra efter den tidtabell han själv förväntat sig att besvären skall följa.
c Ingen doktor känner helhetsansvaret. Ingen sammanfattar och avslutar de krångliga polysymtomatiska fallen utan handläggningen sker på flera håll samtidigt i en anda av u.p.a., vilket i sin tur medför:
d Varierande besked. Detta medför ökad rädsla, vilsenhet och osäkerhet hos patienten och hela cirkeln börjar om.
e Patienten blir ofta genom denna frihet att söka olika läkare fångad av sjukvårdsmaskinen. Stora risker finns för över- och undermedicinering, dubbelröntgen etc.

Stora institutioner leder dessutom ofta till en anda av utspätt ansvar, där ingen känner ett totalansvar för patienten.

Som lämpliga åtgärder ses:

- En utbyggd primärvård med tillräckligt antal utbildade allmänläkare i främsta linjen.
- En primärvårdsutbyggnad baserad på mindre enheter med förutsättningar för hela personalen att arbeta i en känsla av personligt ansvar för ett definierat befolkningsunderlag.
- Motbok på läkemedel ger en automatisk styrning mot en och samma doktor.
- En förutsättningslös debatt om det eventuella värdet av det fria läkarvalet.

  Innebär denna frihet i realiteten att patienten får bättre vård eller är effekten den motsatta?

Lokalt inom Medelpad har dessutom följande konkreta åtgärder vidtagits:

a Informationsfolder till allmänheten med presentation av vårdcentralens betjäningsområde, personalbesättning och mottagningsrutiner med bl. a. bild av tjänstgörande personal. Adressregister på resp. vårdcentrals

upptagningsområde som distribueras till hushållen och till samtliga sjukhusmottagningar.

b Från sjukhusets olika mottagningar sänds enligt ovan angivna adressregister, oberoende om remiss förelegat eller inte, epikris till berörd vårdcentral med information om fortsatta kontroller hos hemortsläkaren.

c Från jourcentralen distribueras automatiskt en kopia av jouranteckningen med behandlingsuppgifter till berörd vårdcentral enligt ovan.

d Vid besök på vårdcentralen ges ej direkt återbesökstid utan Lerummodellen tillämpas i modifierad form med skriftlig kallelse till patienten när tjänstgöringsschemat för resp. doktor kan överblickas.

e Patienten får skriftliga provsvar och i svaret kallelse till sin doktor när dennes tjänstgöringsschema kan överblickas.

Inom Härnösands- och Sollefteådistrikten tillämpas på flera håll metoden med kallelsesystem i två steg i kontinuitetssyfte. Dvs. först får patienten en ungefärligt angiven tid för besök, senare fixeras denna då planeringen av läkarnas tjänstgöringar och ledigheter "hunnit i kapp".

Inom Örnsköldsviks sjukvårdsdistrikt tillämpas vid den större läkarstationen (5 ordinarie distriktsläkare + 2 underläkare samt en specialist) sedan år 1971 ett boknings- och vårdplaneringssystem som bl. a. legat till grund för Lerumverksamheten i Älvsborgs län. Arbetsmetoderna är i mycket identiska varför här hänvisas till redogörelsen för Lerummodellen. För Örnsköldsviksverksamheten kan dock nämnas att man vid bl. a. flerläkarstationen betjänar sig av s. k. problemorienterad journalföring. En av målsättningarna med denna journalföring är att förbättra informationsflödet från en läkare till en annan vid läkarbyten. Man anser att man här kunnat minska de rent medicinska nackdelar som uppstår vid ett kontinuitetsavbrott på grund av informationsbortfallet.

Jourverksamheten har också bedrivits på kontinuitetsbefrämjande sätt inom primärvården. Ambitionen har varit att distriktsläkarna själva skall klara jourerna, och utomstående extra jourvikarier har tillgripits endast i nödfall. Vinsterna med detta har bl. a. varit att handläggningsrutinerna blivit mer likformiga och att återföringen till den egna doktorn vid kontroll efter jourbesök blivit säkrare. Jourverksamheten har varit förlagd till en jourcentral vid den största läkarstationen. En relativt hård sortering av jourfallen har skett så till vida att samtliga jourfall tidsbeställts per telefon hos joursköterskan. Frekvensen jourbesök hos läkare har därigenom blivit något lägre än på många andra platser i landet, samtidigt har det dock medfört att patienterna kunnat få bättre kontinuitet under dagtid genom ett minskat jourkompensationsbortfall.

### 5.3.24 *Jämtlands läns landsting*

Vid medicinklinikens mottagning, Östersunds lasarett, har ett två-stegs tidsbeställningssystem tillämpats för att underlätta kontinuiteten. Patienten, som ringer till mottagningen för att beställa tid, erhåller endast uppgift om vilken månad besöken kan väntas ske samt att skriftligt meddelande om exakt dag och tidpunkt kommer till patienten ungefär två veckor före

besöket. Namn och adress registreras av mottagningssköterskan (motsv.) på blankett för "Tidsbeställning, mottagning" vilken därefter sätts in i en i månadsfack indelad pärm för den aktuella läkaren.

Ca två veckor i förväg bokas dag och tidpunkt på en besökslista och meddelande om den bokade tiden sänds ut till patienten. Blanketten har utformats så att registreringen av namn och adress kopieras till sida två i formuläret och har placerats så att det passar i fönsterkuvert för att så långt möjligt nedbringa skrivarbete för mottagningspersonalen.

Vid behov av återbesök noterar läkaren på blankett när detta bör ske och meddelar patienten att skriftlig kallelse kommer. Blanketterna lämnas till mottagningen vid dagens slut och insortering i resp. pärmar kan göras på grundval av de tidsuppgifter som finns angivna på blanketten.

Som fördelar med detta system anges att bortfallet (patienter som inte kommer och inte har lämnat återbud) blir lågt, eftersom den slutliga kallelsen sänds ut så kort tid i förväg, samt att såväl mottagningspersonal som telefonväxel avlastas telefontrafik.

På distriktssidan kan som exempel nämnas att en ny vårdcentral startade i september 1977 i Odensala. Där har man försökt tillgodose kontinuiteten med en annan metod. Vårdcentralens upptagningsområde delas upp mellan de olika allmänläkarna. Eftersom verksamheten också bygger på ett nära samarbete med de sociala myndigheterna har detta lett till att läkarna ingår i vårdlag tillsammans med psykologer, socialassistenter m. fl. Varje läkare får därmed tillsammans med andra personalkategorier det helhetsinriktade vårdansvaret för ett avgränsat antal personer. Dessutom har man på försök placerat en barnläkare vid centralen. Denne skall fungera bl. a. som skolläkare. För kontinuitetens skull praktiseras också den formen av jourmottagning, att varje läkare håller "akuttider" varje dag.

Från november 1977 t. o. m. april 1978 har ett ADB-baserat bokningssystem tillämpats vid vårdcentralerna i Odensala och på Frösön samt på medicinkliniken vid Östersunds lasarett.

### 5.3.25 *Västerbottens läns landsting*

Inom Västerbottens län bedriver sedan 1977 landstinget och Spri ett projekt vid vårdcentralen i Vännäs för att utveckla ett informations- och planeringssystem för Vännäs läkardistrikt. Erfarenheterna från Lerum har utnyttjats och till stor del visat sig vara tillämpliga i utvecklingen av planeringsfunktionen. Jämfört med Lerumprojektet kan bl. a. nämnas, att distriktssköterskornas roll blivit mer markerad i verksamheten i Vännäs. Vid flera kontaktorsaker (problem) är den första åtgärden en kontakt med henne. I en broschyr till allmänheten hänvisas den vårdsökande till att kontakta vårdcentralens patientmottagare eller sin distriktssköterska, och den vårdsökande kan således välja den han känner bäst.

Var och en av läkarna har också akuttider avsatta varje dag så att behovet av kontinuitet kan tillgodoses även i brådskande fall.

Arbetsfördelningen mellan vårdcentral och sjukhus utreds för närvarande. Målet är att komma fram till en mer genomtänkt fördelning med hänsyn till hur kapacitet och speciell kompetens är fördelade. Som en bieffekt räknar

man också med en förbättrad kontinuitet. Vännäscentralen har liksom kollegerna i Lerum tagit på sig ett fullständigt akutansvar under öppethållandetid, vilket medför att inga patienter då hänvisas till den i Umeå befintliga jourcentralen. Därmed bibehålls kontinuiteten i kontakterna till själva vårdcentralen i största möjliga utsträckning även för akuta fall.

Kontinuitetskrav beaktas också inom följande områden:

1) All medicinsk och paramedicinsk personal för sina noteringar om patienten i en och samma journal. Detta gäller även distriktssköterskan. Härigenom får man vid varje bedömning en god helhetsbild över patienten och undviker samtidigt mycket dubbelarbete och även oplanerade åtgärder.
2) Informationsutbytet mellan sluten vård och primärvård systematiseras så att de olika vårdnivåerna får del av medicinsk dokumentation och annan väsentlig information om patienten, var än inom upptagningsområdet vården äger rum.
3) Systemets blanketter ges en sådan utformning att olika underlag, såväl medicinska som administrativa, skall vara lättillgängliga och underlätta samordning mellan de olika vårdnivåerna.

### 5.3.26 *Norrbottens läns landsting*

Inom *Bodens* sjukvårdsdistrikt har under år 1977 vissa enkätundersökningar företagits avseende kontinuitetsåtgärder vid samtliga kliniker och öppenvårdsenheter. Resultaten visade sammanfattningsvis att man vid de flesta kliniker med ett flertal läkare använde något slags patientbokningssystem för att underlätta att patienten fick träffa en och samma läkare. Planeringsperiodernas längd för läkarnas tjänstgöring varierade mellan de olika klinikerna från en till åtta månader. De bäst fungerande rutinerna för patient–läkarkontinuiteten anser man finnas vid barnmedicinska mottagningen, centrallasarettet i Boden. Grundstenen i detta system är en noggrann planering av läkarnas arbetstider, åtaganden och ledigheter som följer av jourkompensation, semester, tjänsteresor m. m. Den andra delen i systemet är utvecklingen av rutiner som i möjligaste mån garanterar patienten att komma till en och samma läkare. I korthet fungerar systemet på följande sätt: Läkarna skall anmäla sitt behov av ledighet till den överläkare som svarar för schemaläggningen senast två månader före planerad ledighet. Schemat omfattar alla typer av aktiviteter som avdelningstjänstgöring, mottagningen i Luleå, tjänstgöring på barnavårdscentral m. m. och självfallet också alla slags ledigheter. När schemat är klart tillställs det bl. a. receptionisten som utgår från detta vid kallandet av patienterna. För att ta hänsyn till plötsligt inträffade förändringar görs alltid ett veckoschema för närmast kommande vecka. När det gäller kontinuiteten vid återbesök har man infört en särskild blankett för att säkerställa den. Om en patient efter en slutenvårdsvistelse bör komma på återbesök till kliniken åligger det den läkare som skriver ut patienten att på en särskild blankett (bild 5.5) notera vissa uppgifter som till vem patienten skall komma – i regel till doktorn själv – vilken månad återbesöket skall ske, hur lång tid besöket beräknas ta (detta anges under rubriken poäng) m. m. Samma blankett ifylls av en läkare vid mottagnings-

Hänvisande läkare .....

Vårdgivarkategori

☐ 1. Läkare ☐ 2. Arb terap ☐ 3. Aud metris Hörselv ass

☐ 4. Logoped ☐ 5. Oftalmol ass/Ortoptist ☐ 6. Psykolog

☐ 7. Sjukgymn ☐ 8. Sjuksköt ☐ 9. Kurator

☐ 10.

Avser:

☐ sjukdom (AFL)

☐ sjukdom grupp A –.

☐ tandvård grupp B –.

☐ åtgärder som ej betingas av sjukdom grupp C –.

Kod nr .....

Ni är välkommen till barnmottagningen den / 19.... kl..... för ny-/återbesök. När Ni kommer till lasarettet, skall Ni först anmäla Er i en kassa i stora entréhallen, ovanför vilken det sitter en skylt med texten "Inbetalning av sjukvårdsersättningar". Det är för den skull lämpligt, att Ni går in i lasarettet genom dess huvudentré. I nämnda kassa skall Ni lämna in *detta papper. Ert försäkringsbesked* samt *patientkortet av plast* ävensom i förekommande fall erlägga viss avgift.

Vid Ert besök skall Ni medföra kvarvarande recept eller medicinburkar, om Ni under senare tid använt mediciner.

Om Ni är förhindrad inställa Er vid ovannämnda tidpunkt, torde Ni ovillkorligen meddela barnmottagningen därom, antingen brevledes eller per telefon 0921/670 00 ankn 157 kl 09.00–12.00, så att annan patient kan beredas plats.

Vänligen
Barnmottagningen
Centrallasarettet
961 00 BODEN
Telefon 0921/670 00 ankn 157, 159

ÅTERBESÖK TILL.....

MÅNAD/ÅR.....

POÄNG .....

PROVER .....

DIAGNOS .....

| | | | Ja | Nej |
|---|---|---|---|---|
| RTG..... | REMISS | DIKT | ☐ | ☐ |
| KONSULT..... | REMISS | DIKT | ☐ | ☐ |
| EEG ..... | REMISS | DIKT | ☐ | ☐ |

LVE-form 3

*Bild 5.5. Besöksblankett, Bodens centrallasarett.*

besök, om det är aktuellt med ytterligare besök. Denna återbesöksblankett placeras i patientjournalen och lämnas av sekreteraren till receptionisten. Receptionisten har en pärm för varje läkare vid kliniken och för in de inkommande återbesökslapparna i resp. läkares pärm, sorterat efter tid.

När receptionisten senare får del av läkartjänstgöringsschemat – ca 6–8 veckor före aktuell månad – kontaktar hon resp. läkare för att efterhöra om det fortfarande är aktuellt att kalla patienterna till återbesök. Vissa besök kan kanske inställas på grund av att patienten under tiden varit intagen i sluten vård eller av andra skäl. För de återbesök som skall ske sänds så kallelse till patienten med angivande av datum, tid m. m. (övre delen av blanketten).

Genom det beskrivna systemet har man hunnit uppnå en nästan fullständig patient-läkarkontinuitet. Undantag är dock om en patient kommer t. ex. akut nattetid, under helger när läkaren är ledig eller på tid då läkaren är upptagen av annat arbete. För vissa patienter med kroniska sjukdomstillstånd som kan kräva flera besök per vecka har man ordnat det så att två läkare har kontakt med samma patient och att således en och samma läkare är "stand-in" för den andre.

För att förbättra kontinuiteten i vården mellan sjukhuset och andra vårdenheter tillämpas också den principen vid remissfall att den inremitterande läkaren får besked om när hans patient kan beräknas få komma till sjukhusmottagningen. För att ytterligare förbättra samarbetet med andra enheter resulterar varje besök på mottagningen i ett meddelande härom till vederbörande distriktsläkare, till barnmottagningen på den ort patienten bor i, till barnavårdscentral eller skolläkare. Från patienthåll har ingen opponerat sig mot ett dylikt förfarande och från barnklinikens sida anser man, att det ökar patientens känsla av gott omhändertagande från vårdgivarnas sida, och det ger dessutom en möjlighet till dialog mellan hemortens läkare och sjukhusspecialisten.

För övriga vårdenheter i länet kan sammanfattningsvis sägas, att därest det finns läkartjänster med ordinarie innehavare synes kontinuitetsproblemet någorlunda hanterligt. Vid flera läkarmottagningar används också vårdplaneringsprinciper av typ Lerummodellen. Andra metoder som rönt framgång är exempelvis en uppdelning av läkardistrikten så till vida att varje läkare har sitt eget distrikt och med en motsvarighet i distriktssköterskedistrikten. Läkare och distriktssköterska kan här utgöra ett litet vårdteam. Dessa principer har tillämpats i bl. a. Jokkmokksområdet.

### 5.3.27 *Sammanfattning*

Redovisningen i avsnitt 5.3 ger en bild av hur man på olika håll i landet sökt bemästra patient–läkarkontinuitetsproblemen vid sjukhusklinikernas mottagningar och vid vårdcentraler/läkarstationer samt i viss mån också samverkansåtgärder mellan dessa båda nivåer och en del allmänna synpunkter på kontinuitetsfrågan.

Av sjukvårdshuvudmännens m. fl.:s framförda synpunkter framgår att det råder en mycket hög samstämmighet vad gäller angelägenheten av att söka åstadkomma en så god patient–läkarkontinuitet som möjligt. Samtidigt har dock från vissa håll framhållits att det också kan vara värdefullt med läkarbyten, inte minst från rent medicinska utgångspunkter, men detta

innebär i och för sig inte att det är mindre angeläget att förbättra den gängse kontinuitetssituationen och i synnerhet då för vissa patientgrupper som kan bedömas vara i större behov av en fastare läkarrelation än andra. Vad som lett till att dagens sjukvård uppvisar betydande brister i kontinuitetshänseende beror således inte på att problemet inte uppmärksammats eller beaktats utan snarare på en rad praktiska omständigheter av vilka en del kunnat påverkas genom olika metoder medan andra måst betraktas som konstanta faktorer. Till den senare kategorin kan räknas den omständigheten att läkarkåren i likhet med andra yrkesgrupper i samhället kommit i åtnjutande av reglerade och successivt förkortade arbetstider. Utbildningssystemet för läkare är också en faktor som utifrån de enskilda vårdenheternas horisont måste ses som en konstant och opåverkbar faktor. Till samma kategori kan också hänföras bristen på läkare vid olika enheter. En förenklad sammanfattning av de kontinuitetshämmande faktorer som angivits i avsnitt 5.3 kan ges följande innehåll:

- Otillräckligt antal läkare, åtminstone vidareutbildade läkare på sluttjänster.
- Läkarnas "ledigheter" (semestrar, kurser, sammanträden, graviditeter m. m.)
- Läkarnas jourtjänst och därmed jourkompensationsledighet.
- Läkare under utbildning (ofta mycket korta tjänstgöringspass på en enhet på grund av den i utbildningssystemet inbyggda rotationstjänstgöringen).

En annan för kontinuiteten negativ omständighet som ofta nämns är för stor andel akutfall jämfört med tidsplanerade besök.

För sjukhusläkarnas vidkommande kan också konstateras

- att läkarna är engagerade även i sluten vård förutom öppenvårdsmottagningarna,
- att en hel del patientbesök sker vid sjukhusmottagning utan att det egentligen anses vara rent medicinskt motiverat, vilket försämrar möjligheterna till kontinuitet för de patienter som verkligen är i behov av sjukhusspecialisten.

De metoder som använts för att minska de negativa effekterna på kontinuiteten av ovanstående faktorer varierar från en klinik till en annan och mellan olika vårdcentraler. Variationen uppträder dock mest i fråga om detaljer i de tillämpade systemen. Om man först ser till sjukhusmottagningarna kan man urskilja några olika grundprinciper för att förbättra kontinuiteten.

*Läkarlag* är en modell som används. Den kan förekomma i olika utformningar som t. ex. att omfatta ett lag bestående av flera specialistkompetenta läkare, där patienten kan påräkna att komma till någon av dem. Metoden har också använts för att hjälpa upp den bristande kontinuiteten till läkare under utbildning. Det innebär att ett par underläkare "knyts" till en överordnad vidareutbildad läkare som då får spela rollen av "kontinuitetsbärare" för patienten när personerna på underläkartjänsterna växlar.

En annan metod med liknande innebörd är *vårdteamstanken.* Vårdteamet består då icke endast av läkare utan också av sjuksköterska, kurator, psykolog t. ex. Kontinuiteten anses då tillfredsställd genom att patienten kommer till

någon i teamet eftersom patienten förmodas ha en åtminstone ytlig kännedom om samtliga ingående medlemmar i teamet. Vårdteamstanken praktiseras framför allt inom den psykiatriska vården.

*Specialmottagningar* för vissa patientgrupper t. ex. diabetespatienter är en annan väg att ge just vissa grupper större möjlighet till kontinuitet. Man kan också beteckna den som subspecialiseringsmetoden. Den förutsätter givetvis ordinarie personal på fasta tjänster för att ge full utdelning i kontinuitetshänseende.

Vid sidan av de hittills nämnda metoderna används en rad olika varianter som alla har två gemensamma grunddrag i en *långtidsplanering av läkarnas tjänstgöring och ledighet* som dessutom *samordnas med patientbokningssystemet*. Om man vill åstadkomma en personkontinuitet mellan en patient och en läkare torde detta vara ofrånkomliga åtgärder. Som framgår av den tidigare redovisningen finns det utrymme för en mängd olika varianter på detaljplanet när det gäller planering av tjänstgöring och patientbokning. Den tidrymd för vilken man finner det meningsfullt att planera varierar t. ex. mellan olika kliniker. Det har sin förklaring bl. a. i läkarantal, vad som kan anses vara "normalt" återbesöksintervall m. m.

För att underlätta samordningen mellan tjänstgöringsschema och patientbokning tillämpas ofta ett *kallelsesystem i två steg*. Om patienten behöver göra ett återbesök som i tiden ligger bortom en punkt till vilken man hunnit planera tjänstgöringarna så erhåller patienten först ett ungefärligt besked – vecka eller månad – och när så schemaläggningen "hunnit i fatt" fixeras tiden och patienten kallas brevledes ett antal veckor före besöksdag. Detta gör att man inte tvingas överblicka alltför lång tidrymd i schemaarbetet, och det har enligt vissa erfarenheter också den fördelen att patienten mera sällan uteblir från sitt besök, något som lätt kan hända om det gått månader sedan besökstiden fastställdes.

Ibland har man funnit det meningsfullt att endast företa en långsiktig planering av de ordinarie läkarnas tjänstgöringar, eftersom det frekventa bytet på underläkartjänsterna allvarligt försvårar planering på sikt och främst avseende AT-läkarna. En metod som praktiserats för läkare under utbildning är att AT-läkarna helt enkelt inte har självständiga mottagningar. För FV-läkarnas del har verksamheten vid bl. a. medicinkliniken, Halmstads lasarett, visat att det medelst en ambitiös planering och prioritering av kontinuiteten finns möjligheter till personbundna mottagningar även på underläkarsidan, genom att låta läkaren behålla tidigare patienter även om han/hon byter avdelning vid kliniken. Så länge underläkaren tjänstgör på en och samma klinik finns således förutsättningar för personbundna mottagningar. Även systemet med läkarlag har som ovan nämnts använts som en metod för att förbättra kontinuiteten för patienter hos underläkare. Läkarlagstanken erbjuder framför allt en viss kontinuitet i samband med växlingar på underläkartjänster.

För att minska den ryckighet i verksamheten som ofta blir en konsekvens av att det är svårt att skaffa vikarier har man på några håll också gått in för en totalplanering av läkartjänsterna, så att även det beräknade vikariebehovet täcks genom fasta tjänster. Om tjänsterna blir besatta blir det dels enklare att planera ledigheter eftersom man kan påräkna att få vikarie, dels skulle det kunna underlätta möjligheten att en och samma person vikarierade på ett och

samma ställe och därmed kunde erbjuda en viss kontinuitet även under semestervikariat o. d.

Från många håll har också framhållits, att kontinuiteten vid sjukhusmottagningarna påverkats negativt av att många besök sker där som egentligen hör hemma i distriktsläkarvården. Till en del beror detta på en otillräckligt utbyggd distriktsläkarvård, varför en ökad satsning på den ses som kontinuitetsfrämjande, dels för att det förbättrar chanserna till kontinuitet för dem som behöver sjukhusresurserna, dels för att en varaktig patient–läkarrelation bättre kan åstadkommas i distriktsläkarvården.

Kontinuitetsproblemen i distriktsläkarvården vid vårdcentraler och läkarstationer präglas i mångt och mycket av samma faktorer som vid sjukhusklinikerna. Många av de metoder som tillämpas för att förbättra situationen är också lika dem som används vid sjukhusklinikerna. Framför allt är det också vid vårdcentralerna fråga om en *bättre planering av läkarnas tjänstgöringar och ledigheter i samordning med patientbokningen.* Distriktsläkarnas verksamhet erbjuder dock olika grader av kontinuitetsproblem beroende på i vilken form verksamheten bedrivs. Vid 1-läkarstationerna råder aldrig någon tvekan om vem som är patientens läkare. Vid 2-läkarmottagningen är det inte heller ovanligt att läkarna arbetar utifrån ett synsätt om "mina" och "dina" patienter. När man når storleken av flerläkarstationer tycks dock ett sådant synsätt ofta upphöra och ett läge inträder ofta där alla läkare synes svara för alla patienter. Vårdenheten blir en samlad kollektiv resurs där det personliga får mindre utrymme. Om det finns fler läkare på en och samma enhet ökar risken för att patienten kommer till olika läkare vid olika besök, så vida inte kontinuiteten särskilt beaktas i vårdarbetets bedrivande och organisation. Den kanske mest utvecklade formen för vårdplanering vid vårdenheter är den som arbetats fram i Lerum. Vårdcentralen har här givits det totala vårdansvaret för sitt betjäningsområde. Lättillgängligheten till vården har blivit ett grundläggande krav man sökt tillfredsställa bl. a. genom den väl utvecklade patientmottagarfunktionen. Som framgått av redogörelsen för den verksamheten inrymmer den också möjligheter till kontinuitet mellan patient och läkare. Lerummodellen eller delar därav har fått en stor spridning över landet. Exempelvis har man ibland praktiserat metoden att låta varje läkare på vårdcentralen ha vissa "luckor" i sitt dagsschema för att kunna bibehålla kontinuiteten även vid akutfall. Prioritering av patienterna i olika brådskeklasser förekommer också för att på så sätt bättre styra patienttillströmningen. Ett kallelsesystem där patienterna först får en ungefärlig tid för återbesök och senare – när tjänstgöringsplaneringen hunnit i kapp – en exakt tid är också ett vanligt system i vårdcentralverksamheten.

På vissa håll har man delat upp distriktsläkarnas betjäningsområde så att det mera entydigt skall framgå till vilken läkare invånarna i första hand hör. Jokkmokksområdet och Huskvarna vårdcentral är exempel härpå liksom också Kungsbacka kommun m. fl. Ibland har denna uppdelning i mindre betjäningsområden också organiserats så att det för varje mindre distrikt finns ett distriktsteam med läkare, distriktssköterska, socialassistent osv. för att bättre kunna ge den helhetsservice i vårdhänseende som en samordning mellan sjukvårdens och socialvårdens resurser kan åstadkomma.

En ofta återkommande synpunkt avseende vårdcentralerna är också att ju större man gör dessa enheter, desto svårare blir det att upprätthålla

kontinuiteten mellan patient och läkare. En anordning med fasta specialistläkartjänster vid centralerna anses av många också leda till försämrad kontinuitet. Ett alternativ härtill är att specialisterna utför sina tjänster som konsulter åt allmänläkarna, eftersom då allmänläkaren kan fortsätta att ha kvar patienten i sin kontinuerliga vård.

Längre öppethållandetider (kvällsöppet) är också en metod i sammanhanget. Man kan därigenom bl. a. undvika att patienten kanske söker sig som akutfall till en sjukhusklinik efter kl. 17.00. Överhuvudtaget medför ett förlängt öppethållande naturligtvis att den icke sjukhusanslutna vården ökar sin service gentemot befolkningen. För jourtjänst kan noteras angelägenheten av att jourläkaren snarast rapporterar jourfallet till patientens ordinarie läkare eller läkarmottagning. En sådan rapportering underlättas om distriktsläkarna själva ombesörjer jouren som i Örnsköldsvik.

En del exempel på hur kontinuiteten i vården eller samarbetet mellan olika vårdnivåer kan förbättras till fromma för patienten förekommer också i rapporterna. Det gäller då samarbetet mellan sjukhuskliniker och vårdcentraler.

Från vissa sjukhusklinikers sida tillämpas den principen att man meddelar även den remitterande läkaren patientens planerade besökstid på sjukhuset. Efter behandling på sjukhuset antingen i sluten eller öppen vård förekommer också att sjukhusläkaren skriver en utförlig epikris m. m. till patientens hemortsläkare eller vårdcentral. Dylika enkla metoder underlättar i mycket hög grad en konsekvent vård och bidrar också till ömesidig förståelse mellan sjukhusen och primärvårdsenheterna.

Andra åtgärder som kan överbrygga gapet mellan primärvård och sjukhusvård och risken för informationsbortfall är integrering som kan ske mellan vårdnivåerna genom att t. ex. en kirurgspecialist som i egenskap av konsult undersökt patienten vid vårdcentral kan se till att patienten i händelse av behov av operation på sjukhus kan opereras av läkaren själv som redan känner till problemen.

En metod som också bör bidra till ett bättre och smidigare samarbete mellan distriktsläkare och sjukhusläkare är att allmänläkarna ibland kan få komma till kliniken för orientering och/eller kortare tjänstgöring inom en specialitet, såsom skett vid öronkliniken, Karlskrona lasarett.

# 6 Redovisning av utländska erfarenheter

## 6.1 Inledning

Som framgått av de i inledningskapitlet refererade direktiven har det ingått i utredningens uppdrag att inhämta erfarenheter från andra länder. För att möjliggöra detta har utredningen företagit studiebesök i Danmark, Norge, Finland och England. Vidare har ett antal frågor via utrikesdepartementet tillställts vissa svenska ambassader för att den vägen erhålla för utredningen relevanta uppgifter. Ambassadrapporterna har i möjligaste mån kompletterats med uppgifter ur andra källor för att få en klarare bild av de förhållanden som utredningen varit primärt intresserad av.

Som inledning till redovisningen av de utländska erfarenheterna bör dock understrykas, att informationskvaliteten har varierat betydligt mellan olika länder. I de fall utredningen har kunnat företa studier på ort och ställe har det av naturliga skäl varit möjligt att få ett bättre underlag än när så icke varit fallet. Rent allmänt finns också all anledning betona, att hälso- och sjukvårdssystemet i ett land är en produkt av landets ekonomiska, politiska, sociala och allmänt historiska utveckling. En rättvisande och genomträngande studie av olika länders hälso- och sjukvård skulle därför kräva studier och analyser på en helt annan ambitionsnivå än vad som varit möjligt för utredningen, inte minst med hänsyn till tidsplanen för arbetet.

Utredningen har av bl. a. dessa skäl måst inskränka sig till att försöka "lyfta ut" de delar av de utländska sjukvårdssystemen som kan anses vara av särskilt värde för utredningens specifika arbete. Detta får dock nödvändigtvis den konsekvensen, att de lämnade redogörelserna blir lösryckta bilder av vissa aspekter, som skulle få en mer rättvisande karaktär, om det hade varit möjligt att öka såväl bredd som djup i studiernas perspektiv.

## 6.2 Hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark

Det totala hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark kan ses uppdelat på två nivåer – primärvården och sjukhusväsendet. Primärvården skall tjäna som befolkningens första kontakt med vårdsystemet. Personalen inom primärvården arbetar vanligen i invånarnas närmiljö och har möjlighet till löpande kontakter med och ett mer personligt ansvarsförhållande gentemot befolkningen. Kontakter med sjukhusväsendet förutsätter som regel ett remissförfarande från de praktiserande läkarna inom primärvården. I enlighet med

dessa principer har också den individ- och familjeorienterade förebyggande vården (vid graviditet, för barn) traditionellt hört hemma inom den primära vården. Gränserna och funktionsskillnaderna mellan primär- och sjukhusväsende är dock ingalunda helt entydiga. Sjukhusen har t. ex. engagerat sig på det profylaktiska området genom verksamheter som t. ex. screeningundersökningar för att förebygga livmodercancer.

Inom den primära vården bedrivs verksamheten dels i enskild privat regi, dels i kommunal och amtskommunal regi.

Inom primärvården finns följande olika verksamheter.

- graviditetshygien, födslohjälp, abort
- barnprofylaktisk vård (spädbarnsvård, förebyggande läkarundersökning av barn, vaccinationer, skolhälsovård och barntandvård)
- hemsjukvård
- allmänläkarvård
- specialistläkarvård.

*Allmänläkarverksamheten*

Allmänläkarnas uppgifter kan sägas vara i huvudsak två:

1. Ta sig an personer som vänder sig till läkaren p. g. a. ohälsa. Allmänläkaren behandlar patienten själv så långt hans förmåga sträcker sig. Anser han sig behöva hjälp hänvisas patienten till specialist med avsikt att specialist- och allmänläkaren tillsammans skall nå fram till korrekt diagnos och lämplig behandling. Om allmänläkarens tekniska resurser inte räcker till kan han repliera på centrallaboratorier, röntgenavdelningar m. m.
2. Utföra profylaktiskt arbete avseende invånarna. Enligt lag och avtal åligger det allmänläkaren att svara för vissa generella och speciella undersökningar och vaccinationer.

För att ytterligare belysa allmänläkarens centrala roll kan också nämnas, att så gott som samtliga patienter (de s. k. grupp 1-försäkrade mer härom nedan) inte kan erhålla fri vård av specialistläkare med mindre att det finns remiss från allmänläkaren, att behandling på sjukhus – med undantag av olycksfall och vissa andra akuta tillfällen – bara kan ske via remiss från läkare i primärvården. Åtminstone hittills har gällt att allmänpraktikern inte ägnat sig åt mer generellt förebyggande vårduppgifter, med undantag av de åligganden som har funnits i lag eller avtal. Orsaken härtill är att söka i försäkringssystemet. Finansieringen av läkarbesöken via sjukförsäkringen har nämligen tagit sikte på att täcka utgifter för behandling av sjukdomar och sjukdomssymtom. Enligt sjukförsäkringslagen föreligger dock inga hinder för att även sjukdomsförebyggande tjänster räknas som ersättningsberättigade. I ett avtal om "allmän laegegerning" som slutits mellan Danmarks allmänpraktiker och sjukförsäkringsmyndigheterna med giltighet från 1 april 1976 finns vissa inslag av detta synsätt.

*Familjeläkarprincipen*

Sedan gammalt bygger det danska allmänläkarsystemet på familjeläkarprincipen. Denna innebär att det skall vara möjligt med en varaktig patient-läkarrelation, där läkaren genom sin kännedom om patienten och hennes omgivning får bättre förutsättningar att bedöma patientens behov av vård och hjälp. Familjeläkarprincipen anses ha medfört, att många onödiga besök hos tillfälliga läkare avstyrts. Den har också bildat grunden för den registreringsordning på vilken sjukförsäkringens ersättningar till läkarna vilar.

För att förstå det danska familjeläkarsystemet måste man känna till vissa bestämmelser inom sjukförsäkringssystemet. Beträffande tillgången till läkare skiljer sjukförsäkringssystemet patienterna i två grupper: grupp 1 och grupp 2. Grupp 1 är den helt dominerande. I april 1976 hörde 87 % av befolkningen till grupp 1 och 12 % till grupp 2. (Det finns ytterligare två grupper som dock saknar numerär betydelse i detta sammanhang.) Hör man till grupp 1 erhåller man kostnadsfritt läkarvård från den allmänläkare man är registrerad hos. Även besök hos specialistläkare sker kostnadsfritt under förutsättning att patienten remitterats dit av sin familjeläkare. Grupp 2-patienter kan välja allmänläkare från gång till gång och kan också besöka specialistläkare fritt utan remiss. I gengäld får patienten i grupp 2 betala för sina besök. Vad de betalar är den del av besökskostnaden som överstiger det belopp som sjukförsäkringen ersätter till läkare för samma besök för en grupp 1-patient. Läkararvodena ligger helt enkelt något högre för grupp 2-patienter. Enkelt uttryckt är det alltså fråga om ett slags differentierad vårdavgift. En grupp 1-patient som "följer reglerna" betalar ingenting för sitt besök. Samma besök för en grupp 2-patient är avgiftsbelagd. Bakgrunden till de olika försäkringsgrupperna är att fram till 1 april 1976 hänfördes en person årligen till någon av de olika grupperna: till grupp 1 om hans inkomst understeg en viss nivå. Översteg inkomsten denna tröskelnivå klassades man automatiskt in i grupp 2. Fr. o. m. nämnda datum är det emellertid så, att en självständigt försäkrad person en gång om året får välja till vilken av grupperna 1 och 2 han vill höra. Intressant nog har denna valmöjlighet lett till att grupp 2 minskade. Man föredrog tydligen den fasta läkarknytningen enligt grupp 1.

Vid sidan om den offentliga sjukförsäkringen existerar också enskilda sjukkassor. Grupp 2-patienter kan t. ex. om de är medlemmar i sådan kassa få tillbaka en del av de besöksavgifter de erlägger hos läkare.

Sjukförsäkringsgrupperna har också betydelse för läkarnas inkomster. Allmänläkarna erhåller nämligen ett grundarvode som baseras på antalet grupp 1-försäkrade hos läkaren. För läkarna i köpenhamnsområdet är detta arvode i princip den enda inkomstkällan. För läkarna på andra håll i landet är detta grundarvode endast hälften av köpenhamnsarvodet men i gengäld har dessa allmänläkare rätt att erhålla betalning per konsultation/åtgärd, vilket ej är fallet i köpenhamnsområdet.

Ytterligare drag som stärker familjeläkarprincipen är t. ex. att om patientens ordinarie läkare skulle vara borta av någon anledning så skall den läkare som patienten i stället kommer till inskränka sig till att vidta de åtgärder som är absolut nödvändiga och i övrigt överlåta behandlingen till patientens vanliga läkare. Det är också väl etablerad praxis att en specialistläkare inte i sin tur överför patienten till andra läkare utan samråd med familjeläkaren och

att patienten förs tillbaka till sin familjeläkare för vidare behandling så snart specialisten gjort vad på honom ankommer.

Samtidigt finns det dock förhållanden som motverkar eller i alla fall till viss del urholkar familjeläkarprincipen:

1. För personer i försäkringsgrupp 2 råder inte någon fast läkarkontakt.
2. I stora delar av landet sker allmänläkarnas arbete åt sjukförsäkringen endast på normal kontorstid. Andra tider täcks läkarservicen av särskilda jourer som till stor del sköts av yngre sjukhusläkare utan daglig kontakt med familjeläkaren. Av sjukförsäkringsstatistik 1974–1975 framgick att 64 % av jourläkarverksamheten sköttes av de praktiserande läkarna och 36 % av utomstående yngre läkare. Fördelningen är dock ojämn över landet. I köpenhamnsområdet sker praktiskt taget all jourverksamhet av yngre läkare.
3. Den allt vanligare formen för de praktiserande läkarna att arbeta genom samarbetspraktik med mer eller mindre gemensam patientkrets.

### *Familjeläkarverksamhetens uppbyggnad utanför köpenhamnsområdet*

De allmänpraktiserande läkarnas verksamhet i Danmark med undantag av köpenhamnsområdet bedrivs som privatverksamhet. I och med en överenskommelse som träffades mellan sjukförsäkringens förhandlingsutskott (i vilket ingår representanter för 6 amtskommuner samt överborgmästaren i Köpenhamn) och de allmänpraktiserande läkarnas organisation i Danmark (PLO) med verkan från 1 april 1976 har den offentliga sektorn fått ökade möjligheter till inflytande och påverkan över praktikerområdet, men det råder inte något anställningsförhållande hos det offentliga för allmänläkarna utanför köpenhamnsområdet. Enligt den nämnda överenskommelsen har den offentliga sektorn fått inflytande på etablerings- och planeringsverksamheten inom praktikersektorn.

Ett särskilt samarbetsutskott inom varje amtskommun indelar kommunen i "praksisområder". Dessa områden klassificeras sedan som stängda eller öppna (för etablering). I princip är områden med mer än 1 200 grupp 1-försäkrade per läkare öppna för ytterligare läkaretablering, medan andra är stängda. Om området klassas som öppet skall det också anges hur många läkare som kan etablera sig där innan det anses stängt. Övertagande av praktik i stängda områden – ersättningsetablering – kan oftast ske. Den nytillträdande läkaren får då köpa praktiken och överta patienterna.

Antalet patienter/försäkrade per läkare är också reglerat i avtalet. En läkarmottagning som har mer än 1 200 grupp 1-försäkrade per läkare kan efter skriftlig hänvändelse till amtskommunen få tillstånd att ej ta emot ytterligare grupp 1-försäkrade. En läkare som av särskilda skäl önskar ett färre antal försäkrade att ta hand om kan hemställa härom hos det nämnda samarbetsutskottet. Oavsett om en läkare uppnått sitt "tak" kan följande grupp 1-försäkrade tillföras läkaren, om han inte direkt undanber sig detta:

1. barn till försäkrade som hör till läkaren vid tidpunkten för barnens självständiga sjukförsäkringsregistrering (16 års ålder)
2. äkta make eller sammanlevande till någon som hör till läkaren
3. försäkrad som övergår från grupp 2 men tidigare vänt sig till läkaren

4. försäkrad som efter temporärt uppehåll på annan ort (studier, värnplikt t. ex.) flyttar tillbaka och som hört till läkaren tidigare.

En läkarmottagning med mer än 1 900 försäkrade per läkare är i princip automatiskt stängd för nytillskott av patienter.

För att försäkra sig om en rimlig läkartäthet på olika håll i landet har man också kommit överens om en s. k. praksisplanläggning. Dessa planer skall också se till att allmänpraktikersektorn utvecklas med hänsynstagande till andra sektorer inom hälso- och sjukvården. I planerna ingår också ställningstaganden till olika former för utövandet av allmänpraktikerverksamheten, så t. ex. att befolkningen garanteras tillgång till fritt läkarval och inte i ett område enbart är hänvisad till att välja mellan olika gruppraktikermottagningar, där det kan vara svårare att upprätthålla familjeläkarprincipen. Den vägledande normen i praksisplanläggningen är ett normtal på 2 000 invånare per läkare. Avvikelser kan dock ske med hänsyn tagen till befolkningens åldersstruktur m. m.

Allmänläkarverksamheten bedrivs i någon av tre former: *enläkarpraktik, gruppraktik* och *"kompagniskabspraksis"*. På senare år har trenden varit att de olika samarbetsformerna ökat i omfattning. Med gruppraktik förstås ett samarbete mellan flera enskilda läkare och/eller kompagniskab med skilda patientkretsar men med samarbete avseende lokaler och personal. Med kompagniskab menas att två eller flera läkare arbetar med gemensam patientkrets, ekonomi, personal och lokaler. I slutet av 1975 fördelade sig verksamheten på de olika formerna enligt tab. 6.1.

Undersökningar bland läkare har visat att framförallt yngre läkare finner någon form av samarbete bäst. De flesta vill dock ha en egen patientkrets. I en analys av fördelar och nackdelar med enläkeri- kontra flerläkeriverksamhet (PLM-udvalget meddelelse nr 4 1973) har man försökt betrakta positiva resp. negativa sidor med de olika formerna sett ur tre olika perspektiv: samhällets, patientens och läkarens. Från samhällsssynpunkt skulle någon form av samarbetspraktik kunna medföra fördelar avseende bl. a. samarbete med övriga personalgrupper inom primärvården, med sjukhusen och också leda till ökad kontinuitet i behandlingen. Fördelarna är dock inte entydiga, eftersom man också räknar med att samarbetet med andra personalkategorier kan vara bättre via en ensamläkare eftersom denne kan förväntas veta mer

**Tabell 6.1 Fördelning på olika typer av läkarmottagningar**

| Läkarmottagningar | Köpenhamn | Utanför Köpenhamn | Summa |
|---|---|---|---|
| Antal läkare i enläkarpraktik | 242 | 874 | 1 116 |
| Antal läkare i gruppraktik | 84 | 252 | 336 |
| Antal läkare i kompagniskab | | 965 | 965 |
| | 326 | 2 091 | 2 417 |

Källa: Prioritering i sundhedsvaesenet. Betaenkning fra Sundhedsprioriteringsudvalget. København 1977

om sin patient och därmed också kan vara av större hjälp för annan vårdpersonal.

Från patientsynpunkt skulle flerläkarmottagningen kunna ge bättre behandlingskontinuitet vid vakanser för någon av läkarna, ökade undersöknings- och behandlingsmöjligheter rent generellt. Den stora fördelen med enläkarmottagningen från patientsynpunkt är den fasta knytningen mellan patient och läkare baserat på fritt val.

För läkarna skulle som fördelar med samarbetspraktik kunna tänkas den fackmedicinska kontakten och ömsesidig psykologisk stöttning, arbetsmässiga fördelar vid någon läkares frånvaro etc. Fördelar med enläkeriet skulle bl. a. vara känslan av personlig frihet och större möjligheter att överhuvudtaget påverka och styra verksamheten. PLM-utskottet avstod från att konsekvent förorda den ena eller andra modellen med hänvisning till att dessa avvägningar mer var att betrakta som en politisk värderingsfråga.

### *Valet av läkare*

Den som är självständigt försäkrad väljer läkare en gång om året. Detta val sker samtidigt med val av sjukförsäkringsgrupp. Om man väljer att registrera sig hos en kompagniskabspraksis kan man bara välja kompagniskabet som sådant, inte enskild läkare där. Den försäkrade har rätt att välja läkare inom en radie av 10 km. från boplatsen. För att garantera valmöjligheten kan dock denna geografiska gräns utsträckas. Det måste alltid finnas minst två alternativ för den försäkrade. Dessutom har man rätt att välja en läkarmottagning med familjeläkarprincipen. Om det således bara finns kompagniskabsmottagningar inom de närmaste 10 km och dessa inte tillämpar arbetsmetoder som garanterar en fast patient-läkarrelation kan man välja en annan typ av mottagning även om den ligger längre bort. Om läkaren av någon anledning skulle flytta sin verksamhet inom ett och samma praksisområde, har hans patienter rätt att bli kvar hos honom om de så vill. Sammanboende väljer normalt samma läkare. Barn som inte är självständigt försäkrade följer föräldrarnas läkartillhörighet. Skulle föräldrarna ha olika läkare följer barnet moderns tillhörighet.

Varje nytillkommen försäkrad skall av kommunens social- och sundhetsförvaltning få upplysning om mellan vilka läkare hon kan välja. Det åligger kommunens socialutskott att tillse, att varje försäkrad person är registrerad hos en läkare. När man valt sjukförsäkringsgrupp och läkare erhålles ett sjukförsäkringsbevis med de relevanta uppgifterna (se bild 6.1).

Eventuella läkarskiften sker per den 1 oktober. Anmälan om önskat läkarbyte skall ske före augusti månads utgång.

### *Läkarnas konsultation och hembesök*

Läkarnas konsultationstider och hembesöksverksamhet är också till stor del avtalsreglerade. Amtskommunen kan t. ex. kräva att en läkare åtminstone en gång i veckan skall ha mottagningstider efter ordinarie arbetstid (kl 16.00), såvida detta inte tillgodoses med tidsbeställda besök efter kl 16.00. Vidare skall en patient vid tidsbeställning till läkaren vanligen få komma till läkaren senast på den femte vardagen efter den dag då kontakten tagits. Vad gäller

## Opbevar Deres sygesikringsbevis omhyggeligt -

det gælder også som rejsesygesikringsbevis, når det underskrives af Dem (se bagsiden).
Kontroller venligst, om Deres sygesikringsbevis er udskrevet med korrekte oplysninger!
Evt. fejl bedes snarest anmeldt til folkeregisteret eller til kommunens social- og sundheds forvaltning (dog undtaget adresseændringer, der allerede er anmeldt til folkeregisteret).

Dette sygesikringsbevis erstatter tidligere udstedt bevis, som hermed bliver ugyldigt og kan tilintetgøres.

Få en brochure om rejsesygesikring i kommunens social- og sundhedsforvaltning, hos SAS, DSB, rejsebureauer og pengeinstitutter og læs de nærmere sikringsbetingelser.

Bøjes før afrivning

DEN OFFENTLIGE SYGESIKRING

# SYGESIKRINGSBEVIS

GYLDIGT INDTIL 30/9 1979

| Personnummer | Sikr.gr. | Gældende fra |
|---|---|---|
| | | |

| Kommune/områdekontor |
|---|
| |

| Navn og adresse |
|---|
| |

| Læge |
|---|
| |

Kommunetryk OS 308 Q1

| Amtskommune nr. |
|---|
| |

| Kommunens tlf.nr. |
|---|
| |

SYGESIKRINGSBEVISET er Deres dokumentation over for kommunens social- og sundhedsforvaltning, andre offentlige myndigheder, læger, tandlæger, hospitaler og apoteker m.v., samt under ferier og rejser.

Sikrings-gruppe **1:** Personer med ret til vederlagsfri lægehjælp hos fast valgt læge.

Sikrings-gruppe **2:** Personer med ret til delvis dækning af lægeudgifter m.v.

| Bemærkninger | Kommunens stempel |
|---|---|
| Udstedt den | Signatur |

*Bild 6.1. Sjukförsäkringsbevis.*

hembesök finns reglerat att läkaren måndag–fredag är förpliktigad att företa hembesök samma dag som patienten ber härom under förutsättning att begäran härom har inkommit till läkaren före kl. 09.00. Konsultationerna på läkarens mottagning kan vara tidsbeställda eller utan tidsbeställning. Vanligt är en kombination av båda principerna. Detta innebär att läkaren har avsatt en bestämd tid inom vilken han vanligen kan träffas för icke tidsbeställda besök på mottagningen. I de fall då antalet patienter utan tidsbeställning är stort kan arbetstiden ofta bli längre än till kl. 16.00.

### *Jourorganisation*

Det kan etableras två olika former av jourtjänst. I den ena formen är det de allmänpraktiserande läkarna själva som deltar och roterar jouren mellan sig. Den andra formen innebär att jourtjänsten sköts av utomstående läkare som inte hör till praktikersektorn. Den senare möjligheten att ordna jouren föreligger främst för de praktiserande läkarna i större bebyggelseområden i och omkring städerna.

Det har pågått och pågår flitiga diskussioner om hur jourtjänsten skall organiseras rent principiellt. Bakgrunden till systemet med att använda "utomstående" läkare i jouren är bl. a. att det under 50- och 60-talen förelåg en viss stagnation i tillgången på allmänläkare. Detta i kombination med en ökande arbetsbelastning ledde naturligt till att jourtjänsten fick skötas av andra än familjeläkarna. Under 70-talet har emellertid antalet allmänpraktiker ökat så pass, att det nu av många betraktas som önskvärt att återföra jourverksamheten till de praktiserande läkarna. En viktig fördel med en sådan uppläggning är att avrapporteringen till jourpatienternas egna familjeläkare underlättas om jourläkarna tjänstgör som praktiker på dagtid inte alltför långt borta från jourpatientens egen familjeläkare. För helt nyetablerade yngre praktiker som ännu inte hunnit få så många registrerade patienter och därmed heller inte så stora inkomster kan jourtjänsten vara en mycket viktig inkomstkälla. I diskussionen om för- resp. nackdelar med enläkar- och flerläkarmottagningar har också till de senares fördel räknats förbättrade möjligheter till kännedom om patienterna även under jourförhållanden.

### *Familjeläkarverksamhet i köpenhamnsområdet*

Allmänläkarverksamheten i köpenhamnsområdet har reglerats i särskild överenskommelse med verkan från den 1 januari 1970.

Den principiellt viktigaste skillnaden mellan köpenhamnsområdet och landet i övrigt i detta hänseende är att det för allmänpraktikerna i köpenhamnsområdet föreligger ett faktiskt anställningsförhållande. Även om de praktiserande läkarna i det övriga Danmark erhåller den allt övervägande delen av sina inkomster via den offentliga sjukförsäkringen så bedriver de sin verksamhet på privatbasis. Så ej i Köpenhamn.

En anställning som allmänpraktiker i köpenhamnsområdet betraktas som en tjänst som helst skall fortsätta livet ut. Man betraktar den alltså som en sluttjänst och varken som genomgångstjänst eller reträttpost.

Organisatoriskt är köpenhamnsområdet indelat i läkar-*storkretsar* som i sin tur fördelas på läkarkretsar. I varje storkrets anställs så många läkare att det

samlade antalet läkare inom storkretsen motsvarar 1 på 1 325 grupp 1-försäkrade.

Valet av läkare är fritt mellan de läkare som finns inom storkretsen. Om möjligt bör dock en läkare få hand om de försäkrade som bor inom den läkarkrets (del av storkretsen) som han har att svara för. Om en nytillkommen försäkrad inte själv anger något speciellt önskemål om läkare tilldelas patienten den läkare som finns bäst till geografiskt. Samlevande makar och hemmavarande barn under 16 år hör normalt till samma läkare. Om befolkningstätheten inom en storkrets skulle genomgå väsentliga förändringar kan justeringar företas i de olika kretsläkarnas områden. Läkarbyte kan ske per den 1 oktober varje år efter framställning härom till kommunen. Detta byte kan dock bara ske om den läkare man vill byta till har färre än 2 200 försäkrade att svara för eller om han ger sitt skriftliga samtycke till att han ändå är beredd att ta emot patienten. En läkare är skyldig att ta emot upp till 1 800 försäkrade. Genom de sjukförsäkrades fria val kan antalet komma upp till ca 2 200. Denna gräns har också betydelse ur ekonomisk synvinkel för läkaren. Läkarna i Köpenhamn avlönas nämligen med ett arvode som är relaterat till antalet hos läkaren registrerade grupp 1-patienter. Därutöver erhåller han 25 % påslag på detta belopp som ersättning för praktikomkostnader. Basarvodet som således beräknas på antalet grupp 1-försäkrade är dock maximerat på så sätt att läkaren inte kan få betalning för mer än 2 200 försäkrade (grupp 1). Accepterar läkaren att ta hand om fler patienter sker detta då utan ersättning, dvs. om det gäller grupp 1-patienter.

Per den 31 december 1976 fanns i Köpenhamn 322 allmänpraktiserande läkare med i genomsnitt 1 510 grupp 1-försäkrade registrerade hos sig.

*Jourtjänsten* i Köpenhamn ombesörjs av "Københavns Laegevagt". För närvarande utgörs denna så gott som helt av läkare som inte har tjänst som allmänpraktiker i Köpenhamn. I enlighet med vad som tidigare sagts om principerna för jourorganisationen inom Danmark som helhet så överväger man också i Köpenhamn att låta de allmänpraktiserande läkarna helt ta över även jourverksamheten. Jourtjänsten i Köpenhamn svarade under budgetåret 1975/76 för i genomsnitt 2,3 besök per dygn och per anställd allmänpraktiker. 17,5 % av jourbesöken skedde under måndag–fredag kl. 8–16, dvs. under ordinarie arbetstid.

### *Specialistläkarna*

De praktiserande specialistläkarnas verksamhet kan ses som ett supplement till allmänpraktikernas verksamhet. Möjligheten att härigenom stärka den öppna vården och undvika onödiga inläggningar i den slutna vården har motiverat att också öppen specialistvård kan ske inom sjukförsäkringens ram. Samtidigt har man velat slå vakt om familjeläkarprincipen, varför det är infört remisstvång mellan allmänläkarna och specialisterna (dock ej för grupp 2-försäkrade).

En grupp 1-försäkrad har rätt till kostnadsfri läkarvård hos specialistläkare om remittering skett från allmänläkare och om specialisten anslutit sig till existerande avtal (mellan det offentliga och läkarna) avseende sin specialitet.

Det råder samtidigt vissa begränsningar i antalet konsultationer hos

specialistläkarna – med undantag av ögon- och öron-, näs- och halsläkare. En hänvisning (remiss) omfattar för de flesta specialiteterna att specialisten inte erhåller ersättning för mer än 6 konsultationer. Om såväl allmän- som specialistläkaren bedömer det nödvändigt kan dock antalet konsultationer undantagsvis utvidgas.

Av ett sammanlagt antal på ca 1 500 specialistläkare 1974 var endast ca 450 verksamma på heltid. Dessa 450 verkade utanför sjukhusen. Resten ca 1 100 är sjukhusläkare som bedriver mottagningspraktik vid sidan om sjukhusarbetet. Detta sammanhänger med att överläkarna vid sjukhusen har rätt att i viss omfattning ha egen praktik på sjukhuset och därvid utnyttja lokaler och personal. Av en enkät som gjordes 1972 framgick att 54 % av överläkarna i Köpenhamn och 68 % av överläkarna i landsorten hade praktikmottagning vid sidan om sin sjukhustjänst. 66 resp. 91 % hade mottagningen på sjukhuset.

Vad beträffar specialistläkarnas anställningsförhållanden m. m. föreligger vissa olikheter beroende på vilken specialitet det gäller och om det avser Köpenhamn eller andra delar av landet.

I Köpenhamns kommun finns två olika former för specialistläkarverksamheten. Den ena avser ögon- samt öron-, näs- och halsläkarna. Dessa är fast anställda läkare på samma sätt som de allmänpraktiserande läkarna. De erhåller sin betalning på basis av visst underlag räknat i grupp 1-försäkrade. Det normala patientunderlaget är för dessa specialister ca 18 500. Den andra formen representeras av läkare inom andra specialiteter som erhåller sina inkomster genom ersättning per konsultation/åtgärd.

Ute i landet råder det vissa skillnader mellan kommunerna vad gäller specialistläkarnas verksamhet. I princip är förhållandena dock så att specialistläkarna arvoderas efter konsultationer/åtgärder. På sina håll förekommer dock att ögonläkare arvoderas på basis av patientunderlag som i Köpenhamn.

Inom föreningen för yngre läkare har man föreslagit en mer flexibel ordning för samarbetet mellan specialister och allmänpraktiker. I dag sker ju detta genom remissförfarande. Men från föreningens sida har man fört fram tanken att det skulle bli möjligt för allmänpraktikern att få rådgivning av specialisten medan patienten fortfarande behandlas hos allmänläkaren. Man skulle också kunna tänka sig en koordinerad undersökning av patienten, där såväl allmänläkare som specialist är samtidigt närvarande. Man föreslog att dessa tjänster skulle kunna ske som konsulttjänster från sjukhusen.

Även för specialistläkarnas del har det offentliga fått visst inflytande över praktiketableringen genom avtal fr. o. m. 1 april 1976. Parterna kan träffa avtal om att det inte skall ske nyetablering i redan väl täckta områden. Man är också enig om att det i största möjliga utsträckning skall ske en utbyggnad i primärvården med heltidsanställda specialistläkare.

### *Problem beträffande samarbetet mellan olika delar i hälso- och sjukvårdssystemet*

Sundhedsprioriteringsudvalget som under år 1977 avlämnat ett betänkande "Prioritering i sundhedsvaesenet" har på grundval av det där framtagna materialet bl. a. identifierat vissa samarbetsproblem inom det danska hälso- och sjukvårdssystemet.

1. Samverkansproblem föreligger mellan å ena sidan de verksamheter som bedrivs av det offentliga – barnmorskor, sundhedsplejersker, hemsjukvårdare – och å andra sidan de praktiserande läkarna. Problemet uppstår genom att de nämnda offentliganställda personalkategorierna verkar inom distriktsområden som inte sammanfaller med de praktiserande läkarnas patientkretsar. Detta leder till att det kan bli en mängd olika personer som skall samarbeta inbördes. En s. k. sundhedsplejerske i Odense kan t. ex. ha patienter som hör till 43 olika läkare. Speciellt angeläget ter sig en bättre samordning när det gäller läkarna och hemsjukvårdarna, eftersom de senare, om ett bra samarbete finns, i väsentlig utsträckning kan avlasta läkarnas hembesök.
2. Samverkan mellan de kommunala socialförvaltningarnas personal (behandlingsgrupper) och de praktiserande läkarna har också vissa problem. Det råder här en viss principiell osäkerhet om huruvida socialförvaltningens personal skall bistås uteslutande av klienternas egna familjeläkare eller om socialpersonalen dessutom skall ha en mer generell läkarhjälp genom särskilda läkarkonsulter.
3. Bättre samordning mellan praktiserande läkare och sjukhusväsendet behövs också. Här efterlyses ett närmare samarbete om patienten både före, under och efter eventuella perioder i sluten vård. De nuvarande problemen tillskrivs ofta bristande kommunikation mellan läkarna i praktikersektorn och kollegerna på sjukhusen. Med centraliseringen av sjukhusverksamheten kan dessa nackdelar öka i omfattning.
4. De praktiserande specialläkarnas verksamhet drogs in under sjukförsäkringens tak bl. a. för att stärka praktikersektorn och undvika onödiga sjukhusinläggningar. Å andra sidan har också sjukhusväsendet "gått ut på fältet" med vissa undersökningar m. m., varför det har uppstått parallella funktioner i detta hänseende. Utvecklingen av de praktiserande specialläkarnas verksamhet måste ses i sammanhang med utvecklingen av sjukhusplanläggningen. Mer flexibla former för specialisthjälp till praktikersektorn i form av konsulttjänster har också föreslagits.
5. Bättre samarbete mellan sjukhusen och den sociala sektorn som svarar för vård och rehabiliteringshem m. m. behövs också. Bl. a. efterlyses här förbättrade informationer från den sociala sektorn till sjukhusen om vilka resurser som finns när patienter är klara för utskrivning t. ex.

### *Vårdpersonalens sammansättning*

För att få en något fylligare bild av det danska hälso- och sjukvårdssystemet kan det vara av intresse att förutom den tidigare lämnade beskrivningen av läkarsystemet också se lite närmare på kategorierna 5, 6 och 7 i tabell 6.2.

*"Sundhedsplejerskerne"* bedriver en verksamhet som närmast liknar den vid de svenska barnavårdscentralerna. De arbetar dock huvudsakligen ambulerande genom besök i hemmen. Före ett barns födsel får den blivande modern erbjudande om kontakt med en sundhedsplejerske. Syftet med denna personalkategoris verksamhet är att i samarbete med läkare och social expertis bl. a. förebygga att sjukdomstillstånd uppstår och att medverka till att misstänkta eller redan manifesterade utvecklingsproblem hos barnet

**Tabell 6.2 Sammanställning över vårdpersonal verksam utanför sjukhusväsendet (exkl. personal hörande till det sociala området) år 1974**

| | Antal heltids-anställda |
|---|---|
| 1. Läkare | 2 740 |
| a) Allmänpraktiker | 2 450 |
| b) Andra (t. ex. skolläkare, företagsläkare) | 290 |
| 2. Specialistläkare | 450 |
| 3. Tandläkare | 3 540 |
| 4. Fysioterapeuter | 1 070 |
| 5. "Sundhedsplejersker" (barnavård) | 1 060 |
| 6. Hemsjuksköterskor | 2 300 |
| 7. "Jordemödrar" (barnmorskor) | 500 |
| 8. Fotterapeuter | 600 |
| 9. Farmaceuter | 1 450 |
| 10. Övriga | 10 400 |

Källa: Prioritering i Sundhedsvæsenet. Betænkning fra Sundhedsprioriteringsudvalget. København 1977.

kommer under rätt behandling så tidigt som möjligt för att därigenom kunna förhindra uppkomsten av långvariga medicinska och sociala problem.

Besöksfrekvensen är rekommenderad till 7–9 besök hos barn under skolåldern eller i övrigt efter behov. För att klara av detta finns riktlinjer som anger att det behövs en sundhedsplejerske per 8 000 invånare under förutsättning att verksamheten enbart gäller barn under skolåldern. I annat fall bör invånarunderlaget ligga på ca 5 000. Sundhedsplejersken är primärkommunalt anställd.

*Hemsjukvårdarna* är också primärkommunalt anställda. Under idealiska förhållanden har hemsjukvårdaren en nära kontakt med den sociala hemhjälpen, med allmänpraktikerna, med sjukhusen m. fl. Som tidigare nämnts finns dock påtagliga samarbetssvårigheter. I en undersökning från 1971 framgår t. ex. att hemsjukvårdare haft kontakt med läkaren om sina patienter i endast 38 % av fallen och med sjukhusen i endast 6 %. Som rimligt patientunderlag har angivits ca 4 000–5 000 invånare i städer och 2 500–3 000 på landsbygd, under förutsättning att hemsjukvårdaren har tillgång till bil.

*Barnmorskorna* bedriver sin verksamhet utifrån särskilda centraler (jfr svenska mödravårdscentraler). En kvinna har under graviditeten rätt till dels ett antal läkarundersökningar, dels undersökningar m. m. hos barnmorskan. Den barnmorska som en kvinna gått hos förutsätts också vara med vid födseln vare sig den sker i hemmet eller på sjukhusklinik. Vid de danska mödravårdscentralerna verkar i regel 6 à 7 barnmorskor. I glest befolkade områden förekommer också att man i stället har 2 à 3 mindre, decentraliserade mödravårdscentraler.

Tidigare arbetade barnmorskorna ofta på privatbasis (som läkarna) men numera är nästan samtliga offentliganställda vid amtskommunerna.

Personalkategori 10 "övriga" i tabellen bör också förklaras. Här ingår nämligen 2 100 läkarsekreterare, sjuksköterskor hos de praktiserande läkarna. Detta är dock den enda sköterskeresurs som finns på fältet med undantag av de ovan nämnda. Någon motsvarighet till de svenska distriktssköterskorna existerar således inte i Danmark. Detta borde rimligen också innebära att man betjänar sig av läkaråtgärder i Danmark för åkommor som skulle kunna skötas av en personalkategori som den svenska distriktssköterskekåren representerar. Det kan vara värt att hålla detta i minnet när man jämför läkartätheten i Danmark och Sverige.

### *Översiktliga synpunkter på danmarksmodellerna*

Det finns många drag inom det danska hälso- och sjukvårdssystemet som är av stort intresse för kontinuitetsfrågan. Främst gäller det naturligtvis den konsekvent omhuldade principen med knytning av den enskilda patienten till viss familjeläkare. Uppdelningen på de två sjukförsäkringsgrupperna gör det också möjligt inte bara att fritt välja en familjeläkare utan också att slippa välja en fast läkarkontakt om man så skulle önska. En hörnsten i systemet är samtidigt ett starkt remisstvång. Fr. o. m. 1 april 1976 finns också bestämmelser som innebär etableringskontroll. Det tycks dock råda enighet om att systemet fungerar bra. Patienterna är nöjda, likaså läkarna och de amtskommunala och primärkommunala myndigheterna. Risken för att möjligheten att årligen byta läkare skulle kunna skapa stora administrativa problem har visat sig obefintlig. Endast ca 1 % av de försäkrade önskar byta läkare.

Sjukförsäkringen finansieras via skatterna på amtskommunal nivå. Från staten erhålles s. k. blocktillskott till sjukförsäkringen. Dessa tillskott baseras bl. a. på åldersstrukturen inom de olika amtskommunerna. Tidigare utgick de i form av procentuella bidrag. Allmänläkarverksamheten svarade för ca 39 % av dessa kostnader, specialistläkarverksamheten för ca 12 %. Köpenhamns och Fredriksbergs kommuner samt Köpenhamns amtskommun avvek från dessa genomsnittliga siffror såtillvida att deras utgifter för allmänläkarverksamheten låg mellan 31 % och 36 % medan utgifterna för specialistläkarna uppgick till mellan 19 % och 21 % av de samlade utgifterna för sjukförsäkringen.

Att familjeläkarsystemet är så pass populärt och såvitt utredningen kunnat förstå relativt oomtvistat beror naturligtvis huvudsakligen på att allmänpraktikerna i Danmark kunnat uppfylla den centrala funktionen som invånarnas fasta replipunkt i det totala vårdsystemet. Det är hos allmänläkaren som all information om patientens sjukdomstillstånd m. m. samlas. Allmänläkaren är helt enkelt "spindeln i vårdnätet" från vilken trådar till andra vårdenheter löper in och ut. Ca 90 % av patienterna diagnostiseras och färdigbehandlas inom den öppna vården (då bl. a. med hjälp av specialistläkarna). För att på ett tillfredsställande sätt kunna fylla denna funktion krävs det i sin tur att patientunderlaget inte är alltför stort. Eftersom de flesta sifferuppgifter som finns att tillgå baserar sig på antalet grupp 1-försäkrade hos läkare – och det är något oklart när man räknar in barn under 16 år – så är det svårt att säga hur många *invånare* som en läkare har i genomsnitt. Ett mått kan dock vara ca 2 000 personer eftersom det är detta tal man använder i sina beräkningar inom den s. k. praksiplanläggningen. För Köpenhamns del torde genomsnittet

snarare ligga på ca 1 800 personer per allmänläkare. Detta är en mycket stark täthet jämfört med svenska förhållanden idag.

Det danska systemet är som framgått inte heller utan problem. Av särskilt intresse är kanske de omständigheter som kan motverka familjeläkarprincipen. Tidigare har nämnts tre faktorer. För det första att inte alla har en familjeläkare, eftersom de som tillhör försäkringsgrupp 2 saknar fast läkaranknytning. Just detta problem bör dock inte upplevas som särskilt betungande, dels därför att man numera själv kan välja grupp, dels att man även som grupp 2-patient naturligtvis kan vända sig till samma läkare som man besökt tidigare om man så önskar. Den andra faktorn skulle vara joursystemet. Som nämnts tidigare strävar man efter att numera söka återföra jourtjänsten till de praktiserande läkarna. Men naturligtvis är chansen liten att en patient vid jourfall råkar få just sin läkare. Denna nackdel är dock ofrånkomlig i alla system som inte innebär 168 timmars arbetsvecka för varje läkare. Det viktigaste torde vara att skapa sådana anordningar och rutiner som garanterar att jourläkaren kan ge den "ordinarie" läkaren besked snabbt om vad som hänt med hans patient, dvs. en effektiv återkoppling från jour till familjeläkare.

Den tredje faktorn, nämligen den alltmer påtagliga trenden för läkarna att organisera sig i kompagniskabspraksis, är ett större hot mot familjeläkarprincipen. Man försöker genom den s. k. praksisregleringen tillse att det inom ett praksisområde inte endast etableras kompagniskabsformer. Men om trenden fortsätter att yngre läkare ser allt fler fördelar med denna verksamhetsform kan det rimligen komma att medföra problem framöver. Man hamnar då i en situation som liknar de flesta svenska flerläkarstationers/vårdcentralers idag.

Som nämnts ovan finns också påtagliga samarbetsproblem mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns redan en viss formell splittring genom att t. ex. de praktiserande läkarnas verksamhet bedrivs som privat företagsamhet (utom i köpenhamnsområdet) medan sjukhusväsendet ligger på amtskommunal nivå och vårdresurser som t. ex. hemsjukvårds- och barnvård är uppgifter för kommunerna. I Köpenhamns kommun förelåg den något märkliga uppdelningen att det fanns en borgmästare som svarade för sjukhusväsendet medan en annan svarade för den öppna vården. Denna delning har dock upphört sedan april 1978. Även på departementsnivå finns en viss funktionssplittring – sett från samlad hälso- och sjukvårdssynpunkt – mellan social- och inrikesdepartementen.

En åsiktsriktning i Danmark hävdar, att såväl social- som hälso- och sjukvården bör integreras helt. Detta skulle skulle då också innebära att praktikerverksamheten upphörde att bedrivas som enskild företagsamhet. Vad det råder allmän enighet om är att det är önskvärt med en bättre samordning mellan sjukhus, praktiker och socialväsende. Samarbetet mellan social- och sjukvårdssektorerna har intresserat inte minst socialmedicinarna. Man menar här att det inte räcker utifrån en helhetssyn på patientproblemen att behandla patienten från enbart sjukvårdssynpunkt. Sjukdomsmönstret har blivit mer komplicerat och mångfasetterat i det moderna samhället. Detta har också betydelse för allmänläkarnas utbildning. De måste kunna angripa både psykiatriska och sociala problem till en viss gräns. När allmänläkarens kunskaper är uttömda måste det vara lika naturligt att han får hjälp av social

expertis som av specialistläkare. Samarbetet mellan de praktiserande läkarna och socialförvaltningarna är enligt vissa socialmedicinska bedömare dåligt i storstäderna men något bättre ute i landsorten. Det finns f. n. också tankar på att knyta socialrådgivare till de praktiserande allmänläkarna, t. ex. 1 rådgivare på 6 à 7 läkare.

Mot bakgrund av samarbets- och integrationsproblemen kan man också se ett förslag från föreningen för de yngre läkarna 1977 som går ut på att skapa särskilda primärteam. Ett sådant team skulle ha 10 000–15 000 invånare som underlag. I teamet skulle ingå en rad olika personalkategorier som t. ex. läkare, sköterskor, socialarbetare, hemsjukvårdare, hemsamariter m. fl.

Det sjukvårdsprioriteringsutskott som under 1977 framlagt ett betänkande har också som en av sina huvudsynpunkter understrukit vikten av att koordinera funktionerna inom hälso- och sjukvårdssektorn till en mer helhetsbetonad bild. Man har också rekommenderat en ökad satsning på de förebyggande insatserna. Någon ändrad uppgiftsfördelning mellan de olika delarna inom sjukvårdssystemet och mellan sjukvården och socialvården har man inte ansett sig ha underlag för att föreslå.

## 6.3 Allmänpraktiker och primärvård i Norge

### *Bakgrund*

Historiskt sett har en distriktsläkarorganisation funnits i Norge sedan 1600-talet och haft sin största betydelse på landsbygden. I städerna utvecklades efter hand ett system med allmänpraktiserande privatläkare som åtog sig den öppna vården. Till detta bidrog att de ekonomiska villkoren för bedrivandet av privatpraktik var gynnsamma i städerna. Vid sidan av sin ordinarie verksamhet kunde också offentligt anställda läkare bedriva privat praktik. Detta gällde för såväl sjukhusläkare som distriktsläkare. I städerna fanns också kommunalanställda läkare med uppgift att ta sig an de medellösas medicinska och sociala problem. Dessa läkare förvandlades med tiden till socialläkare. Motsvarigheten till landsbygdens distriktsläkare kallades i städerna stadsläkare och kom med tiden att få allt fler offentliga uppgifter som t. ex. ordförande i hälsovårdsnämnder och administrativa chefer för läkarna i staden.

År 1956 infördes den allmänna sjukförsäkringen i Norge, vilket innebar att alla medborgare erhöll öppen vård hos såväl distriktsläkare som privatpraktiker till reducerad kostnad. Norska läkarförbundet och riksförsäkringsverket träffade en förhandlingsuppgörelse om normerande taxa som bl. a. innebar, att patienterna endast erlade 20 % av öppenvårdsavgiften vid sina besök. De taxor som fastställdes skulle vidare utgöra en förutsättning för privatpraktiserande läkare att uppnå minst samma lönenivå som en läkare i offentlig tjänst. Härvid skulle också löpande utgifter för lokaler, personal m. m. kunna täckas. En särskild fördel åtnjöt sjukhusläkare som vid sidan av sin offentliga tjänst kunde ha privatpraktik. De kunde nämligen utnyttja sjukhusets lokaler och personal som bas för sin privatpraktik.

Prisstegringar, ökade nyetableringskostnader m. m. har numera drivit tillbaka ökningen inom privatpraktikerområdet (med undantag av sjukhus-

läkare), och avgången från privatpraktikerkåren är nu större än nytillskottet. Medelåldern för privatpraktikerna är dessutom hög. Detta har givit upphov till en intensiv utredningsverksamhet om den öppna vårdens framtid och kommer bland annat att leda till en ny lag om primär hälsotjänst under år 1978. Härtill kommer också, att det norska socialdepartementet är i färd med att utarbeta förslag som syftar till att avskaffa taxesystemet för läkare i öppen vård och i stället ersätta detta med ett fastlönesystem.

Tillgången på läkare anses totalt vara god, men fördelningen på olika arbetsfält anses skev. Sjukhusen har i allt större utsträckning dragit till sig de yngre läkarna, och sjukhusens framtida roll i det norska sjukvårdssystemet har därför börjat granskas mer ingående även mot bakgrund av kostnadsutvecklingen.

Sjukvården i Norge är numera organiserad så att fylkena (motsvarande de svenska länen) ansvarar för driften av sjukhusväsendet, medan primärkommunerna har ansvaret för den öppna vården utanför sjukhusen samt socialvården. Finansieringen av den öppna vården sker genom det statliga försäkringssystemet (trygden) till 50 %, resten via kommunernas budget och patientavgifter.

### *Allmänmedicin och allmänläkare*

Socialdepartementet har bl. a. initierat en utredning om hur en offentligt upplagd allmän medicinsk- och hälsotjänstinriktad öppen vård bör se ut. Härvid har allmänmedicin fastlagts att vara den generella förebyggande och behandlande disciplinen. Allmänmedicinen anses ha en förstalinjefunktion, och läkaren kallas ofta för allmänläkare eller primärvårdsläkare.

Definitionen på *allmänläkare* följer följande riktlinjer:

- Allmänläkaren har ett förstahandsansvar för den befolkning som söker hjälp.
- Allmänläkaren skall främja individens hälsa oavsett sjukdomens art eller patientens status eller situation.
- Allmänläkaren ansvarar för hälso- och sjukvård och kontinuitet i behandlingen både för den enskilde individen och för familjen.
- Allmänläkaren skall på grund av sin utbildning/kunskap stå till samhällets förfogande som hjälp, samordnare m. m. inom alla sektorer av hälso- och sjukvården.

Vad beträffar avgränsning mot specialistvård anser man i Norge att primärvårdsläkaren skall vara den som avgör när en patient bör uppsöka en specialist.

Normeringen av lämplig besöksutveckling per läkare och år har utformats av socialdepartementet. Ambitionen är att höja besökstalet per invånare och år från nuvarande 2,5 till 3,75 år 1981. I detta tal inräknas hembesök.

Vidare anser departementet att 18–22 besök per läkare och dag är rimligt under 220 dagar om året. Det blir 3 960–4 840 besök/år. En genomsnittlig patientkontakt per besökstillfälle anses vara 20 minuter.

Följande arbetsområden inom hälsotjänsten bör tillkomma primärvårdsläkaren enligt förslag:

- Konsultationer och sjukbesök
- Hembesök
- Beredskap på icke ordinarie arbetstid
- Hälsostationsarbete för barn
- Skolläkaruppgifter
- Sjukhemstillsyn
- Företagsläkaruppgifter
- Hälsokontroller som inte täcks av ovanstående uppgifter (husmödrar, pensionärer t. ex. )
- Hälsovårdsnämndsuppgifter.

Lämplig distriktsstorlek som bas för primärvården anges till 10 000–15 000 invånare.

Nuvarande läkartäthet i öppen vård är ca 1 läkare på 3 000 invånare. Med utbyggd verksamhet enligt ovan nämnda ambitionsnivå anses 1 500–2 000 invånare vara önskvärt, men svårt att uppnå på kort sikt och med nuvarande utbildningstakt. Merparten allmänpraktiserande läkare är dessutom privatpraktiserande. Av ca 1 600 fullt yrkesverksamma allmänläkare är 1 000 privatpraktiker medan resten är distriktsläkare eller motsvarande.

En översikt över antal invånare per allmänpraktiker inkl. läkare under utbildning i distrikt i de skilda länen den 20 januari 1976 gav följande resultat:

| | |
|---|---|
| Østfold | 2 360 |
| Akershus | 2 630 |
| Oslo | 2 480 |
| Hedmark | 1 910 |
| Oppland | 1 870 |
| Buskerud | 1 970 |
| Vestfold | 2 250 |
| Telemark | 1 940 |
| Aust-Agder | 1 960 |
| Vest-Agder | 1 910 |
| Rogaland | 2 590 |
| Nordland + Bergen | 2 700 |
| Sogn og Fjordane | 2 100 |
| Møre og Romsdal | 2 110 |
| Sør-Trøndelag | 3 060 |
| Nord-Trøndelag | 1 980 |
| Nordland | 2 120 |
| Troms | 2 250 |
| Finnmark | 1 650 |
| Totalt för hela landet | 2 256 |

Bilden har förändrat sig något senare, med en väsentlig försämring i de nordligaste länen. Det anses också att tillgången på läkare i storstäderna måste förbättras. Inom Oslo är dessutom skillnaden i läkartäthet stor. Vissa innerstadsdistrikt har 1 läkare på 1 200 inv. medan nybyggda områden har 1 läkare på 6 000 inv.

*Storstadsproblem – Oslo*

En sammanfattning över läkarsituationen i Oslo från december 1977 visade följande:

- 1976 fanns 143 privata allmänpraktiker vid enläkarmottagningar. 54 % av dessa läkare var över 60 år.
- Därutöver fanns 24 privatpraktiserande allmänläkare i gruppraktik.
- Alla allmänpraktiker ägnade sig inte enbart åt diagnostisk/terapeutisk verksamhet. Å andra sidan fullgjorde en del privatpraktiserande specialister allmänläkarfunktioner för sina patienter. Med hänsyn härtill var resursutbudet av allmänläkar*vård* på privat basis jämförbart med 145 heltidstjänster i Oslo, vilket motsvarade 1 tjänst på 3 100 invånare (totalt ca 460 000 invånare).
- Under en period av fem år hade inrättats 33 allmänläkartjänster i kommunal regi, och ytterligare 15 beräknades tillkomma under år 1978.

Privatpraktiker rekryteras, som nämnts, i allt mindre omfattning. Sannolikt beror detta på det rådande taxesystemet samt kraftigt ökade utrustnings- och lokalkostnader. För Oslos del har man bestämt sig för följande färdriktning:

- Närhet/kontinuitet mellan patient och läkare skall prioriteras.
- Oslo har indelats i 150 läkardistrikt motsvarande 1 allmänläkare på 3 000 invånare.
- Primärvårdsområden på 10 000–15 000 invånare anses lämpligt.
- Primärvården baserar sig på ett basteam med läkare, hälsosyster och socialarbetare.
- Hälso- och socialcentra byggs ut.
- Intensifierad rekrytering av distriktsläkare.

För övrigt har lagts fast en av läkarna vedertagen uppdelning av deras arbetstid med:

60 % för diagnostik/terapi
20 % för förebyggande hälsovård
20 % för socialmedicinsk verksamhet.

Det förebyggande arbetet består av arbetet vid hälsostationerna och skolläkarbefattningar. Det socialmedicinska arbetet består av konsultativ verksamhet gentemot socialkontoret samt läkartillsyn av sjuk- och ålderdomshem.

Arbetstiden för läkarna och deras medarbetare är nu 5 dagar per vecka kl. 08.00–15.35. Vissa centraler har dock öppet till kl. 18.00 resp. kl. 20.00 en eller flera dagar i veckan.

Sjukbesök av akut karaktär utförs under kontorstid och utrymme för dessa besök reserveras genom särskilda "luckor" i dagsprogrammet. Efter kontorstid kan läkaren åta sig sjukbesök eller andra uppgifter enligt egen önskan.

I Oslo har prövats ett intensifierat samarbete mellan socialvård och hälsotjänst fr. o. m. 1970. Man har nu en ganska lång erfarenhet av detta och har kunnat konstatera vissa problem:

- Man inbjöd till samarbete men lärde inte först ut tekniken för hur det skulle gå till.
- Olika utbildning hos personalen skapade kommunikationssvårigheter.

*Läkarvakten i Oslo*

Frågan om hur en jourtjänst skall ordnas inom primärvårdens ram har varit föremål för många diskussioner i Norge. Man anser det allmänt önskvärt att åstadkomma "vakttjänster" inom olika geografiska områden. Det föreligger dock stora variationer vad beträffar förverkligandet av dessa tankar. I storstäderna har man ofta infört s. k. läkarvaktsordningar som till övervägande del ombesörjs av läkare som är sjukhusläkare i sin "ordinarie" verksamhet eller forskare. Detta har blivit en konsekvens av bristande antal allmänläkare i vårdverksamheten utanför sjukhusen. Allmänläkarnas arbete har ofta varit så pass krävande utan direkta jourtjänstgöringar att en ytterligare ökning av arbetsbördan genom jourtjänst sökt undvikas genom att i stället låta "utomstående" läkare ta hand om denna verksamhet.

Ett exempel på en sådan särskilt ordnad akutverksamhet är den kommunala "legevakten" i Oslo belägen vid Ullevåls sjukhus. Den har verkat under 75 års tid och var ursprungligen avsedd att ge en förstahjälp till akut skadade och i viss mån även insjuknade patienter. Med tiden har det dock blivit så att man tar emot och även färdigbehandlar alla som söker sig dit och som kan behandlas i öppen vård. Även inläggningar i sluten vård av akutfall sker genom läkarvakten, eftersom sjukhuspoliklinikerna i Oslo saknar akutmottagningar. De tar bara emot tidsbeställda besök och patienter för efterkontroll. Oslos kommunala läkarvakt är öppen dygnet runt och förmedlar också hembesök av läkare samt ambulanstransporter. Eftersom hembesöken till sin största utsträckning sker via yngre sjukhusläkare och läkare vid forskningsinstitutioner – som tar detta som extraarbete – fungerar hembesöksverksamheten officiellt endast mellan kl. 15.00 och 08.00. Vanligtvis finns ca 10 läkare på vakt för hembesök fram till midnatt.

Ett av problemen med läkarvakten har blivit det faktum att de läkare som är fast anställda vid vakten alla är specialister i kirurgi eller ortopedisk kirurgi, eftersom målet ursprungligen var att i första hand ta hand om skadefall. Detta i kombination med att allt fler patienter inte är skadefall har dock förorsakat problem. Ungefär 30 % av de hjälpsökande söker i dag läkarvakten för andra åkommor än skador. Tillgång till invärtesmedicinare finns i samma byggnad, men de flesta patienter blir trots allt undersökta av kirurger eller läkare under utbildning. För att förbättra detta avses att bemanna en "medicinsk läkarvakt" via den närbelägna internmedicinska avdelningen.

Andra problem i verksamheten anser man vara, att det är praktiskt taget omöjligt att få någon patient-läkarkontinuitet för den händelse det blir aktuellt med återbesök. Med fyra tjänstgöringsskift om dygnet och 20-talet läkare under utbildning har detta framstått som ett olösligt problem.

Vad beträffar hembesöksverksamheten har också understrukits, att den läkare som besöker patienten med stor sannolikhet träffar patienten för första och enda gången och således inte har en möjlighet att veta något om personen i fråga. Skulle det t. ex. krävas ett uppföljande läkarbesök dagen efter hembesöket kan samme läkare i regel inte påta sig detta. Samtidigt som denna

hembesöksverksamhet ger befolkningen möjlighet att verkligen få hem en läkare relativt snabbt ser man den ändå som en nödlösning som tvingats fram på grund av ett bristande antal allmänpraktiker i Oslo.

### *Rekrytering av läkare, lönefrågor m. m.*

Rekryteringen till primärvården genomgår f. n. påtagliga förbättringar. Det finns ofta 10–15 sökande till varje läkartjänst. De flesta sökande är i dag invärtesmedicinska specialister. Privatläkarkåren minskar däremot – som tidigare nämnts – i antal. Det norska läkarförbundet har också markerat sitt intresse för en utbyggnad av den offentliga öppenvården.

I syfte att öka och bibehålla primärvårdsläkarnas medicinska "anseende" skall dessa erhålla fortbildning/efterutbildning. Detta avses ske under ledighet med full lön.

Läkarna inom den öppna vården avlönas enligt två system, hälsovårdsarbete betalas per timme medan utredning och behandlingsåtgärder betalas per åtgärd enligt ett taxesystem. Detta innebär, att ju fler uppgifter en läkare är villig att påta sig, desto mer kan han förtjäna. Det norska läkarförbundet anser t. ex. att om man vill ha en snabbare genomförandetakt av vissa åtgärder så kan detta uppnås genom att taxan för de prioriterade behandlingsinslagen höjs.

Kommunerna förhandlar med läkarförbundet också om privatläkarnas ekonomiska situation. Mot bakgrund av den vikande rekryteringen till privatpraktikerkåren förs nu förhandlingar om etablering och taxor. Man försöker också stimulera privatpraktikerna genom att de erbjuds efterutbildning betald av kommunen, hjälp med etableringskostnader, möjligheter att utnyttja gemensam vikariepool med kommunen m. m. Samtidigt pågår också förhandlingar om ett helt nytt lönesystem för allmänpraktiserande läkare. I detta sammanhang diskuteras bl. a. införande av ett slags totallönesystem, där den fixerade lönen skulle utgöra ersättning för en mängd aktiviteter som betalning för dagtjänst, jourtjänst (inklusive nattjänst), fredag-söndagtjänst. Detta skulle kräva ett nära samarbete mellan läkarna så att de olika aktiviteterna delades upp på minst två läkare men förmodligen oftast 3–5 läkare inom en hälsocentral.

I framtidsperspektiv kan också nämnas, att man i Norge räknar med ett differentierat öppethållande vid hälsocentralerna. Omkring år 2000 tänker man sig för Oslos del att en fjärdedel av verksamheten skall ha öppet fram till kl. 15.30 på dagarna, hälften av verksamheten bör ha öppet till kl. 20.00 och en fjärdedel till kl. 24.00.

Vad gäller avgränsningen till företagshälsovården kan konstateras, att såväl kommun som företag är intresserade av att företagshälsovården går över till primärvårdsläkarna. Härvid har uppmärksammats frågan om inte allmänläkarna borde utbildas i t. ex. yrkeshygien.

### *Primärvård*

Den norska öppenvården utanför sjukhus har till stor del byggt på de enskilda allmänpraktikernas insatser, oftast vid enläkarmottagningar. Trenden under senare år har dock varit att försöka åstadkomma ett mer samlat grepp över

primärvården. Det är mot denna bakgrund man bör se den kommande nya öppenvårdslagen i vars förarbeten det har föreslagits att ett basteam skall vara hörnstenen i primärvården. Teamet skall bestå av allmänläkare, hälsosyster och socialarbetare. Vidare fastslås att primärtjänsten skall vara basen i hela sjukvårdssystemet medan institutionsvården skall fungera som service åt öppenvården utanför sjukhus.

Primärhälsotjänsten avses att till större delen vara förlagd till social- och hälsocentraler, dit de nya distriktsläkartjänsterna numera förläggs tillsammans med tjänster för de övriga medlemmarna i teamet.

Hälsostationerna drivs av en eller flera kommuner gemensamt. Den dagliga driften av hälsostationerna kan via avtal också överlåtas på en privat hälsoorganisation. Vidare kan en hälsostation stå för vissa specifika uppgifter som centraliseras dit för kommunens samtliga hälsocentraler.

Enligt en lag om hälsocentraler och hälsovårdsarbete från 1972 skall den administrative ledaren för en hälsostation vara en hälsosyster eller läkare, såvida läkaren är heltidsanställd vid hälsostationen. Den medicinska ledningen skall dock alltid åvila en läkare. Hälsosystern skall också delta i undervisning och praktisk upplärning av personal av skilda kategorier.

Med hänsyn till att företagshälsovården och verksamheten vid hälsocentralerna ofta är angränsande pågår för närvarande förhandlingar om att i Oslo anordna hälsocentraler vid företag. Invånare bosatta i närheten av företaget inbjuds då att söka sin hälso- och sjukvård på denna central, där även sociala tjänster skall tillhandahållas.

Ändamålet för verksamheten vid hälsostationerna anges enligt följande generella riktlinjer:

- Förebygga medfödda och uppkomna sjukdomar och skador samt främja barns fysiska och psykiska hälsa.
- Utföra hälsokontroller av gravida kvinnor.
- Förbereda gravida för födsel.
- Efterkontroller av kvinnor som fött barn.
- Vägledning i familjeplanering.
- Genetisk rådgivning.
- Mentalhygienisk verksamhet.
- Förebygga eller tidigdiagnostisera sjukdomar bland vuxna.
- Förebygga onödig sjukdom och funktionshämning bland äldre.

Vid planering och utformning av hälsovårdande uppgifter skall samarbete ske mellan bl. a. företrädare för skolmyndigheter och socialvård.

Efter år 1974 har utvecklingen mot gemensamma centraler för allmänläkare, hälsotjänst och socialvård blivit alltmer vanlig, och den nya öppenvårdslagen som nu utarbetas kommer att fastslå att hälso- och sjukvård och socialvårdsuppgifter bör sammanföras till något man redan nu kallar primärhälsotjänst.

Allmänpraktiserande läkares förening har nyligen uttalat att allmänpraktikern bör vara i ett nära samarbete med andra kategorier hälsoarbetare, såsom:

- hälsosystrar
- hemsjuksköterskor

- barnmorskor
- sjukgymnaster etc.

Detta är viktigt för att läkaren skall kunna koordinera hälsoarbetet.

*Hälsosystrar*

Hälsosystern är en examinerad sjuksköterska med ca ett års vidareutbildning och med speciell inriktning på förebyggande vård och hälsovård. Hennes verksamhet är förlagd till hälsostationer alternativt hälsocenter. En omfattande uppsökande verksamhet bedrivs i hemmen, daghem, skolor etc. Varje hälsosyster har i dag ca 3 000 invånare i ett visst geografiskt distrikt att ansvara för enligt givna riktlinjer. Hälsodirektoratet inom socialdepartementet utarbetar riktlinjerna och utövar kontroll av verksamheten. Innehållet i verksamheten sammanfaller t. v. med beskrivningen av hälsostationsarbetet på sid. 163.

Den nya öppenvårdslagen kommer bl. a. att beskriva hur man inom öppenvården skall sammanföra uppgifter för diagnostik/terapi i hälsovård och socialmedicin. Därvid kommer även hälsosystrarnas arbetsuppgifter att påverkas. Observeras bör att hälsosystern inte bedriver sjukvård i samma bemärkelse som den svenska distriktssköterskan. För dessa uppgifter finns särskilda sjuksköterskor vid hälsocentraler och för hemsjukvård.

*Aktuellt utvecklingsarbete*

På fylkesnivå är man i färd med att utreda hur beslut om den öppna vården skall decentraliseras t. ex. vad avser budgetfrågor, utbildning. Detta anses vara viktigt för att öka kunskapen om den egna arbetssituationen. Vidare finns planer på att via försöksverksamhet ta reda på vilka utbildningsförändringar som krävs för att överta vissa läkaruppgifter, typ remisskrivning och förskrivning av vissa läkemedel. Härvid kommer erfarenheter från USA med s. k. "nurse practitioners" att studeras. I Oslo skall också försöksverksamhet inledas med sjuksköterskebefattningar som till 50 % förläggs till hälsocentraler och till 50 % i hemsjukvård.

Vidare skall utredas om det vid sidan av allmänpraktiker skall finnas specialläkare i öppen vård. Alternativet är annars att allmänläkare höjer sin egen kompetens i takt med utvecklingen. Det enda område där specialister med säkerhet kommer att finnas utanför sjukhus är psykiatri.

## 6.4 Den öppna hälso- och sjukvården i Finland

Den organisatoriska uppbyggnaden av den finska hälso- och sjukvården är f. n. inne i ett skede som präglas av en viss omstrukturering. Något förenklat kan denna omstrukturering sägas innebära en ökad satsning på den öppna vården och i synnerhet den del därav som tillhandahålls utanför sjukhusen. Samtidigt beaktas också särskilt hur behoven för patienter inom långtidssjukvården skall tillgodoses. Dessa strävanden och prioriteringar går till stor del tillbaka på den folkhälsolag som trädde i kraft år 1972. De tidigare lagar eller

förordningar som reglerat hälso- och sjukvårdsverksamheten var huvudsakligen inriktade på att fastlägga uppgifter för de olika personalkategorierna. Detta var förhållandet särskilt beträffande den öppna vården. Konsekvenserna härav blev att de reglerande bestämmelserna var splittrade och att ett mer övergripande perspektiv försvårades. Folkhälsolagen fick därför karaktären av en ramlag som mera såg till hur olika funktioner inom hälso- och sjukvården skulle kunna tillgodoses. I folkhälsolagen fastslås bl. a. så pass övergripande mål som att hälso- och sjukvården skall genomgå en ändamålsenlig utveckling med hänsyn till befolkningens behov samt att alla skall ha lika rätt till hälsovården, varmed förstås såväl *hälso-* som *sjuk*vård.

Planeringen av hälso- och sjukvårdsverksamheten stramades också upp genom folkhälsolagen. Man införde en rullande femårsplanering som revideras varje år och där planerna, som är riksomfattande och gäller såväl folkhälsoarbetet som sjukvårdsanstalternas verksamhet, fastställs av vederbörande statsråd. Dessa riksomfattande planer underställs statsrådet av medicinalstyrelsen och är relativt allmänt hållna. Det åligger sedan medicinalstyrelsen att meddela kommuner, kommunalförbund och länsstyrelser allmänna anvisningar med ledning av de fastställda planerna. Den mer konkreta verksamhetsplaneringen sker av huvudmännen för hälso- och sjukvården, vilka är kommuner och/eller kommunalförbund (sammanslutning av flera kommuner för exempelvis bedrivande av vård vid centralsjukhus). Kommunernas och kommunalförbundens verksamhetsplaner skall godkännas av medicinalstyrelsen som vid denna bedömning också har att ta hänsyn till länsstyrelsens synpunkter. Länsstyrelserna har nämligen att yttra sig över dessa planer innan de fastställs av medicinalstyrelsen.

Folkhälsolagens ikraftträdande år 1972 och den förändring i planeringsprocesserna som detta medförde har fått till följd att man från centralt håll (medicinalstyrelse och ministerium) fått goda möjligheter att styra utvecklingen i den riktning man där önskar.

### *Huvudmannaskapsförhållanden m. m.*

Huvudmannaskapsförhållandena inom hälso- och sjukvårdssektorn i Finland skiljer sig från de svenska i olika avseenden. Någon direkt motsvarighet till de svenska landstingen finns inte i Finland. Man kan i stället urskilja tre olika kommunala huvudmannaskapsnivåer på detta område i Finland:

- Kommunalförbund (för centralsjukhus och övriga specialsjukhus).
- Kommunalförbund (för hälsocentraler).
- Enskilda kommuner (exempelvis för socialväsendet och även hälsovårdscentraler och vissa sjukhus).

Dessutom finns sjukhus under statlig och privat huvudman.

Orsaken till bildandet av kommunalförbund i vissa fall är helt naturligt att de i förbundet deltagande kommunerna inte var och en för sig ekonomiskt skulle klara av det aktuella åtagandet eller att underlaget för verksamheten (t. ex. ett centralsjukhus) även i övrigt bör vara större än en enskild kommun. Ca hälften av de hälsovårdscentraler som finns i Finland bygger på en enskild kommun, medan resten drivs av mindre kommunalförbund.

Det organ som inom en kommun ansvarar för hälso- och sjukvården är *hälsovårdsnämnden* – ett företroendemannaorgan. Eftersom motsvarande benämning finns även i Sverige bör klargöras att den finska hälsovårdsnämnden har ett betydligt vidare ansvarsområde än den svenska. I likhet med i Sverige har hälsovårdsnämnden angelägna uppgifter inom omgivningshygien och livsmedelskontroll m. m., men dessutom svarar den i princip för all preventiv hälsovårdsverksamhet och sjukvård utanför sjukhus samt för sådana sjukhus som inte är av den omfattningen eller specialiseringsgraden att de lyder under kommunalförbund. Helsingfors stad har f. n. en något avvikande organisation så till vida att det finns en särskild politisk nämnd för de kommunala sjukhusen. Fr. o. m. år 1979 upphör dock detta, och de kommunala sjukhusen i Helsingfors kommer att höra under hälsovårdsnämnden.

Som ovan nämnts har också *länsstyrelserna* en viktig funktion dels genom att biträda och vägleda kommunerna och kommunalförbunden i deras verksamhetsplanering inom ramen för folkhälsolagen, dels genom att yttra sig över dessa planer innan de fastställs av medicinalstyrelsen.

*Medicinalstyrelsen* har genom sin rätt att fastställa kommunernas verksamhetsplaner ett mycket starkt inflytande på hälso- och sjukvårdsverksamheten. Detta inflytande stärks ytterligare av statsbidragsbestämmelserna, vilka bl. a. innebär att kommuner och kommunalförbund får generösa bidrag till driftkostnaderna via medicinalstyrelsen. Statsbidrag utgår t. ex. för att täcka del av kostnaderna för vissa tjänster inom hälso- och sjukvården. Om en kommun inrättar en tjänst som medicinalstyrelsen inte anser så angelägen utgår heller inget statsbidrag. Bidragens betydelse förstås tydligare om man betänker att de finska hälsovårdscentralernas kostnader år 1976 var ca 1 620 milj. mk, varav driftkostnaderna uppgick till ca 1 465 milj. mk. Statsandelen till centralernas driftkostnader uppgick till 722 milj. mk, dvs. 49 %.

### *Den öppna hälso- och sjukvården*

Öppen hälso- och sjukvård ges i Finland vid sjukhusens polikliniker, inom hälsovårdscentralverksamheten samt av privatpraktiserande vårdgivare.

Om man ser till läkarvårdens fördelning mellan de olika nivåerna gällde siffrorna enligt tabell 6.3 för år 1977.

Inom sjukhusnivån finns olika specialiseringsgrader från universitetssjukhusen som omfattar samtliga specialiteter via centralsjukhus, distriktssjukhus och specialistläkarledda lokalsjukhus till allmänläkarledda sjukhus.

**Tabell 6.3 Läkarbesökens fördelning på olika mottagningar år 1977. Procent**

| Läkarmottagning | Helsingfors | Hela landet |
|---|---|---|
| Hälsovårdscentral | 30 | 50 |
| Sjukhuspoliklinik | 29,5 | 23 |
| Privatläkare | 40,5 | 27 |

Källa: Uppgifter erhållna vid utredningens besök.

Den kanske viktigaste byggstenen inom öppenvården är *hälsovårdscentralerna*. Benämningen hälsovårdscentral står inte för en enskild fysisk byggnadskropp som den svenska vårdcentralen, utan är snarare ett begrepp som innefattar vissa funktioner vilka i och för sig kan vara decentraliserade till olika enheter som exempelvis hälsostationer. Vid utgången av år 1976 fanns det 218 centraler verksamma. Befolkningsunderlaget för en hälsovårdscentral är på landsbygden 10 000–15 000 invånare, medan centralerna i tätort ofta är av betydligt större omfattning. De uppgifter som handhas inom ramen för centralernas verksamhet kan delas upp i *hälsovård* och *sjukvård*.

## I *Hälsovårdsuppgifter*

A) *Mödravård*. Denna service tillhandahålls vid mödrarådgivningsbyråer och omfattar ett flertal besök under graviditeten samt efterkontroll av läkare efter nedkomsten.

B) *Barnarådgivning*. Vid två veckors ålder "övergår" barnet från mödravården till barnarådgivningen. Syftet med denna är att utan avbrott fortsätta den rådgivning och vägledning till föräldrarna som inletts under havandeskapet.

C) *Skolhälsovården*. Enligt folkhälsolagen inbegriper skolhälsovården mellanskolorna, grundskolorna, gymnasierna och de allmänna yrkesskolorna vilka är belägna inom hälsovårdscentralens geografiska ansvarsområde (kommunen eller liknande). Till skolhälsovården hör såväl övervakningen av skolornas hygieniska förhållanden som undersökningar av elevernas hälsotillstånd. För fullgörandet av dessa uppgifter skall alla vid hälsovårdscentralen lämpliga och erforderliga personalkategorier kunna användas.

D) *Hälsovård för personer i arbetsför ålder*. Denna verksamhet avser hälsokontrollen av 15–64-åringar. År 1976 utfördes inalles 740 000 sådana kontroller av läkare och s. k. hälsovårdare.

E) *Företagshälsovård*. Kommuner och kommunalförbund kan ingå avtal med arbetsgivare om att tillhandahålla företagshälsovård vid hälsovårdscentralen. I första hand bör sådana avtal ingås med de företag som har störst behov av företagshälsovård. Verksamheten bör i främsta rummet inrikta sig på att genomföra lagstadgade hälsoundersökningar och i övrigt den förebyggande hälsovården. Viss sjukvård kan dock medges inom ramen för dessa avtal.

F) *Åldringshälsovård*. Även för personer över 65 år tillhandahålls hälsovårdande åtgärder i form av bl. a. hälsokontroller.

G) *Hälsofostran*. Inom ramen för hälsovårdscentralernas verksamhet hölls under år 1976 ca 28 000 grupprådgivningstillfällen, vid vilka olika inslag i hälsofostran togs upp. Inalles deltog ca en halv miljon människor i dessa grupprådgivningar.

H) *Studerandehälsovård*

## II *Sjukvård*

Den övervägande delen av den sjukvård som meddelas vid hälsovårdscentralerna är öppen vård. Till skillnad från de svenska vårdcentralerna har dock de finska hälsovårdscentralerna också slutenvårdsplatser till sin disposition.

**Tabell 6.4. Hälsovårdscentralernas öppensjukvård åren 1972–1976**

| Verksamhetsform | Verksamhetens omfång i milj. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 |
| Läkarbesök | 4.1 | 5.1 | 5.7 | 5.9 | 6.3 |
| Övriga besök[a] | .. | 1.3 | 1.9 | 2.4 | 2.6 |
| Röntgenundersökningar | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.7 |
| Laboratorieundersökningar | 4.7 | 5.7 | 7.6 | 9.0 | 10.7 |
| Rehabilitering, vårdbesök | .. | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.5 |

[a] Besök på vårdpersonalens mottagning i hälsovårdscentralen.
Källa: Finska medicinalstyrelsens årsberättelse 1976.

Besöksutvecklingen avseende sjukvård vid centralerna har utvecklats under senare år på sätt som framgår av tabell 6.4.
Antalssiffran för läkarbesöken i tabellen avser besök på mottagningen. Hembesök av läkare sker i mycket liten utsträckning, endast några tiotusental per år.

En alltmer ökad vikt har kommit att läggas vid *hemsjukvården* som också sköts utifrån hälsovårdscentralerna. De personalkategorier som huvudsakligen svarar för hemsjukvården är hälsovårdare, sjuksköterskor och hjälpskötare. 65 % av de patienter som vårdas i denna vårdform kommer från sjukhusen som närmast tidigare vårdkontakt, 24 % via hälsovårdscentralerna och 7 % från privata läkare.

De finska hälsovårdscentralerna har också slutenvårdsplatser till sitt förfogande. Antingen finns dessa vårdplatser i direkt anslutning till en hälsovårdsstation eller är de belägna på annat håll men är så att säga "öronmärkta" för att stå till en viss centrals förfogande. Vid de hälsovårdscentralenheter som är uppförda och där slutenvårdsplatser inplanerats från början brukar de i regel omfatta 60–80 vårdplatser. Successivt har man också fört över sjukavdelningar vid kommunalhemmen (motsv. svenska ålderdomshem) till hälsovårdscentralerna. Denna utveckling kommer att fortsätta. F. n. är det så att vårdplatser vid kommunalhemmens sjukavdelningar fram till år 1979 får godkännas som vårdplatser vid hälsovårdscentral till ett antal av ca 500 per år. Syftet med dessa överföringar är att effektivisera och skapa större enhetlighet beträffande vården av långtidssjuka. Större delen av de patienter som utnyttjar hälsocentralens platser är också över 65 år. Medelvårdtiden på dessa platser var år 1976 22,5 dagar. Som regel försöker man dock se till att det alltid finns ett antal platser fria som kan tas i anspråk för akuta inläggningsbehov. Inalles uppgick hälsovårdscentralernas slutenvårdsplatser till knappt 10 300 år 1976. 60–70 % av hälsovårdscentralerna har f. n. slutenvårdsplatser.

Den öppna sjukvård som meddelas vid *sjukhusmottagningarna* är i princip begränsad till remissfall.

### *Privatläkarvården*

Finland har i dag ca 8 000 legitimerade läkare totalt. Av dem är 4 500 verksamma vid sjukhus, 1 300 vid hälsovårdscentraler och ca 400 privatpraktiserande. Dessa 400 är "rena" privatpraktiker. Till det antalet skall också

läggas, att ca 1 500 av de 4 500 sjukhusläkarna bedriver privatmottagning i begränsad omfattning. Resten av läkarkåren är fördelad på forskning/ administration, företagshälsovård, läkare utomlands och deltidspraktiker.

Av tabell 6.3. på sid. 166 framgår att privatläkarnas verksamhet är av varierande betydelse totalt sett mellan t. ex. en storstad som Helsingfors och landet som helhet. Inte mindre än ca 40 % av alla läkarbesök i Helsingfors under år 1977 gjordes hos privatpraktiker, medan motsvarande andel för hela landet var 27 %. Dessa skillnader motsvaras framför allt av stora olikheter i besöken på hälsovårdscentraler. Privatpraktikerna är oftast specialistläkare, dvs. icke allmänläkare.

Även på privatläkarsidan har det skett en utveckling i riktning mot större läkarstationer eller läkarhus. Denna trend startade under 1960-talet. I regel har dessa privatmottagningar öppet mellan kl. 8 och 20. Vissa har även utsträckt sin service så att de har jouröppet senare och öppet även under veckosluten.

Utbudet av tjänster via hälsovårdscentraler är förhållandevis litet i städerna jämfört med landsbygden. I gengäld finns det i städerna ofta privatläkare. Den delvis sjukförsäkringsfinansierade privatläkarverksamheten kompletterar därför den offentliga sektorns resurser, främst i städerna. Detta gäller generellt för hela Finland.

### *Kontinuiteten inom hälso- och sjukvården*

Kontinuiteten inom vårdsystemet kan ses i olika perspektiv. Det kan exempelvis gälla personkontinuiteten mellan patient och läkare, det kan t. ex. avse kontinuitet i vården, varmed kan förstås en effektiv samverkan mellan olika personalkategorier och olika vårdenheter. Beträffande personkontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare kan man konstatera följande.

### *Patient- och läkarkontinuiteten förr och nu*

Under 40- och 50-talen fanns det i Finland ett system som skulle kunna betecknas som ett husläkar- eller familjeläkarsystem. De läkare som kunde erbjuda denna kontinuitet inom den offentliga sektorn var de s. k. stads- eller kommunalläkarna, vilka var en motsvarighet till de svenska provinsialläkarna. Kommunen ställde upp med mottagningslokaler och bostad, medan läkaren själv svarade för utrustning. På den tiden var det också vanligt att läkare höll sig kvar på en och samma ort under ett tiotal år. De kom därför att känna sina patienter väl och kunde fungera som familjeläkare. I systemet ingick likaså dygnet-runt-jour för läkarna, och de fick inte utan särskilt medgivande vara borta från kommunen mer än tre dagar per månad. Den service som kom invånarna till del från dessa läkare gjorde att man från patient/invånarhåll var mycket nöjd. Läkarna var av naturliga skäl mindre nöjda. En brist i systemet var också att man inte kunde föreskriva att läkarna skulle anställa viss hjälppersonal, varför läkaren oftast skötte alla delar i verksamheten på egen hand.

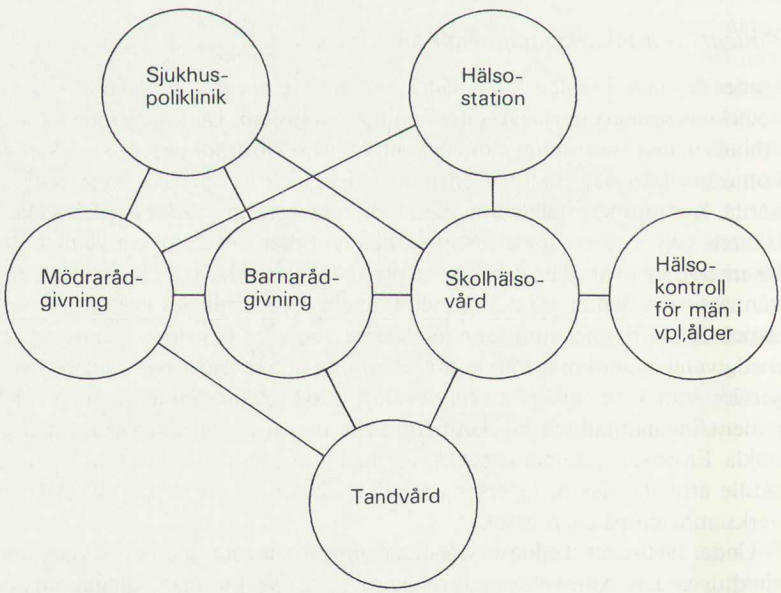
Under 1960-talet skedde de största satsningarna på den specialistläkarledda sjukhusvården. Allmänläkarnas roll kom något i skymundan, vilket kom att resultera i en brist på allmänläkare. Patient-läkarkontinuiteten genomgick en

gradvis försämring och missnöjet härmed gav sig till känna från patienternas sida.

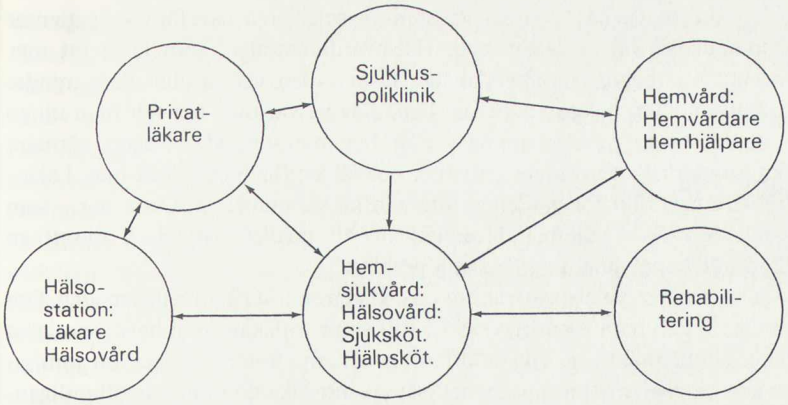
I och med folkhälsolagen år 1972 kom så satsningen på den öppna vården och främst den del som ligger utanför sjukhusen inom ramen för de s. k. hälsovårdscentralerna. De läkare som nu arbetar på hälsovårdscentralens enheter är tjänstemän med fixerad lön och fastställda arbetstider. Normalarbetstiden – eller snarare den stipulerade minimiarbetstiden – är knappt 39 timmar i veckan. I detta system är det dock svårt att skapa en god patient-läkarkontinuitet. I praktiken har det blivit så att flera läkare samlats på ett och samma ställe (en hälsovårdsstation), men de känner inte till varandras patienter. När en patient söker hälsovårdsstationen är chansen att få träffa en viss bestämd läkare ganska liten.

Klagomålen på den bristande kontinuiteten är många och man har sökt olika vägar att förbättra dessa förhållanden. En väg är att ytterligare öka antalet allmänläkare och att placera dem efter färdig utbildning inom hälsovårdscentralverksamheten. På sina håll har man också gjort vissa försök med vårdplaneringssystem för att förbättra förutsättningarna för kontinuiteten. Från medicinalstyrelsens sida har man också tillsatt en kommitté, som närmare skall utreda allmänläkarverksamheten i syfte att förbättra servicen och kontinuiteten inom denna vårdgren. Den nytillträdde generaldirektören för medicinalstyrelsen har i en programförklaring rekommenderat ett familjeläkarsystem i Finland, där familjeläkarna, knutna till hälsocentralerna, skulle ta hand om "hela" människan och ha öppna remisskanaler till specialistvården. För ett familjeläkarsystem skulle också krävas olika samarbetsformer med de privatpraktiserande läkarna.

Även om problemen tycks stora när det gäller patient-läkarkontinuiteten i Finland så finns det trots allt i dag platser och hälsostationer där man anser att man inom ramen för de nya hälsovårdscentralerna likväl kunnat ordna en acceptabel kontinuitetssituation.




*Figur 6.1. Kontinuitet i den förebyggande vården.*




*Figur 6.2. Kontinuitet i vården.*

Beträffande *kontinuiteten i vården* kan man först se på det förebyggande hälsoarbetet. Fig. 6.1 visar hur man sökt beakta denna kontinuitet i Finland.

Kontinuiteten i det förebyggande systemet underlättas av att en kvinna i och med havandeskapet erhåller ett s. k. moderskapskort innehållande relevanta medicinska uppgifter. Inför förlossningen lämnas sedan ett förhandsbesked till förlossningsanstalten (i praktiken nästan alltid sjukhus) med uppgifter av betydelse inför förlossningen. I och med barnets födelse fylls ett kort i som upptar vissa medicinska informationer om barnet. När ansvaret för barnet vid 2 veckors ålder övergår till barnarådgivningen följer detta kort med. Barnarådgivningskortet överförs sedan till skolhälsovården och blir ett skolkort som slutligen flyttas över till kontroll för män i värnpliktsåldern. Detta anses ge en bra kontinuitet i informationshänseende mellan de olika hälsovårdande instanserna. Som framgår av bilden finns också ett samband med såväl sjukhus som hälsostationer vid behov därav. Kontinuitetsförhållanden avseende hemsjukvården och övriga vårdinstanser försöker man bl. a. tillgodose genom upparbetade informationsvägar mellan olika enheter. Schematiskt kan det beskrivas som i fig. 6.2.

Som tidigare nämnts kommer ca 65 % av patienterna i hemsjukvården från sjukhusen. Vid utskrivning från sjukhus till hemsjukvård används särskilda formulär som sjukhuset ifyller och tillställer hemsjukvården med uppgifter om patientens rörelseförmåga t. ex. och andra informationer av värde för den som tar över vårdansvaret. Som en ytterligare förbättring i kommunikationen mellan sjukhus och öppen vård förekommer också att hälsovårdarna besöker patienterna på sjukhuset före utskrivningen och därmed kan få en bättre bild av patientens speciella behov och önskemål.

Som framgått av redovisningen av patient-läkarkontinuiteten så är den allmänt sett ett mycket stort problem. Kontinuitetsförhållandena till andra personalgrupper torde vara något bättre.

### *Val av läkare*

Något särskilt system för att välja "sin" läkare finns inte i Finland. Eftersom man först nyligen har lanserat tanken på familjeläkare är detta förståeligt.

Hälsocentralernas läkarresurser är inte speciellt avdelade för vissa patienter beroende på val av läkare e. d. Hälsovårdscentralen, som ju är ett mer omfattande begrepp, tillhandahåller läkarvården via en eller flera mindre utbudsenheter, hälsostationerna. Beroende på var man bor hör man till en viss hälsostations upptagnings- eller betjäningsområde. Någon närmare knytning mellan invånare/patienter och läkare föreligger dock inte. Läkartilldelningen blir för patienten ofta ganska slumpmässig. Detta har – som sagts – väckt kritik och bl. a. lett till att medicinalstyrelsen tillsatt en kommitté som skall se över detta problem.

Det fria läkarvalet existerar huvudsakligen endast på privatläkarsidan. Om man vill kan man naturligtvis söka vilken privatläkare som helst, specialist eller allmänpraktiker. För de offentliga läkarna föreligger dock ett remisstvång för specialistkonsultationer (såvida inte läkaren tillhör de offentliganställda läkare som dessutom bedriver privatpraktik. I så fall kan en patient söka privat).

*Avgränsningar hälsovårdscentraler – sjukhus m. m.*

År 1953 började riksdagen med stöd av en speciell lag att sörja för att skapa ett specialiserat sjukhusnät. Vart och ett av de 21 sjukhusdistrikten har nu ett fungerande centralsjukhus. Den stora sjukhusbyggnadsperioden torde därmed vara avslutad.

Enligt de senaste femårsplanerna kommer hädanefter tonvikten att ligga på den öppna vården och främst den del som avser hälsovårdscentralerna. Antalet hälsovårdscentraler är i dag ca 220. I femårsplanen för åren 1978–1982 har bl. a. sagts, att när det gäller utvecklandet av hälso- och sjukvårdsservicen skall hälsovården (den förebyggande vården) och den öppna sjukvården samt anordnandet av vård för långvårdspatienter komma i främsta rummet. Som en allmän princip bör gälla, att innan några nya byggnads- eller utvidgningsprojekt för sjukhus tas fram, skall den öppna vården vara ordnad på ett ändamålsenligt sätt eller bli det senast i samma sammanhang.

Beträffande sjukvårdsservicen vid hälsocentralerna skall man i första hand utveckla den service som tillhandahålls av allmänläkarna. Frågan om hur specialistläkarservice lämpligast skall tillkomma befolkningen har varit föremål för många diskussioner. Den lösning som nu rekommenderas är att denna service skall tillhandahållas via sjukvårdsanstalterna, dvs. sjukhusen. Vid vissa hälsovårdscentraler kan det vara ändamålsenligt att inrätta specialistläkartjänster för att ge befolkningen lämpligaste service. Om man vill inrätta sådana tjänster måste det dock klargöras varför lika goda resultat inte kan uppnås genom att utveckla den polikliniska och konsultativa verksamheten vid sjukhus under specialistläkares ledning. För tillgång till den specialistläkarservice som tillhandahålls vid eller via hälsovårdscentralerna krävs remiss av allmänläkare vid centralen, av annan läkare eller sjukvårdsanstalt, såvida inte medicinalstyrelsen godkänt ett annat förfaringssätt. Inriktningen skall således vara att allmänläkaren tar hand om läkarservicen i första hand, under det att specialistläkarna tilldelas rollen som konsulter.

Även avseende *jourorganisationen* eftersträvas en ökad tyngdpunkt på hälsovårdscentralerna. Varje hälsovårdscentral skall ombesörja att förstahjälpsjour anordnas. Det anses nämligen vara av största vikt att efterfrågan på

sjukvårdsservice – oavsett vilken tid på dygnet det gäller – först och främst riktas till hälsovårdscentralerna. Undantag gäller för sådana sjukdomstillstånd där även lekmannen kan sluta sig till att patienten är i brådskande behov av specialläkarvård. Om det på sina håll befinns lämpligt, kan förstahjälpsjouren inrättas gemensamt för hälsovårdscentral och sjukhus vid sjukhusets poliklinik. Förutsättningen härför är att sjukhuset och hälsovårdscentralen tillsammans deltar i att anordna jourtjänsten. Allmänheten skall fortgående hållas informerad om till vilken enhet man skall vända sig vid sjukdom. Det åligger hälsovårdsnämnden att ansvara för denna information. Hälsovårdsnämnden bör likaså genom informationsverksamheten eller andra åtgärder vägleda befolkningen till att i största möjliga utsträckning utnyttja hälsovårdsservicen under normala öppethållandetider (kl. 8–16 ca) och begränsa besöken under jourtid till enbart brådskande fall.

Förutsättningarna för en jourtjänst vid hälsovårdscentralerna har förbättrats i och med den ökade tillgången på läkare. Bördan kan således delas på flera händer. Det förekommer dock att man anlitar utomstående läkare i jourarbetet. Det är samtidigt ett klart uttalat önskemål att jouren skall ombesörjas av de "ordinarie" läkarna. Hänsyn till detta har bl. a. tagits vid medicinalstyrelsens prioritering av läkartjänster. Det anses nu att en önskvärd allmänläkartäthet är ca 1/2 000 invånare för att klara jourverksamheten tillfredsställande.

### *Personal och utbildning inom öppenvården*

Hälso- och sjukvården vid hälsovårdscentralerna utförs av en rad olika personalkategorier: läkare (huvudsakligen allmänläkare), hälsovårdare, sjuksköterskor, hjälpskötare, sjukgymnaster, barnmorskor, barnskötare m. fl. och administrativ och teknisk personal. Verksamhetens framgång är självfallet beroende av samtliga personalkategoriers insatser. Från utredningens synpunkt är dock läkare, hälsovårdarna/sjuksköterskorna och hjälpskötarna kanske av särskilt intresse, eftersom de står för huvuddelen av de basala hälso- och sjukvårdsuppgifterna.

De finska *allmänläkarna* är antingen specialister i allmän medicin eller saknar specialistbehörighet. Deras utbildning består f. n. av grundutbildning, varpå kommer specialistutbildning i allmän medicin. Specialistutbildningen innehåller följande:

1. Allmän utbildning under två år (sjukhustjänstgöring under ett år varav minst fyra månader invärtes medicin och två månader kirurgi, sex månader allmänläkarvård samt sex månader valfri tjänstgöring).
2. Sex månader odelat sjukhus eller öppen vård (allmänläkarvård).
3. Två års sjukhustjänstgöring varav minst sex månader invärtesmedicin samt tre månader kirurgi, psykiatri, pediatrik och obstetrik/gynekologi.
4. Ett års klinisk tjänstgöring eller hygien, socialmedicin, arbetsmedicin och rehabilitering. (Högst sex månader av detta år kan fullgöras inom typen vård – allmänläkarvård – eller i administrativ befattning.)

Under år 1978 kommer denna utbildning att ändras i riktning mot ett större inslag av öppenvård så till vida att utbildningen under p. 3 ovan i stället kommer att omfatta *ett* års sjukhustjänstgöring och *ett* år i öppenvård, varav 6

månader geriatrik alternativt pediatrik.

När det gäller allmänläkarnas efterutbildning, dvs. utbildning som är avsedd att bibehålla ett tillfredsställande yrkeskunnande, har olika organ engagerat sig i denna fråga, t. ex. Läkarförbundet och universiteten i Helsingfors, Tammerfors m. fl. En verksamhet som nyligen kommit i gång bedrivs vid Helsingfors kurscentrum i Lahti. Verksamheten syftar till att anordna veckolånga kurser under somrarna en gång i månaden. Man har exempelvis med gott resultat genomfört en sådan kurs i ögonsjukvård. Allmänläkarna deltar också i efterutbildningskurser som anordnas för andra läkargrupper.

En annan typ av efterutbildningsaktiviteter är sådana som är gemensamma för läkare och annan personal. Dylika efterutbildningar organiseras av flera organ såsom medicinalstyrelsen, länsstyrelsen, de enskilda sjukhusen och hälsocentralerna.

Eftersom en hel del av den blivande allmänläkarens specialistutbildning (jfr FV-utbildning i Sverige) sker inom den öppna vården är handledarfrågan angelägen. Inom den öppna vården finns utsedda handledare. Dessa skall – åtminstone formellt – få utbildning för dessa uppgifter vid universiteten. Det har dock visat sig vara förenat med en hel del problem att omsätta denna tanke i praktiken.

I detta utbildningssammanhang kan också nämnas att man från medicinalstyrelsens sida tidigare ansåg det vara bra om allmänläkarna profilerade sig i sin utbildning, så att t. ex. en var särskilt inriktad mot åldringsvård och en annan mot t. ex. barnsjukvård. Detta synsätt har man emellertid reviderat och anser numera att det är till fördel om allmänläkaren verkligen är *allmän*läkare.

Om vi ser till den personalkategori som kallas *hälsovårdare* kan konstateras, att den överväldigande andelen av specialutbildade sjuksköterskor vid hälsovårdscentralerna är just hälsovårdare. Hälsovårdarens utbildning omfattar 5 terminers studier till sjuksköterska + 2 terminers specialutbildning.

Hälsovårdarens arbetsfält omfattar praktiskt taget samtliga de aktiviteter som förekommer inom ramen för hälsovårdscentralernas verksamhet. Det innebär således att hon har uppgifter inom hälsovården avseende mödravård, barnavård, företagshälsovård, skolhälsovård, studerandehälsovård, rådgivning åt de äldre m. m. Inom sjukvårdssidan bedriver hälsovårdaren egen mottagningsverksamhet och har en mycket viktig funktion inom hemsjukvården tillsammans med sjuksköterskor och hjälpskötare.

Även för hälsovårdarna finns vissa möjligheter till modernisering av utbildningen. Bl. a. sker detta genom att hälsovårdaren under t. ex. en veckas tid kommer in till ett sjukhus för att på ort och ställe med berörda läkare m. fl. få kunskaper om nya behandlingsmetoder m. m. Från hälsovårdarnas sida skulle man dock önska än mer intima kontakter med sjukhusen.

Antalsmässigt anses det i dag föreligga en bristsituation avseende hälsovårdarna bl. a. som följd av att man tidigare prioriterat tillväxten av "vanliga" sjuksköterskor då det var en svår brist på dessa.

*Sjuksköterskekategorier* förekommer också inom hela hälsovårdscentralverksamheten, men av naturliga skäl företrädesvis inom den sjukvårdande delen därav och framför allt vid hälsovårdscentralernas slutenvård.

*Hjälpsköterskan* har i dag en 2 terminers utbildning vilken kommer att öka till 3 terminer. Hennes uppgifter går ut på att biträda sjuksköterska och hälsovårdare.

### *Sammanfattande synpunkter*

De erfarenheter utredningen fick under studiebesöket i Finland var entydiga beträffande inriktningen av den finska hälso- och sjukvården nu och framöver. Sjukhusbyggarepoken kan i stort sett sägas vara avslutad. Satsningarna sker nu och framgent på främst öppenvård utanför sjukhus.

Uppbyggnaden av ett system med hälsovårdscentraler är Finlands väg att åstadkomma en önskad kvalitet och ändamålsenlighet i vården. Man kan konstatera att hälsovårdscentralerna avses vara ett sammanhållande paraply för praktiskt taget allt slags öppen – och i viss mån sluten – hälso- och sjukvård, med undantag av de privata vårdgivarna. Erfarenheterna hittills har visat att dessa centraler fungerat bäst i landsbygdsområdena. I storstäder och tätorter har den privata vårdsektorn inom öppenvården fortfarande ett mycket betydande ansvar. Framöver tillkommer dock hälsovårdscentraler i ökande utsträckning även i städerna och detta kan medföra ändrade andelar härvidlag.

I denna omstruktureringsprocess som pågått och fortgår i Finland har man emellertid fått påtagliga problem vad gäller patient-läkarkontinuiteten. Befolkningen saknar uppenbarligen den personkontakt och personkännedom som fanns i det gamla systemet med stads- och kommunalläkare. Utbyggnaden av hälsovårdscentralerna tillkom för att ge invånarna en bättre och mer tillgänglig hälso- och sjukvård på lika villkor. De finska erfarenheterna av hälsovårdscentralerna är övervägande goda, men samtidigt som man velat tillfredsställa vissa mål har man fått problem med kontinuitetsfrågan. Generaldirektörens för medicinalstyrelsen uttalade önskemål om ett familjeläkarsystem i Finland och tillsättandet av en särskild kommitté för att undersöka bl. a. denna fråga är uttryck för att man finner det angeläget att i möjligaste mån söka förbättra kontinuitetssituationen. Man försöker också utbilda tillräckligt många allmänläkare som skall finnas på centralerna, detta för att tillgodose de kvantitativa förutsättningarna för ett familjeläkarsystem. Den på sina håll inledda verksamheten med planeringsmetoder för patientbokningen m. m. kommer säkert att få ytterligare omfattning framdeles. Man kommer förmodligen inte att lösa kontinuitetsproblemet enbart via fler läkare. Någon form av samordning mellan tjänstgöring och patientbokning måste till för att klara en personkontinuitet. Rekryteringsläget för allmänläkare bedöms som mycket gott. Uttalade problem finns dock på sina håll, i t. ex. Vasa län. I Helsingfors å andra sidan utannonserades vid ett tillfälle fyra tjänster som allmänläkare vid hälsocentral och antalet sökande var 40.

Vad gäller kontinuiteten i vården, samarbetet mellan olika vårdnivåer m. m. föreligger vissa problem enligt de uppgifter utredningen erhållit. Det är framför allt samarbetsrutinerna mellan hälsovårdscentralerna och specialistläkarna på sjukhusen som inte fungerar utan komplikationer. Om en patient remitterats för specialistundersökning till sjukhus kan det ofta uppstå kraftiga fördröjningar innan resultaten och kommentarerna härtill förmedlas tillbaka till hälsovården. Från hälsovårdarnas sida känner man också ett behov av

förbättrade kontakter med sjukhusen.

Med tanke på hur pass omfattande verksamhet som egentligen skall bedrivas utifrån hälsovårdscentralerna är det inte förvånande att man inte på ett helt tillfredsställande sätt kunnat ombesörja samtliga funktioner. De delar av verksamheten som drabbats härav är enligt uppgift de preventiva åtgärderna. Allteftersom organisationen inom centralerna blir bättre inkörd har man dock kunnat märka att även de förebyggande åtgärderna ökat sin del av resursutnyttjandet. De till hälsovårdscentralerna knutna bäddavdelningarna har man uppfattat som mycket positiva. Inte minst på grund av att det i gynnsamma fall kan vara samma läkare som sköter en patient i öppenvård och under en slutenvårdsepisod.

Beträffande ansvaret för att ge befolkningen service under olika delar av dygnet har man i Finland sagt klart ut att hälsovårdscentralerna skall ställa upp med förstahjälpsjour även nattetid. Även inom hemsjukvården finns jouransvar. För att stimulera intresset för jourtjänstgöring har man bl. a. infört ekonomiska kompensationer för läkarna. Dessa är så utformade att om den "normala" arbetstiden är kl. 8–16 så utgår för arbetstid kl. 16–18 50 % tillägg och för tid därutöver 100 % tillägg. Dessutom erhåller läkaren för varje behandlad patient på jourtid ett per capita-belopp på 20 mk. Inkomstmöjligheterna för hälsocentralsläkare anses klart bättre än för sjukhusläkarna.

Som antydan om hälsovårdscentralernas betydelse och omfattning i det finska sjukvårdssystemet kan avslutningsvis nämnas att vid utgången av år 1976 förelåg förhållanden rörande olika personalkategoriers anställning vid sjukhus resp. hälsovårdscentraler enligt tabell 6.5.

Hälsovårdscentralernas personalstyrka är således relativt omfattande även i jämförelse med sjukhusens. Samtidigt bör dock hållas i minnet att hälsovårdscentralerna hade ca 10 300 slutenvårdsplatser. All personal vid centralerna är således inte engagerad inom öppenvård.

Ser man till den ekonomiska sidan så uppgick sjukhusens driftkostnader år 1976 till 3 167 milj. mk. Med sjukhus avses då allmänna sjukhus (universitetssjukhus, centralsjukhus, kretssjukhus och lokalsjukhus), mentalsjukhus och tuberkulosanstalter. De totala driftkostnaderna för hälsovårdscentralerna var år 1976 1 465 milj. mk. Av dessa avsåg 2/3 öppenvården – dvs. ca 970 milj. – medan resten föll på slutenvårdssidan. Hälsovårdscentralerna har successivt ökat sin andel av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården.

**Tabell 6.5 Olika personalkategoriers fördelning på sjukhus och hälsovårdscentraler 1976**

| | Vid sjukhus | Vid hälsovårds-centraler |
|---|---|---|
| Läkare[a] | 4 500 | 1 300 |
| Sjuksköterskor[b] | 12 600 | 6 325 |
| Hjälpskötare | 6 770 | 3 580 |

[a] Avser år 1977.
[b] Inkl. hälsovårdare.
Källa: Finska medicinalstyrelsens årsberättelse 1976 samt uppgifter erhållna vid utredningens besök.

Denna trend väntas också fortsätta framöver som en logisk konsekvens av den färdriktning som valts i Finland.

## 6.5 Familjeläkarsystemet i England

### *Bakgrund*

Den nuvarande organisationen av National Health Service (NHS) startade den 1 april 1974. NHS kan ses som ett begrepp, vars innebörd är en heltäckande hälso- och sjukvårdsservice för hela befolkningen. I mer konkret mening förstås med NHS också den administrativa strukturen bakom detta försäkringsbegrepp. Vad som skedde år 1974 var emellertid endast en omorganisation – om än en betydelsefull sådan – av det NHS-system som trädde i kraft år 1948 på basis av National Health Service Act 1946. Tanken på att ge alla invånare en allomfattande hälso- och sjukvård var inte ny. Redan i början av seklet – 1912–1913 – hade ett försäkringssystem – National Health Insurance (NHI) – introducerats. Detta innebar bl. a. fri vård hos "general practitioners" (GP = allmänläkare) för dem som tjänade mindre än £ 160 om året. När NHS kom till år 1948 hade NHI vuxit till att omfatta halva befolkningen. Under mellankrigstiden och andra världskriget började också idéerna om ett av samhället finansierat och för alla invånare heltäckande hälso- och sjukvårdssystem bli allt vanligare. När National Health Service Act antogs av parlamentet år 1946 var den därför ett naturligt led i den utveckling som skett.

Omorganisationen år 1974 ledde till att man från det offentliga fick ett mer samlat grepp på olika delverksamheter inom hälso- och sjukvården. Omorganisationen innebar att man förde samman olika serviceverksamheter i ett och samma hierarkiska system. Vad som fördes ihop i systemet var:

1) Sjukhus- och specialistläkarservice.
2) Familjeläkarverksamheten.
3) De s. k. "personal health service" (bl. a. epidemiologisk verksamhet, familjeplanering, hälsocentra (ung. vårdcentraler), hemsjukvård och barnmorskeverksamhet m. m.).
4) Skolhälsovården.

Före år 1974 hade dessa verksamheter lytt under olika organ/huvudmän.

### *Den organisatoriska uppbyggnaden*

Efter omorganisationen år 1974 finns nu fyra huvudsakliga nivåer inom NHS.

1) *Secretary of State:* ansvarigt statsråd.
2) *Department of Health och Social Security*
   Ansvarar för den centrala (nationella) planeringsfunktionen samt för NHS-verksamheten som helhet.
3) *Regional Health Authorities (RHAs)*
   14 till antalet. En av huvuduppgifterna är att göra planer och prioriteringar som grundar sig på de behov som finns på nästa, lägre nivå, den s. k.

areanivån. De har också ett ansvar för att det finns tillfredsställande förutsättningar för medicinsk och odontologisk undervisning och forskning. Resurserna till de olika "areas" fördelas av RHA. RHA ansvarar också för viktigare byggnadsprojekt.

4) *Area Health Authorities (AHA)*
90 till antalet. AHA är den myndighet som har det egentliga driftansvaret för hälso- och sjukvård inom sin "area". Däri ingår självfallet också planerings-, organisations- och administrationsfunktioner.

Man kan också tala om en femte nivå – *distriktet*. Sammanlagt finns i England 205 hälso- och sjukvårdsdistrikt. Invånarantalet i distrikten varierar mellan 150 000 och 300 000. I storleksordning påminner de således om de svenska landstingsområdena.

Förutom de ovan nämnda organen finns en rad samarbets-/samverkansorgan på areanivån och distriktsnivån.

Den sociala service-sidan ombesörjs i princip av lokala myndigheter som inte lyder under NHS-systemet.

### *Familjeläkarsystemets uppbyggnad*

Huvudrollen inom hela NHS-organisationen spelas av "the general medical practitioner" (GP) eller som han vanligen kallas: familjeläkaren. Det är han – eller hon – som har en god kunskap om den enskilda patienten, hennes hemförhållanden, arbetsverksamhet m. m. Familjeläkaren bedriver sin verksamhet, ofta om än inte alltid, geografiskt nära sina patienters boplatser. Han är dessutom den första och viktigaste kontakten för en patient med hela vårdsystemet, i samarbete med andra personalkategorier som kan vara knutna till hans mottagning. Som en följd härav är det också GP som svarar för att hans patienter kommer under rätt vård. Det innebär oftast att vården fullgörs helt av GP-n och övrig ansluten personal, men det kan också innebära remittering till specialistläkare eller sluten vård m. m. när så bedöms nödvändigt.

### *GP-n – en egen företagare*

Det finns en synnerligen kraftig betoning på det förhållandet att en GP inte är anställd av någon offentlig myndighet utan är en "independent contractor", dvs. en egen företagare som på basis av ingångna kontrakt förbinder sig att utföra vissa sjukvårdande m. fl. funktioner. Här råder en klar likhet med familjeläkarna i Danmark, utanför köpenhamnsområdet.

Det förhållandet att GP-n i formell mening är egenföretagare har från tid till annan diskuterats i England. Sjukhusläkarna t. ex. är anställda och avlönade av den offentliga sektorn. Från familjeläkarnas sida har dock alla tankar på att göra dem till "tjänstemän" avvisats mycket starkt. Samtidigt har man från myndigheternas sida haft ett klart behov av att kunna påverka och styra GP:s verksamhet avseende t. ex. kvaliteten och inriktningen på vården, etableringsfrågor etc. Men dessa styrningsfunktioner har måst ta hänsyn till GP:s självständighet och har därför i stor utsträckning fått formen av finansiella stimulansmedel, varom mera nedan. De administrativa former som det

offentliga byggt upp för familjeläkarverksamheten bottnar av naturliga skäl också i GP:s egenföretagarstatus.

### *Organisationen av General Medical Services*

General Medical Services är ett sammanfattande begrepp för de tjänster som en GP skall tillhandahålla sina patienter. Det finns i allmänhet inte någon särskild specificering av vad dessa tjänster egentligen består av. Vad som finns stadgat är att varje GP skall ge sina patienter all nödvändig och adekvat personlig medicinsk vård av sådant slag som vanligen tillhandahålls av GP. Det förutsätts likaså i reglerna för GP:s verksamhet inom NHS att det inte förväntas av denne att han skall besitta bättre skicklighet och kunskap i sitt yrke eller kunna ge bättre vård än vad som rimligen kan förväntas av samtliga GP som yrkeskår.

Eftersom det samtidigt är familjeläkaren som är ansvarig för de patienters hälsa vilka han har åtagit sig innebär detta att det är GP:s skyldighet att inhämta specialisters råd eller remittera patienten till specialist när han anser att det behövs.

Ansvaret för att familjeläkarverksamheten fungerar ligger i praktiken på en s. k. *Family Practitioner Committee (FPC).* För varje Area Health Authority finns det en FPC, dvs. sammanlagt 90. Förutom familjeläkarnas verksamhet har FPC också visst ansvar för att tandläkarvård, ögonläkar- och optikerverksamhet samt apoteksverksamhet fungerar inom FPC:s "area". Varje FPC har 30 ledamöter. Hälften av dessa utses av lokala läkare, tandläkare, optiker och apotekare, 11 utses av AHA och resterande 4 av lokal myndighet. Vad beträffar organisationen av de tjänster som familjeläkarna skall utföra rådgör FPC med en Local Medical Committee, som är ett organ som erkänts av det ansvariga statsrådet att vara representativt för alla lokala läkare inom en "area". Inom AHA finns det en särskild administration som handhar det konkreta arbetet under FPC. Det gäller t. ex. ingående och upplösande av kontrakt med GP, ansvaret för att alla som vill verkligen får en GP som familjeläkare, den ekonomiska ersättningen till GP m. m.

### *Kontraktförfarandet*

När en läkare – GP – vill erbjuda sina tjänster under NHS-systemet kan detta ske på olika sätt. Han kan t. ex. vilja öppna en ny praktik eller det kan vara fråga om en ersättningsetablering. Vare sig det är fråga om ny- eller ersättningsetablering är förfarandet sådant att läkaren ansöker hos vederbörande FPC att få gå in som GP på viss ort. Eftersom FPC har skyldighet att föra listor över läkare inom sin "area" sker ansökan från en läkare formellt om att bli upptagen på FPC:s "medical list". (Se bild 6.2.) För en läkare som redan finns i området och söker en vakans (ersättningsetablering) blir det något annorlunda. Men vare sig det är en helt "ny" läkare eller redan befintlig läkare som söker annan lokalisering så skall ansökan inges till FPC. Efter samråd med Local Medical Committee går läkarens ansökan vidare till Medical Practices Committee med åtföljande rekommendationer. Medical Practices Committee är ett centralt organ för hela England och det är där alla

APPLICATION FOR INCLUSION ON MEDICAL LIST

To the FAMILY PRACTITIONER COMMITTEE OF THE [NAME] AREA HEALTH AUTHORITY

I.....(*male/female) born on.....
(FULL NAME IN BLOCK LETTERS)
residing at.....
.....(private address)
a registered medical practitioner included in the medical register in that name and having the following medical qualifications, namely,.....
.....
apply to be included on the list of doctors undertaking to provide—

general medical services
- *excluding / *including / *limited to } maternity medical services,
- *excluding / *including / *limited to } contraceptive services—
  - (*a*) *excluding / *including } the fitting of intra uterine devices,
  - (*b*) *restricted / *not restricted } to patients to whom I provide other personal medical services,

for persons in the Committee's area, and, if my application is granted, I accept service under, and agree to be bound by, the terms of service for the time being in operation in that area.

My present or most recent appointment *is/was.....
I intend to practise in partnership with.....
of.....(name and address)
who *is/is not on the Committee's medical list (state NO ONE if not intending to practise in partnership)
*I have applied/I intend to apply to the Local Obstetric Committee for approval of my obstetric experience.

If my application is granted—
(*a*) my practice area and my surgery hours will be:—
†Practice Area Practice Premises Days and hours of attendance

(*b*) telephone number or numbers at which I am prepared to receive messages *is/are—

(*c*) in addition, if I accept as a patient a person who at the time of my acceptance is residing at a place outside the said practice area, I undertake to visit him at that place.

Date:—..... Signed:—.....

*Delete as appropriate. † Define as precisely as possible. ":

*Bild 6.2. Ansökan om verksamhet som GP.*

ansökningar slutbehandlas. Överklagningsrätt till Secretary of State finns dock.

Om Medical Practices Committee inte har någon erinran mot ansökan går beslutet till FPC som därefter kan teckna kontrakt med vederbörande läkare.

*Etableringskontroll*

Att en ansökan från läkare om etablering som GP under National Health Service behandlas av ett centralt organ – Medical Practices Committee – har sin förklaring i att man från det offentliga vill värna om en så jämn och rättvis fördelning som möjligt av GP över hela landet. Detta är den viktigaste uppgiften för Medical Practices Committee. Var och en av de 90 "areas" klassificeras på basis av befintlig läkartäthet. Indelningsklasserna är följande:

| | |
|---|---|
| 1 Designated area | : 2 500 registrerade patienter per läkare |
| 2 Open area | : 2 200–2 500 registrerade patienter per läkare |
| 3 Intermediate area | : 1 800–2 200 registrerade patienter per läkare |
| 4 Restricted area | : 1 800 registrerade patienter per läkare. |

I områdena 1 och 2 anses det klart önskvärt med ytterligare läkare. Fler läkare kan behövas i område 3, det beror på de specifika omständigheterna. Inom ett område 4 vill man inte ha fler läkare. Även för GP själva torde denna etableringsmekanism vara av godo i stort sett, eftersom en alltför hög läkartäthet inom ett område skulle medföra svårigheter rent ekonomiskt. En ansenlig del av GP:s inkomster kommer nämligen via per capita-ersättningar baserade på antalet registrerade patienter. Vid för hög läkartäthet får detta negativa ekonomiska konsekvenser för GP.

*Antalet patienter per läkare*

Det finns bestämmelser som reglerar hur många patienter en GP får ha. Maximigränsen ligger på 3 500 om läkaren har sin verksamhet som enläkarmottagning. Om flera läkare samarbetar i någon form av gruppraktik – vilket blir allt vanligare – kan en läkare ha upp till 4 500 registrerade patienter under förutsättning att inte genomsnittet för samtliga läkare på mottagningen överstiger 3 500. Om en GP skulle ha en assisterande läkare anställd kan han få öka maximigränsen med 2 000 patienter. Det genomsnittliga antalet patienter för en GP som utförde "general medical services" utan speciella inskränkningar var 1976 2 351. (*Anm.* En GP med speciella inskränkningar i sin verksamhet kan t. ex. vara en GP som enbart ägnar sig åt hälso- och sjukvårdande åtgärder beträffande havandeskap och/eller kontraceptiva åtgärder.)

Som ytterligare belysning av patientkretsens storlek kan tabell 6.6 tjäna som visar vilken omfattning på patientlistan som var vanligast i England 1976.

Det bör också understrykas att det redovisade antalet patienter per läkare är patienter som får sin läkarvård via NHS-systemet. GP kan också ta patienter

**Tabell 6.6 Patientlistans omfattning hos familjeläkare**

| England 1976 | Patientlistans omfattning | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Totalt | Under 1 600 | 1 600–1 899 | 1 900–2 499 | 2 500–2 999 | 3 000– däröver |
| Antal GP (abs.) | 20 551 | 2 014 | 2 418 | 7 883 | 5 378 | 2 858 |
| (%) | 100 | 10 | 12 | 38 | 26 | 14 |

Källa: Health and Personal Social Services Statistics for England 1977. Department of Health and Social Security.

rent privat. Privatpatienternas antal hos GP torde dock vara mycket litet. Olika försök till uppskattningar av antalet privatpatienter hos GP har gjorts. I en studie över olika länders sjukvårdssystem som företagits av ILO (Derick Fulcher: Medical Care Systems. ILO. Genève 1974), framförs den slutsatsen att antalet privatpatienter hos GP är mycket ringa och att det vid tiden för den nämnda undersökningen var rimligt att räkna med att bara hälften av GP hade några privatpatienter alls och att bara 1 på 20 hade mer än 100 patienter.

### *Patientens val av läkare*

När NHS infördes 1948 rådde det stor enighet om att man måste bevara möjligheten till ett fritt val av läkare för patienten. Det fria läkarvalet finns därför kvar också i NHS-systemet.

Den första valfriheten består egentligen i att man kan välja att stå utanför NHS-systemet. 97 % av befolkningen har dock valt att ingå. NHS-verksamheten finansieras via skattemedel som beviljas av parlamentet. Patienten betalar inga besöksavgifter till läkaren. Har man valt att stå utanför NHS-systemet blir varje läkarbesök kostsamt. Detta är naturligtvis en av förklaringarna till att så många ingår i NHS-systemet.

Var och en i England har således rätt att tillhöra en GP för att få den vård som denne kan erbjuda. När det gäller valet av viss läkare är det första man behöver veta som presumtiv patient vilka läkare det finns att välja på. Tidigare nämndes att FPC har skyldighet att föra "medical lists" över alla GP som arbetar under NHS i en viss "area". Dessa listor finns tillgängliga på exempelvis postkontor. Där kan man alltså se vilka läkare som går att välja, var de har sin mottagning, huruvida de har några inskränkningar i sin medicinska service m. m. Var och en över 16 år kan välja egen läkare.

Om man bestämt sig för en viss läkare kontaktar man själv läkaren och ber att få föras upp på hans lista. Om läkaren inte har något att invända fyller patienten i ett "Medical Card" med namn, adress m. m. Detta Medical Card (bild 6.3) skriver också läkaren på och sänder sedan in till FPC. I FPC-administrationen noteras det nyuppkomna patient-läkarförhållandet. Det skall bl. a. resultera i ytterligare arvode till läkaren. Patienten använder sedan sitt Medical Card i samband med alla läkarkontakter.

En mer komplicerad situation uppstår om läkaren inte vill ta upp patienten på sin lista av ett eller annat skäl. Varje invånare har ju rätt att tillhöra en GP.

## IMPORTANT

1. **Please keep this card safe. Take it when you visit the doctor or go for dental treatment or a sight test.**

2. **If you are going abroad (or to the Channel Islands) for more than three months please send this card to the address shown on page 1. Alternatively, those going abroad may hand the card to the Immigration Officer on departure. On return you should check with your Family Practitioner Committee because you will need to re-register with your doctor.**

LNA

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

555620 4063M 1/77 HPR 1213 **FP 4**

NATIONAL HEALTH SERVICE

**MEDICAL CARD**

ISSUED BY THE
City & East London
Family Practitioner Committee
Addison House, 32/43 Chart Street
LONDON, N1 6EF

DATE OF BIRTH

*Please quote this number if you write to the Family Practitioner Committee*

**N.H.S. Number**

*Please notify the Family Practitioner Committee of changes of name or address and return this card to them. Make sure you tell your doctor, too.*

Mr., Mrs., Miss., .....

Address .....

.....

.....

LNA

Dr. .....

.....

.....

## GENERAL INFORMATION

1. **Lists of** doctors, dentists, pharmacists and opticians providing N.H.S. treatment can be seen at the office of the Family Practitioner Committee (the address is on this card) or at main post offices.

2. **Enquiries or complaints about general medical, dental, opthalmic, or pharmaceutical services should be made in writing to the Family Practitioner Committee. If possible, a complaint should be made within eight weeks of the event which gave rise to it as complaints made later cannot usually be investigated.**

3. **Postage** must be paid on letters to Family Practitioner Committees.

4. **This card** should be shown to your doctor if he asks to see it; if it is not produced he may charge a fee for which he will give an official receipt which contains instructions for the recovery of the fee.

5. **Day visits.** Please do not ask the doctor to call unless the patient is too ill to attend his surgery. Attendance at the surgery should be during surgery hours unless otherwise arranged by the doctor. When the condition of the patient does require a home visit, **please try to give notice** if at all possible, **before 10a.m. on the day on which the visit is required.**

6. **Night visits. Please do not call in the doctor between the hours of 8p.m. and 9a.m. unless you need him urgently.**

7. **In Accident or Emergency, first try to get your own doctor** (or his deputy). If he is not available, immediate treatment can be obtained from any doctor giving general medical services under the National Health Service.

8. **Temporary absence from home.** If you are away from your home district for three months or less, you can apply for treatment to any local doctor giving general medical services. Tell him you are a temporary resident *and quote your N.H.S. number.*

9. **Change of address.** If you change your address you may choose a new doctor by completing Part A on page 3. If you wish to continue to receive treatment from your present doctor, you should notify him of your new address immediately. You should also tell the Family Practitioner Committee, at the same time sending this card.

10. **Change of Doctor.** (a) If you choose a new National Health Service doctor because you have changed to a new address, you and the new doctor should fill in Part A *below.* (b) If you wish to change your doctor for any other reason either (1) you may transfer at once with consent of your present doctor and the new doctor; *Parts A and B below* should be completed by you and both doctors; *or* (2) you may write to the Family Practitioner Committee (at the address on the front page of this card) saying that you intend to change. This card **must** be sent with the letter; it will be returned to you with the necessary instructions. You will not be able to transfer in this case until at least 14 days after the Committee receives your letter.

*Drugs

### Part A

Application to be placed on the list of

Dr. ..... Date.....

Signature of applicant ‡.....

Address of ..... †Rural Practice

applicant .....

.....

.....

Signature of accepting Doctor .....

Drs. Code No. ..... Date.....

### Part B

I agree to this transfer.

Signature of consenting Doctor .....

Drs. Code No. ..... Date.....

‡ A person signing for the applicant should state relationship.
* If Doctor is to supply drugs he should enter D in space marked*
† If Doctor claims a rural practice payment he should enter in the space marked † the distance from his main surgery to the patient's residence and should inform the Family Practitioner Committee if he wishes to claim for units in addition to those for ordinary distance.

*Bild 6.3 Medical Card.*

Varje GP är samtidigt en egenförtagare och kan vägra ta upp viss patient på sin lista. Om en person inte kan få tag i en egen GP vänder han sig till FPC som har skyldighet att skaffa personen en GP. Om personen i fråga inte står på någon GP:s lista, dvs. saknar fast läkarkontakt, så finns en särskild kommitté, "Allocation Joint Committee" som består av personer från Local Medical Committee och FPC, för att lösa den uppkomna situationen. Denna kommitté tilldelar då patienten en viss läkare, och underrättar självfallet läkaren härom. Hänsyn tas bl. a. till sådana förhållanden som läkarens ålder, hälsa och redan befintligt patientantal vid denna form av tilldelning. Läkaren kan överklaga ett sådant beslut till FPC.

Det absolut vanligaste är att man väljer en läkare som är verksam inom den "area" man själv bor i. Geografiska omständigheter t. ex. kan kanske stundom motivera att man väljer läkare i en angränsande "area". Även denna variant är möjlig.

Under vissa betingelser finns det också möjlighet att vara registrerad hos två GP. Ett exempel härpå är s. k. "temporary residents". Om man vistas på en plats högst 3 månader (semester t. ex.) kan man bli registrerad hos en GP i denna "area" som temporary resident. Detta medför då inte att man avförs från "ordinarie" GP.

Ett annat exempel härpå kan vara en kvinna som under havandeskapet behöver därför särskild avsedd medicinsk vård. Detta kan hon få hos sin vanliga GP om nu denna har tillräcklig kompetens på detta område eller hon kan för just denna medicinska vård kontakta en GP med särskild kompetens inom detta område.

### *Byte av läkare*

Byte av läkare kan ske av flera skäl. Enligt bestämmelserna kan man byta läkare om t. ex.

a) man själv har flyttat
b) man har fått skriftligt samtycke från nuvarande läkare att övergå till annan läkare
c) ens egen läkare har ändrat adress för sin mottagning.

Byte av läkare aktualiseras också vid läkares dödsfall eller pensionering t. ex. Det åligger då FPC att meddela vederbörande patienter att de har rätt att söka sig till ny läkare. FPC kan i sådana fall också vidta temporära arrangemang som att utse en eller flera läkare att under en övergångsperiod ta sig an dessa patienter. Frekvensen av läkarbyte lär enligt vissa uppgifter inte vara särskilt hög. Den kan dock vara större i urbaniserade och främst storstadsområden där människor flyttar ofta. En patient kan också få byta läkare av andra skäl än dem som nämnts ovan, men i så fall måste en ansökan härom inlämnas till FPC.

### *Familjeläkarens ansvar för sina patienter*

I och med att en GP upptagit en patient på sin lista vilar ett stort ansvar på GP-n för patientens rätt och möjlighet att få hälso- och sjukvård. GP-n och

annan personal inom primärvården utgör frontlinjen i hela sjukvårdssystemet. På grund av att det ibland kan uppstå långa väntetider till specialistkonsultationer finns också en trend i den riktningen att GP-n sköter mer och mer av sjukvården.

I teknisk-formell mening är GP-n ansvarig för sjukvård åt sina patienter 24 timmar om dygnet. Detta innebär inte att han t. ex. måste göra ett hembesök mitt i natten om patienten begär det, eller att en patient måste få komma till doktorns mottagning samma dag som hon kontaktar läkaren. Det är läkarens omdöme som avgör om ett hembesök är nödvändigt eller ej, eller om patienten kan vänta med besök en eller ett par dagar. Om en patient verkligen insisterar på hembesök nattetid eller besök på mottagningen inom loppet av några timmar torde läkaren i regel tillmötesgå dessa önskemål. En av fördelarna med familjeläkarsystemet är dock att läkaren som regel lär känna sina patienter mycket bra, och denna erfarenhet underlättar hans ställningstaganden till angelägenhetsgraden av ett hembesök eller dylikt. Hembesöksverksamheten torde också rent allmänt ha minskat i omfattning. Från läkarhåll har som tänkbara orsaker härtill framförts att urbaniseringen t. ex. medfört att patienterna kommit att bo närmare mottagningarna än för t.ex. 10–15 år sedan, alltfler människor har bil som gör det lättare att ta sig till doktorn, likaså kan kommunikationen mellan patient och läkare ofta fullgöras på telefon.

Att vara tillgänglig för sina patienter dygnet runt blir naturligtvis i längden ytterst påfrestande, även om nätterna och sena kvällar oftast får vara ostörda. GP-n kan därför ordna med någon form av *jourtjänst*. Andra omständigheter som semester, ledighet för utbildning etc. kräver också att det finns någon som träder in i läkarens ställe. För att en GP skall kunna få denna avlastning krävs dock tillstånd från FPC. Den ställföreträdande läkaren i sådana fall kan vara en partner till GP-n (om de bedriver sin mottagning under formen av "partnerskap"), det kan vara någon annan GP (flera GP kan t. ex. rotera jouransvaret mellan sig) eller det kan vara en kommersiell "deputising service". Den trend som skett mot allt fler gruppläkarmottagningar och minskad andel enläkarmottagningar får bl. a. ses mot bakgrund av att en sådan verksamhetsform underlättar ett roterande joursystem, där varje läkare kan få en rimlig andel fritid.

Principen med *tidsbeställda besök* har fått en allt större omfattning bland GP. Ca 2/3 av alla familjeläkare tillämpar någon form av patientbokningssystem. Oftast kombineras detta med att man dessutom har en angiven tid under vilken man är anträffbar på mottagningen utan någon förut avtalad tid.

### *Läkarmottagningar – health centres eller privata*

De lokaler i vilka GP m. fl. bedriver sin verksamhet kan vara av två principiellt skilda slag: s. k. health centres (ung. svenska vårdcentraler) eller av läkaren/läkarna ägda lokaler. Skillnaden ligger således huvudsakligen i ägandeförhållandet. Health Centres byggs och ägs av Area Health Authorities. De är planerade och dimensionerade för att innehålla lokaler för ett antal GP men också övrig personal som receptionister, distriktssköterskor "health visitors", skolsköterskor, tandläkare, apoteksverksamhet, social service

m. m. Det är dock sällan ett health centre inrymmer alla dessa aktiviteter. Omfattningen varierar från ett health centre till ett annat.

Den andra varianten är alltså av GP ägda mottagningslokaler. Dessa varierar också i storlek. Det kan vara enläkarmottagningar eller flerläkarmottagningar. Antalet övrig personal varierar också. Även här kan finnas distriktssköterskor, sköterskor anställda av läkaren(na), receptionister, health visitors m. fl.

Även om GP-n skulle ha sin mottagning inrymd i ett health centre så är han fortfarande sin egen företagare. Han kan verka i grupp med övriga GP i centret eller han kan arbeta som ensamläkare. Arbetsformen för läkarna inom ett health centre bestäms således av läkarna själva.

Om man ser till utvecklingen vad beträffar enläkar-flerläkarmottagningar kan följande konstateras. 1948 när NHS-systemet trädde i kraft arbetade familjeläkarna huvudsakligen som ensampraktiker. Mottagningsverksamheten fortsatte ofta till långt fram på kvällarna och hembesöken var många. I och med NHS-reformen började man från myndigheternas (Department of Health & Social Security) sida försöka intressera familjeläkarna för förändringar enligt följande linjer:

1) fler gruppläkarmottagningar
2) ökad satsning på teamarbete mellan GP och andra personalkategorier inom primärvården, då främst distriktssköterskor och s. k. health visitors
3) förbättrade/moderniserade mottagningslokaler.

Eftersom familjeläkarna var – och är – egenföretagare har man sökt uppnå dessa förändringar genom ekonomiska stimulansåtgärder. Betalningssystemet kommer att beröras närmare nedan, men här kan nämnas att man infört särskilda arvoden för läkare som slagit sig samman och arbetar i grupp (dock med egna patientlistor).

Stimulansen för teamarbete har skapats genom att man infört förmånliga ekonomiska villkor för de(n) läkare som anställer hjälppersonal av olika slag.

Vad beträffar lokaliteterna för GP:s verksamhet varierar dessa i utrustning och standard. På grund av läkarnas egenföretagarstatus äger de i regel själva sina lokaler. I de kontrakt som en GP ingår med FPC under NHS-systemet ingår att läkaren måste acceptera att inspektioner av lokalernas standard kan äga rum. Många mottagningar var i ganska dåligt skick i synnerhet vid tiden för NHS-systemets införande 1948. Även i dag kan standarden vara mycket olika. Det är läkarna själva som i de fall de äger sina lokaler får svara för moderniserings- och upprustningskostnader.

Som framgått har man från det offentliga sökt åstadkomma bättre lokalförhållanden på två helt skilda vägar: dels genom att bygga – i offentlig regi – health centres och försökt få läkarna att etablera sig i dessa, dels genom förmånliga ekonomiska bidrag i samband med modernisering av privata lokaler. Utvecklingen av health centres har dock gått ganska trögt. Det tycks finnas en klar ängslan eller osäkerhet hos GP att etablera sig i dessa lokaler. Från läkarhåll har man bl. a. sagt, att driftkostnaderna blir orimligt höga i dessa större byggnadskomplex, vilka ju som nämnts ofta inhyser en rad olika funktioner. Möjligheten för läkarna att påverka dessa kostnader är mindre än

om de har sina egna praktiklokaler, har man vidare sagt. En mycket positiv inställning till health centres förekommer dock också hos vissa GP, i synnerhet hos dem som redan arbetar i sådana lokaler. Om det är bra eller ej tycks således bero på personliga uppfattningar hos GP och till viss del kanske beroende på om de prövat på att arbeta i health centres eller ej. En faktor som kan spela in är naturligtvis de förmånliga bidrag som ges till GP för upprustning av deras egna lokaler i kombination med att värdestegringen på egna lokaler kommer GP-n själv tillgodo. Health centers ägs ju av AHA.

För närvarande finns det ca 700 health centres i England. Antalet GP som verkar i dessa är ca 3 300 (i genomsnitt ca 5 läkare per health centre). När det gäller den optimala storleken på antalet läkare i gruppmottagning, vare sig det gäller health centre eller privata lokaliteter ansågs tidigare att det skulle ligga på 10–12 läkare. Under senare tid har man dock reviderat dessa åsikter och anser numera att en grupp på ca 5 läkare är bäst.

Andelen gruppläkarmottagningar har som tidigare nämnts ökat. Möjligheterna att "täcka upp" för varandra under nätter och helger underlättas, och från myndighetshåll premieras gruppverksamhet rent ekonomiskt. Det kan också ge bättre utrymme för viss medicinsk profilering bland de GP som verkar i gruppen och göra det mer ekonomiskt lönsamt med anskaffande av viss gemensam utrustning, personal m. m.

En jämförelse mellan olika former av mottagningar 1966 och 1976, framgår av tabell 6.7.

**Tabell 6.7 Antalet praktikmottagningar fördelade efter antal läkare vid mottagningen i England 1966 och 1976**

| Antal mottagningar | Totalt | 1-läkarmottagn. | 2-läkarmottagn. | 3-läkarmottagn. | 4-läkarmottagn. | 5- el.> läkarmottagn. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1966 (abs) | 9 743 | 4 515 | 2 873 | 1 491 | 590 | 274 |
| 1966 (%) | 100 | 46 | 30 | 15 | 6 | 3 |
| 1976 (abs) | 8 924 | 3 494 | 2 094 | 1 658 | 946 | 732 |
| 1976 (%) | 100 | 39 | 23 | 19 | 11 | 8 |

Källa: Health and Personal Social Service Statistics for England 1977. Department of Health & Social Security.

Antalet mottagningar med 3 eller fler läkare har således ökat. Den största ökningen ligger relativt sett på 5 eller > 5-läkarmottagningarna. Antalet mottagningar med mer än 5 läkare är dock inte särskilt stort.

### *Läkarnas betalningssystem*

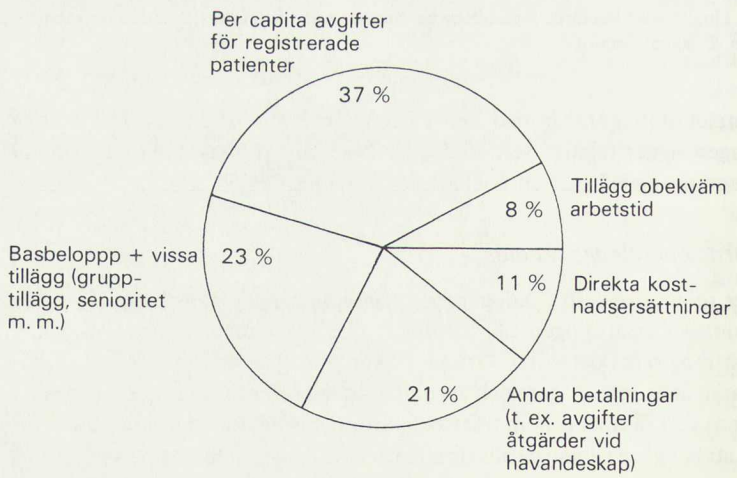
Under tidigare avsnitt i redogörelsen har flera gånger framskymtat att den ekonomiska ersättningen till GP under NHS-systemet består av en riklig uppsättning olika delposter. Grundorsaken härtill är förhållandet att familjeläkaren är egenföretagare och att man från det offentliga påverkat och styrt läkarens verksamhet genom finansiella stimulansåtgärder. Det skulle föra för långt att här gå in i detalj på alla de olika ersättningspunkter som finns. Till att

börja med kan sägas att patienten i regel inte betalar någon besöksavgift alls. De huvudsakliga ersättningarna kan grupperas på följande sätt:

1. Ett basbelopp, som inte påverkas av antal patienter etc.
2. Särskilda ersättningar avseende
   a) "tjänsteår" (senioritetsprincipen)
   b) gruppraktik
   c) etablering och verksamhet i områden som är underförsörjda med läkare (designated areas)
   d) "vocational training" (om GP genomgått en längre utbildning än vad som är minimikrav för att verka som familjeläkare).
3. Per capita-ersättning för antalet patienter på läkarens lista (ersättningen differentierad efter patientens ålder).
4. Vissa ersättningar för skyldigheten att ställa upp på s. k. obekväm arbetstid (t. ex. ersättning för hembesök nattetid).
5. Ersättningar för
   a) vaccinationer och andra åtgärder som vidtas utifrån allmän folkhälsa i förebyggande syfte
   b) behandling av "temporary residents" (patienter som tillfälligt befinner sig i området)
   c) tillhandahållande av medicinska tjänster i samband med havandeskap samt kontraceptiva åtgärder.
6. Ersättningar avseende
   a) anställande av hjälppersonal, receptionist, sköterskor,
   b) lokalhyra och viss upprustning (enligt särskilda värderingsnormer)
   c) anställning av vikarie under sjukdom eller viss annan frånvaro.

Storleken av de olika ersättningarna fastställs på grundval av rekommendationer från The Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration; ett organ på nationell nivå.

Vilka inkomstposter som betyder mest för GP kan belysas med fig. 6.3.




*Figur 6.3 Ersättningar till GP 1976/1977 fördelade på olika kostnadsslag.*

Källa: Uppgifter inhämtade vid utredningens besök.

*Några utbildningsaspekter rörande GP*

Så sent som för 25–30 år sedan hade GP (allmänläkaren) i England en låg status jämfört med specialistläkarna vid sjukhus eller annorstädes. 1952 grundades The Royal College of General Practitioners som är medicinskt fackorgan för allmänläkarna. Detta institut ägnade sig bl. a. åt att försöka höja allmänläkarnas värde, såväl bland deras medicinska kolleger som hos allmänheten. Att det skett en omvärdering under de 25 år som Royal College har verkat är väl inte enbart institutets förtjänst. Men en attitydförändring synes i vilket fall ha skett. Vid undervisningssjukhusen finns det idag institutioner för "general practice" vid inte mindre än 23 sjukhus, 12 inom London och 11 i det övriga England. Syftet med undervisningen vid dessa institutioner är att ge studenterna medicinkunskaper inom den referensram som anses nödvändig för att på ett tillfredsställande sätt kunna verka som GP ute i samhället. För närvarande räknar man med att ca hälften av alla medicinstuderande kommer att bli allmänläkare. Ca 3 000 läkare utbildas varje år i Storbritannien (England, Skottland och Wales). Under 80-talet hoppas man kunna utöka detta antal till ca 3 600. För att belysa den framskjutna ställning som allmänläkarna har i England idag kan man i den officiella statistiken se att antalet sjukhusläkare (inkl. underläkare under utbildning) 1976 var knappt 30 000 eller omräknat i heltidstjänster mellan 27 000 och 28 000. Antalet allmänläkare i primärvården var för samma år ca 22 000 (då har inräknats även dem som har vissa inskränkningar i sin service samt assisterande läkare och "trainees" dvs. läkare under utbildning).

Utbildningens längd och innehåll för blivande allmänläkare har diskuterats flitigt i England. Utbildningsdiskussionerna har rört två skilda former av utbildningar: dels vad man skulle kunna kalla för (återkommande) efterutbildning, dels en förlängning av den första sammanhängande utbildningen till läkare och GP.

Ser man till efterutbildningen (post-graduate training) finns det idag inte några obligatoriska inslag härav. Fram till oktober 1977 fanns ett visst incitament för GP att ta vissa efterutbildningskurser eftersom genomgång av dessa kurser påverkade arvodena för senioritetstillägg. Denna koppling har numera upphört.

Det finns dock även nu ett visst ekonomiskt incitament till efterutbildning (s. k. post-graduate training allowence). Från Department of Health & Social Security har man också utgivit en PM rörande fortsatt efterutbildning av GP. Den redogör bl. a. för vilken typ av kurser eller andra former för utbildning som är av den karaktären att departementet kan tillskjuta vissa ekonomiska medel samt vilka områden man anser särskilt angelägna att ge utbildning på. Bl. a. nämns här obstetrik, familjeplanering, farmakologi, yrkesmedicin, barnhälsovård, rehabilitering m. m.

Den andra biten i utbildningsdebatten har rört en förlängd utbildning av de blivande allmänläkarna innan de kan börja arbeta självständigt som GP. Det är denna typ av utbildning som kallas "vocational training" (yrkesutbildning). De som har genomgått en sådan utbildning prioriteras genom extra arvoden för detta när de väl börjar arbeta. Royal College of General Practitioners har önskat att denna utbildning skulle omfatta 5 år (dessförinnan har läkaren ca 5 års studier och 1 års sjukhustjänstgöring bakom sig).

Idag är denna utbildning, som väl närmast kan liknas vid den svenska FV-utbildningen, inte obligatorisk. Dessutom har man nått en kompromiss om att den bör omfatta 3 år, varav 1 år inom "general practice" som "trainee" och 2 år på sjukhus inom vissa föreskrivna specialiteter. Det praktiska genomförandet av en sådan förlängd utbildning är f. n. föremål för överläggningar.

### *Andra personalkategorier inom primärvården*

Till de s. k. primärvårdstjänsterna hör förutom familjeläkarna annan medicinsk vårdpersonal, ofta knuten till familjeläkarna, samt även tandläkare, ögonläkare och optiker, apotekare m. fl. Vad beträffar ögonläkare och tandläkare finns ingen motsvarighet till det särskilt uppbyggda patient-läkarförhållande som återfinns i familjeläkarvården. I det följande inskränks beskrivningen till en presentation av de personalkategorier som tillsammans med familjeläkaren utgör ett vårdteam.

En vanlig uppsättning på ett primärvårdsteam är:
Familjeläkare
Distriktsköterska
"Health visitor"
Barnmorska
och ev. Socialarbetare.

Antalsrelationerna mellan de olika personalkategorierna kan variera, men enligt uppgift kan det anses vanligt med en distriktsköterska för 2 GP och likaså en "health visitor" på 2 GP. Betjäningsunderlaget varierar men en GP har i genomsnitt 2 000–3 000 patienter. En distriktssköterska brukar svara för 3 000–4 600 patienter och en "health visitor" för 2 500–4 000 patienter.

En av de bärande tankarna bakom uppförandet av health centres är just att få till stånd ett teamarbete mellan de olika grupperna. Som tidigare nämnts har dock GP varit obenägna att gå in i dessa centra, och därför har man istället sett till att distriktssköterskor och health visitors lokaliserats till läkarnas egna mottagningar. Ca 80 % av sköterskorna och health visitors är idag knutna till GP.

*Distriktssköterskan* har en examen som SRN (State Registered Nurse). Hon har ansvaret för den vård och de behandlingar som ges av henne själv, assisterande sköterskor eller övrig hjälppersonal. Det är i stor utsträckning distriktssköterskan som klarar vissa medicinska vårdhandlingar i hemmen. De har också särskild utbildning i hemsjukvård. Antalet distriktssköterskor med SRN-status var 1975 ca 9 300 heltid. Därtill kom ca 2 400 distriktssköterskor med SEN-status (State Enrolled Nurse). *Health visitor* är likaså en SRN-sköterska med viss utbildning inom barnmorskegebitet. Hon har dessutom en 1-årig utbildning inom hälsoupplysning och förebyggande vård. Hennes specialområde är egentligen barnhälsovård och hon har därvid i första hand att se till att redan friska barn fortsätter att vara friska. I samband med att modern i en familj fått barn gör hon också hembesök och ger råd om barnets skötsel. Hon betraktar också hela familjen som sitt arbetsområde och kan därför ofta bli den första som märker att störningar är på gång och att familjen behöver stöd i någon form. Hon är kort sagt utbildad till att förstå relationer i en familj. Antalet health visitors var 1975 ca 6 600 (heltid).

*Barnmorskans* uppgifter är självklara. Hon hjälper till med förlossningar i hemmet eller på sjukhusklinik. När en mor kommer hem efter förlossning på sjukhusklinik är det ofta barnmorskan som ger råd och hjälp till henne. Efter viss tid blir detta mera lämpligt att ombesörjas av health visitor. Antalet legitimerade barnmorskor i primärvården var 1975 ca 3 000 (heltid). En fastare knytning mellan dessa och sjukhusens BB-avdelningar pågår.

*Skolsköterskorna* är ytterligare en kategori inom primärvården. Hon svarar bl. a. för hälsoupplysning till skolbarn i alla åldrar. Ibland kan hon vara knuten till en health visitor inom skolhälsovården. Skolsköterskekategorin inom skolhälsovården – health visitors + övriga sköterskor – uppgick 1975 till ca 3 300 (heltid).

Förutom de här uppräknade personalkategorierna kan det finnas assisterande personal av olika slag. Distriktssköterskorna kan ha "hjälpsköterskor", likaså kan health visitors.

Vanligen finns också en sköterskekategori som kallas *"practice nurse"* (mottagningssköterska). Hon är i regel anställd av GP och svarar för t. ex. receptionstjänster + vissa vårdinslag. Hennes verksamhet är dock som regel begränsad just till själva mottagningen.

Det har på senare år också blivit vanligare med ytterligare en läkarkategori, *"community health doctors"*. Dessa läkare är anställda av primärkommuner och har barnhälsovård och familjeplanering på sitt schema. Som regel är de mer socialmedicinskt inriktade än familjeläkarna.

### *Samverkan och kontinuitet i vården*

Hela det engelska hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt på att primärvården – och där främst familjeläkaren – utgör den första kontaktytan för patienterna. Genom att så gott som alla har sin egen familjeläkare och denne har ett vittgående ansvar för att hans/hennes patienter får adekvat vård är en del av förutsättningarna för en god kontinuitet i vården tillgodosedda. Familjeläkaren utgör hjärtpunkten i hela vårdsystemet, i varierande utsträckning tillsammans med övrig primärvårdspersonal. Det är exempelvis hos familjeläkaren som patientens journal förvaras. Om det skulle vara nödvändigt med överföring av patienten till specialist eller sluten vård, så erhåller familjeläkaren kopior av de journalanteckningar som föranletts av vården på denna nivå. Journalen följer patienten hela livet. Vid byte av läkare övergår journalhandlingarna till den nye läkaren. Vid patientens död insänds de till FPC. Familjedoktorn har således utmärkta förutsättningar för att verkligen känna sina patienter från medicinsk synpunkt. I praktiken har han också ett stort ansvar för att det inte uppstår några "glapp" i en vårdkedja. Självfallet är han härvidlag beroende av andra inblandade parter. Men möjligheterna för honom att verkligen följa en patient under skilda faser i vårdkedjan är onekligen goda. På sina håll tycks det dock uppstå vissa problem med väntetider och köer till specialistundersökningar. Men detta är inte unikt för England.

Samverkan *inom* primärvården tycks enligt uppgift präglas av större problem. Detta att ingå som en del i ett team är för många familjeläkare en ny och ovan roll. Inte alla har kunnat växa in i den på det sätt som man hoppats

på. Många förbättringar torde gå att göra beträffande samarbetet mellan den sociala delen av primärvården och den mer renodlade hälso- och sjukvården.

*Det engelska systemet i framtidsperspektiv*

Bl. a. mot bakgrund av den bekymmersamma allmänna ekonomiska situationen under 70-talet publicerades 1976 en skrift med titeln "Priorities for Health and Personal Social Service in England. A Consultative Document". I denna redovisade dåvarande Secretary of State for Social Services Barbara Castle sin syn på vilka prioriteringar som borde göras framöver inom hälso-, sjukvårds- och socialområdet. I detta dokument understryks vikten av primärvården och att den tillhör de delar som bör prioriteras. Hon förutsätter att familjeläkarverksamheten fortsätter att expandera och i ännu högre grad den verksamhet som bedrivs av distriktssköterskor (hemsjukvård) och health visitors. Efter att detta dokument diskuterats ute i landet och remissynpunkter inkommit utgav Barbara Castles efterträdare i ämbetet David Ennals hösten 1977 ett aktstycke under titeln "Priorities in the Health and Social Service. The Way Forward". Även här understryks angelägenheten av den fortsatta satsningen på primärvården. Bl. a. ska den innehålla ett fortsatt byggande av health centres.

Från familjeläkarhåll har också sagts, att England kommit i den ekonomiska situation där en fortsatt utbyggnad av vårdsektorn med nödvändighet måste ske på verksamheter som kan karaktäriseras som "low technology". Dit skulle då bl. a. höra familjeläkarverksamheten.

Om några mer påtagliga förändringar är att vänta vad gäller det "inre" arbetet i primärvården och familjeläkarsektorn är svårt att säga. Den kraftigare satsning som är att vänta på health visitors och distriktssköterskor kan naturligtvis leda till att dessa personalkategorier kan komma att ta på sig en del arbete som idag utförs av familjeläkarna själva.

Den redan sedan flera år pågående trenden att familjeläkarna sluter sig samman i gruppmottagningar – självvägda eller i health centres – väntas också fortsätta. Detta bottnar bl. a. i det rimliga antagandet att morgondagens läkare kommer att vara mindre benägna att ställa upp för sina patienter 24 timmar om dygnet. I förlängningen av en sådan utveckling kan också ligga ett ökat tryck på akutsjukhusen.

Frågan om att införa specialister i GP:s gruppmottagningar har också diskuterats inför framtiden. En utredning, den s. k. Court-rapporten, föreslog bl. a. att det skulle finnas GP som skulle sköta all vård av barn. Från general practitionerhåll har man starkt vänt sig mot dessa idéer. De skulle nämligen få till följd att dessa GP kände till något enbart om barn, och de övriga endast något om vuxna patienter. Därmed skulle dels familjeläkarprincipen urholkas, dels skulle det vara i strid med hela ideologin bakom disciplinen allmänmedicin.

## 6.6 Familjeläkare och primärvård – några övriga utländska erfarenheter

### 6.6.1 *Familjeläkarsystemet i Nya Zeeland*

Den organisation och uppbyggnad för hälso- och sjukvård som i dag finns i Nya Zeeland kan i första hand sägas vila på den Social Security Act som antogs år 1938. Därigenom skapades ett enhetligt socialförsäkringssystem inkluderande kontanta ekonomiska ersättningar vid inkomstbortfall i samband med sjukdom samtidigt med ett system som utformades så att medicinsk vård, och då även sjukhusvård, skulle bli tillgänglig för alla invånare. Kostnaden härför skulle bestridas av skattemedel. De huvudsakliga hälso- och sjukvårdsförmånerna som "general medical services" (allmänläkarvård), sjukhusvårds- och farmaceutiska förmåner kom i gång vid olika tidpunkter under perioden 1939–1941.

#### *General medical services och familjeläkarna*

General medical services är ett sammanfattande begrepp som avser den service som tillhandahålls av allmänläkarna (general practitioners, GP). Liksom i England och Danmark är det GP, eller familjeläkaren som han också kallas, som är centralfiguren inom hälso- och sjukvårdssystemet. Förutom att familjeläkaren ger sina patienter direkt vård fungerar han också som samordnare av de allehanda vårdtjänster som står allmänheten till buds, vare sig det gäller vård i offentlig eller privat regi. Han har fördelen av att ha direktkontakt med det lokala allmänna sjukhuset och dess öppenvårdsavdelning plus olika hjälpverksamheter som t. ex. distriktssköterskor, hemsamariter, socialarbetare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl. Familjeläkaren ordnar också med specialistkonsultationer för sina patienter antingen vid offentligt sjukhus eller på privat basis.

#### *Val av läkare m. m.*

Allmänheten har full frihet när det gäller att välja familjeläkare. Det förekommer inte någon styrning eller tilldelning av patienter till vissa läkare e. d.

Vanligen hör samtliga medlemmar i en familj till en och samma läkare, men undantag finns från denna regel.

De allra flesta konsultationerna äger rum på läkarens mottagning. Telefonkonsultationer förekommer huvudsakligen i de geografiskt vidsträckta landsbygdsområdena. Hembesök av läkaren sker när så bedöms nödvändigt. Vanligast är dock hembesöken för de läkare som har en stor andel äldre människor bland sina patienter.

Det är få familjeläkare som numera har vad man skulle kunna kalla kvällsöppet på sina mottagningar. Orsaken härtill är, enligt uppgift, bl. a. en vikande efterfrågan från allmänhetens sida på läkarhjälp kvälls- eller nattetid. De flesta läkarna är dock anslutna till ett roterande akutjoursystem, varför patienterna kan påräkna familjeläkarservice dygnet runt hela veckan, dock inte av just sin egen läkare.

*Läkarmottagningar/primärvårdsteam*

Eftersom familjeläkarna bedriver sin verksamhet som egenföretagare har det varit naturligt att läkarmottagningarna vanligen skötts som enläkarmottagningar. Detta är också i dag den vanligaste formen för de läkare som finns i landsbygdsområdena. I de mer urbaniserade områdena har dock idén om gruppraktik vunnit allt större anklang. Parallellt med gruppraktik på rent privat basis har också kommit en ökande tendens för familjeläkarna att sköta sin verksamhet utifrån s. k. health centres. Bakgrunden till dessa förändringar är mångfasetterad, men bl. a. består den i att yngre läkare tenderar att värna mer om sin fritid och om möjligheterna till efterutbildning m. m. Detta underlättas, om det finns andra läkare i närheten som kan "täcka upp" under någons frånvaro. Dessutom har utvecklingen av antalet patienter per familjeläkare under de senaste 20 åren, fram till år 1976, försämrats så att en familjeläkare i dag har ansvaret för betydligt fler patienter än vad som anses optimalt. För att underlätta att över huvud taget få läkare till vissa områden, nämligen de mest geografiskt otillgängliga s. k. special areas, erbjuds läkarna i dessa områden också generösa ekonomiska villkor plus – ofta – hyresfri bostad.

De s. k. hälsocentra i Nya Zeeland kännetecknas av att det där bedrivs primärvård av team som står under ledning av allmänläkaren/familjeläkaren. I allt större utsträckning kommer dessa hälsocentra att uppföras i offentlig regi och inte på privat basis. Man förutser också en utveckling i detta sammanhang där distriktssköterskor och public health-sjuksköterskor kommer att finnas under samma tak som andra personalkategorier i primärvårdsteamen.

Omfattningen av ett primärvårdsteam varierar från plats till plats beroende på de vårdbehov som finns inom det område centrat skall betjäna. Baskomponenterna uttryckt i personalkategorier är dock förutom läkaren sjuksköterskor, socialarbetare, sjukgymnaster och möjligen arbetsterapeuter samt administrativ personal. På sjuksköterskesidan finns förutom distriktssjuksköterskor och public health-sjuksköterskor också en kategori som kallas plunket nurses. Deras huvudsakliga uppgifter består i att se till att friska barn även fortsättningsvis bevarar hälsan. De är således i många stycken en motsvarighet till Englands health visitors. Det har också blivit allt vanligare med ytterligare en sjuksköterskekategori den s. k. "practice nurse" (mottagningssköterskan) som till skillnad från övriga personalkategorier är anställd av läkaren själv. Att systemet med "mottagningssköterskor" kom till bottnar bl. a. i att man ville locka läkare att etablera sig i områden som betecknas som designated rural areas. De är oftast geografiskt avlägsna kommuner och städer med mindre än 5 000 invånare. År 1969 infördes vissa ekonomiska och andra incitament för att få läkare till dessa platser. Bland de medel som kom att betyda mest var ett särskilt bidrag till läkare som anställde en sjuksköterska som skulle arbeta vid hans sida och som kunde hjälpa till med hembesök m. m. I augusti 1975 fanns det 236 sådana sjuksköterskor och i mars 1976 över 300. Systemet blev så populärt att man under år 1977 utsträckte detta bidrag till att omfatta även läkare inom mer urbaniserade områden. Arbetsuppgifterna för dessa practice nurses varierar starkt från fall till fall beroende bl. a. på läkarens inställning och sköterskans egen kompe-

tens. Vissa mottagningssköterskors arbete inskränker sig till att de är receptionist/sekreterare medan andra fullgör en rad rent kliniska uppgifter.

*Familjeläkarna – tillgång och behov*

Som nämnts anses familjeläkarna vara ryggraden i det nyzeeländska hälso- och sjukvårdssystemet. Den uppfattningen är gemensam för såväl hälsomyndigheter, allmänhet som läkarkretsar. Vid ett möte i april 1976 med en "Planning Workshop" i vilken deltog representanter för hälsomyndigheter, utbildningsväsendet, läkare m. fl. utarbetades en rapport som analyserar hälso- och sjukvårdens utveckling i Nya Zeeland fram till år 1976 och även framöver och med huvudsaklig inriktning på det kommande behovet av olika medicinska yrkeskategorier (Medical Manpower in New Zealand, Medical Council of New Zealand, 1976). I denna rapport understryks enigheten om att familjeläkarna även i fortsättningen måste utgöra frontlinjen i vårdsystemet. Man anser det vara bäst från såväl patientsynpunkt som från en ekonomisk utgångspunkt. I de allra flesta fallen behöver patienten inte mer kvalificerad vård än den som familjeläkaren kan ge. Vid denna konferens kände man ändå ett starkt behov av att understryka hur viktigt det var med ett fungerande familjeläkarsystem. Detta mot bakgrund av att de senaste 25 åren inneburit att sjukhussystemet tenderat att underminera förutsättningarna för allmänpraktikernas verksamhet. Sjukhusväsendet har blivit överbelastat med diagnostiska och terapeutiska problem som mycket väl skulle kunna handhas av familjeläkarna. Enligt rapporten gällde det därför att omgående stötta familjeläkarväsendet.

En orsak till de beskrivna problemen finns i den bekymmersamma rekryteringssituationen för familjeläkare. Under de senaste 25 åren hade deras andel av läkarkåren sjunkit kraftigt ända fram till år 1975 då det genom en starkt ökad immigration av GP lättade något.

År 1975 fanns det ca 1 500 familjeläkare i aktiv tjänst (antalet invånare var då ca 3 miljoner). Familjeläkarkåren företedde också en bekymmersam åldersstruktur. År 1967 hade en tredjedel av dem varit över 50 år. År 1975 var det nästan hälften som passerat det åldersstrecket. I rapporten som bl. a. redovisade beräkningar för läkarbehovet år 1986 hade man kommit fram till att det år 1986 behövdes 5 650 läkare i Nya Zeeland. Av dessa borde 2 165 vara allmänläkare/familjeläkare. Med hänsyn tagen till befolkningsutvecklingen skulle detta innebära en familjeläkare på 1 650 invånare. År 1975 var motsvarande täthet 1/2022. Om detta mål skall uppnås krävs en utbildningsvolym på drygt 800 allmänläkare under perioden 1977–1986. Avräkningar har då gjorts för bl. a. pensioneringar och emi/immigrationsförhållanden. De senare faktorerna har en mycket viktig påverkan på läkarsituationen i landet.

För att klara ett sådant utbildningsprogram ansåg man att det skulle behövas ett särskilt organiserat och upplagt utbildningsprogram just för blivande familjeläkare. Man konstaterar med beklagande att det f. n. inte finns någon självständig institution för "family medicin" vid någon av de inhemska medicinhögskolorna. Av avgörande betydelse skulle vara att betydande resurser styrdes till just utbildningen av allmänläkare.

Prognoserna rörande läkartillgången synes dock ha reviderats eller blivit mer optimistiska sedan detta debattprogram framlades år 1976. Enligt uppgifter från Department of Health i januari 1978 så räknar man numera med att det redan år 1981 skall råda balans mellan efterfrågan och utbud på samtliga läkarkategorier.

### *Avgränsning familjeläkarvård–specialistvård Ett ändrat vårdmönster?*

Familjeläkarna har ju den dubbla funktionen att dels själva ge vård till sina patienter, dels avgöra om och när andra resurser behöver sättas in som t. ex. specialistvård i öppen eller sluten form. Mot bakgrund härav diskuterades också vid aprilmötet 1976 hur avgränsningarna mellan familjeläkarvård och specialistvård kunde utvecklas framöver. Man såg två alternativa utvecklingslinjer: familjeläkarna kunde komma att i tilltagande utsträckning remittera fall som bedömdes som komplicerade till specialister, eller alternativt kunde det ske att familjeläkarna kom att behandla en allt större del av diagnospanoramat. Konsekvenserna för specialistläkarna skulle bli olika beroende på vilken linje som kom att följas. I dessa frågor uppnåddes inte någon total samstämmighet. Familjeläkarna var i princip för en utveckling enligt den senare linjen, medan specialisterna hade vissa reservationer inför en sådan utveckling. Självfallet skulle den bl. a. vara avhängig av vad slags utbildning allmänläkarna egentligen kunde få. Det förelåg dock enighet om att familjeläkarna väl kunde utvidga sitt ansvar inom områden som allmän internmedicin, pediatrik, geriatrik och psykiatri.

### *Teamwork inom familjeläkarsystemet*

I rapporten från aprilmötet 1976 diskuterades också lagarbetet inom familjeläkarvården. Tidigare har nämnts de personalkategorier som kan vara aktuella i detta sammanhang. Förutom läkare finns t. ex. distriktssjuksköterska, public health-sjuksköterska, de s. k. plunket nurses, mottagningssköterska, men också andra kategorier som socialarbetare, sjukgymnaster m. fl. Ett utvidgat och ökat ansvar för familjeläkarens del gentemot specialistläkarna nödvändiggör att uppgifter som med fördel kan utföras av annan personal än läkare verkligen också delegeras till denna personal, heter det. Man anser det vara klart belagt, att det finns ett stort utrymme för denna typ av delegering inom familjeläkarvården. Samtidigt uttrycks en förståelse för att beredvilligheten att delegera uppgifter varierar mellan olika läkare. Inom ramen för detta lagarbete uppstår ett särskilt återkommande problem, nämligen om det är läkaren som skall "övervaka" sköterskans arbete eller om denna kontroll skall utföras av sjuksköterskesidan själv. För att indirekt belysa denna problematik har man om lagarbetet som sådant sagt följande: "Lagarbete är inte bara fråga om en grupp människor som kommer samman för att bidra till olika aspekter på patientvården; det inskränker sig inte heller till att en person avlastar en del av sin arbetsbörda på en annan. Lagarbete innefattar en klar definiering av varje lagmedlems roll och en av samtliga accepterad uppfattning att varje medlem har sin funktion att fylla. Lagarbetet når sin höjdpunkt, när laget inte bara arbetar gemensamt utan också tänker

gemensamt. Varje lagmedlem måste därför ha förståelse för den andres roll så att problemlösandet kan bli en samfälld snarare än individuell angelägenhet."

I rapporten dryftades också frågan om huruvida ett ökat användande av t. ex. sjuksköterskor inom familjeläkarvården på sikt skulle medföra ett reducerat behov av läkare. I den frågan ansåg man snarare att det tillskott som olika sjuksköterskekategorier utgör till familjeläkarverksamheten i själva verket knappast minskar den totala arbetsbelastningen, men däremot medför ett ändrat innehåll i t. ex. läkarens arbetsuppgifter. Detta torde också kunna uttryckas så, att man såg läkaren och sjuksköterskan som kompletterande storheter, men inte sinsemellan utbytbara.

### 6.6.2 *Österrike*

#### *Bakgrund*

Österrike är en federativ statsbildning bestående av nio "länder". Detta är av betydelse för bl. a. organisationen av hälso- och sjukvårdstjänster. Förbundsstatens högsta hälsomyndighet – Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz – har inte någon direkt maktfunktion beträffande hälso- och sjukvård på det mer lokala planet. Ansvaret härför ligger helt på delstatsnivå.

Drygt 96 % av befolkningen är ansluten till något sjukförsäkringssystem. I likhet med i flera andra länder på kontinenten finns det olika sjukförsäkringskassor som svarar för administrationen och utbetalande av läkararvoden m. m. Sjukförsäkringssystemen bestrider vanligtvis kostnaderna för bl. a. läkarbesök, sjukhusvård och farmaceutiska tjänster och betalar dessa direkt till vårdgivaren om denne slutit avtal med berörd försäkringskassa. Vissa försäkringskassor driver egna kliniker och sjukhus.

#### *Olika öppenvårdsresurser*

Sjukvården utanför sjukhus ombesörjs till stor del av *fritt praktiserande läkare.*

Vid sjukhusavdelningarna finns särskilda öppenvårdsmottagningar som skall kunna hjälpa den akut sjuke (med andra ord *akutmottagningar*).

Det finns också en rad självständiga öppenvårdsenheter *(hälsocentraler)* som oftast drivs av de olika försäkringskassor som finns i Österrike.

Av de olika vårdtjänster som står till buds utanför sjukhusen finns också förutom läkarverksamheten t. ex. "mobila sjuksköterskor", särskilda vårdtjänster för de gamla, kroniskt sjuka och handikappade. En ytterligare utbyggnad av dessa vårdtjänster planeras.

Något för hela Österrike enhetligt system för hur öppenvården skall vara uppbyggd finns således inte. Angelägna mål som närhet till vården och lättillgänglighet i övrigt försöker man i största möjliga utsträckning att beakta. Genom den verksamhet som de s. k. mobila sjuksköterskorna bedriver och genom andra personalkategoriers insats i t. ex. hemsjukvård har man kunnat märka en påtaglig avlastning av läkarens arbetsbörda. Vårdtiderna inom sluten vård har också kunnat förkortas i många fall och ibland har

man tack vare de intensifierade öppenvårdstjänsterna helt kunnat undvika att tillgripa alternativet sluten vård.

*Patient – läkare*

De fritt praktiserande läkarna har i stor utsträckning slutit avtal med de olika försäkringsorgan som finns. Som nämnts är mer än 96 % av befolkningen försäkrad i något sjukförsäkringsorgan. Vad beträffar patientens val av läkare är detta fritt. Man kan för varje enskilt tillfälle välja att gå till vilken läkare som helst, om denna har slutit ett avtal med patientens försäkringskassa. Som regel känner sig patienterna bundna till den läkare de en gång besökt, och därigenom uppstår oftast över tiden ett förhållande som kan karaktäriseras som ett familjeläkarsystem.

De läkare som svarar för denna familjeläkarvård är i regel allmänpraktiker. Sjukdomsfall som denne läkare bedömer kräva specialistvård remitteras till specialistläkare, vilket också kan innebära sluten vård. Att den allmänpraktiserande läkaren blir något av en familjeläkare beror bl. a. på att exempelvis barn och icke förvärvsarbetande make/maka genom försäkringsbestämmelserna åtnjuter sjukförsäkring via den "aktivt" försäkrade familjeförsörjaren. Den läkare som då – oftast – mannen/fadern valt att gå till behandlar som regel också den övriga familjen.

Konsultationsmönstret är sådant, att patienten alltid har tillgång till sin läkare under dennes mottagningstid. Vanligen söker patienten upp läkaren på dennes mottagning, men hembesök förekommer också.

Den vanligaste formen för läkaren att bedriva sin verksamhet är enmanspraktik. Här och var har dock gruppmottagningar kommit till stånd, men de utgör fortfarande en ringa andel.

Vad beträffar möjligheterna för en patient att nå sin läkare utanför vad som kan kallas ordinarie arbetstid, så kan – enligt uppgift – patienten oftast få denna kontakt. För kvälls- och nattjänstgöring har man i de större städerna dock inrättat olika former för jourverksamhet. I tilltagande utsträckning har dessa principer också spritt sig i mer landsbygdsbetonade områden.

När det gäller personal annan än läkare så utför de sina arbetsuppgifter enligt direktiv från och under uppsikt av läkaren. De vårdnadsuppgifter som t. ex. olika sjuksköterskekategorier är direkt utbildade för utför dock dessa under eget professionellt ansvar.

### 6.6.3 *Schweiz*

Schweiz är i likhet med Österrike en federativ statsbildning, bestående av 22 kantoner. De schweiziska kantonernas självständighet gentemot de federativa organen är mycket stor och har en djupt rotad tradition att falla tillbaka på i detta avseende. När det gäller sjukvården, såväl inom som utanför sjukhus, ligger det helt och hållet inom de olika kantonernas kompetensområde att besluta om dess utformning. Man kan därför inte säga, att hälso- och sjukvården är organiserad på ett visst sätt eller enligt visst mönster i Schweiz som helhet. Variationer föreligger i olika avseenden mellan de skilda kantonerna. Skillnaderna är särskilt påtagliga just i uppbyggnaden av mer eller mindre omfattande organisationssystem för vården; i en del kantoner

kan man tala om ett förhållandevis omfattande system för att bringa viss enhetlighet inom vårdsektorn, medan andra kantoner kännetecknas av betydligt mindre utvecklade organisationsmodeller för vårdverksamheten

*Försäkringssystemet*

Någon omfattande social- eller hälsoförsäkring på nationell nivå existerar inte i Schweiz. Genom en federal lag, som antogs år 1911, stadgades att detta var en uppgift för kantonerna, som kunde skapa socialförsäkringssystem själva eller överlåta det till kommunerna. De federala myndigheternas roll i detta sammanhang inskränker sig till att ge bidrag till erkända hälsoförsäkringsfonder/kassor samt att utfärda vissa minimikrav som fondorganen måste uppfylla för att komma i åtnjutande av de federala bidragen.

Anslutning till en försäkringskassa kan ske på två sätt: den kan vara obligatorisk eller den kan vara frivillig. År 1972 var det bara två kantoner som vidtagit åtgärder innebärande att hela deras befolkning ingick i ett obligatoriskt försäkringssystem. Inalles 14 kantoner hade vid den tiden ett obligatoriskt sjukförsäkringssystem för inkomsttagare vilkas årsinkomster låg under en viss nivå.

Vad beträffar den frivilliga anslutningen till de erkända försäkringskassorna så gäller att varje i Schweiz bosatt person enligt lag har rätt att ingå som frivillig medlem i en kassa vars villkor han/hon uppfyller. År 1971 var mer än 90 % av befolkningen ansluten till något försäkringssystem, antingen via obligatoriskt eller frivilligt medlemskap. 27 % av de då anslutna var det via obligatorier medan 73 % var det på frivillig väg. Försäkringssystemet är helt individuellt baserat. Familjemedlemmar blir t. ex. inte automatiskt medförsäkrade, utan var och en måste försäkra sig självständigt.

De olika försäkringskassorna är icke-vinstdrivande organisationer och ger samma förmåner till samtliga sina medlemmar. Deras stadgar m. m. måste också godkännas av ett organ på federal nivå.

Under första hälften av 70-talet uppgick försäkringskassornas antal till omkring 700. Ungefär 1/5 av dessa drevs av kantoner eller kommuner, medan återstoden var av kooperativ eller privat karaktär.

*Tjänster tillhandahållna via kassorna*

De minimikrav som formulerats på federal nivå för försäkringskassornas verksamhet var följande (1973/74):

1. Medicinsk vård. Behandling av läkare (fritt val av läkare bland de läkare som finns på kassans lista, dvs. de läkare som slutit ett avtal om sina tjänster åt kassan) och av annan sjukvårdspersonal.
   Patienten betalar del av kostnaden.
2. Läkemedel. Patienten betalar del av kostnaden.
3. Sjukhusvård. Kassan står för hela kostnaden avseende medicinsk vård, inkl. läkemedel dock ej för kost och logi.
4. Mödravård. Kassan betalar fyra kontroller under havandeskapet och en efter nedkomsten + kostnaderna för tjänster i samband med förlossningen som t. ex. barnmorska och läkare.

5. Tbc. Vårdkostnaden bestrids av kassa.

Som framgår av det hittills sagda företer situationen i Schweiz en något splittrad bild, åtminstone för svenska ögon. Det är därför inte heller förvånande att själva läkarverksamheten utanför sjukhus också präglas av avsaknad av enhetliga och mer omfattande styrnings- eller organisationssystem. Från schweizisk sida framhålls också, att ett mer "stelt" system vore otänkbart med hänsyn till den vikt man fäster vid att läkaryrket skall kunna utövas under liberala former och också under beaktande av patientens rätt att fritt välja läkare.

Den öppna sjukvården tillhandahålls vad gäller läkare via två system: de praktiserande läkarna och polikliniker, vilka oftast är sjukhusanknutna.

Patienten har ett helt fritt val mellan att gå till praktiserande läkare eller till poliklinik. Om en person vårdats i sluten vård så återförs patienten vid utskrivningen till den inremitterande läkaren.

Läkartillgången anses vara så pass god att patientens möjlighet till fritt val av läkare verkligen kan garanteras. För några år sedan (1972) rådde klara skillnader i läkartäthet mellan olika platser. I Lugano, som då hade den högsta familjeläkartätheten, var förhållandet en familjeläkare på 290 invånare, medan den i landsbygdsområdena ofta låg på 1/2000. Genomsnittssiffran för de tio största städerna var vid samma tillfälle 1/556. Enligt sifferuppgifter avseende år 1976 var familjeläkartätheten för hela Schweiz detta år 1/1001. Allmänpraktikerna/familjeläkarna kan etablera sig fritt och också driva rent privat praktik (dvs. ta emot patienter utanför avtalen med försäkringskassorna). Den rent privata verksamheten torde dock inte vara särskilt omfattande för de flesta, eftersom dryga 90 % av invånarna är anslutna till någon försäkringskassa. I det sammanhanget kan också noteras, att läkaren får sina inkomster via en avgift-per-åtgärdtariff som förhandlas fram mellan försäkringskassan och den lokala läkarföreningen.

### *Allmänpraktiker – specialist*

Patienten väljer således sin läkare helt fritt. Hon kan därför också när som helst vända sig till en annan läkare än den hon vanligen brukar besöka. Detta medför stundom påtagliga problem och onödiga kostnader, men, framhåller man, det föreligger inte någon möjlighet att inom den öppna vården binda en patient vid en viss läkare. Under en eventuell sjukhusvistelse föreligger inte denna patientens valmöjlighet (annat än vid vissa privatkliniker).

Familjeläkaren är som regel allmänpraktiker. Skulle specialistkunskaper erfordras i ett patientfall sker hänvisning till specialistläkare. Men eftersom patientens fria läkarval är så pass starkt betonad, kan patienten när som helst också vända sig direkt till en specialistläkare, om hon så önskar. Något remisstvång finns inte.

För den händelse en period i sluten vård skulle behövas, remitterar i regel familjeläkaren sin patient till sådan. Efter sjukhusvistelsen erhåller familjeläkaren journaluppgifter m. m. rörande de insatser som skett från sjukhusets sida. Enligt uppgift föreligger det numera en tendens till att söka få till stånd ett närmare samarbete mellan sjukhusläkare, inneliggande patient och patientens familjeläkare.

*Former för familjeläkarens arbete*

Patient-läkarkontakten kan ske på olika sätt: genom patientens besök hos läkaren eller via hembesök. Telefonkonsultationer ingår också i mönstret.

Fortfarande är enmanspraktiken den vanligast förekommande i Schweiz. Metoden med gruppläkarmottagningar har kommit i gång, men mycket långsamt, och har följaktligen inte nått någon nämnvärd spridning.

Patientens möjligheter att nå sin läkare – även t. ex. kvällstid – varierar beroende på läkarens arbetsinsats. Ytterst få läkare kan dock sägas inskränka sin arbetstid till "normal kontorsarbetstid". Den genomsnittliga arbetstiden för de praktiserande läkarna har beräknats överstiga den gängse arbetstiden med nästan 60 %.

För att klara av vårdservicen under kvällar och helger har läkarna tillämpat olika lösningar. På landsbygden kan t. ex. två à tre läkare frivilligt ordna med jourtjänst som de roterar mellan sig. I de flesta städer har den lokala läkarföreningen ordnat med "akuttjänst" via telefon, så att en patient via denna telefonjour kan få hänvisning om, till vilken läkare hon kan vända sig för att få vård, om det nu inte går att nå sin ordinarie läkare.

### 6.6.4 *Nederländerna*

*Försäkringssystemet*

Sjukförsäkringssystemet i Nederländerna kännetecknas av en blandning av offentliga och privata åtaganden, där den privata sektorn får anses ha ett relativt stort utrymme. I dagsläget omfattar den nationella, statliga sjukförsäkringen ca 70 % av befolkningen, medan resterande 30 % av invånarna kan skaffa sig ett försäkringsskydd på privat väg.

Den statliga sjukförsäkringen är delvis obligatorisk, delvis frivillig. För vissa grupper av medborgare är den obligatorisk, nämligen personer under 65 år som:

a) är anställda och har en årsinkomst som understiger en viss nivå
b) åtnjuter statliga invaliditetspensioner eller liknande
c) uppbär arbetslöshetsunderstöd samt
d) hustrur, barn m. fl. till personer som faller under denna försäkringskategori.

Ytterligare två grupper inom den statliga sjukförsäkringsplanen är

1. Personer under 65 år som *frivilligt* gått in i detta försäkringssystem. Om en person har en årsinkomst under viss tröskelnivå och inte obligatoriskt ingår i systemet finns möjlighet till frivillig anslutning.
2. Personer över 65 år som *frivilligt* anslutit sig till systemet. Detta är möjligt för var och en över 65 år som inte har en sammanlagd årsinkomst över viss nivå.

Det organisatoriska systemet för att handha de olika försäkringstjänsterna är invecklat. I princip finns det tre helt åtskilda hierarkiska administrationer för att fullgöra dessa uppgifter. Det system som är mest relevant i utredningens sammanhang är det som svarar för ersättningar m. m. som har direkt med sjukvårdande behandling att göra. Dessa frågor handhas av ett antal olika

sjukförsäkringskassor, som arbetar i icke-vinstdrivande syfte och som bl. a. svarar för att förhandla fram överenskommelser om ersättningar till läkarna för de tjänster de tillhandahåller. Det finns ofta olika kassor för olika yrkesgrupper i samhället som t. ex. för gruvarbetare och sjömän. Om det inte finns någon kassa som är "specialinriktad" för den yrkesverksamhet en person bedriver så står det personen helt fritt att ansluta sig till vilken kassa som helst som är verksam i det område han bor i.

En nationellt övervakande funktion över de många kassorna (ca 90 vid mitten av 70-talet) vilar på ett organ (Försäkringskasserådet) med medlemmar utsedda av såväl hälsoministern som berörda intressegrupper (arbetsgivare, anställda, läkare, tandläkare m. fl.).

### *Tjänster som tillhandahålls via försäkringssystemet*

De tjänster som den försäkrade kan få (betalda) via försäkringssystemet är identiska för alla försäkrade grupper oavsett om de ingår som obligatoriskt eller frivilligt försäkrade. De sjukvårdsförmåner som täcks är i huvudsak följande:

- Vård av en familjeläkare och, via denne, specialistläkare om så är nödvändigt
- Viss tandläkarvård
- Vård i hemmet av barnmorska i samband med barnafödsel. Om det föreligger medicinskt behov av läkare vid nedkomsten ersätts också kostnaderna för läkarinsatsen.
- Undersökning, behandling och vård på sjukhus på allmän sal
- Vård vid dagvårdsenhet för psykiatri
- Läkemedel
- Glasögonlinser
- Sjukgymnastik
- Tekniska hjälpmedel m. m. varvid det dock föreligger ett visst delat kostnadsansvar mellan patienten och försäkringskassan.

De flesta människor som har möjlighet att ingå i detta offentliga sjukförsäkringssystem väljer att göra det istället för att gardera sig genom privata försäkringar. Marknaden för privata försäkringsåtaganden är ändå ganska stor, eftersom den berör ca 30 % av den nederländska befolkningen. De allra flesta av dessa 30 % har någon form av privat försäkringsskydd gentemot sjukvårdskostnader. Nästan undantagslöst har de ett skydd för den händelse det skulle bli aktuellt med sjukhusvistelse, de flesta har det också för att täcka kostnader för eventuella specialistläkararvoden, samt en del också för kostnader föranledda av vård hos familjeläkare. Ytterligare en marknad för de privata försäkringsgivarna är personer som i och för sig är medlemmar i det statliga försäkringsprogrammet, men som vill tilläggsförsäkra sig för att t. ex. vid sjukhusvistelse kunna ha råd att ligga i en- eller tvåbäddsrum i stället för på de större allmänna salarna. Sjukhusplatserna var åtminstone för några år sedan fortfarande indelade i tre klasser med skilda grader av komfort.

### *Familjeläkarna*

Alla invånare som är försäkrade inom det statliga sjukkassesystemet registreras hos en viss allmänpraktiker. Det har funnits en viss oro rörande utvecklingen av tillgången på allmänpraktiker. Antalet allmänpraktiker var relativt konstant från början av 60-talet och fram t. o. m. 70-talets första år. Den ungefärliga siffran var då 4 500 (Nederländernas befolkning uppgick till ca 13,5 miljoner invånare). Genom ett kraftigt ökat intag till de medicinska högskolorna hoppades man kunna förbättra denna situation. Någon form av etableringskontroll finns inte annat än den naturliga konkurrenssituation som en läkare möter om han etablerar sig i ett redan läkartätt område.

### *Gruppraktik/patientantal*

Det har i Nederländerna kunnat märkas en klar tendens till gruppraktik från läkarnas sida. Några aktuella siffror som belyser denna trend har dock inte kunnat erhållas. I början av 70-talet var det endast 2 % av läkarna som arbetade i gruppraktik. När det gäller antalet registrerade patienter per allmänläkare kan siffror från år 1971 ge en antydan om hur vanligt det då var med större eller mindre patientlistor (se tab. 6.8).

### *Familjeläkaren – en självständig yrkesutövare*

Principen att familjeläkaren/allmänpraktikern är en självständig yrkesutövare betonas och omhuldas mycket starkt i Nederländerna. Att större delen av deras inkomster härrör från de olika försäkringskassorna via avtal innebär inte, att man på något sätt betraktar kassorna som arbetsgivare till läkarna. Sjukförsäkringskassorna ses endast som en förmedlande länk mellan läkaren och hans egentliga klient – patienten.

Familjeläkarna betalas medelst ett per capita-system som grundar sig på antalet registrerade, försäkrade patienter hos resp. läkare. Det råder två olika betalningstariffer så till vida att per capita-beloppet för de första 2 000 patienterna hos en läkare är högre än ersättningen för eventuellt överstigande antal patienter. De ersättningsbelopp som utgår gäller för samtliga kassor och för hela landet och förhandlas fram mellan det tidigare omnämnda Försäk-

**Tabell 6.8 Patientlistornas storlek fördelade på allmänpraktiker år 1971**

| Antal registr. förs. invånare | Andel allmänpraktiker, % |
|---|---|
| Under 1 000 | 17 |
| 1 000–1 499 | 12 |
| 1 500–1 999 | 18 |
| 2 000–2 499 | 20 |
| 2 500–2 999 | 18 |
| 3 000–3 499 | 11 |
| Över 3 500 | 4 |
| | 100 |

Källa: Medical Care Systems. Fulcher, D. ILO. Geneva 1974.

ringskasserådet och kassorna å ena sidan och landets läkarförbund å den andra. Till skillnad från familjeläkarna erhåller specialistläkarna (och tandläkarna) sina ersättningar enligt principen avgift-per-åtgärd.

Systemet med att ge familjeläkarna deras ersättning i form av per-capita-ersättning baserat på antalet patienter har diskuterats livligt. Alternativet skulle vara att betala familjeläkarna på samma sätt som man betalar specialistläkarna, nämligen en avgift per åtgärd. Båda systemen har sina förespråkare. Till fördelarna med det rådande systemet anförs bl. a. att det möjliggör för läkaren att veta hur stora hans inkomster blir för ett visst år, att det blir mindre byråkrati, att man slipper ständigt återkommande diskussioner om huruvida en viss åtgärd för patienten är nödvändig eller ej. Som nackdelar har anförts att det kan leda till att patienten inte får tillräckligt många eller kvalificerade undersökningar, dvs. ett slags "underbehandling", att familjeläkare med många patienter alltför snabbt skickar patienterna vidare till specialister, även om det inte skulle vara direkt medicinskt motiverat. I ett system med ersättning per åtgärd skulle å andra sidan kunna befaras att patienten blev "överbehandlad" och att hon inte skickades vidare till specialist vid behov, därför att det då skulle ligga i familjeläkarens intresse att behålla och behandla patienten så länge som möjligt och med så många åtgärder som möjligt. Några undersökningar som ger entydiga belägg för den ena eller andra åsikten finns knappast. Dock kan sägas att läkarförbundet i Nederländerna företagit en undersökning där man studerade huruvida det förelåg ett samband mellan familjeläkarens patientantal och antalet – eller rättare andelen – remisser till specialist. Något sådant samband kunde man inte finna.

### *Privatläkarsektorn*

Alla läkare i Nederländerna har rätt att engagera sig i privat praktik, men ytterst få av dem har denna verksamhet som sin enda inkomstkälla. Eftersom 30 % av befolkningen dock är att betrakta som privatpatienter så finns det en ansenlig marknad för läkarvård på privat basis. De arvoden som en läkare kan ta på privatbasis är dock föremål för kontroll av nationella myndigheter som ett steg i en inflationshindrande politik. Arvodena ligger som regel betydligt högre än de ersättningar som en läkare erhåller via sjukförsäkringskassorna. När det gäller ersättningarna till privatläkarbesök hos specialister kunde de i början av 70-talet beräknas ligga på en nivå som var tre gånger så hög som den ersättning en specialistläkare fick från kassorna för kassemedlemmars besök. Många specialistläkare hävdade dock, att ersättningarna från kassorna var så låga att de måste ta igen detta på de rent privata patientbesöken.

### *Primärvården – i bredare perspektiv*

Under de senaste 15 åren har i Nederländerna vidtagits en del åtgärder för att göra primärvården till en verksamhet som präglas av att de tjänster som där tillhandahålls skall bottna i flera olika discipliner. Nyligen startades ett projekt som går under beteckningen "Registration Health Care Cooperation" som tydligen skall försöka kartlägga de olika aktiviteter som försiggår inom primärvårdens ram. Denna studie har enligt uppgift – februari 1978 – inte

kommit så långt att man nu kan redovisa några mer ingående uppgifter rörande primärvårdens olika inre komponenter.

Primärvården, såsom begreppet förstås i Nederländerna, omfattar en rad olika aktiviteter, vilka framgår av följande uppräkning: Läkarvård (familjeläkare), tandläkarvård, barnmorskeverksamhet, postnatal vård, sjuksköterskevård (förmedlad av distriktssköterskor och deras assistenter), information och rådgivning i kostfrågor, sjukgymnastik, logopedverksamhet, farmaceutisk service, mentalhälsovård, socialvård, familjeinriktad hjälp, vårdomsorger för de äldre, andlig vård och slutligen olika stöd- och hjälpverksamheter som bedrivs av enskilda organisationer.

Från hälsomyndigheternas sida har man framhållit att det är önskvärt med en förbättrad struktur för hela hälso- och sjukvården i landet, och primärvården bör utgöra den kanske viktigaste delen i denna struktur och skall därför också ges hög prioritet i den framtida utbyggnaden. Detta inte enbart av ekonomiska skäl, utan också för att kunna föra ut vården till människorna där de bor. Genom denna färdriktning räknar man också med att kostsamma och omfattande undersökningar m. m. kan komma att minska i frekvens. De mer tekniskt högavancerade sjukvårdsresurserna skall alltså reserveras för de fall, där de verkligen behövs.

Inslaget av privata vårdorganisationer är, jämfört med t. ex. svenska förhållanden, omfattande. Den service som ges av distriktssköterskorna organiseras huvudsakligen av privata sammanslutningar, de s. k. Korsorganisationerna. Deras verksamhet finansieras delvis av till organisationerna anslutna medlemmar (till 25 %), delvis av staten (till 75 %). Den postnatala vård som ges i hemmet tillhandahålls likaledes av privata organisationer. År 1975 skedde inte mindre än 44 % av alla födslar i hemmet med hjälp av barnmorska eller allmänläkare. Den familjeinriktade hjälpen och omsorgerna om de äldre ges också av privata organisationer, vilkas verksamhet ekonomiskt understöds av staten. Allmänt socialhjälpsarbete bygger också på privat initiativ men betalas helt och fullt av staten.

### *Tre vårdnivåer*

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet kan ses som en byggnad i tre plan. Det första planet utgörs då av primärvården. Vilka tjänster som kan erhållas via den har ovan nämnts. Den karaktär som primärvården har kan sägas vara allmän, dvs. icke-specialiserad, och kontinuerlig. I princip är det fri tillgång till denna vårdnivå, och servicen ges i eller i närheten av den miljö som invånaren/patienten lever i. Den andra nivån skulle då vara specialist- eller superspecialistnivån. Den kännetecknas då av att vara en temporär eller episodmässig vård för den individuelle patienten. Tillgång till dess tjänster kräver i princip remiss från den första nivån (familjeläkaren) eller den tredje nivån. I förhållande till de människor den skall betjäna är den belägen på längre geografiskt avstånd från dem än primärvården. Den erbjuder såväl sluten vård som poliklinisk öppenvård. Till denna kategori hör såväl allmänna som universitetssjukhus, en del specialiserade sjukhus som psykiatriska sjukhus, barnsjukhus m. m. I princip rör det sig dock om enheter där vårdtiderna skall vara relativt korta. Den tredje nivån slutligen representeras av de vårdenheter som svarar för långtidssjukvård, rehabiliterings-

centra, åtskilliga psykiatriska sjukhus t. ex. Även för tillgång till denna vårdnivå krävs regelmässigt remissförfarande från den första eller andra nivån.

Avslutningsvis kan också nämnas att det finns planer på att genomföra en hel del undersökningar och forskningsprojekt som alla syftar till att underlätta och förbättra integrationen av de vård- och hjälptjänster som finns samlade inom primärvårdssektorn.

### 6.6.5 *Canada*

Varje provins i Canada har sin lokala regering och sitt eget hälso- och sjukvårdsministerium. Uppgifterna från Canada avser huvudsakligen situationen i provinsen Ontario. Denna provins har valts med tanke på likheter med Sverige avseende befolkningen, territoriell och industriell struktur m. m.

#### *Läkare i öppen vård m. m.*

Det stora flertalet läkare i Canada har privatpraktik. Försäkringssystemet täcker alla delar av vårdsystemet och patienten kan fritt välja en eller flera läkare. Det finns mycket få kommunala vårdcentraler och de som finns administreras av den lokala sjukvårdsmyndigheten som sorterar under hälso- och sjukvårdsministeriet. Vidare finns det fackföreningar som driver egna vårdcentraler. Läkarna på dessa centraler är månadsavlönade och mycket få av dessa är specialister. Det övervägande antalet är allmänpraktiserande. Det finns också en kategori sjuksköterskor som övertagit en del enkla läkaruppgifter och kallas nurse practitioners. De har en vidareutbildning för dessa uppgifter på upp till 1 år efter sjuksköterskeexamen. Dessa specialsjuksköterskor förekommer framför allt i glesbygdsområden och på landsbygden.

Undervisningssjukhusen har ofta familjeläkarmottagningar knutna till sin öppenvårdsklinik – vid sidan om specialistmottagningarna. Läkarna som arbetar vid undervisningssjukhus är avlönade av universiteten.

Några av undervisningssjukhusen driver också öppenvårdskliniker i kommunerna. De kallas familjeläkarcentraler. Patienterna remitteras vid behov därifrån till undervisningssjukhusen.

Sett i stort präglas Canadas öppenvårdssystem av de fria marknadskrafterna. Detta har bl. a. inneburit en överetablering av doktorer i de större städerna och en bristande läkartillgång på landsbygden och i glesbygdsområden. Mot bakgrund härav utarbetar hälso- och sjukvårdsministeriet f. n. ett särskilt stödprogram för underförsörjda områden och försöker genom olika medel stimulera läkare och vidareutbildade sjuksköterskor att söka sig dit.

Olika slag av social service för befolkningen är rikt utvecklade i Ontario. Det finns socialarbetare, särskilda ekonomiska rådgivare och barnservice av olika slag. Det är dock inte någon koordinering mellan dessa funktioner, inte heller mellan social service och hälso- och sjukvårdssystemet. Därför arbetar ministeriet nu på att finna former för samverkan mellan medicinsk och social service i syfte att den enskilde patienten eller klienten inte skall ha svårigheter att hitta rätt i de olika systemen.

### *Familjeläkaren*

Familjeläkaren är nästan alltid en allmänpraktiserande läkare. I de större städerna är det dock ganska vanligt att invärtesmedicinska specialister tar på sig denna roll.

På mindre sjukhus, utan undervisningsuppgifter, är familjeläkarna ofta nära knutna till sjukhuset och har inte sällan hand om akutmottagningen. Vid sjukhuset handlägger de själva även sina gynekologiska fall. De följer också upp de egna patienter som är inlagda för t. ex. enklare hjärtåkommor, lunginflammation m. m. På undervisningssjukhusen förlorar familjeläkaren denna kontroll över sina patienter under perioder av sluten vård, men kan naturligtvis genom att besöka dem följa upp fallet på det viset.

### *Val av läkare*

I princip har en patient total frihet att välja sin doktor. För den händelse det bara finns en läkare inom rimligt geografiskt avstånd blir "valet" naturligtvis begränsat. Familjeläkaren kan i sin tur – i synnerhet på större orter – påverka storleken av sin praktik och patientantalet så att den har en omfattning som passar honom själv. Eftersom utbudet av läkare i de större städerna är stort har detta lett till, att läkarna där har en hel del fritid. På andra orter där det finns färre läkare råder det omvända förhållandet och läkaren (läkarna) får ta hand om alla som söker läkarhjälp överhuvudtaget.

Som regel går föräldrar och barn till en och samma läkare. I städerna har dock märkts ett ökat intresse att också gå med barnen till en barnläkare, att kvinnan i familjen vill träffa en gynekolog och att mannen gärna söker sig till en internmedicinare.

Många läkare gör hembesök vid behov, andra väljer att hänvisa patienterna till sin mottagning eller till akutsjukhusen. Telefonkonsultationer hos läkare förekommer också och är avgiftsfria. För övriga besök hos läkare finns inte någon särskild fastställd taxa.

### *Mottagningsformer*

Den ensampraktiserande läkaren finns fortfarande, men det blir allt vanligare att två eller flera läkare arbetar tillsammans på gruppmottagningar. Gruppmottagningar ökar möjligheterna till bättre arbetstider och rimliga ledigheter. Bland gruppmottagningarna förekommer några av större storlek som inhyser såväl allmänläkare som specialistläkare. Dessa kallas kliniker. Läkarna på dessa öppenvårdskliniker är delägare i kliniken och tar ut lönen ur en gemensam kassa, alternativt arbetar de efter ett arvodessystem.

Ett fåtal experiment med vårdcentraler i kommunal regi finns sedan 15 år tillbaka. Dessa centraler synes dock ha större stöd bland sjukvårdsadministratörer än bland läkare. På dessa centraler finns både medicinsk och paramedicinsk personal samlade under ett och samma tak. Framtiden för dessa vårdenheter anses för närvarande mycket oviss.

Organisationen vid läkarmottagningarna i allmänhet inrymmer bland annat en god telefonservice så att läkaren kan anträffas när så är påkallat. Detta uppfattas som en etisk regel, vilken läkarföreningarna har fastslagit.

Många familjeläkare har också kvällsmottagning. Det är dock mycket få specialister som erbjuder denna service. De lokala läkarföreningarna har dessutom ordnat med jourläkare som kan skickas hem till folk som inte har en egen familjeläkare. Det har dock blivit allt vanligare att sjukhusens akutmottagningar fått ta emot de akutfall som tidigare sköttes av familjeläkarna.

*Sjuksköterskor*

Vad gäller motsvarigheten till de svenska distriktssköterskorna – de s. k. public health nurses – kan nämnas, att i ontarioområdet varierar deras antal mellan en sjuksköterska på 2 400 inv. till en på 6 800 inv., medeltalet blir ca 1:4020. Dessa sjuksköterskor handhar mer konsekvent den totala hälso- och sjukvården i öppen vård. Den totala aspekten på familjen från barn till äldre inrymms i deras arbetsuppgifter såväl vad avser prevention, kontakter med kommunen, undervisning, rådgivning och även sjukvård, men sjukvårdsuppgifterna delas med fler personalkategorier. Den sektor av samhället där dessa sjuksköterskor arbetar är skolor på alla nivåer, hem, sjukhus, läkarmottagningar, kommuner. De uppgifter som ingår i deras arbete är:

- mödravård (före och efter födsel)
- barnhälsovård
- mentalhälsovård
- vaccineringar
- åldringsvård
- familjeplanering
- preventivmedelsrådgivning
- uppföljning av medicinska och kirurgiska åkommor
- screening – program för syn, hörsel, ortopediska missbildningar
- talfelsbehandling.

Det finns ingen given policy eller skrivna regler för hur dessa sjuksköterskor skall samarbeta med läkare i öppen vård.

Sjuksköterskor kan också kontrakteras av läkare för vissa givna arbetsuppgifter, som ofta innebär att följa upp behandling och tillstånd hos läkarens patienter. Denna typ av anställning kan vara arvoderad efter tid eller uppgifter.

### 6.6.6 *Frankrike*

1977 omfattades 98 % av den franska befolkningen av socialförsäkringssystemet. Kostnaderna för hälso- och sjukvård i Frankrike bestrids till 70 % av den allmänna socialförsäkringen. Avgifterna till försäkringen betalas av såväl arbetsgivare som anställda. De resterande ca 30 % av kostnaderna för hälso- och sjukvården finansieras via ömsesidiga försäkringsbolag, enskilda hushåll och staten.

### *Hälso- och sjukvårdens organisation*

Det franska vårdsystemet vilar på två grundpelare. Den ena är sjukhusorganisationen med dess anställda läkare m. fl. Den andra är en kår av fristående läkare. Sjukhusläkarnas knytning till sjukhusen kan variera. En del är heltidsanställda, andra deltidsanställda och andra åter tillfälligt anställda läkare som t. ex. läkare under utbildning.

Den fristående läkarkåren kan etablera sig som allmänpraktiker eller specialister fritt utan någon form av etableringskontroll. De kan arbeta på privatklinik, ensamma eller i grupp, på mindre, privata mottagningar eller på privata sjukhus. Ofta återfinns också privatpraktikerna som deltidsverksamma vid allmänna sjukhus och dispensärer eller som deltidsanställda vid barnavårdscentraler, mödravårdscentraler, inom skolhälsovård och vid privatdrivna hälsokontrollcentraler. De juridiska formerna för privatläkarnas etablering sträcker sig från att t. ex. endast utnyttja en fastighet gemensamt för sin verksamhet till att upprätta privaträttsliga bolag. Enläkarmottagningar är fortfarande den vanligast förekommande verksamhetsformen, men gruppmottagningsprincipen börjar successivt slå igenom. Vanligen gäller det då ett samarbete mellan två à tre läkare.

### *Patientens läkarval, tillgänglighet till läkare m. m.*

För patienterna råder ett helt fritt val av läkare. Detta gäller såväl allmänläkare som specialister. Patienten kan utan hinder också konsultera flera läkare samtidigt. De enda begränsningar som finns i detta avseende gäller de patienter som erhåller helt kostnadsfri läkarvård. De är bundna att vända sig till de allmänna sjukhus och de dispensärer som finns belägna inom det geografiska område patienten själv bor i.

Denna patientens frihet att välja läkare har också en motsvarighet i läkarens rätt att vägra ta emot en patient för behandling. Detta gäller dock inte vid nödfall eller livsfara.

Det finns inga regler som anger hur många patienter en läkare lämpligen bör ha. Detta leder bl. a. till att tillgängligheten till olika läkare kan skifta högst väsentligt, dels beroende på vilken specialitet det gäller, dels på sådana faktorer som efterfrågan på viss läkare m. m. Om patienten bedömer väntetiden för lång hos en läkare återstår då att söka sig till en annan läkare.

Det har framhållits, att begreppet hus- eller familjeläkare är djupt rotat på landsbygden och nu tenderar att också få förnyad livskraft i städerna, där det tidigare varit helt på avskrivning. Familjeläkaren är – där han förekommer – i regel allmänläkare, men ganska ofta också specialist företrädesvis då barnläkare, gynekolog eller stundom hjärtspecialist.

### *Konsultationsmönster*

Läkarkonsultationerna sker i regel genom patientbesök på mottagningen. Om patientens tillstånd skulle motivera ett hembesök av läkare försöker man dock tillgodose detta. Tillgänglig statistik visar emellertid, att andelen sjukbesök i hemmet från läkarens sida har minskat under de senaste åren till förmån för besök på mottagningen. Telefonkonsultationer får ej förekomma,

eftersom varje form av läkarkontakt skall innefatta en undersökning av patienten.

Vad beträffar läkarservicen på s. k. obekväm arbetstid har läkarna själva via sina läkarföreningar eller motsvarande organiserat upp jour- och akutmottagningar som bemannas enligt särskilda jourlistor. Övrigt förlängt öppethållande vid läkarmottagningar kan ske av den individuelle läkaren mot bakgrund av patienternas behov.

*Samarbetsformer mellan sluten och öppen vård*

Det existerar inte något speciellt samordningssystem mellan den slutna sjukhusvården och den fristående öppna vården. Istället har informella arbetsmönster kommit att utvecklas genom att "husläkaren" eller andra läkare inom den öppna vården håller kontinuerlig kontakt med läkare vid sjukhus som de haft som lärare, medarbetare vid egen tjänstgöring på sjukhuset m. m. Genom att primärvårdsläkarna kan välja att arbeta både som privatpraktiker med egen mottagning och deltid på sjukhus t. ex. har kommunikationerna mellan sjukhus och primärvård inte uppfattats som något större problem, varken av läkare eller patienter.

*Samarbetsformer mellan läkare och sjuksköterskor*

Sjuksköterskorna inom den fristående öppna vården är inte heller de underkastade någon etableringskontroll. Läkare och patienter kallar på sjuksköterskor för vissa vårduppgifter och även för vissa läkaringripanden som sjuksköterskan enligt särskilda stadgar har bemyndigats att utföra. Åtgärder av det senare slaget kan ske på sjuksköterskans eget eller läkares ansvar, men det skall alltid utföras som en följd av en ordination från läkare.

## 6.7 Några erfarenheter från Östeuropa

### 6.7.1 *Inledning*

1973 företog representanter för Stockholms läns landsting en studieresa till Tyska Demokratiska Republiken (DDR), Polen och Tjeckoslovakien i avsikt att inhämta kunskaper om hälso- och sjukvården i dessa länder. I första hand inriktades intresset på organisationsstruktur, ledningsfrågor, planeringsinriktning och resursfördelning mellan olika delverksamheter. Erfarenheterna från resan har beskrivits i "Rapport över studieresa till Tyska Demokratiska Republiken, Tjeckoslovakien och Polen" (Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Oktober 1973). I detta avsnitt redovisas några av de uppgifter om hälso- och sjukvården i berörda länder som studiegruppen insamlade.

Vidare besökte en delegation från socialstyrelsen DDR 1975 i syfte att diskutera förutsättningarna för ett ökat erfarenhetsutbyte i hälso- och sjukvårdsfrågor. För uppgifter rörande DDR har också resultat från denna resa utnyttjats.

### 6.7.2 *Antal läkare*

En översiktlig jämförelse mellan de olika ländernas läkarantal gav följande resultat:

**Tabell 6.9 Läkarantal i förhållande till befolkningsmängd**

| | DDR | Polen | Tjeckoslov. | Sverige |
|---|---|---|---|---|
| Läkare | 27 900 | 49 300 | 30 400 | 11 300 |
| Läkare/1000 invånare | 1,6 | 1,5 | 2,1 | 1,4 |
| Invånare per läkare | 610 | 662 | 474 | 721 |

Fördelas läkarna på verksamhetsområdena sjukhusansluten och fristående öppen och sluten vård visar det sig, att nästan hälften av läkarna var verksamma inom öppen vård i Polen och Tjeckoslovakien, medan motsvarande andel i DDR var ca 40 %. Räknar man in även andra personalkategorier än läkare framgick att DDR och Tjeckoslovakien hade ca 16 anställda i hälso- och sjukvård per 1 000 invånare, Polen 12 och Sverige ca 22 anställda per 1 000 invånare.

### 6.7.3 *Den öppna vårdens organisation*

Inom den öppna vården var de största resurserna förlagda till sjukhusbaserade eller fristående polikliniker. Storleken på dessa, vad gäller läkarantal och specialitetsfördelning, varierade starkt. I DDR bedrevs vid en normalstor poliklinik allmänmedicin, internmedicin, kirurgi, gynekologi och obstetrik samt pediatrik. En sjukhuspoliklinik kunde i vissa fall erbjuda fler specialiteter än vad själva sjukhuset i sig representerade. Detta möjliggjordes av att en del av läkarna delade sin arbetstid mellan två eller flera sjukhus. Den öppna vården i Tjeckoslovakien och Polen visade likartade drag. Den var i huvudsak uppbyggd av dels mindre vårdcentraler med allmänläkare, gynekolog och pediatriker, dels relativt stora polikliniker.

Privatläkare spelade en viktig roll för den öppna vården i DDR, där det för tillfället fanns ca 2 000 privatläkare. Någon direkt nyetablering av privatläkare var dock inte tillåten i DDR. Däremot existerade en särskild form för ersättningsetablering innebärande att privatläkarskapet kunde ärvas i rakt nedstigande led. Läkarnas barn kunde således, efter avlagd examen, få överta faderns/moderns praktik. Även i Polen var privatläkarvården av betydelse. Läkarna var här ålagda att tjänstgöra sju timmar per dag i offentlig vård och för detta erhöll de en fast lön. Vid sidan av denna verksamhet var det dock tillåtet för dem att bedriva sjukvård i privat regi, vilket de flesta också gjorde. I Tjeckoslovakien var däremot all sjukvård i offentlig regi.

Företagshälsovården hade en framskjuten position i samtliga tre länder. Som exempel kan nämnas DDR där det enligt lag fanns föreskrivet, att företag med 200–500 anställda skulle ha en sköterskestation, företag med 500–2 000 anställda en läkarstation, företag med 2 000–4 000 anställda en flerläkarstation och ännu större företag en fullt utrustad poliklinik.

Ser man till antalet läkarbesök i öppen vård fördelade de sig enligt tabell 6.10.

**Tabell 6.10 Läkarbesök i öppen vård (1 000-tal)**

| | DDR | Polen | Tjeckoslov. | Sverige |
|---|---|---|---|---|
| Antal besök | 118 000 | 124 000 | 175 000 | 23 000 |
| Besök/invån. och år | 9,6 | 3,8[a] | 12,1 | 2,8 |

[a] Avser endast den offentliga vården. Privatläkarbesöken registreras inte i den officiella statistiken.

Läkarnas mottagningskapacitet framhålls i rapporten som hög jämfört med svenska förhållanden. Som exempel nämns en vårdcentral i Berlin där allmänläkaren tog emot 60 patienter under sin arbetsdag på ca 8 timmar.

### 6.7.4 *Förhållanden i storstäder*

Storstäderna Berlin, Warszawa och Prag hade samtliga mer än en miljon invånare. Berlin och Prag hade ca 1,1 miljoner invånare, medan Warszawa omfattade ca 1,3 milj invånare. Gemensamt för alla tre storstäderna var att de uppvisade en högre läkartäthet än vad som gällde för övriga delar av respektive land. Tillgången på läkare bedömdes som god, medan det fanns brister på annan personal framförallt sjuksköterskor.

Enligt de gällande planerna för hälso- och sjukvården prioriterade alla tre städerna en satsning på den öppna vården. Flertalet av öppenvårdsmottagningarna i Berlin hade relativt begränsade resurser vad gällde läkare och teknisk utrustning, vilket bl. a. fick till följd att patienter inte i önskvärd utsträckning kunde utredas och behandlas inom den från sjukhusen fristående öppna vården. Dessa problem hade man försökt lösa genom att bygga stora polikliniker med ett 50-tal läkare och väl utvecklade laboratorieresurser. I anslutning till dessa stora anläggningar planerades också mindre enheter för 7–10 läkare.

Situationen i Warszawa präglades av att öppenvårdsresurserna där var sammanförda till större enheter än i Berlin och Prag. I såväl Berlin som Prag fanns ca 50 flerläkarstationer och omkring 40 polikliniker. Poliklinikerna var då antingen fristående eller baserade vid sjukhusinrättningar. En del av de fristående poliklinikerna i Berlin var organisatoriskt helt skilda från sjukhusen medan andra hade en viss administrativ knytning till sjukhus. I Prag var även de lokalmässigt fristående poliklinikerna alltid organisatoriskt knutna till ett sjukhus.

Berlin uppvisade också en egen profil genom att det där fanns inte mindre än ca 400 enläkarstationer, varav ca hälften var privata. Ungefär 30 % av samtliga läkarbesök inom öppen vård i Berlin skedde vid dessa privatenheter.

En jämförelse med stockholmsområdet visade, att man i dessa östeuropeiska länder satsat betydligt hårdare på att höja läkartätheten inom den öppna vården. Som framgått av tabell 6.9 förelåg inte några större skillnader mellan DDR, Polen och Sverige vad gällde den totala läkartätheten. Ser man till storstäderna och till läkarresurserna avdelade för öppen vård blir bilden en annan.

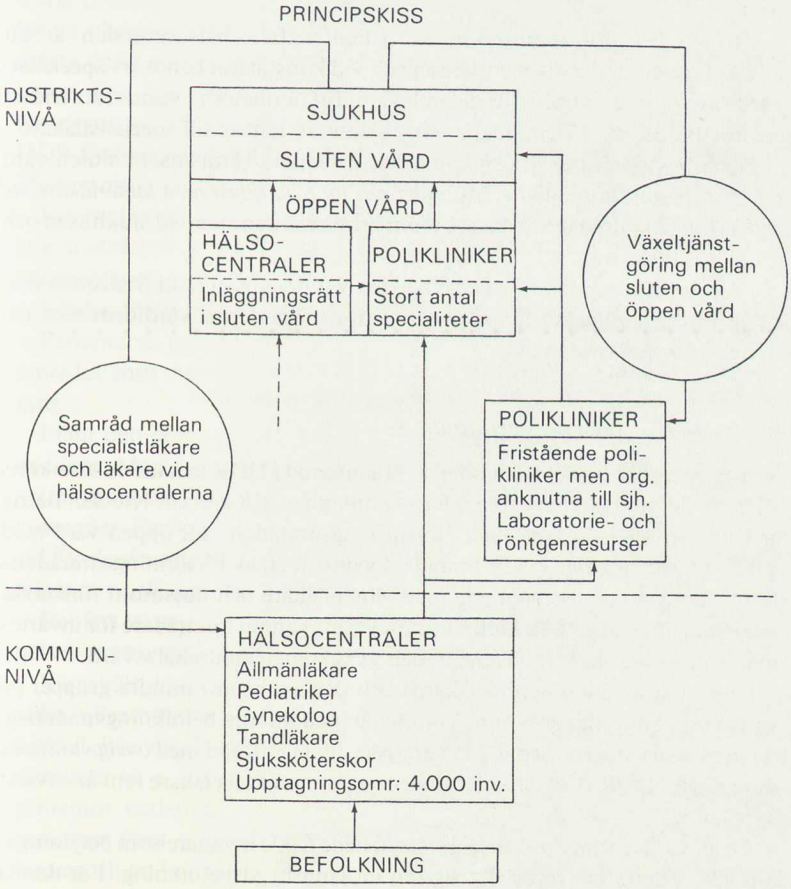
**Tabell 6.11 Läkare och besök i öppen vård**

| | Berlin | Warszawa | Prag | Sthlm |
|---|---|---|---|---|
| Antal läkare | 1 200[a] | 3 200 | 2 000 | 500 |
| Antal besök 1000-tal | 11 193 | 11 453 | 13 092 | 2 624 |
| Besök/läkare | 9 300 | 3 600 | 6 500 | 5 248 |
| Besök/invånare | 10,3 | 8,6 | 12,1 | 1,8[b] |
| Invån./läkare | 906 | 414 | 541 | 2 954 |

[a] Offentlig och privat öppen vård.
[b] Inkl besök hos privatläkare 2,8.

### 6.7.5 *Tjeckoslovakien – särskilda erfarenheter*

Från Tjeckoslovakien hade studiegruppen inhämtat mer ingående uppgifter om den öppna vården, med hänsyn till att detta land då nyligen företagit en omorganisation av detta verksamhetsområde; en omorganisation som dessutom var på väg att införas i Polen. Huvudprincipen i den nya organisationen var att öppen och sluten vård i olika former skulle sammanhållas. Figur 6.4 beskriver översiktligt den genomförda organisationen.




*Figur 6.4 Integration av öppen och sluten vård i Tjeckoslovakien.*

Den öppna vården baseras på s. k. hälsokommuner med ungefär 4 000 invånare och en hälsocentral. Vid centralen finns allmänläkare, gynekolog, barnläkare, tandläkare och sjuksköterskor. Av läkarna var det endast allmänläkarna som arbetade heltid, medan övriga arbetade vissa dagar i veckan. Allmänläkaren ledde arbetet vid hälsocentralen, och målsättningen var att all personal skulle fungera som en "enhetlig grupp" med väl utvecklat inbördes samarbete. Barnläkaren svarade för barn upp till 15 år och gynekologen tog hand om vad som kallades den primära gynekologin och mödravården. Allmänläkaren och barnläkaren skulle gemensamt svara för helhetssynen på patienterna och *tillsammans* utgöra en funktion som familjeläkare. I enlighet med detta synsätt gjorde båda hembesök för att få information om patienternas hemmiljö och eventuella sociala problem. Handledningen av läkarna vid hälsocentralen sker från det sjukhus till vilket centralen är knuten. Specialistläkarna reser ut till hälsocentralerna för genomgång av utrednings- och behandlingsrutiner och för att diskutera komplicerade patientproblem. På detta sätt ansågs det möjligt att upprätthålla bra rutiner och kontinuitet mellan läkare i sluten och öppen vård.

Hälsoundersökningar utförs regelbundet vid hälsocentralerna och riktas mot såväl vissa åldersgrupper som yrkeskategorier samt också gentemot patienter med kroniska sjukdomar som högt blodtryck, struma, diabetes m. fl.

Grundregeln för remittering av patienter från hälsocentralen är att allmänläkaren undersöker patienten och vid konstaterat behov av specialistvård skriver ut en remiss till sådan läkare. Erfarenheterna visade, att endast en mindre del av patientantalet var i behov av remiss till specialistläkare.

Läkarna vid hälsocentralen kan också disponera vårdplatser i sluten vård och har dessutom möjlighet att *under viss tid byta tjänst med underläkare vid sjukhus*. Fortbildningen av läkare inom primärvården sker vid sjukhusen och är obligatorisk.

Företagshälsovården i Tjeckoslovakien var organisatoriskt fristående från övrig vård, men planer fanns på att sammanföra denna vårdform med det övriga sjukvårdssystemet.

### 6.7.6 *DDR – särskilda erfarenheter*

Som exempel på hur öppenvården är organiserad i DDR kan tas en s. k. krets – i detta fall Belzig. DDR är indelat i sammanlagt 218 kretsar. Kretsen Belzig är i sin tur indelad i fyra olika "försörjningsområden" för öppen vård med 6 000–12 000 invånare i varje område. I vart och ett av försörjningsområdena finns vårdcentraler bemannade med allmänläkare och dessutom förstärkta med konsultinsatser från kretssjukhuset t. ex. genom företrädare för invärtes medicin, pediatrik/barnhälsovård och gynekologi/mödrahälsovård.

Basen i systemet är allmänläkarna och dessa arbetar i mindre grupper på vårdcentralerna eller ensamma i områden med mindre befolkningsunderlag. Allmänläkarvården är sedan 1958 en specialitet jämställd med övriga kliniska discipliner i DDR. Vidareutbildningen omfattar för alla läkare fem år oavsett specialitet.

En av vårdcentralerna i Belzigkretsen hade 6 000 invånare som betjäningsområde. I detta fall rörde det sig om en landsbygdsbefolkning. För denna

befolkning fanns två allmänläkare, en sjukgymnast på heltid, samt ett antal distriktssköterskor och sjukvårdsbiträden. Distriktssköterskorna är knutna till vårdcentralen och har mottagning dels där, dels i mindre lokaler i olika byar eller kollektivjordbruk. En distriktssköterska ansvarar för ungefär 700 personers hälsovård inom vårdcentralens serviceområde. Vid denna vårdcentral anordnades också konsultmottagningar vissa timmar per vecka. Dessa konsultinsatser gjordes av internmedicinare, gynekolog och barnläkare.

Hälsoupplysningen i DDR är också omfattande. På alla sjukhus, läkarstationer och vårdcentraler finns informationsmaterial och utställningar som behandlar hälsofrågor. Material delas ut i samband med besök på mottagningarna. Informationsservicen är dock beroende av den enskilda läkarens intresse för dessa frågor.

### 6.7.7 *Det fria läkarvalet i DDR, Polen och Tjeckoslovakien*

I *DDR* råder i princip ett fritt läkarval för såväl offentlig som privat vård. Befolkningen kan vända sig till vilken vårdcentral den vill eller till vilken läkare den önskar. När patienten väl bestämt sig för ett visst val blir hon registrerad hos den läkare hon valt eller vid den vårdcentral det är fråga om. Varje medborgare har dessutom en s. k. hälsobok och i den införs vilken läkare eller mottagningsenhet man tillhör. Om någon önskar byta läkare måste detta anmälas tre månader i förväg till den lokala sjukvårdsmyndigheten. Det tillämpade registreringssystemet anses bl. a. befrämja patient-läkarkontinuiteten. Remiss erfordras för specialistvård. Allmänläkarna i DDR färdigbehandlar dock ca 85 % av sina patienter på egen hand medan 15 % remitteras till öppen eller sluten specialistvård.

Erfarenhetsmässigt vet man, att det fria läkarvalet inte utnyttjas i särskild stor utsträckning. Patienterna vänder sig till den mottagning som finns närmast bostaden eller arbetsplatsen, och läkarbyten är relativt sällsynta.

I *Polen* tillämpas inte fritt läkarval inom den offentliga sjukvården.

Patienterna måste som första instans vända sig till läkaren i primärvårdsområdet som vid behov remitterar patienterna vidare till specialistmottagning.

Inom den privata sektorn för öppen vård finns inga regleringar av denna karaktär. Man kan således konsultera vilken privatläkare som helst.

I motsats till förhållandena i DDR måste patienterna själva bestrida hela kostnaden för besök hos privatläkare.

I *Tjeckoslovakien* har staten ansvaret och ledningen för all sjukvård i landet. Några privatläkare finns inte.

Det fria läkarvalet existerar inte som princip. Befolkningen måste besöka hälsokommunens vårdcentral.

Varje hälsokommun är indelad i mindre enheter som väljer var sitt ombud, vilka tillsammans representerar befolkningen i hälsokommunen. Dessa ombud har regelbundna träffar med läkarna vid hälsocentralen för att diskutera bl. a. läkarnas uppträdande eller förmenta fel och försummelser gentemot patienterna. Läkarna kan, å sin sida, framföra klagomål mot patienten för t. ex. missbruk av nattjouren, och dessa klagomål vidarebefordras till vederbörande.

I princip är således hälsocentralen och dess läkare första medicinska instans för alla medborgare. Utöver de specialiteter som finns vid hälsocentralen (allmän medicin, pediatrik, gynekologi) finns möjlighet att direkt söka ögon- och hudspecialist. I övrigt föreligger remisstvång för tillträde till specialistläkare. Enligt vad som uppgivits förekommer remisser till specialistläkare i relativt liten omfattning. Patienten kan – efter formell ansökan – byta läkare. Enligt vad arbetsgruppen erfor är sådana ansökningar sällsynta och de beviljas alltid.

## 6.8 Några huvuddrag i öppenvårdens utveckling i Europa under senare år

I en publikation om hälso- och sjukvårdstjänster i Europa, utgiven av WHO 1975, har man på basis av studier i inte mindre än drygt 30 länder bl. a. försökt sammanfatta och beskriva vissa utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvårdssystemen (Health Services in Europe. Second Edition. Regional Office for Europe, WHO. Copenhagen 1975). De slutsatser man kommit fram till i denna rapport grundar sig således på ett betydligt större och i vissa avseenden mer ingående material än vad utredningen haft möjlighet att grunda sina utländska erfarenheter på. Det är därför av intresse att redovisa WHO:s beskrivningar i detta sammanhang. Det bör också understrykas, att den bild som utredningen fått via sina begränsade utlandsstudier stämmer väl överens med den utveckling som beskrivs i WHO-rapporten, varför en redogörelse för dess innehåll kan tjäna som en översiktlig sammanfattning.

WHO-rapporten särskiljer fyra olika typer av system genom vilka hälso- och sjukvården (inkl. sluten vård) förmedlas till invånarna.

Det traditionella systemet är det som kallas liberal medicine. Det kännetecknas av en full frihet för patienten att välja sin läkare och likaledes full frihet för läkaren att åtaga sig en patient. Några former för etableringskontroll eller regler för hur höga arvoden en läkare får ta finns inte i detta system. I sin mest renodlade form existerar detta system inte annat än i några få länder och då dessutom endast för vissa befolkningsgrupper.

Ett annat system har kommit att tillämpas av många länder där sjukförsäkringssystem täcker i princip hela eller i alla fall en stor majoritet av befolkningen. Här har man försökt finna kompromisser mellan de principer som gäller för den "liberala medicinen" och de krav som ställs via sjukförsäkringsordningarna. Läkarnas möjligheter att helt på egen hand bestämma sina arvoden har t. ex. ersatts av en förhandlingsordning, där man enar sig om vissa tariffbelopp. Det kan förekomma inskränkningar i patientens rätt att fritt välja läkare samtidigt som läkarnas rätt att etablera sig fritt kan vara kringskuren på olika sätt. Vanligen finns det i denna systemtyp också ett litet utrymme för s. k. liberal medicine. En mer eller mindre starkt markerad trend finns också till att läkarverksamheten utanför sjukhus sker i olika former av gruppmottagningar (polikliniker, hälsocentra m. fl.).

En tredje typ av system representeras av det engelska (även Wales och Skottland). Staten tillhandahåller här de berörda servicetjänsterna utan direkta kostnader för patienten via National Health Service.

Ett fjärde system, slutligen, skulle vara det som representeras av de socialistiska länderna. I detta system ges läkarvården av läkare vid eller utanför sjukhus, utan kostnad för patienten. Läkaren är anställd och avlönad av staten för att fullgöra sina uppgifter på en viss bestämd ort.

### 6.8.1 *Den öppna vården utanför sjukhus*

Med (öppen) vård utanför sjukhus avser WHO såväl hemsjukvård som ambulatorisk vård förmedlad via enskilda läkarmottagningar, hälsocentraler, eller polikliniker (fristående). Den tillhandahålls av läkare – general practitioners – som ibland går under beteckningen primärvårdsläkare eller allmänläkare samt av specialistläkare. Dessa resurser kompletteras av olika typer av annan medicinalpersonal. Dessa vårdformer är – trots den ökande komplexiteten inom det medicinska området – angelägna, bl. a. från rent ekonomisk synpunkt.

### 6.8.2 *Allmänpraktikerna*

Den icke sjukhusanslutna öppenvården står och faller med allmänpraktikerna/-läkarna. Dessvärre utgör dessa en stadigt minskande andel av läkarkåren, enligt WHO. Medicinstudenter föredrar i regel att bli specialistläkare. Detta skulle bl. a. bero på att arbetet som specialistläkare är mindre mödosamt, ger mer prestige och social status och dessutom bättre ekonomiska förmåner. Allmänheten har också ett större förtroende för specialisten, och om möjligt söker man sig direkt till specialistläkare. Sverige omnämns här särskilt. Ett sådant förhållande är dock kostsamt, och har också andra nackdelar. Många sjukdomar eller sjukdomstillstånd är inte begränsade till ett enskilt organ eller system i kroppen, och ett samspel mellan specialist och allmänläkare, där den senare är mer skickad att göra en helhetsbedömning av patienten, är ofta en garanti för god behandling. Utvecklingen mot flerläkarmottagningar i olika former och färre enläkarmottagningar ses som ett sätt att göra allmänläkarens arbetssituation mer tilltalande.

### 6.8.3 *Enläkarmottagningar*

Enläkarmottagningen har rent traditionellt varit den vanligaste organisationsmodellen för allmänläkaren/familjedoktorn. Han tog i regel emot sina patienter utan några tidsbeställningar, hade långa arbetsdagar och föga assistans från andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Hembesöken var frekventa och tog förhållandevis lång tid i anspråk. Den stora fördelen med detta system var dock det kontinuerliga patient-läkarförhållande som uppstod. Detta husläkarsystem i dess mest renodlade form finns knappast kvar någonstans idag. Läkarna själva tog initiativet till att försöka finna arbetsformer som bättre kunde tillgodose såväl deras egna berättigade krav på åtminstone viss fritid som också patientens krav på läkarhjälp, närhelst den behövs, också kvälls- och nattetid.

Den konflikt som då uppstått mellan patientens dubbla krav på dels ett kontinuerligt förhållande till en familjeläkare, dels på att kunna få träffa läkare närsomhelst – kan – enligt WHO:s rapporter – möjligen få sin lösning

genom principen om gruppläkarmottagningar. Den kan också lösas – men inte fullt så tillfredsställande – genom roterande jourer mellan olika enläkarmottagningar, eller andra former av joursystem, där "utomstående" läkare tas in.

### 6.8.4 *Gruppläkarmottagningar*

Enligt WHO kan man se två huvudorsaker till den ökade frekvensen av gruppläkarmottagningar. Den ena är att med den snabba utveckling som äger rum inom de medicinska vetenskaperna så krävs en ständig fortbildning av läkarna, och det gäller även allmänläkare. För det andra så är inte läkarna opåverkade av den allmänna sociala förändring som skett – och sker – och där bl. a. ingår reglerade arbetstider, mer fritid för avkoppling och samvaro med familjen m. m. Gruppläkarmottagningar ses som den enda framkomliga vägen att kombinera ett tillfredsställande av dessa önskemål och samtidigt kunna erbjuda patienterna en dygnetrunt-service.

En gruppläkarmottagning kan omfatta en eller flera discipliner. Den vanligast förekommande varianten är en sammanslutning av allmänläkare (3–8 personer) möjligen inkluderande en pediatriker som arbetar som något slags "allmänläkare för barn". Man utnyttjar gemensamt annan personal som t. ex. sekreterare/receptionist, sjuksköterska, laboratorieassistent osv. Förhållandet läkare-patient kan dock utformas på olika sätt i denna organisationsform. Vissa läkare behåller principen om "sina" patienter, vilket innebär att dessa träffar en annan läkare endast om den "egna" läkaren är sjuk, på semester eller icke i tjänst av andra skäl. Även under dessa former brukar dock patienten vara fri att välja vilken läkare som helst, när hon kontaktar mottagningen. Läkargruppen kan å andra sidan organisera arbetet så att alla patienter de har hör till samtliga läkare. Vilken läkare patienten träffar kan alltså variera, inte bara beroende på patientens egna önskemål.

### 6.8.5 *Hälsocentra och polikliniker*

Dessa båda organisationsformer representerar ett ytterligare steg i koncentrerat gruppsamarbete. Beteckningarna health centre och polyclinic varierar från land till land. Stundom innebär health centre och polyclinic identiska funktioner, men i regel står poliklinikbegreppet för en enhet med högre teknisk nivå än hälsocentrat.

Dessa båda enheter har i regel betydligt mer övrig personal än "vanliga" läkarmottagningar. Här finns ofta den sociala sidan representerad genom t. ex. socialarbetarna. Läkarnas ställning i hälsocentra varierar. Ibland kan de ingå som kompanjoner och äga eller hyra lokaler och utrustning. I andra fall kan de vara anställda och avlönade av lokala myndigheter, sjukförsäkringsorgan, privata företag e. d.. En av de främsta fördelarna med gruppläkarprincipen, vare sig det gäller hälsocentra, polikliniker eller andra former är, enligt WHO, att möjligheten att komplettera läkarna med andra personalkategorier blir större, och därmed kan också preventionen i vårdarbetet få ett ökat utrymme.

### 6.8.6 *Allmänläkaren och sjukhuset – ömsesidigt beroende*

WHO-rapporten understryker att distinktionen mellan sjukhusvård och vård utanför sjukhus skulle vara konstlad om den vore absolut. En patient är ofta inte helt återställd när hon skrivs ut från sjukhusvård. Om sjukhusen skall kunna användas till sin fulla kapacitet innebär det att patienten skrivs ut så snart som en effektiv hemsjukvård eller annan öppenvårdsform kan ta vid.

I de flesta europeiska länder synes dock samarbetet mellan sjukhusläkare och allmänläkare på fältet vara otillfredsställande. Även om ingendera parten är felfri verkar den största skuldbördan i detta fall ligga på sjukhusläkarna. Dessa är inte alltid särskilt villiga att låta allmänläkaren följa vad som händer hans patient under sjukhusvistelsen, inte heller förser de honom alltid efter en patients sjukhusvistelse med relevant information om vad som hänt patienten under slutenvårdsepisoden.

Samarbetet fungerar ofta bättre på mindre orter än i större städer. Bra relationer mellan allmänläkare och sjukhus är dock viktigt för patientens tillfrisknande och även för en kontinuerlig utbildning av allmänläkaren.

### 6.8.7 *Lagarbete*

I alla europeiska länder började den icke sjukhusanslutna öppenvården under den organisationsformen att den gavs av fritt praktiserande läkare, ibland med bistånd av en sköterska. Idag har idéerna om lagarbete vunnit allt större terräng, inom både den slutna och öppna vården. Arbetslagets storlek och sammansättning varierar liksom också betingelserna för de olika lagmedlemmarnas roller och möjligheter till självständiga uppgifter. WHO konstaterar att det ännu är lång väg att gå innan lagandan är accepterad och tillämpad överallt. I ordalag som mycket påminner om dem som gällde team-work vid den tidigare omnämnda konferensen i Nya Zeeland 1976 konstateras också att ett lagarbete som skall bygga på flera olika discipliners medverkan inte är så enkelt som en aritmetisk summa av de enskilda lagmedlemmarnas kapacitet och ansvar. Det rör sig snarare om en ny enhet, inom vilken fördelning av uppgifter och ansvar måste baseras på ett nytt tänkande.

Under lång tid var det så att allmänläkaren svarade för praktiskt taget alla uppgifter inom vad som nu kallas primärvården. Även uppgifter som rimligen borde ha kunnat skötas av annan personal (om den hade funnits). Allteftersom den medicinska vetenskapen gjort fler och fler framsteg har det kommit att framträda två skilda – men parallella – tendenser i sjukvårdssystemen: å ena sidan har det växt fram en kader av specialister – och subspecialister – som täcker in allt fler men också alltmer begränsade områden, å andra sidan har det också kommit en expansion av yrkeskategorier som inte är läkare, men likväl har sin plats inom vården. Den senare tendensen har bl. a. lett till att en hel del uppgifter som tidigare utfördes av läkaren numera har omhändertagits av annan personal på en i och för sig lägre teknisk nivå. Det är dock inte alltid som de mer etablerade och stundom rent formella reglerna för vem som skall göra vad har hunnit ändras i samma takt som de nya personalkategoriernas frammarsch.

### 6.8.8 *Behovet av läkare*

Av samtliga regioner inom WHO är Europa den som är mest välförsedd med läkare. Variationerna är dock ansenliga mellan de olika staterna inom europaregionen, och även inom de enskilda länderna, där städerna är mer gynnade än landsbygden i detta avseende. WHO:s ståndpunkt (1975) var dock att det vore önskvärt med högre läkartäthet i samtliga länder i europaregionen. Ett av problemen med att göra prognoser över läkarbehovet är det faktum att man numera har att ta hänsyn till så många olika typer av läkare, dvs. många varierande specialister. Antalet medicinska specialiteter har ökat avsevärt under de senaste 20 åren, och antalet specialistläkare har – enligt WHO – med bred marginal passerat gränsen för vad som kan anses nödvändigt.

Ökningen av specialistläkarna har i många avseenden varit av godo, men den för med sig allvarliga nackdelar när specialistläkarnas antal ökar på bekostnad av allmänläkarna. En relativ försvagning av allmänläkarkåren jämfört med specialistkollegerna leder enligt WHO till en fragmentarisk medicinsk vård från olika sinsemellan oberoende specialister vilka dessutom ofta inte ens har vetskap om varandra. Till slut leder en sådan utveckling till att helhetsbilden på den enskilda patienten helt kommer bort. Behandlingsmetoder som tar hänsyn till patientens totala situation omöjliggörs och kostnaderna för de insatta vårdinsatserna tenderar att öka, eftersom det splittrade systemet för med sig frekventa sjukhusvistelser och längre perioder i sluten vård. Detta är en del av den bakgrund mot vilken flera regeringar på olika sätt söker uppmuntra och stimulera rekryteringen av allmänläkare. Bland stimulansåtgärderna kan nämnas förbättrad finansiell situation för allmänläkaren, uppmuntran till verksamhet i gruppraktik, förbättrade mottagningslokaler, bättre tillgång till sjukhusen. Det är i patienternas intresse att i första hand gå till en allmänläkare, och det gäller också att lyckas klargöra detta för allmänheten.

Ett viktigt steg i riktning mot dessa mål anser WHO också vara, att de läkare som skall verka som allmänpraktiker/allmänläkare/primärvårdsläkare, eller vad de kan kallas, inte får sin utbildning så sjukhuscentrerad som den är idag. Sjukhuset är viktigt som utbildningsinstitution, men det får inte vara den enda varianten. Allmänläkaren kommer ju att möta sina patienter i en helt annan miljö och under andra förutsättningar än de som råder vid sjukhusens slutna vårdenheter t. ex. och med deras mycket nära tillgång till en högavancerad teknologisk utrustning.

Läkarna måste under sin utbildning ut till health centres, till polikliniker och enskilda läkarmottagningar för att där konfronteras med primärvårdens dagliga verklighet.

Vad gäller sjuksköterskepersonalen, så har även dess förutsättningar genomgått en del förändringar över tiden. För det första råder det påtagliga skillnader mellan olika länder hur sjuksköterskornas utbildning skall vara upplagd. På en del håll har man ett system med en gemensam basutbildning, efter vilken eventuella specialinriktningar kan väljas. På andra håll utbildas sjuksköterskor till ett specialfack från första början (till exempelvis psykiatri eller pediatrik). Sjuksköterskornas arbetssituation har förändrats såtillvida att de senaste 20 årens utveckling inneburit alltmer tekniskt avancerade inslag

även på sköterskenivå. Detta gäller då främst sjuksköterskor vid sjukhus. Parallellt med detta har då sjuksköterskorna avlastats vissa andra arbetsuppgifter som nu kommit att åvila undersköterskor och biträden.

De flesta länder har enligt WHO brist på sjuksköterskepersonal. Detta kan bl. a. bero på att andra yrkesområden blivit öppna för kvinnor, att det kan vara svårt att kombinera yrket med ett normalt familjeliv, att det har relativt låga löner m. m. I många västeuropeiska länder slutar mer än hälften av sjuksköterskorna sin yrkesverksamhet fem eller sex år efter sin examen av familjeskäl.

## 6.9 Allmänläkarna – en yrkeskår på frammarsch

Som framgått av bl. a. redogörelsen i avsnitt 6.8 har allmänläkarkåren kämpat med påtagliga problem under de senaste decennierna. Mycket av vad som skett inom hälso- och sjukvårdsområdet har under denna tid haft en klar fokusering på den värld som representeras av sjukhusen och specialistläkarna. Med de ökade landvinningar som successivt görs inom den medicinska forskningen och vetenskapen är det naturligt att specialiteterna blir alltmer förfinade och förökar sig i form av flera subspecialiteter etc. Detta är i och för sig en angelägen och utomordentligt värdefull utveckling som slutligen också kommer den enskilde patienten till godo. Samtidigt finns det en risk att inför det högspecialiserade och stundom spektakulära skeendet på det medicinska fältet tappa något i perspektivet såtillvida att man lätt kan förbise att den överväldigande delen av hälso- och sjukvårdsbehoven hos människorna lyckligtvis inte kräver dessa ytterst sofistikerade resurser, utan att dessa behov kan bli bättre tillfredsställda genom en väl fungerande primärvård, i vilken allmänläkarna kan utgöra en kontinuerlig och sammanhållande kontakt för den enskilda människan. Det är bl. a. insikten om detta som föranlett de styrande i flera länder att på olika sätt försöka stötta allmänläkarna och bidra till något som skulle kunna betecknas som en renässans för denna yrkeskår. I de länder där man sedan länge har ett s. k. familjeläkarsystem som t. ex. Danmark och England inriktar man sig på att slå vakt om dessa system, medan man i andra länder åtminstone successivt orienterar sig mot en situation där allmänläkaren får en allt större betydelse i sjukvårdssystemet. Förvisso ändras betingelserna för deras verksamhet även i länder som Danmark och England. Enläkarmottagningar ersätts t. ex. i allt större utsträckning av olika former av gruppmottagningar. Som nämnts i den refererade WHO-rapporten är detta dock att se som ett sätt att förbättra förutsättningarna för allmänläkarnas verksamhet och därmed också stimulera rekryteringen till yrket. Trenden är också entydig vad gäller att komplettera allmänläkarna med andra personalkategorier som hälsosystrar, sjuksköterskor m. fl. Dessa förändringar ligger dock inom ramen för en och samma övergripande utveckling, nämligen att föra ut hälso- och sjukvården till människorna i deras egen miljö och inte onödigtvis lita till de stora och – ofta – geografiskt mer svårtillgängliga sjukhusinstitutionerna. Det synes också råda en stor samstämmighet om att i en utbyggd och väl fungerande primärvård kommer allmänläkaren att ha en given nyckelposition.

Det ökade intresset för allmänläkare från myndigheters och andras sida har

också bidragit till en ökad självkänsla inom allmänläkarnas egen krets. Det kan därför vara av visst intresse att nämna något om vad som sker på allmänläkarfronten i internationellt perspektiv.

Sedan 1972 finns det ett verksamt internationellt allmänläkarförbund – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Doctors (WONCA). Varje medlemsnation representeras av en sammanslutning av allmänläkare. Dessutom kan enskilda allmänläkare bli direkta medlemmar av WONCA. Förbundet sammanträder vid världskonferenser som har hållits 1972 i Melbourne, Mexico 1974, Toronto 1976 och i Montreux våren 1978.

Enligt WONCA:s stadgar är förbundets arbetsuppgifter i första hand:

- att genom utbildning och forskning verka för förbättrad standard inom allmänläkarvården
- att befrämja kontakten mellan allmänläkare i olika länder
- att representera forskning och utvecklingsarbete i primärvården inför andra internationella sammanslutningar i hälsofrågor
- att stimulera utveckling av undervisning och forskning i primärvård.

Sverige upptogs som medlem 1978 och representeras av Svensk förening för allmän medicin (SFAM) som är en sektion inom Läkarsällskapet. Förutom Sverige ingår i WONCA för närvarande 24 länder.

Bland en rad organisationer som är associerade till WONCA kan nämnas den europeiska allmänläkarsammanslutningen SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis) som håller två kongresser årligen och också European General Practice Research Workshop (EGPRW) som alltsedan 1975 sammanträder två gånger om året och främst ägnar sig åt frågor gällande forskningsmetodik i primärvård och samarbetsprojekt mellan forskningsintresserade allmänläkare.

Årets kongress i Montreux spände över ett brett spektrum av ämnen och hade samlat nästan 1 300 delegater från drygt 40 länder. Kongressens huvudtema var "The Doctor, His Patient and the Illness". En rad olika symposier ägde rum och behandlade ämnen som diagnosprocessen, hälsoupplysning, patienten med psykiska besvär, allmänläkaren och samhället, familjeläkaren i Europa, geriatriska problem, alkoholism, barnhälsovård m. m.

Den tillträdande WONCA-presidenten från USA skildrade en utveckling i sitt land som innebar, att allmänläkarna utbildnings- och statusmässigt håller på att bli jämställda med organ- och åldersspecialisterna. Han betonade vikten av att allmänläkaren täcker hela fältet av vanliga sjukdomar, särskilt akuta sjukdomstillstånd och obstetrik/gynekologi, vilket inte minst allmänheten väntar sig.

Det specifika i allmänläkarrollen – att ge personlig, kontinuerlig vård till patienten och dennes familj, att samla och bedöma all medicinsk information från olika instanser, speciellt för de kroniskt sjuka patienterna – utvecklades av en allmänläkare från Frankrike.

Från holländsk sida talades bl. a. om primärvårdsutbyggnaden som en möjlighet för samhället att minska sjukvårdskostnaderna och om hälsovårdsteamets möjligheter till lämpligt avpassade åtgärder med:

| | |
|---|---|
| Hälsoupplysning | till den friske |
| Prevention | till riskpatienten |
| Screening o. intervention | till den presymtomatiske |
| Sjukvård | till den sjuke |
| Sociala o. mentalhygieniska åtgärder | till den psykiskt sköre |
| Omvårdnad | till den kroniskt sjuke. |

Detta i syfte att hälsovårdsteamet skall kunna bilda en effektiv frontlinje i sjukvårdssystemet.

Från Norge redovisades bl. a. erfarenheter som tydde på att allmänläkaren kan ta hand om ca 90 % av de problem patienterna söker för och att man, vad gäller förhållandet allmänläkare-specialistläkare i primärvården, ansåg den bästa lösningen vara att specialisten hade en ställning som konsult till allmänläkaren.

På basis av erfarenheter vunna vid en flerläkarstation i Rotterdam varnades för den utbredda tendensen att medikalisera livsproblemen. Vid denna vårdcentral hade man under ett år klassificerat endast 41 % av patienternas problem som rent somatiska. Bland de dominerande livsproblemen sågs främst äktenskapsproblem och andra relationsstörningar mellan familjemedlemmar samt problem på arbetsplatsen. Det propagerades här för en psykoterapeutisk hållning som kan tillämpas av alla medlemmar i ett vårdteam snarare än för specifika psykiatriska behandlingsmetoder.

Från Israel redovisades en undersökning om hur allmänheten vill ha sin allmänläkare. Viktigast var i tur och ordning: kunnighet, lättillgänglighet, tid att lyssna på patientens problem, intresse för patientens symtom och andra problem, även sociala. Sist bland önskemålen kom sådana uppgifter som att skriva recept eller sjukintyg efter patientens egna önskemål.

Det framgick också klart vid Montreux-kongressen, att det bedrivs en hel del värdefull forskningsverksamhet inom primärvården. Som exempel kan nämnas en pågående studie i England där ett flertal allmänläkare för fortlöpande anteckningar över sina nytillkomna fall av en rad sjukdomar, varav en del rapporteras veckovis, andra månadsvis. Genom att sammanställa dessa data kan man tydligt se när sjukdomsmönstret ändras, t. ex. när en epidemi håller på att bryta ut. Studien möjliggör också undersökningar av olika sjukdomars utbredningsområde och samband mellan miljöfaktorer och sjukdomar, vilka sjukdomar som är vanligast för olika befolkningsgrupper m. m.

Montreux-kongressen och dess föregångare kan ses som ett av de många tecknen på att allmänläkarverksamheten för närvarande genomgår en vitalisering som motsvaras av det ökade intresset från hälsomyndigheter m. fl. att för framtiden satsa hårdare och mer konsekvent på denna yrkeskår och på primärvården i dess helhet.

# 7 Överväganden och förslag

## 7.1 Inledning

Utgångspunkten för utredningens överväganden och förslag har självfallet varit de meddelade direktiven och den tolkning av dessa som utredningen gjort. I korthet har utredningen sett som sitt uppdrag att lägga fram förslag till hur kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare i öppen vård kan förbättras. Kontinuiteten har dock inte beaktats enbart vad gäller kontakten med läkare. Mot bakgrund av vad som i direktiven anförs om distriktssköterskans roll och utredningens möjligheter att beakta den har också denna fråga spelat en stor roll i övervägandena och förslagen. Med uttrycket öppen vård har utredningen vidare förstått såväl sjukhusansluten öppen vård som öppen vård utanför sjukhusinrättningarna. Utredningen har också funnit det nödvändigt att vidga perspektivet på kontinuitetsfrågan till att inte enbart avse hur man kan förbättra kontinuiteten i kontakterna mellan patient och vårdgivare inom ramen för den struktur som den öppna sjukvården har idag. Skälet härför är att utredningen anser, att även vad som kallats den långsiktiga kontinuiteten måste beaktas mot bakgrund av att direktiven erinrar om att den öppna vården successivt skall byggas ut som ett system med husläkare och mindre vårdenheter. Därmed har det också blivit nödvändigt att överväga var inom det samlade sjukvårdssystemet som denna kontinuitet bäst skulle kunna förverkligas och också i vilka organisatoriska former. Detta synsätt har fått till följd att övervägandena också kommit att beröra den inbördes relationen mellan sjukhusansluten öppenvård och öppenvård utanför sjukhusen, relationerna mellan allmänläkare och specialistläkare m. m.

Förutom sina direktiv har utredningen sett det som både angeläget och värdefullt att ta allmänhetens synpunkter och önskemål på sjukvården som ytterligare en utgångspunkt för sina överväganden och förslag. När undersökningar och andra erfarenheter visar att allmänheten uppfattar den bristande kontinuiteten som det mest negativa i dagens sjukvård, när man klart ger uttryck åt att man vill ha mindre och närbelägna vårdenheter vid vilka verksamheten bedrivs under former som ger en bra tillgänglighet och som präglas av personlig kontakt och kännedom mellan patienter och personal, när det framkommer att man ofta känner sig skrämd och vilsen inför de stora och anonyma vårdenheterna och att man inte sällan upplever att man på egen hand tvingas leta sig fram i ett komplicerat system utan trygghetskänslan av att det hela tiden finns någon som man kan ”falla

tillbaka" på och som hjälper en fram till de resurser som behövs, då är detta enligt utredningens synsätt inte bara intressanta resultat och erfarenheter. Det är en utomordentligt värdefull grund på vilken man i största möjliga utsträckning bör bygga vid överväganden om hur hälso- och sjukvården skall se ut i vårt land. Ingen torde bestrida, att sjukvården i första hand är till för dem som skall betjänas av den, dvs. patienterna/allmänheten. Det är därför – enligt utredningen – naturligt att utgå från deras synpunkter och önskemål för att inom ramen för ständigt knappa resurser i möjligaste mån försöka tillgodose dessa intressen.

## 7.2 Kontinuitetshinder, förbättringsåtgärder och effekter

### 7.2.1 *Hinder för kontinuiteten och försök till förbättringar*

Av redogörelsen i kapitel 5 framgår att vissa huvudfaktorer kan identifieras såsom särskilda problem vad gäller upprätthållandet av patient-läkarkontinuiteten. Utredningen har sett dem vara följande:

- Otillräckligt antal läkare, framförallt då vidareutbildade läkare
- Läkarnas "ledigheter" (semestrar, kurser, sammanträden m. m.)
- Läkarnas jourtjänst och därmed jourkompensationsledighet
- Läkare under utbildning (korta tjänstgöringspass på grund av utbildningssystemets rotationstjänstgöring)

Till dessa faktorer kan också läggas en stor andel akutfall jämfört med tidsplanerade besök, patientbesök vid sjukhusmottagningar som av rent medicinska skäl inte kräver specialistvård, samt, inte minst, reglerade och successivt förkortade arbetstider även för läkarkåren.

De flesta av dessa kontinuitetshinder är kännbara såväl för sjukhusens verksamhet som för den fristående öppna vården – primärvården. Hindrens storlek varierar också lokalt.

De vägar man sökt sig fram på för att förbättra situationen är t. ex. läkarlag, vårdlag, specialmottagningar (sub-specialisering), långtidsplanering av tjänstgöringen samordnad med patientbokningssystemet m. m. Vid vårdcentralerna/läkarstationerna har man oftast satsat på vårdplaneringssystem eller delar därav i kontinuitetsfrämjande syfte. På en del håll har man också försökt beakta kontinuiteten i vården genom att praktisera olika metoder i syfte att underlätta kommunikationerna mellan exempelvis sjukhus och vårdcentraler.

Såvitt utredningen har kunnat bedöma har dessa ansträngningar också medfört förbättringar i kontinuiteten. Graden av förbättring har varierat, men i regel har det alltid blivit en förändring i gynnsam riktning. Om positiva effekter helt uteblivit i något fall är det oftast att hänföra till för den enskilda vårdenheten opåverkbara faktorer som t. ex. extrem läkarbrist och mycket hög personalomsättning på de befintliga tjänsterna. Sammantaget är det dock helt klart att de olika metoderna haft gynnsamma effekter på kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare. Den kanske effektivaste och i vilket fall mest grundläggande förbättringsmetoden har varit långsiktsplaneringen av läkarnas tjänstgöringar och ledigheter. Lika viktigt har varit ett patientbokningssystem samordnat med långsiktsplaneringen. Utan dessa båda

komponenter är utsikterna till en god kontinuitet minimala.

Bristen på vidareutbildade läkare och det frekventa bytet på underläkartjänsterna har naturligtvis varit i princip opåverkbara för de enskilda klinikerna och vårdcentralerna. Vad beträffar läkare under utbildning har man på vissa håll ordnat det så att AT-läkarna helt enkelt inte har självständiga mottagningar. Eftersom problemet med underläkarna är den frekventa rotationen medan olika "stationer" inom den uppgjorda utbildningsplanen skulle en mera genomgripande förbättring i deras kontinuitet till patienterna kräva en omläggning av hela allmäntjänstgöringens uppläggning i riktning mot färre "stationer" och därmed längre tid vid varje enhet. Detta skulle dock samtidigt påverka hela AT-utbildningens innehåll. Utredningen har inte ansett sig kunna ta ställning till sådana överväganden. Motsvarande problem – om än mindre accentuerat – finns också för FV-utbildningen, varför överväganden av detta slag i så fall skulle ha berört hela läkarutbildningens konstruktion och även dess materiella innehåll. Utredningen kan i stället konstatera att förbättringar i kontinuiteten har kunnat uppnås även för underläkare i nuvarande utbildningssystem genom att praktisera personbundna mottagningar även för dem (se t. ex. Halmstad, avsnitt 5.3.13).

Utredningen utgår ifrån, att man från sjukvårdshuvudmännens sida stimulerar och understödjer strävanden vid sjukhusklinikernas mottagningsverksamhet att medelst förbättrade planerings- och organisationsmetoder påverka patient-vårdgivarkontinuiteten i gynnsam riktning, med särskild tonvikt på att kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare i möjligaste mån bör skapas till en och samma läkare. Självfallet bör kontinuiteten till andra personalkategorier också beaktas.

Vårdcentralverksamheten blir föremål för särskilda förslag, varför utredningen återkommer härtill i avsnitt 7.6.5.

### 7.2.2 *Effekter på kontinuiteten av pågående förbättringsförsök*

Som nämnts i föregående avsnitt är det enligt utredningens uppfattning helt entydigt, att alla de ambitiösa ansträngningar som gjorts – och görs – i kontinuitetsfrämjande syfte också har fått effekter i önskvärd riktning. Frågan är dock vilket slags kontinuitet som påverkats hittills. I första hand är det den mer begränsade vårdepisodkontinuiteten som påverkats. Det har gällt att först och främst se till att patienten i största möjliga utsträckning kunnat få träffa en och samma läkare vid en följd av besök utgörande en och samma vårdepisod. Redan detta har inneburit stora problem, vilket t. ex. resultaten från Dalby och Malmöhus län i övrigt visar. Effekterna på den långsiktiga kontinuiteten – läkarkontakter av ett mer fast slag såsom husläkarsystem – är dock betydligt mindre än vad gäller vårdepisodkontinuiteten. Det huvudsakliga skälet härför är – enligt utredningen – att verksamheten hittills i regel inte varit inriktad på att skapa denna kontinuitet. Ett av de påtagligaste hindren för en sådan uppbyggnad av verksamheten är bristen på distriktsläkare. Vid beaktande av den långsiktiga kontinuiteten är således bristen på vidareutbildade och ordinarie innehavare av distriktsläkartjänster än mer bekymmersam än motsvarande personalproblem vid sjukhusmottagningarna. Det finns enligt utredningens bedömning anledning att ifrågasätta lämpligheten av att den långsiktiga kontinuiteten tillgodoses vid

sjukhusen, annat än i de fall där patientens medicinska tillstånd kräver detta. För det första synes det mycket sannolikt, att en långsiktig kontinuitet generellt sett är svårare att tillgodose vid en sjukhusmottagning. Sjukhusen kommer även framdeles att vara de huvudsakliga enheterna vad gäller undervisning och praktik för blivande läkare, även om en ökad andel av deras utbildning skulle kunna komma att ske inom primärvården. Det innebär, att de flesta läkarna vid sjukhusmottagningarna kommer att vara läkare under utbildning, och till dem är det inte möjligt att skapa någon mer bestående husläkarkontakt. Detta medför i sin tur att de sjukhusläkare som skulle kunna vara aktuella för mer bestående kontakter till patienterna är de vidareutbildade specialisterna på sluttjänster. De flesta av dessa har sin övervägande del av arbetet förlagd till slutenvården, varför det bara skulle kunna bli en ringa andel patienter som kunde påräkna en husläkarrelation till dem. De är dessutom specialister och deras kunskap bör tas i anspråk för de patienter som är i behov av just den. Andra skäl som talar för att patientens/invånarens fasta läkarkontakt snarare bör finnas utanför sjukhusen är allmänhetens önskemål om små, personliga och närbelägna vårdenheter. Det är en beskrivning som inte passar in särskilt väl på sjukhusanläggningarna. Dagens underdimensionerade primärvård har dock lett till att patienterna ofta måst söka sig till sjukhusens tidsbeställda mottagningar med långa väntetider som följd eller till akutmottagningarna. Sjukhusens akutmottagningar har framförallt i större tätorter ofta kommit att få spela rollen som något slags husläkare, dock med de otacksamma förutsättningarna att aldrig kunna ge de fördelar som förknippas med en husläkare – personlig kontakt och kännedom om patientens tidigare medicinska/socialmedicinska historia och den trygghetskänsla detta för med sig för såväl patient som läkare.

I sina överväganden om hur man bäst skall kunna tillgodose även den långsiktiga kontinuiteten har utredningen därför måst beakta hur öppenvårdsstrukturen ter sig i dag och vilka eventuella förändringar som kan krävas för att kontinuitetsaspekterna skall kunna tillgodoses på bästa sätt.

## 7.3 Läkarbesökens struktur i offentlig öppenvård

### 7.3.1 *Sjukhusbesök – primärvårdsbesök*

Ca 60 % av alla läkarbesök i den offentliga vården sker i dag vid sjukhusmottagningar och resterande 40 % inom den fristående öppna vården. Mot bakgrund av vad som anförts i föregående avsnitt är denna besöksstruktur ogynnsam från kontinuitetssynpunkt, i synnerhet vid beaktande av den långsiktiga kontinuiteten. Att besöken uppvisar denna fördelning idag är en naturlig konsekvens av hur resurserna under en följd av år kommit att fördelas på sjukvårdens olika verksamhetsområden. Av den historiska översikten i kapitel 2 framgår att fram till slutet av 1930-talet var mer än hälften av landets yrkesverksamma läkare sysselsatta utanför sjukhusen. 1970 var motsvarande siffra knappt 18 %. Samtidigt som vi fått en mycket kraftig ökning av antalet läkare, kan således konstateras att den övervägande delen av tillskottet gått till sjukhusvården. Den av J. Axel Höjer ledda öppenvårdsutredningen som framlades 1948 framhöll vikten av att mer av sjukvården borde ske utanför sjukhusen och betonade mycket starkt att

det skulle finnas en väl utbyggd allmänläkarvård. Samma tankar kom igen i ÖHS-kommittén som i sitt betänkande 1958 bl. a. behandlade den s. k. provinsialläkarkrisen och föreslog två- och flerläkarstationer samt en reformering av distriktsindelningen för att öka attraktiviteten i allmänläkarverksamheten. Från senare delen av 1960-talet engagerade sig statsmakterna också för att med olika medel främja en utbyggnad av öppenvården utanför sjukhus vilket framgår av kapitel 2. Det var också i slutet av 60-talet (1968) som socialstyrelsen presenterade sitt principprogram om den öppna vården med tankar och idéer som gick i samma riktning.

Parallellt med sjukhusens tilltagande dominans och förstärkning under de senaste decennierna har det således också funnits andra tongångar som ifrågasatt lämpligheten av den utveckling som – utan särskilt starkt motstånd – kunnat fortsätta. Resultaten kan bl. a. avläsas i en sammanställning över sjukvårdsplaner från sexton landsting som socialstyrelsen redovisat där styrelsen konstaterar, att det finns en klar tendens att även i framtiden koncentrera den öppna vården till sjukhus. Sjukvårdshuvudmännens planer grundar sig på nuvarande uppbyggnad och arbetssätt inom den öppna vården.

Någon decentraliserad öppen vård i ordets egentliga bemärkelse har knappast inrymts i planerna, enligt socialstyrelsen.

### 7.3.2 *Medicinska förutsättningar för ökad andel besök utanför sjukhus*

Det är utredningens bestämda uppfattning att möjligheterna för en verkligt god och mera varaktig kontinuitet i kontakterna mellan patient och vårdgivare är bäst inom primärvården. Samtidigt måste dock övervägas om det av medicinska säkerhetsskäl är realistiskt att tänka sig att den övervägande delen av läkarbesöken sker i primärvården och inte vid sjukhusen. Finns det rent medicinska skäl som talar för att så stor andel av besöken skall ske vid sjukhusen, som fallet är i dag, dvs. att den nuvarande bilden inte huvudsakligen är att hänföra till en bristfälligt utbyggd primärvård?

Olika undersökningar har genomförts på detta område. Bland dem kan nämnas vårdnivåundersökningar i Dalby. Sammanfattningsvis gav dessa till resultat att genomsnittligt ca 20 % av de besök som skedde vid sjukhusklinikerna borde ha kunnat tas om hand inom en utbyggd primärvård. Förutsättningarna härför varierar också mellan olika medicinska verksamhetsområden. Så t. ex. skulle enligt dalbyresultaten drygt 50 % av besöken vid medicinkliniken på Lunds lasarett egentligen höra hemma inom allmänläkarvården. För urologklinikens besök visade sig motsvarande siffra vara 38 %, för gynekologi och obstetrik 21 %. Inom ortopedi och psykiatri var dessa siffror lägst, 13 % respektive 12 %. Påtagliga variationer fanns också för olika diagnosgrupper inom respektive specialitet.

Inom Örnsköldsviks sjukvårdsområde företogs redan 1968 vissa studier av patientströmmarna mellan sluten och öppen vård. Resultaten har redovisats i Spri-rapport 14/69 och visar bl. a. att allmänläkarna (i detta fall provinsialläkare och privatläkare) remitterade endast 10 % av besöken till annan läkare. De ansåg sig således kapabla att själva klara av 90 % av patientfallen på allmänläkarnivå.

Vid undersökningen av sjukvårdskonsumtionen i tierpsområdet 1973 (Spri-rapport 4/76) fann man att drygt 8 % av besöken hos distriktsläkare, jourläkarcentral och vid Tierps hälsocentral föranledde remiss till specialistläkare eller sjukhus. En fjärdedel av remitteringarna gick till invärtesmedicinsk specialist och knappt 15 % till kirurgspecialist.

Senare undersökningar från tierpsområdet (Spri-rapport 11/77) visade, att beträffande invärtesmedicinska besök sköttes 62 % av allmänläkare, 22 % av specialist utanför sjukhus och 14 % av specialist vid sjukhus. Proportionerna ansågs böra ändras framöver till 70 %, 18 % respektive 12 %.

Som exempel på undersökningar av motsvarande slag kan också nämnas en försöksverksamhet med s. k. mottagningsläkare vid sjukhusklinik inom Stockholms läns landsting 1972. Mottagningsläkarnas funktion var att agera "sorterare" för patientfallen och föra över dem till distriktsläkarvård så snart det bedömdes som möjligt. Studierna gjordes på basis av att man vid undersökningen på två allmänmedicinska sjukhusmottagningar funnit att 77 % av nybesöken där planerades in för återbesök på samma mottagning. Endast 3 % remitterades till distrikts-, privat- eller företagsläkare. Av sjukhusmottagningarnas återbesök fick inte mindre än 88 % nya återbesökstider vid sjukhuset. Samtidigt kunde konstateras att distriktsläkarna själva åtgärdade drygt 90 % av invärtesmedicinska patientbesök, och drygt 80 % av besök som klassificerades under andra specialiteter.

Försöksverksamheten med mottagningsläkare utformades något olika på de två sjukhusmottagningar som studerades. Resultaten visade i det ena fallet att efter tre besök på sjukhusmottagning hade drygt 40 % antingen överförts till annan vårdnivå eller avskrivits. I det andra fallet bedömdes 45 % av patientfallen ej vara i behov av sjukhusmottagningens resurser redan på basis av telefonanamneser, medan ytterligare 36 % ansågs kunna avskrivas eller överföras till annan vårdnivå efter ett sjukhusbesök.

Det finns all anledning att iaktta försiktighet när det gäller att dra mer generella slutsatser av undersökningar av detta slag. Det är likväl utredningens bedömning att de utgör indicier på att en avsevärd del av läkarbesöken med bibehållen medicinsk säkerhet med fördel kan ske inom primärvårdens ram. Hur stor denna andel är torde alltid variera och betingas bl. a. av vilka diagnosgrupper det gäller, kompetens och erfarenhet hos den enskilde läkaren m. m.

Som framhållits på flera håll i det i kapitel 5 redovisade materialet är det också av betydelse för kontinuiteten att patienterna får sin vård på rätt nivå. En anhopning av läkarbesök på sjukhusnivå, vilka lika väl – och ofta även med fördel – skulle kunna äga rum i primärvården försvårar möjligheten till patient – läkarkontinuitet vid sjukhusen för de patienter som verkligen är i behov av dessa resurser under en kortare eller längre vårdepisod. Även tillgängligheten till snabb vård försämras genom den kösituation som uppkommer vid de tidsbeställda mottagningarna på sjukhusen.

### 7.3.3 *Länsdelssjukhusen*

När det gäller möjligheterna att i ökad utsträckning förlägga läkarbesöken till primärvården skall beaktas att i begreppet primärvård inryms f. n. också specialistläkarvård, dvs. sådan specialistläkarvård som meddelas av specia-

listläkare anställda utanför sjukhus. Vård som ges av specialistläkare vid sjukhus eller vid vårdcentral betraktas dock som länssjukvård om läkaren ifråga är klinikanknuten, dvs. anställd vid sjukhusklinik. Detta enligt den definition på primärvård som den tidigare refererade primärvårdsutredningen gjort (se avsnitt 2.3.4).

För den öppna vård som bedrivs vid s. k. länsdelssjukhus får en utbyggnad av primärvården särskilda konsekvenser. Som framgått av redogörelsen för länsdelssjukhusutredningen (avsnitt 2.3.4) kräver dessa sjukhus på grund av sitt akutvårdsansvar dygnet runt en sådan bemanning att det uppkommer en betydande vårdkapacitet för t. ex. öppen vård under dagtid. Detta förhållande är särskilt framträdande för de minsta länsdelssjukhusen. Vid en utbyggnad av primärvården i de områden som utgör upptagningsområde för ett länsdelssjukhus bör man därför – enligt länsdelssjukhusutredningen – acceptera att en hel del läkarbesök som från medicinska utgångspunkter kunde ske hos specialistläkare i primärvården i stället tas om hand av sjukhusläkarna.

Utredningen delar helt dessa synpunkter och vill samtidigt understryka att den "risk" för länsdelssjukhusens verksamhet som en utbyggd primärvård skulle medföra avser just förekomsten av specialistläkartjänster i primärvården. En kraftfull utbyggnad av allmänläkarverksamheten utgör däremot inte någon "dubblering" av öppenvårdsresurser i dessa områden. Specialistläkarnas funktion berörs närmare i avsnitt 7.6.3.

## 7.4 Primärvården

I sina överväganden om hur ett kontinuitetspräglat system bör skapas inom primärvårdens ram har utredningen sett det som både naturligt och nödvändigt att beakta och utgå från den uppbyggnad, det innehåll och den utveckling som kommer att kännetecknа primärvården enligt de centrala utvecklingsprojekt som kommit fram på senare tid. Hit hör socialstyrelsens principprogram om hälso- och sjukvård inför 80-talet och de synpunkter och överväganden som framkommit genom det gemensamma arbetet från socialstyrelsen, landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Spri, vilket bl. a. resulterat i en omfattande rapport om primärvårdens innehåll och utveckling.

### 7.4.1 *Primärvårdens mål*

Målen eller huvudprinciperna för den framtida primärvården brukar anges vara följande:

- Helhetssyn
- Primärt ansvar
- Närhet och tillgänglighet
- Kontinuitet
- Kvalitet och säkerhet
- Samverkan

Med helhetssyn avses att människans fysiska, psykiska och sociala behov bör

bedömas i ett helhetsperspektiv och att "sammansatta behov" om möjligt bör tillgodoses samtidigt.

Med primärt ansvar förstås att det *i första hand* är primärvården som har ansvaret för befolkningens hälsa.

Vårdens närhet och tillgänglighet gäller i såväl rum som tid. Vårdresurserna skall finnas på nära håll, men man skall också kunna få del av dem utan alltför långa väntetider.

Kontinuitetsbegreppet kan avse flera olika aspekter som att få träffa samma vårdgivare vid olika besök och att det inte uppstår "glapp" i en behandlingskedja som kan innefatta flera personalkategorier och vårdnivåer.

Kvaliteten och säkerheten har i första hand anknytning till personalens utbildning och kunskaper. De måste befinna sig på en tillfredsställande nivå och hela tiden upprätthållas och vidareutvecklas.

Samverkan mellan olika personalkategorier och vårdnivåer, mellan sjukvården och socialvården m. m. är en förutsättning för helhetssynen på patienten och är likaså av betydelse för kontinuiteten i vissa avseenden och även för vårdens kvalitet och säkerhet.

Utredningen instämmer helt i dessa mål för primärvården. Eftersom utredningens huvuduppgift är att närmare beakta ett av de angivna målen – kontinuiteten – är det samtidigt av vikt att se huruvida uppfyllandet av detta mål kan tänkas komma i konflikt med de övriga målen.

### *Målkonflikter*

Det är i första hand beträffande målen om helhetssyn, närhet och tillgänglighet, kvalitet och säkerhet som det finns anledning att ta upp frågan om en eventuell målkonflikt, om man i kontinuiteten särskilt betonar personkontinuiteten i kontakterna, dvs. att patienten träffar t. ex. en och samma läkare vid upprepade besök.

Mellan helhetssyn och kontinuitet bör i princip inte föreligga någon motsättning. Snarare understödjer de varandra. Möjligheten för en läkare att ha en helhetssyn på patienten underlättas om de inte bara träffar varandra vid ett enstaka besök, utan om patient och läkare lärt känna varandra bättre än vad som kan ske vid ett sådant flyktigt besök. Helhetssynen befrämjas också om det är en och samma läkare som fungerar som samordnare för patientens hälso- och sjukvård.

Till målen om närhet och tillgänglighet är förhållandet ett annat, och det gäller då tillgängligheten. Ett krav på att få komma till en viss bestämd vårdgivare t. ex. en läkare, kommer ofrånkomligen i konflikt med ett samtidigt krav att få hjälpen omedelbart eller så snabbt som möjligt. Om man har en viss bestämd läkare och blir i akut behov av dennes hjälp så är det inte säkert att just den läkaren kan ställa upp. Han kan t. ex. vara på semester eller icke tillgänglig av andra skäl. Denna målkonflikt skulle finnas – om än i mindre accentuerad form – även om läkaren tjänstgjorde dygnet runt, vecka efter vecka, månad efter månad. Den skulle också vara avhängig av hur många människor läkaren hade att svara för. I ett modernt samhälle med reglerade arbetstider, berättigade krav på deltagande i kurser och fortbildning m. m. är denna målkonflikt ännu tydligare. Vid överväganden om hur kontinuitetsmålet skall tillgodoses måste man därför beakta dessa förhållanden.

### 7.4.2 *Verksamhetsgrenar*

Innehållet i primärvården enligt bl. a. den s. k. primärvårdsutredningen har beskrivits i kapitel 2. Sammanfattningsvis avses primärvården omfatta:

- mottagningsverksamhet på t. ex. vårdcentraler
- förebyggande verksamhet (t. ex. hälsoupplysning, barn- och mödrahälsovård)
- hemsjukvård
- dagsjukvård
- sjukhemsvård
- hälso- och sjukvårdsservice till primärkommunal verksamhet t. ex. socialvården och skolan

Primärvårdens innehåll är således mycket omfattande, och det är inom i första hand dess verksamhetsområde och organisation som utredningen övervägt möjligheterna till ett kontinuitetsbefrämjande system. Primärvården kommer att präglas av en rad olika vårdinsatser och därför kommer också personalsammansättningen att representera olika personal- eller yrkeskategorier. Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl. kommer alla att ha sin roll inom primärvårdsorganisationen. För att ge patienten trygghet och personkontinuitet i kontakterna med vårdsystemet erfordras dock, att man i första hand skapar fastare relationer mellan patienten och *några få* vårdgivare. En god kontinuitet i kontakterna uppnås inte genom att bara bygga ut primärvården och förse den med förutsättningar för kontinuitet. Kontinuiteten måste för att uppnås beaktas på ett aktivt sätt och förutsättningarna för den tas tillvara genom att ge primärvården en grundstruktur som gagnar kontinuitetstanken.

### 7.4.3 *Hälso- och sjukvårdsansvaret*

Primärvården avses ha ett primärt ansvar för en befolknings hälsa inom geografiskt avgränsade områden. Det är således inte enbart fråga om att kunna motsvara invånarnas krav och efterfrågan på hjälp vid sjukdomsfall. För det första ingår i primärvården vissa delverksamheter som är klart inriktade på hälsokontroll och förebyggande insatser, nämligen verksamheten vid barna- och mödravårdscentraler. I hälsoansvaret bör också ingå att ta tillvara möjligheterna till hälsoupplysning och hälsofostran som uppkommer i samband med "vanliga" läkarbesök och besök hos eller av t. ex. distriktssköterska. Gränserna mellan sjukvårdande behandling och hälsoupplysning/hälsofostran är i praktiken ofta flytande. Om en patient söker läkare för en viss åkomma kan det vara ett nödvändigt inslag i en framgångsrik behandling att t. ex. förbättra patientens kost- och motionsvanor. Även om det inte är ett oundgängligt krav för att klara av ett visst sjukdomstillstånd så bör man inom primärvården ändå utnyttja de möjligheter som finns till förebyggande hälsovård genom att man har fördelen att få förstahandskontakterna med patienterna och också bättre förutsättningar att lära känna patienten och tillämpa en helhetssyn, än exempelvis kollegerna vid en sjukhusklinik. Identifiering av riskgrupper som patienter med diabetes

och högt blodtryck sker ofta i primärvården i samband med diagnostiseringen av de symtom och besvär som patienten sökt för. En utbyggd primärvård bör också ha goda möjligheter att "följa upp" dessa patienter för att förhindra en allvarligare utveckling av deras besvär. Ibland har man organisatoriskt löst det så att det inrättats specialmottagningar för t. ex. diabetespatienter. Med en ökad distriktsläkar- och distriktssköterskeetäthet är det fullt möjligt att också låta dessa patienter med viss regelbundenhet omhändertas av sin egen fasta läkar- eller sköterskekontakt. Utarbetandet av vårdprogram är av stor betydelse i detta sammanhang och har exempelvis medfört, att just diabetesfallen i ökad utsträckning kunnat behandlas i primärvården.

Av särskild vikt när det gäller primärvårdens ansvar är den pågående åldersutvecklingen som medför, att det kommer att finnas en allt större andel personer i de höga åldrarna – pensionsåldern och däröver. I betänkandet "De äldre och hälso- och sjukvården" (Ds S 1978:1) har närmare studerats de äldres behov av hälso- och sjukvård. Hithörande problem har också varit föremål för gemensamt utredningsarbete mellan socialstyrelsen, kommunförbunden och Spri. Det finns en klar samstämmighet i dessa och andra utredningsarbeten om önskvärdheten av att betydligt mer av de äldres vårdbehov skall kunna tillgodoses inom primärvården. Under vilka organisatoriska former detta skall förverkligas varierar, men lokala sjukhem, hemsjukvård och olika samverkansformer med primärkommunal verksamhet – servicebostäder t. ex. – är några av ingredienserna i primärvårdens serviceuppbyggnad för de äldre.

Utredningen delar helt dessa synpunkter och har också utgått härifrån vid sina förslag till modeller för bättre kontinuitet inom den öppna vården.

Slutligen bör också erinras om att hälso- och sjukvårdsansvarets juridiska och författningsmässiga konsekvenser övervägs inom den statliga hälso- och sjukvårdsutredningen.

## 7.5 Parallella vårdsystem

I kapitel 3 berörs i korthet de s. k. parallella vårdsystemen och deras inverkan på kontinuiteten i vården, och det samverkansbehov som förekomsten av de olika systemen ger upphov till. Vid utformandet av en husläkarmodell är de parallella vårdsystemen – privatläkarvården, företagshälsovården, skolhälsovården och förbandssjukvården – av särskild betydelse, eftersom de i många avseenden är just parallella till primärvården, dvs. i många stycken erbjuder likartade eller identiska tjänster.

### 7.5.1 *Privatläkarnas verksamhet*

Privatläkarvården är det vårdsystem som företer de närmaste likheterna med primärvården och dess läkarservice. Privatläkarvården har ofta – enligt allmänhetens uppfattning – vissa drag som gör den mycket omtyckt, nämligen en personlig kännedom och ett förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare, samt möjlighet att kunna erbjuda en snabb tillgänglighet. För att ett patient–läkarförhållande präglat av ömsesidig kännedom och d:o förtroende skall kunna uppstå krävs naturligtvis att patienten träffat läkaren

vid ett flertal tillfällen. Det är många människor som anser sig ha en fast läkarkontakt till just en privatläkare. Enligt de i kapitel 5 refererade undersökningarna uppgav ca 25 % av dem som ansåg sig ha en fast läkarkontakt att detta gällde en privatpraktiserande läkare.

Privatläkarkåren svarar också för ett betydande antal läkarbesök varje år, 3,3 miljoner år 1976 och knappt 3,2 miljoner år 1977. Detta avser privatpraktiserande läkare anslutna till försäkringssystemet.

Privatläkarkåren återspeglar den specialistdominans som råder inom den svenska läkarkåren totalt sett. Enligt LATT-77-undersökningen var 29 % allmänpraktiker, medan resten var specialistkompetenta i andra discipliner. Privatläkarverksamheten är till stor del dessutom en "storstadsföreteelse" eller i vilket fall en tätortsföreteelse. Av de ca 850 läkare som i LATT-undersökningen uppgav sig vara huvudsakligen privatpraktiker fanns 573 i Stockholms, Göteborgs och Bohus – samt Malmöhus län och i kommunerna Malmö och Göteborg.

Vad beträffar privatläkarkårens totala omfattning skedde en viss ökning i antal mellan 1976 och 1977. Denna ökning var dock främst att hänföra till ett ökat antal fritidspraktiker. Antalet heltidsverksamma privatpraktiker har sjunkit sedan flera år och visar f. n. inga tecken på att öka. 1975 arbetade 807 försäkringsanslutna privatpraktiker på heltid. 1977 hade denna siffra sjunkit till 715.

Kårens åldersstruktur är sådan att mer än hälften av de yrkesverksamma praktikerna är 56 år eller äldre. Inte mindre än 30 % är 66 år eller äldre, dvs. i pensionsåldern.

Som nämns i kapitel 2 har försök gjorts att stimulera nyetablering av privatpraktiker utanför storstadsområdena genom att medge en 20-procentig taxehöjning i sådana fall. Samtidigt gäller dock vissa andra villkor som att etableringen måste ske i grupp om minst två läkare, samt att vederbörande sjukvårdshuvudman skall ge sitt samtycke till den tänkta etableringen. Några säkra uppgifter om hur detta har verkat finns ännu inte, men enligt vissa preliminära uppgifter har det samlade resultatet av dessa åtgärder inte motsvarat intentionerna om en ökad etablering.

Den ökning som skett inom privatläkarkåren, vilken således är att hänföra till ett ökat antal fritidspraktiker, innebär dock ett resurstillskott till den öppna vården. En samverkan i mer ordnade former mellan den offentliga sjukvårdshuvudmannen och privatpraktikerna skulle kunna ge än bättre effekter, inte minst i samband med läkarservice under jourtid. Ett centralt jouravtal avseende privatpraktikernas medverkan i den offentliga sjukvården under jourtid har tidigare (t. o. m. 1969) funnits. Detta avtal har sedermera inte förnyats.

Det förekommer dock en betydande samverkan mellan privatpraktikerna och det offentliga. I Stockholms län t. ex. har landstinget slutit avtal med Stockholms läkarförening avseende den öppna jourverksamhet som sker genom systemet med s. k. läkarbilar. I denna verksamhet deltar såväl privatpraktiker som landstingsanställda läkare.

Utredningen anser för sin del att den bärande grundtanken om ett ordnat samarbete mellan privatpraktikerna och den offentliga sjukvårdshuvudmannens läkarresurser är riktig och angelägen från den synpunkten att det måste vara en ständig strävan att finna former som ger patienterna bästa möjliga service.

### 7.5.2 *Företagshälsovården*

Företagshälsovården har en särställning genom att den är en del av skyddsorganisationen på företagen. Den innefattar tekniskt förebyggande arbete, hälsovård, sjukvård och rehabilitering. Verksamheten bygger på arbetsmiljölagen som numera även omfattar den psyko-sociala arbetsmiljön.

Enligt arbetsmiljölagen sorterar företagshälsovården under skyddskommittén. Det är alltså skyddskommittén som har i uppgift att planera och bestämma företagshälsovårdens organisation, inriktning och verksamhet. Skyddskommitténs uppgifter och befogenheter regleras närmare i avtal mellan arbetsmarknadsparterna. Verksamheten är främst avsedd att vara förebyggande. Parterna på den privata sektorn är överens om att den sjukvårdande verksamheten inte får vara dominerande utan bör ta i anspråk endast en begränsad del av läkarnas tid. Syftet är också att de förebyggande och de sjukvårdande insatserna skall stödja varandra och att därför den sjukvårdande verksamheten i första hand skall gälla sådana sjukdomar och skador som har samband med arbetet.

Utredningen har inte att ta närmare ställning till företagshälsovårdens utformning. Företagshälsovårdens framtida inriktning och omfattning övervägs f. n. inom en särskild statlig utredning. Dess slutliga överväganden och förslag är ännu inte kända. Utredningen vill dock utifrån sina utgångspunkter framhålla, att det generellt sett synes lämpligare att skapa ett system med fasta läkarkontakter i primärvården än inom företagshälsovården. Företagsläkarens möjligheter till en helhetssyn på sina "patienter" kan knappast förväntas bli av samma slag som distriktsläkarens. I helhetssynen ingår ofta kunskap om den eventuellt övriga familjen m. m., och att räkna att företagshälsovården skulle orientera sig mot att ta på sig en familjeläkarfunktion ter sig varken realistiskt eller önskvärt.

Den kunskap som företagshälsovården kan få om sina "personapatienter" bör istället, om så är lämpligt, kommuniceras till den enskildes egen fasta läkarkontakt – t. ex. en distriktsläkare – för att förbättra förutsättningarna för honom att göra en korrekt diagnos och fullfölja en adekvat behandling. Det bör således framdeles ske ett närmande mellan företagshälsovårdens resurser och primärvårdens, men inte på så sätt att man fortsättningsvis medvetet söker fullborda parallelliteten i två system, utan i stället tar tillvara de olika förutsättningarna för hälso- och sjukvård inom respektive system och tillgodoser möjligheterna till en helhetssyn på den enskilde genom ett närmare och förbättrat samarbete som bl. a. bör innehålla ömsesidigt utbyte av information och erfarenheter.

### 7.5.3 *Skolhälsovården*

Skolhälsovården är f. n. en primärkommunal angelägenhet. Verksamheten har nyligen varit föremål för överväganden i en statlig utredning – 1974 års skolhälsovårdsutredning (SOU 1976:46). Enligt denna utredningens förslag bör skolhälsovården även fortsättningsvis höra hemma inom primärkommunernas ansvarsområde. Samtidigt kan konstateras, att det råder kart delade meningar i huvudmannaskapsfrågan. Från sjukvårdshuvudmärnens sida

anses det lämpligare att skolhälsovården integreras i den hälso- och sjukvård som landstingen (motsv.) har ansvaret för. Som argument för denna åsikt har bl. a. anförts, att det vore värdefullt om en och samma huvudman hade ansvaret för hälso- och sjukvården för såväl barn som ungdomar i olika avseenden. Det är ju sjukvårdshuvudmannen som svarar för barnhälsovården, och det vore därför naturligt att de kunskaper om barnen som fåtts via den verksamheten kontinuerligt kunde fortsätta via skolhälsovården. Som argument för att skolhälsovården bör ligga kvar hos primärkommunerna har bl. a. anförts att en sådan ordning bättre kan tillfredsställa kravet på att skolhälsovården blir fastare förankrad i den samlade elevvården.

Vad beträffar skolhälsovårdens innehåll ansåg skolhälsovårdsutredningen att den även i fortsättningen skulle vara av huvudsakligen förebyggande natur men att den även kunde innefatta en till sin form och till sitt innehåll enklare sjukvård. Vid behov borde också ingå att remittera elev till utredning och behandling inom den allmänna sjukvården. Sjukvården borde dock inte få anta en sådan omfattning att den inkräktade på tid och kapacitet avsedda för den förebyggande vården vilken sågs som skolhälsovårdens primära uppgift.

I sin översikt över utländska förhållanden rörande skolhälsovården nämner utredningen bl. a. England och konstaterar därvid, att genom det engelska familjeläkarsystemet blir skolläkarens roll ganska ringa. Gjorda fynd och iakttagelser måste alltid meddelas till familjens läkare och denne skall godkänna remitteringar till specialistundersökningar eller sjukhus.

Kontinuitetsutredningens förslag om tillskapande av ett system med fasta läkarkontakter – husläkar/familjeläkarsystem – inom primärvården får givetvis konsekvenser även för skolhälsovårdens verksamhet. Ett samrådsförfarande mellan skolhälsovården och primärvården kommer också att bli nödvändigt för att familjeläkaren skall ha möjlighet att få en helhetssyn på de barn och ungdomar som är hans patienter. Skolhälsovården borde därigenom få större möjligheter att ägna sig åt förebyggande verksamhet och framför allt sådan förebyggande verksamhet som har en mer direkt anknytning till skolan som miljö och arbetsplats. Läkar- och sköterskeresurser kommer självfallet att behövas för vissa uppgifter inom skolhälsovården, även om primärvården utformas som ett familjeläkarsystem, men behovsbilden kan förändras både vad avser totalantalet personal och vad gäller typen av personal. Ett närmare samarbete mellan skolhälsovård och primärvård anser utredningen angeläget. Ett sådant skulle förenklas genom ett gemensamt huvudmannaskap för de båda verksamheterna.

### 7.5.4 *Förbandssjukvården*

Hälso- och sjukvården inom försvaret kan sägas bestå av två delar. Den ena avser företagshälsovård för de anställda inom försvarsväsendet, den andra avser hälso- och sjukvård för de värnpliktiga.

Försvarets sjukvårdsstyrelse framlade 1977 en utredning om försvarsmaktens hälso- och sjukvård i fred. Frågan har senare blivit föremål för regeringsproposition och riksdagsbehandling. Det framgår därav att utvecklingen på detta område kommer att innebära att de anställda inom försvaret får sin företagshälsovård tillgodosedd på samma sätt som övriga statsan-

ställda.

Resultatet av de fattade besluten i denna fråga innebär, att de anställda inom försvarsmakten skall omfattas av den statliga företagshälsovården. Det har ansetts angeläget, att de försvarsanställda omfattas av samma organisation som övriga statsanställda så att de resurser som byggs upp för den statliga företagshälsovården kan utnyttjas effektivt. Den statliga företagshälsovården skall endast omfatta sådan sjukvård som utgör en integrerad del av den förebyggande verksamheten och sjukvård vid akuta sjukdoms- eller olycksfall på arbetsplatsen.

När det gäller de värnpliktigas hälso- och sjukvård bör möjligheterna till samverkan med landstingen tas till vara och förhandlingar om sådan samverkan bör tas upp med landstingen. Ändrade former för bedömning av värnpliktigas tjänstgöringsförmåga förutsätts i sig leda till ett minskat behov av läkarinsatser i försvarsmaktens hälso- och sjukvård. Vad gäller frågan om att låta försvarsmaktens läkartjänster omfatta viss sjukvård även för de anställda föreslås i stället att där så är lämpligt överenskommelse träffas med den läkare som anställs för de värnpliktigas hälso- och sjukvård om att denne även ombesörjer sjukvård för de anställda.

Från utredningens utgångspunkt kan noteras, att konsekvenserna för försvarets företagshälsovård av en utbyggd primärvård med fasta läkarkontakter blir desamma som för övrig företagshälsovård. Det finns anledning räkna med att de sjukvårdande insatserna kan minska i omfattning. Vad gäller de värnpliktigas hälso- och sjukvård kan utredningen konstatera att i den mån som avtal eller andra överenskommelser träffas mellan förband och landsting om läkarresurser m. m. så kommer detta att innebära att läkartid "försvinner" från den civila primärvården, vilket måste beaktas i resursdimensioneringen av läkarantalet på en ort där sådana överenskommelser träffas.

## 7.6 Kan husläkartanken förverkligas i Sverige?

### 7.6.1 *Begreppet husläkare/familjeläkare*

Idén om husläkare är på intet sätt ny. Den har gamla anor. Det är faktiskt den omständigheten som lett till att somliga hävdat, att tanken på husläkare är hopplöst föråldrad, att tiden och samhällsutvecklingen oåterkalleligen förvandlat husläkaren till en historisk företeelse, som man i och för sig kan se tillbaka på med viss saknad, men som det vore helt utsiktslöst att försöka återinföra i dagens och morgondagens samhälle. Om man med husläkare förstår en person som med största sannolikhet kan följa sina patienter från vaggan och upp till mogen ålder och som själv ställer upp för sina patienter när som helst på dygnet vardag som helgdag, en person som praktiskt taget aldrig är borta från sin mottagning såvida det inte gäller hembesök hos patienter och för vilken semester är en känd men knappast utnyttjad förmån, om detta är bilden av en husläkare, då är han onekligen en minnesvärd figur som förtjänar ett hedersomnämnande i sjukvårdens annaler. Men husläkarfunktionen behöver inte utformas på detta sätt. Den kan lika väl avse en person hos vilken patienterna känner en naturlig trygghet och ett personligt

förtroende, därför att de haft möjlighet att lära känna varandra någorlunda inom ramen för läkarens hälso- och sjukvårdande verksamhet, en person som patienten lärt känna just som en person och inte bara som en komponent ingående i ett större system kallat hälso- och sjukvård, en vårdgivare som känner till de besvär och problem som patienten lider av sedan tidigare och där man inte behöver upprepa stora delar av sin sjukdomshistoria vid varje förekommande besök, en person som har ansvaret för att man når fram till de vårdresurser som behövs vid olika tillfällen och som finns med i bakgrunden även om vården i vissa fall meddelas av andra personer. Om man ser husläkaren på det sättet, är det enligt utredningen både angeläget och möjligt att skapa ett husläkarsystem inom det moderna samhällets hälso- och sjukvård.

Det finns också anledning att något dröja vid begreppet husläkare i relation till ett annat uttryck, nämligen familjeläkare. Är husläkare och familjeläkare detsamma? Uttrycket familjeläkare får ses i ett internationellt perspektiv. Länder som t. ex. Danmark och England har en uppbyggnad av sin öppna vård som i svenskt vardagligt tal brukar betecknas husläkarsystem. Den engelske husläkaren kallas i sitt hemland dock ofta "family doctor" och den internationella termen familjeläkare avser således i allt väsentligt detsamma som husläkare. Den anger en situation där man hör till en viss läkare som man kontaktar vid behov av läkarvård oavsett vilka symtom man har. Av tradition ingår också i tanken att hela familjen hör till en och samma läkare, även om denna princip kommit att till viss del uppluckras genom åren. Särskilt angeläget är det kanske att understryka att "familjeläkaren" inte avser en läkare som enbart är till för människor som lever i mer eller mindre etablerade familjeförhållanden. Familjeläkarens vård och övriga tjänster står självfallet även till buds för den som är ensamstående. Därest familjeläkarprincipen i praktiken innebär, att t. ex. föräldrar och barn hör till samma läkare kan betydande fördelar uppnås, genom den samlade kunskap om familjen som läkaren kan få, något som kan vara till nytta vid bl. a. diagnostisering och behandling av de enskilda familjemedlemmarna. Själva ordet familjeläkare kan dock kännas främmande för ensamstående personer, varför utredningen fortsättningsvis använder begreppet husläkare.

### 7.6.2 *Utländska erfarenheter*

Av de utländska erfarenheter som utredningen haft möjlighet att ta del av är det i första hand England och Danmark som är intressanta från husläkarsynpunkt. Båda dessa länder har sedan länge etablerade husläkarsystem. Självfallet finns det en rad olikheter mellan de båda systemen, men grundstrukturen i organisationen är mycket likartad. Praktiskt taget samtliga invånare har en fast läkare till vilken de vänder sig vid behov av läkarvård.

De läkare som fullgör funktionen som husläkare är allmänläkare. Specialistläkarna blir i dessa organisationssystem konsulter som kopplas in när den ordinarie husläkaren finner det nödvändigt. Patientens möjlighet att välja läkare har också tagits till vara, dels genom ett "första" val av den fasta läkaren, dels genom rätten att byta läkare om man så önskar. I princip föreligger ett krav på remiss från husläkare för tillgång till specialistläkarvård i

båda systemen. Vidare märks att de läkare som är verksamma som husläkare är egna företagare, dvs. i grunden privatpraktiker som genom kontraktsförfarande erbjuder sina tjänster åt det offentliga. Köpenhamn utgör härvidlag ett undantag.

Av redovisningen för övriga länder i kapitel 6 kan konstateras att Finland genomgått en utveckling som i många stycken påminner om den som skett i Sverige under senare år. Finland hade länge ett system med stads- och kommunalläkare som medförde oerhörda arbetsbördor för läkarna, men var mycket uppskattat av patienterna, inte minst genom att de alltid kunde påräkna en hög kontinuitet i kontakterna med läkaren. Under 1950- och 60-talen kom i Finland en period som kännetecknas av stora sjukhusbyggen och vårdresurserna utanför sjukhusen kom något i skymundan. Sedan början av 1970-talet har dock kraftfulla satsningar skett på den del av hälso- och sjukvården som sker utanför sjukhusen genom de s. k. hälsovårdscentralerna. Men frågan om att patienterna skulle kunna få komma till en och samma läkare vid olika tillfällen och att det skulle finnas någon eller några få vårdgivare som utgjorde en mer varaktig kontaktlänk för allmänheten i sjukvården är fortfarande ett problem i Finland. Det är mot den bakgrunden som tanken på att vidareutveckla primärvården till ett husläkarsystem i Finland aviserats av generaldirektören för finska medicinalstyrelsen.

Inom den norska hälso- och sjukvården har inte själva kontinuitetsfrågan framträtt lika starkt som i Sverige och Finland, åtminstone inte att döma av de erfarenheter utredningen kunnat inhämta. Men i det mer överordnade perspektivet om vilken del av sjukvården som man skall prioritera framöver – sjukhus eller öppen vård – har utvecklingen gått i samma riktning i Norge som i så många andra länder, dvs. en förskjutning i sjukvårdsstrukturen till förmån för de verksamhetsformer som kan bedrivas utanför sjukhusen i invånarnas närmiljö.

En grupp allmänpraktiker från "Alment praktiserende laegers forening" och "Offentlige laegers landsforening" har i en gemensam publikation bl. a. angivit mål för primärvårdsläkarnas verksamhet. Här betonas närheten och tryggheten och läkarnas uppgift som patientens centralpunkt i sjukvårdssystemet. Man betonar också värdet av hembesök och den grundläggande betydelse som kontinuiteten mellan patient och läkare utgör för att möjliggöra en kunskap om individens totala situation. Man varnar också för att värdefulla upplysningar om patienten går förlorade om det inte finns en bestämd läkare som har förutsättningar för en helhetssyn på patienten.

Att döma av de synpunkter som framförts av WHO finns det flera trender i hälso- och sjukvårdens utveckling internationellt sett som det är värt att ta hänsyn till bl. a. vid överväganden om hur man skall skapa ett husläkarsystem.

Det är t. ex. helt klart att man framöver får räkna med att den organisationsform som enläkarmottagningar utgör kommer att minska i omfattning. Denna utveckling har varit märkbar även i länder som Danmark och England med utpräglade husläkarsystem. Bakom denna trend ligger bl. a. sådana faktorer som att läkarna idag inte i samma utsträckning som förr är villiga att verka helt ensamma, utan andra än rent sporadiska kontakter med kolleger. Myndigheterna har också uppmuntrat denna utveckling mot flerläkarmottagningar. Det har också att göra med att arbetslivets villkor förändrats i en

riktning som innebär ett ökat mått av fritid och att det mot den bakgrunden är fördelaktigt om flera läkare samverkar i någon form för att kunna ställa upp för varandra under semestrar och andra ledigheter. För svenskt vidkommande bör man också komma ihåg att den "medicinska isoleringen" var en av de bidragande orsakerna till den s. k. provinsialläkarkrisen.

Ett annat genomgående drag i de senare årens utveckling har varit att tankarna om lagarbete i vården – vårdteam – fått allt större utrymme och betydelse. Det gäller för såväl den slutna som den öppna vården. I länder som Danmark och England där husläkarverksamheten från början bedrevs i form av enläkarmottagningar har man under hand kunnat märka att inslaget av andra personalkategorier än läkare ökat även inom den öppna vården. I England har myndigheterna t. ex. genom ekonomiska stimulansmedel sökt befrämja en sådan utveckling och idag är exempelvis 80 % av den yrkeskår som kallas "health visitors" knutna till husläkare.

Generellt sett har man också i olika länder sökt se till att den primärvård som är under uppbyggnad eller vidareutveckling också i ökad omfattning får en inriktning mot hälsovårdande uppgifter och inte enbart sjukvårdande.

En av de tydligaste linjerna i de senaste decenniernas skeende på hälso- och sjukvårdens område är enligt WHO den specialisering av läkarkåren som fortgått. Detta har skett på bekostnad av den läkargrupp som kallas allmänläkare, general practitioners eller motsvarande. På många håll har man numera kommit till den slutsatsen att denna utveckling inte varit enbart av godo. Detta innebär inte att man har anlagt en negativ syn på specialistläkare och den verksamhet de är skolade till. Vad reaktionerna har gällt är snarare att specialistläkarökningen skett på allmänläkarnas bekostnad och därigenom allvarligt försvårat de senares verksamhet genom att man i flera länder nått en situation där den önskvärda balansen mellan allmänläkarvård och specialistläkarvård upphört genom en för stor kvantitet specialistläkare.

Enligt utredningen kan dessa utvecklingslinjer också klart ses i vårt land. Utredningen vill något närmare beröra vissa aspekter som har anknytning härtill, nämligen allmänläkar- och specialistläkarrollen och – mera översiktligt – den funktion som distriktssköterskan kan fullgöra i svensk hälso- och sjukvård.

### 7.6.3 *Allmänläkar- resp. specialistläkarfunktionen*

Mot bakgrund av den utveckling som har nämnts i föregående avsnitt och också i tidigare kapitel och som bl.a. inneburit ett alltmer markerat inslag av specialistläkare inom läkarkåren kan man naturligtvis ställa frågan om det inte är naturligt och bra det som hittills skett och i vad mån det finns något utrymme för en särskild allmänläkarroll i den moderna hälso- och sjukvården.

Enligt utredningen är en ökad satsning på allmänläkarsidan en av de viktigaste uppgifter som nu måste lösas i vår sjukvårdspolitik. Den ökade specialiseringen inom sjukvården har bl. a. medfört en diskontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare. Samtidigt har den lett till en "fragmentarisk" syn på patienterna och därmed försvårat en helhetssyn på patientens problem. Den tillväxt av specialistläkarkåren som skett under en följd av år hänger framförallt samman med att den svenska sjukvården – i

likhet med många andra länders – präglats av att bygga fler och fler sjukhus, och därigenom göra sjukvården allt bättre. Naturligtvis har också sjukvården i många avseenden blivit bättre genom dessa satsningar, men den sjukvårdsservice som inte är i behov av sjukhusens kvalificerade resurser har inte blivit bättre genom detta tillvägagångsätt. Sjukvårdspanoramat i vårt land har heller inte den strukturen att den övervägande delen av alla läkarbesök t. ex. kräver sjukhusläkarnas resurser. Likväl sker 60 % av läkarbesöken inom den offentliga vården vid sjukhusmottagningar. Det är insikten om dessa förhållanden som lett till att tankarna på en kraftigt förstärkt primärvård blivit allt vanligare och att det numera råder allmän enighet om en sådan inriktning av sjukvården framöver.

Inom primärvårdsorganisationen är det för utredningen helt klart att allmänläkaren är den läkare som skall ha en nyckelfunktion. Allmänläkaren är inte och bör – enligt utredningen – heller inte vara något slags specialist på "det mesta". Detta är fullständigt omöjligt. Men allmänläkaren har genom sin utbildning fått en kunskap – med tiden ytterligare förstärkt av erfarenhet – som gör att han kan behandla många av de vanligast förekommande problemen som föranleder läkarkontakter. Genom den breda medicinska utbildning som allmänläkaren har, har han goda möjligheter att primärt ta ställning till flertalet hälso- och sjukvårdsproblem. Allmänläkaren möter i sin verksamhet patienter, vilkas symtom hör hemma under samtliga specialiteter. Hans kunskaper gör honom väl lämpad att – om så behövs – lotsa patienten vidare till rätt specialist. Många patientbesvär är också av den karaktären att hos en och samma patient finns symtom och problembilder som medicinskt kan hänföras till flera olika specialiteter, s.k. multidiagnostiska fall. Även här utgör naturligtvis allmänläkarens breda utbildningsbakgrund en värdefull plattform, i vart fall för förstahandsinsatser. Allmänläkaren är enkelt uttryckt den läkare som genom sin utbildning blivit väl skickad att tjänstgöra "vid fronten" i sjukvårdssystemet, och där vara den som primärt bedömer praktiskt taget alla uppkommande fall, för att sedan avgöra vad slags ytterligare resurser som kan behövas i det enskilda fallet.

Utredningens syn på allmänläkarens funktion innebär således att specialistläkarens särskilda kunnande skall tas i anspråk när så behövs, dock inte annars. Specialistens huvudsakliga funktion blir att vara konsult åt allmänläkaren. Detta synsätt gäller för samtliga specialitetsföreträdare, även barnläkare, gynekologer och psykiatriker. Att exempelvis barnläkaren skulle fullgöra en funktion som "allmänläkare för barn" är inte förenligt med detta synsätt. Allmänläkaren bör vara en läkare för alla ålderskategorier, såväl barn som vuxna och gamla. När det föreligger ett behov av specialistläkarvård åvilar det allmänläkaren att se till att patienten får denna, det gäller för barn, det gäller för vuxna och det gäller för de äldre.

Utredningen anser därför att den fasta läkarkontakt som en individ har, den läkare man vänder sig till i första hand, den läkare som bäst kan fylla funktionen som husläkare, den läkaren bör vara en allmänläkare.

Även med beaktande av den nyckelroll som allmänläkaren kommer att spela i den framtida primärvården bör man enligt utredningen räkna med att också specialistläkare kommer att finnas anknutna till primärvården. Under en uppbyggnadsperiod när antalet allmänläkare inte kommer att vara tillräckligt blir en strikt funktionsuppdelning inte möjlig.

### 7.6.4 *Distriktssköterskan – allmänläkarens motsvarighet på sjuksköterskesidan*

Internationellt har det – som redovisats – skett en utveckling som inneburit, att man på allt flera håll försökt förse allmänläkarna med hjälpresurser av olika slag, bl. a. i form av sjuksköterskor för att därigenom kunna avlasta trycket på läkarnas tjänster och också i andra avseenden förbättra servicen inom primärvården. I den svenska primärvården finns en sjuksköterskekategori som sedan länge utfört en stor del av sitt hälso- och sjukvårdande arbete i patienternas invanda miljö. Det är distriktssköterskorna. Det torde inte vara någon överdrift att påstå, att distriktssköterskan varit den befattningshavare som mest konsekvent kunnat arbeta utifrån en helhetssyn på patientens vårdsituation, och att hon också varit den som haft upparbetade kontakter med flera olika hjälpsystem i samhället. Ett besök hos eller av distriktssköterskan har i många fall varit ett bra alternativ till läkarkonsultation. Genom att distriktssköterskan haft ett avgränsat geografiskt område att svara för har det varit möjligt för henne att lära känna sina patienter väl. Personkännedom visavi patienterna har också underlättats av att distriktssköterskan fullgjort en avsevärd del av sina uppgifter genom hembesök. Enligt resultat från ett forsknings- och utvecklingsarbete i Vilhelmina, Västerbottens län, har konstaterats att hembesöken varit flera än besöken hos distriktssköterskan på hennes mottagning. Vidare har man i dessa undersökningar också funnit, att antalet besök hos distriktssköterskan ökar ju längre bort läkarresurserna finns. Att läkarresurserna är avlägsna kan vara ett särskilt påtagligt faktum i glesbygdsområden. Det är därför inte förvånande att distriktssköterskan kommit att få störst betydelse i sådana områden. Närheten till både läkare och sjukhus i storstäder har medfört, att distriktssköterskerollen på dessa platser ibland blivit mer diffus och för många invånare kanske ett nästan okänt begrepp. En seriös diskussion om en utbyggd primärvård måste se distriktssköterskan som en utomordentligt värdefull basresurs. Om allmänläkaren är den bland läkarna som är bäst lämpad att åstadkomma en god förstahandsservice i primärvården gäller detta på motsvarande sätt i lika hög grad för distriktssköterskan. Distriktssköterskan har genom sin utbildning en god möjlighet att i samarbete med allmänläkaren eller på egen hand klara av många angelägna uppgifter i primärvården. Detta gäller för såväl glesbygd som tätort. Genom att en viss specialitetstrend funnits även på sjuksköterskesidan i öppenvården – främst i tätorterna genom barnhälsovården – har distriktssköterskan ibland hamnat i den situationen att hennes arbetsfält kommit att begränsas. En minskning av hennes distrikt och en samtidig ökning av antalet verksamma distriktssköterskor skulle enligt utredningens förmenande kunna leda till att distriktssköterskan – även i tätorter – mer genomgående kunde användas för de mångfasetterade uppgifter som hennes utbildningsbakgrund möjliggör.

### 7.6.5 *Modeller för ett husläkarsystem*

Mot bakgrund av de överväganden som redovisats vill utredningen framlägga förslag till hur ett husläkarsystem kan förverkligas.

Inledningsvis vill utredningen erinra om de mål som avses gälla för

primärvården. Hit hör bl. a. närhet och tillgänglighet, kontinuitet och helhetssyn. Om husläkartanken skall kunna förverkligas inom primärvårdens ram måste den också kunna uppfylla dessa mål.

*Närhetsmålet* kan bara tillgodoses genom att det inom primärvården sker en uppbyggnad av decentraliserade vårdenheter (vårdcentraler) som geografiskt sett finns så nära invånarna som möjligt. Tidigare utredningar – bl. a. inom Spri – har betonat att det bör finnas minst en vårdcentral i varje kommun. Utredningen vill för sin del anföra att en vårdcentral inte bör vara större än att där tjänstgör 2–5 allmänläkare + annan personal. Detta gynnar närhetsmålet och motsvarar också allmänhetens krav på små enheter, där möjligheten för personkännedom ökar.

För bl. a. *helhetssynen* är det viktigt att ett husläkarsystem byggs upp kring en vårdcentral med ansvar för hälso- och sjukvården inom ett skarpt begränsat geografiskt område som bör sammanfalla med socialvårdens distriktsområde och om möjligt också med skolans rektorsområde. I ett sådant område skall hemsjukvård, äldrevård, social service, barnhälsovård och skolhälsovård samordnas, jourverksamhet inom de medicinska och sociala fälten planeras och utvecklas, likaså förebyggande hälsovård, omgivningshygien och miljövård. Inom alla dessa verksamhetsgrenar kan distriktsläkaren och distriktssköterskan få centrala uppgifter.

Under ovan nämnda betingelser kan det utvecklas en *kontinuitet* i kontakten mellan områdets invånare och allmänläkaren och distriktssköterskan som kan sträcka sig över flera år och ge helt andra möjligheter än idag att bjuda människor effektiv hjälp vid sjukdom och även vid socialt hjälpbehov.

Den grundliga kännedom som husläkaren och sjuksköterskan får om invånarnas levnadsbetingelser kommer att ge förutsättningar för hälsoupplysning och förebyggande hälsovårdande åtgärder, tidigt uppspårande av missbruk, barnmisshandel och vanvård. Denna kännedom underlättar också klarläggande av sjukdomsorsaker som bottnar i familjeproblem, bostadsförhållanden osv., varvid det är nödvändigt att både läkare och sjuksköterska i ökad omfattning gör hembesök och därmed skaffar sig en bild av invånarnas livsmiljö. Närhet, kontinuitet och helhetssyn utmärker ett sålunda beskrivet husläkarsystem. För att också uppnå en kontinuitet i kontakterna avseende olika vårdepisoder krävs tillämpande av vårdplaneringsmetoder av skilda slag.

Vårdplaneringsmetoder är också av avgörande betydelse för att uppfylla kravet på *lättillgänglighet*. Lättillgängligheten är vidare avhängig av en tillräcklig bemanning vid vårdcentralen. Ett husläkarsystem måste organiseras så att hjälp och service är snabbt och lätt tillgänglig för människor när hjälp behövs. Det är då viktigt att både läkare och sjuksköterska har tid reserverad i sina dagsprogram för att omedelbart ta sig an akuta behov. I ett fullt utbyggt husläkarsystem bör vårdcentralen ha en sjuksköteskebemannad telefon dygnet om. Under kvällar och nätter kan flera vårdcentralers jourtelefoner sammankopplas så att inte mer personal än nödvändigt krävs. Ett oeftergivligt krav är dock att varje människa som känner sig sjuk eller har ett medicinskt problem som han bedömer som allvarligt, med ett enda telefonsamtal skall få kontakt med vårdcentralen och så långt möjligt med sin distriktssköterska utan att mötas av orimligt lång telefonkö. Hittills kända

resultat visar att en erfaren sjuksköterska i ungefär hälften av telefonsamtalen kan ge sin patient ett tillräckligt klarläggande och lugnande besked. I vissa fall är det nödvändigt att låta en läkare ta över samtalet – på dagtid patientens egen husläkare, på jourtid den tjänstgörande allmänläkaren. I några fall behöver patienten komma till läkarundersökning på ett tidsbeställt besök inom några dagar eller på akut jourbesök på en av husläkarens reserverade akuttider.

För att klara en sådan kontinuerlig och snabbt tillgänglig service har utredningen beräknat att en allmänläkare bör ha ansvaret för högst 3 000 personer och en distriktssköterska för högst 1 500. Underlaget för dessa beräkningar redovisas i ett senare avsnitt. Vårdcentralen är dessutom bemannad med representanter för en rad andra personalgrupper som var och en på sitt sätt biträder i vårdarbetet: specialistläkare – konsulter, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, undersköterskor m. fl. Deras insatser förmedlas av husläkaren och deras undersöknings- och behandlingsresultat rapporteras till husläkaren som hela tiden "håller i alla trådar" och har det samlade ansvaret för sin patient. Dessa olika hjälpkrafter får dimensioneras alltefter allmänläkarens utbildning och kompetens, befolkningens åldersstruktur och yrkesverksamhet, områdets geografiska beskaffenhet, närhet till sjukhus m. m., och därför måste avsevärda regionala variationer förekomma.

En grundläggande förutsättning för att ett sådant husläkarsystem skall kunna förverkligas är i första hand betydligt fler allmänläkare och distriktssköterskor med fasta anställningar i alla delar av landet. Utredningen utvecklar i ett senare avsnitt hur en sådan utökning skall komma till stånd. Det krävs emellertid också organisatoriska åtgärder. Såsom tidigare nämnts finns olika utvecklade ansatser till husläkarsystem på skilda håll i landet. Utredningen kan tänka sig olika steg i riktningen mot det fullt uppbyggda husläkarsystemet.

Som ett första steg kan man betrakta de vårdplaneringssystem som tillämpas på skilda håll och i något varierande former i landet och granska den grad av måluppfyllelse enligt ovan som dessa metoder kan ge. I kapitel 5 har lämnats en utförlig beskrivning av ett av de mest utvecklade vårdplaneringssystemen, det som förekommer i Lerum. Genom den satsning som där skett på en väl utvecklad patientmottagarfunktion, en noggrann planering av läkarnas tjänstgöringar och ledigheter, en systematiserad patientbokning m. m. har såväl tillgängligheten som kontinuiteten påverkats positivt. Man kan snabbt komma fram till läkare – om det är läkarvård som behövs – och åtminstone vårdepisodkontinuiteten garanteras i rimlig utsträckning genom samordning av patientbokning och tjänstgöringsplaner. En förbättrad vårdepisodkontinuitet ökar också möjligheterna till en bättre totalbedömning av patientens vårdsituation. Det ingår emellertid inte i systemet att patienten alltid i första hand skall komma tillbaka till samma läkare som tidigare i händelse av en ny vårdepisod. Man försöker dock tillgodose patientens önskemål om hon har sådana. Därvid finns goda möjligheter att bevara kontinuiteten. Men även andra synpunkter beaktas. Det kan t. ex. vara så att en av läkarna vid vårdcentralen genom sin inriktning och kompetens har särskilt goda möjligheter att hjälpa patienten. Det kan också vara så att en viss läkare redan har så många "egna" patienter att det är olämpligt att belasta denne ytterligare. Men om patienten önskar kontinuitet går denna i regel att

tillgodose.

Denna organisationsmodell innebär emellertid inte att en viss läkare har ett särskilt ansvar för sina "egna" patienter. Å andra sidan tillgodoser systemet i hög grad den enskildes intresse av att – om han så önskar – kunna välja läkare från fall till fall. Utredningen har tidigare betonat värdet av att en och samma läkare – i förekommande fall – också kan fylla funktionen som fast läkarkontakt för hela familjen. Detta ökar ytterligare möjligheterna till en helhetssyn på den enskilda patientens problem. Det är svårt att tillgodose dessa aspekter enbart genom vårdplaneringssystem. Vårdplaneringsmetoder kan dock ses som ett första steg på vägen mot ett husläkarsystem.

Sammanfattningsvis är det utredningens mening att de tillämpade vårdplaneringsmetoderna är utomordentligt värdefulla. I första hand möjliggör de påtagliga förbättringar för tillgängligheten och vissa aspekter av kontinuiteten i en situation som kännetecknas av en otillräckligt utbyggd primärvård med bl. a. knappa läkarresurser. Även i en mer utbyggd primärvård än dagens kommer dock dessa planeringssystem eller delar därav att ha en given funktion, enligt utredningens bedömning.

I takt med denna utbyggnad finner utredningen det angeläget att ytterligare höja ambitionsnivån för bl. a. kontinuiteten. Detta kan då ske på sådant sätt att varje invånare ges en möjlighet att ha sin "egen" läkare som han kan vända sig till vid behov och som genom sin kunskap om patienten kan få en bättre helhetssyn än vad som i många fall är möjligt idag. Detta kan ske antingen genom att patienten vid sin första kontakt med vårdcentralen får möjlighet att anmäla sig för en "egen" läkare eller genom en möjlighet att anta ett erbjudande om viss läkare redan innan vårdbehov uppkommit. I ett sådant system – ett husläkarsystem – bör också ges förutsättningar för en s. k. familjeläkarfunktion. För att garantera tillgänglighet och god service bör likaså vårdplaneringsmetoder i olika former ingå som en viktig beståndsdel.

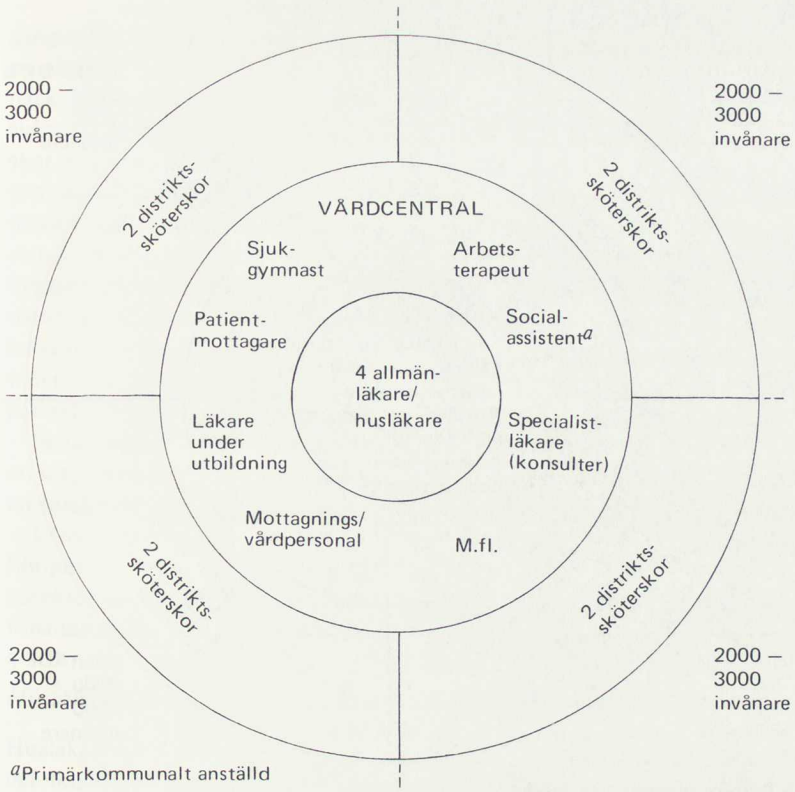
Detta nästa steg i utvecklingen kan schematiskt beskrivas med principskissen i fig. 7.1.

Denna modell, i fortsättningen kallad modell I, innebär en typ av husläkare utan ett eget geografiskt ansvarsområde, ett system med kollektivt områdesansvar för vårdcentralens samtliga läkare. Om man väljer modellen att varje invånare i förväg skall ges tillfälle att välja viss läkare kräver detta enligt utredningen ett informationssystem som medför att sjukvårdshuvudmannen meddelar vårdcentralens invånare att det på vårdcentralen tjänstgör ett antal läkare och att invånarna ges möjlighet att välja *en* av dessa läkare som sin husläkare. För att ge bättre förutsättningar för en sammanhållen familjeläkarroll bör utgångspunkten vara att samtliga medlemmar i ett hushåll har samma husläkare.

Hur ett sådant informationssystem kan läggas upp behandlas senare.

Genom att tillämpa vårdplaneringsmetoder av tidigare nämnt slag tillgodoses tillgänglighet och vårdepisodkontinuitet i rimlig utsträckning.

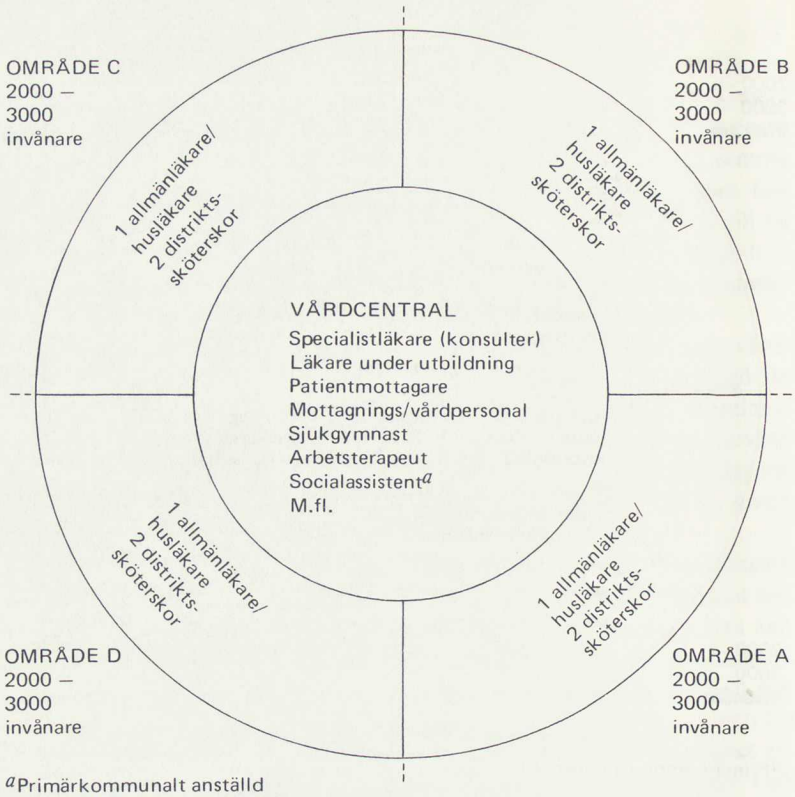
En nackdel med modellen är att den enskilde allmänläkaren/husläkaren visserligen får god kännedom om och kontakt med sina olika patienter genom åren, men inte samma goda kontakt och kännedom om ett visst område och dess sociala och miljömässiga problem som skulle kunna vara fallet om den enskilde läkaren hade ett eget geografiskt ansvarsområde. Läkaren får




*Figur 7.1 Husläkarsystemets grundorganisation. Vårdcentralsenheten. Husläkarmodell I. Principskiss.*

härigenom också begränsade möjligheter att övervaka en systematiserad hemsjukvård med regelbundna hembesöksronder tillsammans med distriktssköterskan och andra hjälpkrafter. Det sammanhållna vårdlaget läkare–sköterska–sjukgymnast m. fl. med gemensamt ansvar för en avgränsad patientgrupp går inte att förverkliga i ett system där läkaren har att samarbeta med en lång rad distriktssköterskor och annan personal inom hela vårdcentralens betjäningsområde. En fördel med modeilen skulle dock vara att alla allmänläkare vid vårdcentralen har en viss kännedom om hela betjäningsområdet och därför bättre kan vikariera för varandra vid sjukdom, semester och annan frånvaro. Utredningen menar emellertid att vid ordinarie läkares frånvaro i första hand sådan läkare bör vikariera som arbetar vid vårdcentralen under s. k. FV-utbildning. I framtiden bör man nämligen räkna med att en viss del av läkarutbildningen lokaliseras till vårdcentralerna. Både under sin grundutbildning och under specialistutbildningen bör alla läkare under kortare eller längre tid tjänstgöra vid en vårdcentral och utredningen återkommer senare till vikten av att handledarutbildning ordnas för vårdcentralernas ordinarie allmänläkare, samt vikten av ökade forskningsresurser vid vårdcentralerna. Det ter sig då naturligt, att läkare som ett led i sin utbildning får pröva ett självständigt ansvar som vikarierande allmänläkare med tillgång till handledning och råd från samtidigt tjänstgörande ordinarie läkare.

Modellen ger även goda möjligheter att flexibelt utnyttja vårdcentralens




*Figur 7.2 Husläkarsystemets grundorganisation. Vårdcentralsenheten. Husläkarmodell II. Principskiss.*

resurser och också en viss ökad valfrihet för patienten.

Utredningen vill också ange en husläkarmodell som representerar en ännu något högre ambitionsnivå. För enkelhetens skull kallas den fortsättningsvis modell II. Schematiskt kan den beskrivas enligt fig. 7.2.

Grundtanken i förslaget är att vårdcentralens samlade betjäningsområde uppdelas på de vid vårdcentralen verksamma *allmänläkarna*. Var och en av dessa får således ett speciellt ansvar för invånarnas hälso- och sjukvård i område A resp. område B osv. Innebörden av detta är att de som bor i område A erbjuds att i första hand vända sig till det områdets allmänläkare vid behov av läkarvård. Denne läkare skall således fylla funktionen av husläkare för befolkningen inom A-området.

Inom varje sådant allmänläkardistrikt bör det finnas två distriktssköterskor, vilkas geografiska arbetsfält avgränsas så att varje invånare i princip också har *en* fast distriktssköterskekontakt. (Dimensioneringen av allmänläkare- resp. distriktssköterskeresurserna behandlas i ett senare avsnitt). Husläkaren skulle härigenom erhålla en utomordentligt värdefull förstärkning i sitt arbete genom det nära samarbete som utredningen förutsätter mellan allmänläkare och distriktssköterska. Allmänläkaren och distriktssköterskan utgör då tillsammans en god förutsättning för en kontinuitet i invånarnas kontakter med hälso- och sjukvården.

Genom denna vidareutveckling kan man enligt utredningen uppnå en än högre uppfyllelse av de refererade målen. Vårdepisodkontinuitet och lättill-

gänglighet befrämjas av att systemet innehåller vårdplaneringsmetoder och en adekvat bemanning i likhet med den modell som beskrivits i figur 7.1. De nackdelar som finns i modellen i figur 7.1 och som bl. a. hänger samman med svårigheter för ett smidigt samarbete mellan husläkare och distriktssköterskor minskas genom att läkaren i princip har ett geografiskt ansvarsområde som dessutom betjänas av två distriktssköterskor. En nackdel med denna modell skulle kunna vara att ett litet basteam bestående av husläkare och distriktssköterska lätt blir sårbart just p. g. a. sin litenhet. Varje system som bygger på fasta kontakter till läkare och sjuksköterska m. fl. påverkas naturligtvis funktionellt om läkaren eller sköterskan är sjuk eller frånvarande av annan anledning. Dessa brister får dock anses uppvägas av att vårdcentralen som enhet har ett ansvar för hela vårdcentralens område och att ingen patient/invånare i händelse av vakanser el. dyl. ställs utan vård och hjälp.

Samtidigt är det enligt utredningen angeläget att det finns en flexibilitet och ett utrymme för t. ex. läkarval även i detta system. Ingen skall vara påtvingad en husläkare och det måste finnas möjlighet att byta läkare av olika skäl.

Utredningen vill därför i det följande beskriva hur formerna för läkartillhörighet m.m. bör fungera i ett husläkarsystem och också beröra vissa andra aspekter av betydelse i ett sådant system. Vad utredningen anför i det följande gäller för såväl husläkarmodell I som modell II.

### *Husläkarsystemet – ett erbjudande*

Husläkarsystemet – i de former utredningen föreslår – är ett erbjudande till befolkningen att få ett "husläkarteam" bestående av läkare och distriktssköterska till vilka man kan vända sig vid behov. Vill man inte ta emot erbjudandet skall var och en ha sin fulla rätt att avstå från att utnyttja det.

Bl. a. detta skall framgå av den information till invånarna som direkt föregår införandet av husläkarsystemet vid en vårdcentral. Ett genomförande av de föreslagna modellerna kommer att kräva åtskilliga informationsinsatser. Vissa av dem är av det slaget att de direkt knyter an till vad som kommer att ske vid den enskilda vårdcentralen i och med införandet. Det är denna informationsaspekt som behandlas här.

Förslagsvis sex veckor före genomförandedagen bör en informationstrycksak eller liknande sändas til samtliga invånare fyllda 16 år i det berörda vårdcentralsområdet. Denna informationshandling bör innehålla:

Besked om till vilken vårdcentral vederbörande hör, var den är belägen, gärna en kompletterande kartskiss med allmänna kommunikationer angivna, telefonnummer, öppettider och andra liknande data. Broschyren skall också upplysa om

- den service som ges på vårdcentralen
- dess bemanning
- remissmöjligheter till specialistvård och kontaktmöjligheter med andra samhällsorgan av här aktuellt intresse
- en presentation av husläkarsystemet och av de läkare på vårdcentralen som kommer att tjänstgöra som husläkare samt en presentation av distriktssköterskorna.

Huvudbudskapet i broschyren är att adressaten erbjuds att få en viss namngiven läkare vid vårdcentralen som husläkare och att denne – i förekommande fall – blir hela familjens husläkare. Vidare skall framgå att om adressaten inte vill ha den föreslagne läkaren som husläkare det är möjligt att anmäla önskemål om att som husläkare få någon av de andra på vårdcentralen verksamma läkarna. Man kan också ange att man har en privatläkare – namngiven eller ej – som sin husläkare. Ytterligare ett alternativ är att man inte önskar någon husläkare alls.

Vid en tillämpning av husläkarmodell I får denna information läggas upp på ett annat sätt, eftersom läkarna i denna modell inte har geografiskt avgränsade ansvarsområden. Erbjudandet om husläkare kan i detta fall utformas så att invånarna får välja *en* av vårdcentralens verksamma husläkare som sin husläkare. För att undvika en "överbelastning" på någon av läkarna kan det vara en fördel om invånarna anger olika alternativ, dvs. vem de önskar i första, andra och ev. tredje hand.

Det är utredningens bedömning att de flesta invånare kommer att acceptera ett dylikt erbjudande. Såväl internationella erfarenheter som allmänhetens uttalade önskemål om fastare läkarkontakter tyder härpå. Samtidigt kan det naturligtvis förekomma en viss tveksamhet i detta sammanhang. Dels är det ett nytt system som erbjuds, av vilket allmänheten inte har någon direkt erfarenhet, dels kan man fråga sig vad som händer om man efter en tid skulle "ångra sig". Att utredningen föreslår ett husläkarsystem bottnar i att vi anser det synnerligen viktigt att ge grunden för ett förtroendefullt patient–läkarförhållande även inom den offentliga öppna vården. Därför skall det också finnas möjlighet att byta läkare om man så vill. Upplysning härom skall också finnas i broschyren.

Vid tillämpning av modell II bör broschyren också framhålla, att om adressaten önskar någon annan av vårdcentralsläkarna än den föreslagna som sin husläkare skall alla ansträngningar göras för att tillfredsställa detta önskemål. Dock kan det – på grund av t. ex. alltför stor belastning på en viss läkare – visa sig ogörligt att alltid uppfylla sådana önskemål.

En liknande situation uppstår i modell I om efterfrågan på en eller ett par av läkarna blir för stor.

Broschyren bör också innehålla telefonnummer till en upplysningskälla där frågor kan besvaras.

Med broschyren följer en adresserad talong som kan sändas in, gärna inom en viss tid. Detta skall dock ske i modell II endast om man vill anmäla önskemål om en annan husläkare på vårdcentralen än den som erbjudits eller om man anser sig vilja ha sin privatläkare som husläkare. Om talongen inte sänds in tas detta som en bekräftelse på att adressaten accepterat den föreslagne husläkaren. I modell I blir det nödvändigt för varje berörd invånare att ange önskemål om läkare.

Sedan talongen med de angivna önskemålen behandlats och fördelning av områdets invånare skett på de som husläkare disponibla läkarna sänds förslagsvis ca två veckor före genomförandedagen ett tryckt meddelande till samtliga invånare fyllda 16 år med undantag av dem som uppgivit att de inte önskar någon husläkare eller att de väljer att ha sin privatläkare som sådan. Detta meddelande bör innehålla bl. a. följande:

- Uppgift om vilken husläkare adressaten och adressatens ev. familj har
- Vilken distriktssköterska man får till sin hjälp
- Vad husläkarsystemet innebär, vad distriktssköterskan kan hjälpa till med
- Vårdcentralens möjligheter.
- Hur man via sin husläkare kan nå specialistläkare om så är nödvändigt
- Möjligheterna att byta husläkare
- Hur man förfar om man blir sjuk och vistas på annan ort
- Övriga upplysningar som kan bedömas värdefulla i sammanhanget t. ex.:
  SOS-nummer
  Telefon till giftinformationscentralen
  Första hjälpen
  Vart man vänder sig under jourtid
  Var man kan få ytterligare information m. m.

Den nu nämnda informationen är således avsedd för det tillfälle då husläkarsystemet skall införas vid en viss vårdcentral. När systemet väl har startat kan det för den enskilda invånaren självfallet uppkomma förändringar som kan tänkas påverka systemet. Det kan t. ex. av olika skäl uppstå vakanser på någon av husläkartjänsterna. En sådan situation skall inte medföra att de som hört till denne läkare ställs utan läkarhjälp. I avvaktan på att tjänsten blir besatt bär vårdcentralens övriga läkare ansvaret för dessa invånares läkarvård. Husläkartanken om att man har sin egen läkare skall inte innebära att vårdcentralen i dess helhet släpper sitt ansvar för centralens samlade betjäningsområde.

Om någon byter bostad inom vårdcentralens upptagningsområde kan han självfallet byta läkare, dvs. till den läkare som svarar för det område han flyttat in i. Vill man i ett sådant läge behålla sin "gamla" läkare skall detta önskemål om möjligt tillgodoses. Detta är aktuellt enbart i modell II.

Vid flyttning till ett område som betjänas av en annan vårdcentral blir frågan om ett eventuellt behållande av den "gamle" husläkaren mer komplicerad. En viktig beståndsdel i husläkartanken är att läkaren och distriktssköterskan skall fungera smidigt tillsammans och att båda skall ha en nära kunskap om sina distrikt och sina patienter. Samarbetsmöjligheterna för läkare och distriktssköterska försvåras till en del om någon byter läkare utan att samtidigt "byta" distriktssköterska och likaså om man flyttar till en plats som betjänas av en annan distriktssköterska men önskar behålla sin tidigare läkare. Utredningen menar dock att kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare är så viktig, att för den händelse man flyttar till en annan vårdcentrals upptagningsområde bör det ges en möjlighet att behålla sin "gamla" läkare om man så vill och läkaren samtycker. Detta gäller i första hand om det är fråga om närbelägna vårdcentraler, vilket kan vara fallet i t. ex. tätorter och storstäder.

Det kan finnas anledning att i informationen till invånarna beröra även dessa frågor. Det bör också klart framgå att man inte kan välja eller byta distriktssköterska. Distriktssköterskan kommer att liksom idag ha ett klart geografiskt avgränsat distrikt att betjäna.

Så snart en vårdcentral börjat tillämpa husläkarsystemet enligt någon av de föreslagna modellerna bör det också ingå som en naturlig rutin att till nyinflyttade invånare skicka ut den trycksak som innehåller erbjudande om husläkare m. m. Uppgifter om flyttningar erhåller sjukvårdshuvudmännen redan idag via folkbokföringsregistret.

Självfallet finns utrymme för variationer beträffande informationssystemets utformning. Dock måste alltid finnas med erbjudandet om en husläkare. Informationen måste av naturliga skäl också ges en annan utformning i de fall det rör sig om enläkarmottagningar.

Utredningen har i samband med dessa informationsfrågor också övervägt huruvida invånarnas läkartillhörighet borde ges mer formella former i likhet med t. ex. det engelska "medical card". Det finns påtagliga fördelar med ett sådant system. Om man t. ex. råkar ut för ett olycksfall som medför intagning på sjukhus skulle ett "medical card" underlätta för sjukhuspersonalen att komma i kontakt med patientens husläkare, vilket kan vara värdefullt för bedömning av behandlingsåtgärder m. m. Vid utskrivning från en sjukhusvistelse kunde också kontakt lätt tas med patientens ordinarie läkare för att diskutera en lämplig eftervård m. m., och kopior av journalerna över sjukhusvistelsen kunde lättare tillställas husläkaren.

För att i möjligaste mån undvika att införa nya blanketter, dokument el. dyl. och därmed bidra till en ökad "byråkratisering" borde man i så fall försöka utnyttja någon redan tillgänglig och inarbetad rutin. Utredningen anser att *försäkringsbeskedet* med fördel skulle kunna användas i ett sådant sammanhang.

Det är dock utredningens bedömning att de närmaste åren kommer att vara en uppbyggnadsperiod sett för landet totalt – om utredningens förslag genomförs – och av olika skäl kan det under en sådan period bli betydligt fler läkarbyten än vad som är fallet i en situation när husläkarnas antal uppnått en rimlig nivå. Att under en sådan period tillämpa ett medical-cardsystem skulle i första hand leda till en ökad byråkrati. Utredningen anser dock att man av informationsskäl snarast bör förse försäkringsbeskeden med adress och telefonnummer till den *vårdcentral* invånaren tillhör. I en mer stabiliserad husläkarsituation kan frågan om angivande av läkartillhörighet på försäkringsbeskedet komma i ett annat läge. Det bör då ankomma på resp. sjukvårdshuvudman att i samråd med försäkringskassan avgöra när och om man önskar ett sådant förfarande.

Utredningen *föreslår* att försäkringsbeskeden efter framställning från sjukvårdshuvudmännen förses med uppgift om i första hand vederbörandes vårdcentralstillhörighet samt – om så befinns lämpligt – vederbörandes husläkare och distriktssköterska.

### *Husläkarens och distriktssköterskans roll*

I enlighet med vad som sagts om allmänläkar- resp. specialistläkarrollen anser utredningen således att husläkarfunktionen bäst kan fyllas av en allmänläkare. Husläkarens roll inom det medicinska verksamhetsfältet anknyter därför helt till vad som tidigare anförts om allmänläkaren. Samarbetet mellan husläkare och specialistläkare rörande enskilda patienter kommer därför att till största delen dirigeras av husläkaren. Utredningen vill

dock samtidigt betona, att det inte skall föreligga något motsatsförhållande mellan husläkaren/allmänläkaren och specialisten. Det är inte i konkurrens med varandra de skall verka utan i ett samarbete där vars och ens speciella kunnande tas till vara för att ge patienten en så god vård som möjligt. Husläkarens ansvar för sina patienter blir dock mer omfattande än vad som kommer att gälla för specialisten. Specialistläkarens uppgift blir i ett husläkarsystem att genom sina särskilda kunskaper utgöra en konsultfunktion gentemot husläkaren. Patientens kontakter med specialistvården blir av vårdepisodkaraktär, låt vara att dessa episoder kan variera betydligt i längd. Husläkaren å andra sidan har inte bara ansvaret för egna diagnostiska och terapeutiska insatser för sina patienter, utan också ansvaret att utgöra en sammanhållande länk i hela vårdsystemet för patienten. Husläkaren kommer att vara den läkare som kan mest om "hela" patienten. Utredningen har också tidigare betonat vikten av att primärvården även fullgör uppgifter av hälsovårdande karaktär för patienterna. I Norge t. ex. har man enats om att allmänläkarnas verksamhet bör bestå till 60 % av diagnostik/terapi, till 20 % av förebyggande hälsovård och till 20 % av socialmedicinsk verksamhet. Den svenske allmänläkaren/husläkaren bör enligt utredningens mening också ha ett ansvar för att även åtgärder av förebyggande och hälsovårdande slag meddelas patienterna. Att ange några procentuella andelar avseende hur mycket av läkarnas tid som skall ägnas åt de olika uppgifterna anser utredningen inte meningsfullt i nuvarande läge. Utvecklingen torde i praktiken bli sådan att husläkaren i första hand söker tillfredsställa sjukvårdsbehovet. Allteftersom läkartätheten ökar kan de förebyggande aspekterna utgöra ett ökat inslag i verksamheten. Erfarenhetsmässigt vet man också, att effekterna av hälsoupplysning/hälsofostran är större om denna verksamhet sker på en individuell basis än genom allmänna broschyrer m. m. Husläkaren och distriktssköterskan som fasta personkontakter i sjukvården bör därför kunna utföra värdefulla insatser på detta område visavi sina patienter och med tiden också möjliggöra att patienterna lär sig mer om hur man bäst sköter olika åkommor och förebygger ohälsa.

Den enskilde allmänläkaren/husläkaren får i utredningens förslag ett särskilt ansvar för hälso- och sjukvården för de invånare som "hör till" honom/henne. Enligt modell II torde dessa i de flesta fall också komma att bo inom ett visst geografiskt område. För att kunna fullgöra sina uppgifter på preventions- och hälsovårdsområdet kan det vara av värde för husläkaren vid vårdcentralen att regelbundet – kanske en gång om året – ha överläggningar med andra inom området verksamma läkare som t. ex. företagsläkare, skolläkare och privatläkare. I den mån det finns andra läkare inom husläkarens eget geografiska distrikt bör han ha både rätt och skyldighet att sammanträffa med dessa och överlägga om hälso- och sjukvårdsfrågor av betydelse för området. Det vanligaste torde dock bli att sådana regelbundna överläggningar sker gemensamt för vårdcentralens samtliga allmänläkare och andra läkare inom hela vårdcentralens område. Vid tillämpning av modell I är detta också det naturliga.

Om husläkaren skall kunna ha den helhetssyn på sina patienter som är nödvändig, bör det också ingå att husläkaren får del av journalanteckningar, epikriser m. m. som rör hans patienter och som kan ha uppkommit i samband med patientens sjukhusvistelse el. dyl. Utredningen förutsätter att ett sådant

förfarande sker med patientens medgivande.

Allmänläkaren på vårdcentralen kan också komma att få andra uppgifter än att verka som husläkare för sina patienter. Enligt den tidigare refererade primärvårdsutrednigen bör också läkarservicen vid lokala sjukhem m. m. fullgöras av primärvården, i första hand av allmänläkarna. Förbandssjukvårdens utveckling kan också komma att ställa ökade krav på allmänläkarinsatser från vårdcentralen.

Utredningen vill i detta sammanhang understryka vikten av att åtaganden av ovan nämnt slag inte påtagligt får försämra husläkarens service gentemot sina "vanliga" patienter. Om någon av husläkarna har uppgifter inom t. ex. skolhälsovården måste detta självfallet beaktas vid bedömningen av hur många individer han rimligen kan vara husläkare för. Här kommer således att finnas utrymme för lokala variationer.

Distriktssköterskan kommer i den föreslagna husläkarorganisationen att vara husläkarens närmaste medarbetare. I många avseenden kommer hon att fungera som husläkarens "förlängda arm" genom att en ansenlig del av hennes verksamhet kommer att ske "på fältet" även i patienternas hemmiljö. Hon kommer också att bedriva mottagningsverksamhet vid distriktssköterskemottagningar som framförallt i glesbygden kan komma att ligga närmare invånarna än vårdcentralen. Genom den information som tillställs invånarna förutsätts också ha framgått vad distriktssköterskan kan hjälpa till med. Detta innebär att befolkningen i många fall kan vända sig direkt till distriktssköterskan istället för att ta omvägen via husläkaren.

Den statliga utredningen VÅRD 77 har i sitt betänkande (SOU 1978:50) redovisat bl. a. arbetsfältsbeskrivningar för sjuksköterskor. Man säger i det sammanhanget att sjuksköterskan i framtiden i större utsträckning kommer att ansvara för vårdplanering, ledning och samordning av det löpande vårdarbetet och att det inom primärvården finns ett stort behov av nära samarbete med andra sektorer, t. ex. socialvården och arbetsvården. Samordningsfunktionerna kommer därför att bli allt viktigare. Kontinuitetsutredningen delar helt dessa bedömningar och ser här uppgifter som med fördel kan åvila distriktssköterskan. Eftersom det kommer att finnas möjligheter att byta husläkare om man så vill kommer distriktssköterskan också att få en än mer markerad roll som den vårdgivare som representerar kontinuitet i kontakterna patient–vårdpersonal. Genom den samordnande roll distriktssköterskan får kommer hon också att vara den som kanske har de allra bästa förutsättningarna för en helhetssyn på sina patienters vårdsituation. Självfallet representerar även husläkaren en sådan helhetssyn, men mycket av det praktiska arbetet för och kring patienten kommer att kunna utföras under distriktssköterskans samordning. Detta gäller i synnerhet för hemsjukvården där distriktssköterskan kan fullgöra en arbetsledande funktion i vårdlaget kring patienten. Genom den ökade allmänläkartäthet som husläkarsystemet kräver kommer det att finnas bättre förutsättningar för hembesök av läkaren. I många fall kan dock distriktssköterskans hembesök vara ett lika bra alternativ. Hembesöksverksamhet är också av tradition ett naturligt inslag i hennes arbete.

Med den betoning på familjeomvårdnad som finns i husläkartanken är det också viktigt att distriktssköterskan och husläkaren får en fastare förankring inom barn- och mödrahälsovården. VÅRD 77-utredningen har också uttalat

sig i denna riktning genom att understryka angelägenheten av att distriktssköterskan också får ett ökat ansvar inom barnhälsovården.

### *Barn- och mödrahälsovården*

Som nämns i kapitel 2 bedrivs för närvarande barn- och mödrahälsovården i de flesta sjukvårdsområden i separata organisationsformer och verksamheten leds i allmänhet från resp. kliniker för barn- och kvinnosjukvård. Klinikernas läkare medverkar också i verksamheten vid barnavårdscentraler (BVC) och mödravårdscentraler (MVC). Detta innebär dock inte att alla läkarinsatser inom dessa verksamheter utförs av specialistläkare. 1977 svarade allmänläkare för ca 50 % av läkarverksamheten vid BVC samt för en betydligt mindre del vid MVC. Utifrån önskemålet om en helhetssyn på patienten anser utredningen det angeläget, att BVC-MVC-verksamheterna integreras i distriktsvården, så att husläkaren och distriktssköterskan inte ställs utanför dessa delar av hälsovården. Vad gäller barnhälsovården anser utredningen det fullt möjligt att låta såväl allmänläkare som distriktssköterska få ett ökat ansvar för denna, dock med tillgång till barnläkarexpertis på konsultbasis. Redan idag fullgör distriktssköterskan sådana uppgifter utanför tätortsområdena. I de senare har dessa uppgifter ofta lagts på andra sjuksköterskor med vidareutbildning i hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. På ungefär motsvarande sätt förhåller det sig med allmänläkare – barnläkare inom BVC-verksamheten. Ett ansvarsöverförande av här antytt slag kan kräva viss kompletterande utbildning för distriktssköterskan och allmänläkaren. En förändring av detta slag vore dock värdefull eftersom den skulle medföra en integration av hälso- och sjukvård för barn som innebär att samma personal får ansvar för såväl barnhälsovård som barnsjukvård. Detta skulle underlätta en ökad kontinuitet i vårdarbetet.

En motsvarande utveckling vore önskvärd även beträffande MVC-verksamheten. MVC-verksamheten sköts i praktiken av barnmorskor. Förutom vissa bestämda läkarkontroller är det barnmorskan som sköter den gravida kvinnan så länge graviditeten förlöper normalt. Barnmorskans utbildningsbakgrund skiljer sig dock betydligt mer från distriktssköterskans än vad fallet är med BVC-sjuksköterskans. Att ålägga distriktssköterskan mödrahälsovården skulle kräva en dubbelkompetens såsom fallet är för s. k. distriktssköterskebarnmorskor i glesbygden. Vad gäller läkarinsatserna bör beaktas att graviditeten är en speciell period under en kvinnas liv och att den kan medföra komplicerade medicinska skeenden av speciellt slag, ofta av den karaktären att det är påkallat med specialistvård.

I ett husläkarsystem kommer kvinnans husläkare att besitta kunskaper om sin patient vilka kan vara av stor betydelse för en komplikationsfri graviditet och förlossning. Utredningen finner det därför naturligt att allmänläkaren/husläkaren får ett ökat ansvar även inom denna verksamhet.

### *Andra personalresurser*

Som framgår av figurerna 7.1 och 7.2 kommer vårdcentralens tjänster att innefatta service från en rad andra personalkategorier förutom allmänläkare och distriktssköterskor.

Specialistläkarinsatser bör kunna ske vid vårdcentralerna. Detta är också helt i linje med de primärvårdsutredningar som gjorts hittills. Behovet av olika specialistinslag kommer självfallet att variera från en vårdcentral till en annan, bl. a. beroende på befolkningsstrukturen. I ett barnrikt område t. ex. blir behovet av barnläkares konsultinsatser naturligtvis större än vid en vårdcentral vars befolkning har en högre genomsnittsålder. Dimensioneringen av specialistläkarresurserna får således beaktas från fall till fall. Genomgående bör dock vara, som utredningen tidigare betonat, att specialistläkarna i princip ses som konsulter åt allmänläkarna/husläkarna.

Ytterligare en läkarkategori är läkare under utbildning – AT- och FV-läkare. Dessa skall enligt utredningens synsätt inte fullgöra funktionen av husläkare, eftersom de bara finns på vårdcentralen en kortare tid och dessutom inte är färdigutbildade. Samtidigt måste de för sin utbildning naturligtvis ta emot och behandla patienter. Detta kan lösas så att läkare under utbildning hjälper en eller flera husläkare med dennes/deras patienter dock under sådana former att patienten hela tiden kan vara förvissad om att hennes husläkare är införstådd med de åtgärder som vidtas. Från patientsynpunkt är det också värdefullt om husläkaren i förväg kan meddela sin patient att hon vid ett kommande besök får träffa en annan läkare. Fördelaktigt vore också om husläkaren själv kunde närvara vid denna första kontakt. Ett sådant samarbete mellan ordinarie husläkare och läkare under utbildning skulle också underlätta ett förfarande som innebär att FV-läkarna kunde vikariera för husläkarha vid deras frånvaro, naturligtvis med tillgång till råd och hjälp från en annan ordinarie läkare vid vårdcentralen.

Viss personal kommer också alltid att behövas för administrativa göromål, receptionstjänst m. m. Det antalsmässiga behovet kommer att variera beroende på vårdcentralens storlek.

Sjukgymnaster, arbetsterapeuter, undersköterskor och sjukvårdsbiträden m. fl. kommer som tidigare nämnts också att ha en given plats i husläkarorganisationen. Husläkaren och distriktssköterskan kan ses som de personer i ett vårdlag som utgör "kontinuitetsbärarna", ett litet basteam. Beroende på den enskilda patientens behov utvidgas detta basteam med andra personalkategorier när så behövs.

### *Befolkningsunderlag – resursdimensionering*

De sifferuppgifter som anges i figurerna 7.1 och 7.2 har följande bakgrund. Som tidigare nämnts anser utredningen att en vårdcentral inte bör vara större än att där tjänstgör 2–5 allmänläkare. Allmänhetens uttalade önskemål på denna punkt – redovisade bl. a. i kapitel 4 – är att man önskar små närbelägna enheter där det finns möjlighet till personkännedom. Samtidigt visar alla erfarenheter att enläkarmottagningar av flera skäl kommer att bli alltmer sällsynta, även om det framdeles kommer att finnas lokala betingelser som kan motivera förekomsten av en enläkarmottagning. Men i de allra flesta fall kan man utgå från att vårdcentralerna blir flerläkarmottagningar, och utredningen vill i det sammanhanget rekommendera att man inte utan särskilt vägande skäl inrättar mottagningar större än för fem allmänläkare, naturligtvis med hänsyn tagen till annan personal som skall ha sin arbetsplats där.

Vad gäller dimensioneringen av allmänläkare har utredningen resonerat på följande sätt. Att döma av de internationella erfarenheter som inhämtats kan konstateras att i de två länder som har husläkarsystem och vilka utredningen studerat – Danmark och England – har den danske husläkaren omkring 2 000 patienter/invånare att svara för. Hans engelske kollega har i genomsnitt 2 300 registrerade patienter. Som framgår av redovisningen i kapitel 6 finns påtagliga variationer inom de båda länderna. I Finland inriktar man sig på 1 allmänläkare per 2 000 invånare. I Nya Zeeland har man f. n. en allmänläkartäthet motsvarande 1/2 000 men avser höja den till 1/1 700. Norge planerar för ett underlag motsvarande 1 allmänläkare per 1 500–2 000 invånare.

Beräkningar avseende förutsättningar för service inom ett allmänläkardistrikt som gjorts i Lerum ger också en antydan om hur många invånare per allmänläkartjänst som kan anses lämpligt. Vid ett befolkningsunderlag på 3 200 skulle man där kunna uppnå en god kontituitet men samtidigt behöva hänvisa vissa patienter till annan vårdmottagning. Vid ett underlag på 2 600 invånare per allmänläkare skulle man dels kunna uppnå en hög kontinuitet, dels påta sig ett totalt sjukvårdsansvar för befolkningen i detta område. Vid en nivå på 2 300 ges möjligheter till att även bedriva friskvård, förebyggande hälsovård m. m. Beräkningarna bygger på att allmänläkaren kan klara 4 000 besök per år. Skall tid för skolhälsovård, barn- och mödrahälsovård, ronder på sjukhem osv. inkluderas skulle invånarunderlaget behöva sänkas ytterligare. Antalet invånare per allmänläkartjänst var i början av 1977 drygt 5 000 sett för landet totalt.

Först och främst kan konstateras, att det är synnerligen svårt att ange något generellt mått på hur hög allmänläkartätheten bör vara. Om läkarens uppgifter inskränker sig till rent sjukvårdande verksamhet kan befolkningsunderlaget naturligen vara större än om även förebyggande hälsovård i olika former ingår i hans arbete. Befolkningens åldersstruktur och andra karaktäristika inom ett givet område påverkar också läkarbehovet. En annan påverkande faktor är också i vilken utsträckning det finns tillgång till andra resurser som t. ex. kan avlasta läkaren en hel del uppgifter. Distriktssköterskeantalet är ett exempel på detta.

Med hänsyn till alla dessa faktorer är det utredningens bedömning att ett önskvärt slutmål för allmänläkartätheten torde innebära en allmänläkare per ca 2 000 invånare, dock med justeringar för lokala variationer. Det bör i sammanhanget noteras att husläkarmodell II med sin något högre ambitionsnivå kan ställa något ökade krav på läkartätheten jämfört med modell I. Läkartillgången m. m. behandlas särskilt i avsnitt 7.7.1.

En distriktssköterskeтäthet på högst 1/1 500 är likaså att betrakta som ett önskvärt slutmål, med utrymme för lokala variationer. Det innebär en mycket kraftig förstärkning jämfört med dagens läge där man f. n. kan beräkna att förhållandet är ca 1/3 500. För att på ett riktigt sätt kunna motsvara de ökade kraven på en familjevårdande roll, vilket bl. a. innebär ökade insatser inom barnhälsovården, med hänsyn tagen till en expanderande hemsjukvård m. m. anser utredningen att relationen 1/1 500 är rimlig.

De dimensioneringstal utredningen angivit får ses mer som vägledande riktlinjer än som exakta normtal. Fasta dimensioneringsnormer kräver mera

ingående studier och överväganden än vad utredningen av tidsskäl haft möjlighet att göra.

### *Vårdplaneringsmetoder – husläkarsystem*

Som framgår av vad ovan sagts ser utredningen en stegvis utveckling mot ett husläkarsystem innebärande att man först och främst börjar tillämpa vårdplaneringsmetoder av olika slag. Samtidigt vill utredningen än en gång understryka, att vårdplaneringsmetoder kommer att vara nödvändiga i någon form även inom ramen för ett husläkarsystem. Bakgrunden till detta är att utredningen tidigare redovisat sin syn på att det föreligger en målkonflikt mellan kontinuiteten i kontakterna till en viss bestämd vårdgivare och kraven på snabb tillgänglighet. De föreslagna modellerna för ett husläkarsystem mister av naturliga skäl en hel del av sina fördelar om patienternas läkarbesök inte i rimlig utsträckning kan ske hos resp. husläkare. Målet måste också vara att olika vårdepisoder i första hand skall kunna ske hos patientens egen husläkare. Schemaläggning av läkarnas tjänstgöringar och ledigheter och en systematiserad patientbokning är därför enligt utredningen omistliga inslag i ett husläkarsystem såsom det här föreslagits. Allmänläkarnas schema måste t. ex. läggas så att det finns möjligheter för en patient att få komma till sin husläkare även vid akuta insjuknanden under dagtid och även ibland under kvällstid. "Husläkarcentralerna" måste därför ta tillvara och tillämpa de erfarenheter som vunnits i Lerum och på andra håll i landet. I tillämpliga delar kommer planeringsmetoder av nämnt slag säkerligen att vara nödvändiga även vid mindre vårdcentraler som tvåläkarmottagningar. Genomgående måste också gälla att för den händelse en patients husläkare inte är anträffbar av något skäl den vårdsökande måste kunna få kontakt med annan läkare på vårdcentralen. Från tillgänglighetssynpunkt är det också ytterst angeläget att varje vårdcentral har en väl utvecklad patientmottagarfunktion/sjukvårdsupplysning som kan hjälpa patienten med råd osv. Ett husläkarsystem – enligt föreslagna modeller – får enligt utredningen inte medföra att vårdcentralen släpper sitt övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdsservicen till befolkningen.

### *Remisstvång eller ej?*

I såväl Danmark som England och även i t. ex. Nederländerna finns i princip ett remisstvång, dvs. för att komma till specialistläkare krävs en remiss från i första hand en allmänläkare. Att remisstvånget gäller *i princip* innebär, att det finns möjligheter att uppsöka specialister direkt. Den patient som gör så i Danmark och England får då i gengäld betala för konsultationen. Följer man remissreglerna är även specialistläkarbesöken avgiftsfria.

Utredningen anser, att det inte bör föreligga ett formellt remisstvång i ett svenskt husläkarsystem. Bakgrunden härtill är att det enligt utredningen vore olyckligt att införa ett remisstvång under uppbyggnadsperioden för husläkarsystemet. Innan allmänläkartätheten nått en tillfredsställande nivå som möjliggör en snabb tillgänglighet till dessa läkare skulle ett remisstvång i vissa fall verka direkt hindrande för en patient att komma till läkare. I en situation när allmänläkartätheten uppnått vad som – lokalt – kan anses vara en fullgod

nivå och husläkartankarna omsatts i praktiken anser utredningen det sannolikt, att systemet uppfattas som så fördelaktigt av patienterna att de spontant väljer att i första hand uppsöka sin husläkare. I samma riktning kommer också väntetiderna till specialistläkarvård att verka. En patient kommer att ha bättre chanser att snabbt komma till specialist med en remiss än utan.

*Jouransvaret*

Jourfrågan kan ses i åtminstone två huvuddelar:

- Skall primärvården överhuvudtaget ha ett ansvar för hälso- och sjukvårdsservice under kvällar och nätter samt helger eller skall länssjukvården sköta detta?
- Om primärvården påtar sig ett jouransvar, skall det då fullgöras av de ordinarie allmänläkarna och kanske distriktssköterskorna eller skall denna verksamhet ombesörjas av utomstående läkare m. fl.?

De grundläggande principerna för jourorganisationen har diskuterats flitigt även i andra länder. I Danmark t. ex. har husläkarna – främst i tätorter – ofta ordnat så att jourtjänstgöringar ombesörjs av yngre läkare, inte sällan sjukhusläkare. Med den ökade läkartätheten bland husläkarna anser man emellertid tiden mogen att nu föra tillbaka jouransvaret till dem i så stor utsträckning som möjligt.

I Oslo har man inrättat den s. k. läkarvakten från vilken också hembesök dirigeras. Man ser dock detta som en nödlösning betingad av ett bristande antal primärvårdsläkare.

I Finland är det numera klart utsagt att primärvården skall påta sig ett förstahjälpsansvar under hela dygnet.

I England har husläkarna formellt ansvaret för sina patienter 24 timmar om dygnet, men kan efter medgivande från myndigheterna sätta in en extraläkare i sitt ställe.

Utredningen har i inledningen till avsnitt 7.6.5 framhållit önskvärdheten av jouransvar i primärvården utifrån målet om lättillgänglighet. Det finns också andra skäl som talar för att primärvården bör påta sig ett jouransvar. Här kan t. ex. nämnas fördelen med att kommunikationen till patientens ordinarie läkare underlättas om det är en distriktsläkare som svarar för jouren. Chansen att det skall vara patientens egen husläkare är naturligtvis liten, men återrapporteringen till denne underlättas.

Någon form av joursamverkan är också naturlig. Det är inte rimligt att varje vårdcentral har service till midnatt eller hela dygnet. Ett system som används är att läkare från flera vårdcentraler roterar jourtjänsten mellan sig och har den vid en för den samlade befolkningen från kommunikationssynpunkt väl belägen jourcentral. Lokala förhållanden kan också medföra att det är ett sjukhus som lämpar sig bäst från dessa utgångspunkter. En allmänläkarjour vid detta sjukhus vore då en tänkbar lösning.

Primärvårdens jouransvar – vad gäller såväl läkare som sjuksköterskor – får dock enligt utredningen ses som en successiv utveckling betingad av den lokala tillgången på personal. Vid ett läge där husläkartätheten ligger på 1/2 000 invånare och distriktssköterskетätheten på 1/1 500 torde ett jouransvar i primärvården inte behöva bli alltför betungande.

Ett första steg i en sådan utveckling är ett förlängt öppethållande kvällstid,

en eller ett par dagar i veckan. En sådan marginell utökning av servicen kan medföra att patienten inte söker sig till sjukhusens akutmottagningar, vilket annars kunde blivit fallet. Inriktningen bör dock vara att primärvården på sikt får ett totalt jouransvar.

Utredningen finner det också angeläget betona att jouransvar inte bara skall föreligga kvälls- eller nattetid. Lika viktigt är att det finns ett fungerande dagjoursystem som kan medföra att patienterna kan få komma till läkare akut utan att behöva vända sig till sjukhusens akutmottagningar. Detta kan till viss del ordnas genom tidigare nämnda vårdsplaneringsmetoder.

En ytterligare utveckling av jourfrågan inrymmer också en samordning av primärvårdens medicinska jour och socialvårdens jourverksamhet. Särskilt angeläget ter det sig att uppnå en samordning med servicebostädernas och ålderdomshemmens verksamhet, inte minst under jourtid.

### *Husläkare – privatläkare*

Som framgår av beskrivningen över läkartillhörighet m. m. i de båda husläkarmodellerna skall det vara möjligt för den som så önskar att anlita en privatpraktiserande läkare som sin husläkare. Privatpraktiserande läkare kan dock inte fullt inordnas i ett system där varje läkare har ett eget ansvar för invånarna i ett visst distrikt.

För att de "privata" husläkarna ändå skall kunna erbjuda sina patienter en så god service som möjligt anser utredningen det önskvärt att det kan ske ett ökat samarbete mellan dessa läkare och vårdcentralernas personal, inte minst då distriktssköterskorna.

Utredningen ser det också som angeläget att man även på privatpraktikersidan får en utveckling som bl. a. medför förlängt öppethållande och joursamverkan. En sådan utveckling kan ske internt inom privatpraktikerkåren, men utredningen vill också betona de fördelar som kan uppnås genom ett systematiserat samarbete mellan den offentliga sjukvårdshuvudmannen och privatpraktikerna. Ett sådant samarbete behöver inte inskränka sig till joursamverkan o. dyl. utan inom husläkarsystemets ram bör finnas möjligheter till ett ännu närmare samarbete mellan privatpraktikerna och den offentliga vården för att därigenom öka servicen för invånarna/patienterna.

## 7.7 Förutsättningar för genomförandet av ett husläkarsystem

### 7.7.1 *Läkartillgång och behov enligt utredningens förslag*

Den läkarkategori som i första hand behövs för att möjliggöra ett föreslaget husläkarsystem är allmänläkare.

Prognoserna för allmänläkartillgången är i vissa avseenden mycket osäkra. LP-82 (Läkarfördelningsprogrammet) utgår från ett behov av ca 3 000 vidareutbildade läkare för allmänläkarvård år 1985. Enligt uppgifter från socialstyrelsen kan dock inte mer än drygt 2 000 av dessa beräknas vara tillgängliga för distriktsläkarvård. Även denna siffra är dock ytterst prelimi-

när. Den har framräknats genom att man förutsatt ett oförändrat antal privatpraktiserande allmänläkare – ca 250 enligt LATT 77 – samt ett än mer preliminärt antagande om att den statliga och kommunala företagshälsovården kan komma att engagera 500, kanske 600 läkare vid denna tidpunkt. Man når då en siffra på 2 150–2 250 allmänläkare disponibla för distriktsläkarvård 1985.

Som ett exempel på andra beräkningar kan anföras uppgifter från läkarförbundet, enligt vilka antalet allmänläkare för distriktsläkartjänster skulle – i bästa fall – kunna uppgå till omkring 2 600 år 1985. Denna beräkningsmetod utgår då från LATT-77-undersökningens prognos att det 1982 finns 1 476 allmänläkare i offentlig hälso- och sjukvård. Till detta har adderats 104 läkare i LATT-77 som uppgivit att de ämnar bli allmänläkare men är osäkra om tidpunkten, samt 25 % av de i LATT-77 förekommande 197 läkarna som uppgivit att de beräknar vara klara med sin utbildning 1982 men inte uppgivit definitivt utbildningsmål. (Antagandet om 25 % bygger på att 25 % av yngre läkare under utbildning uppgivit att de har för avsikt att bli allmänläkare.) Härtill har slutligen adderats 350 allmänläkare för vart och ett av åren 1983, 1984 och 1985, dvs. ett antagande om fullt besatta FV-block för allmänläkare fr. o. m. 1979 samt dessutom en "full utdelning" på dessa block. Genom dessa beräkningar når man en siffra för allmänläkarantalet 1985 på mellan 2 600–2 700. Från läkarförbundets sida har man dock understrukit att detta är att se som en maximisiffra, och man anser att ett sluttal på ca 2 400 är mer realistiskt, bl. a. med beaktande av avgångar till statlig och kommunal företagshälsovård.

Utredningen kan således konstatera att några riktigt hållfasta bedömningar för allmänläkarantalet inom distriktsläkarvården vid mitten av 1980-talet knappast är möjliga att göra. Det största osäkerhetsmomentet i beräkningarna är hur många av allmänläkarna som kommer att ha sin huvudsakliga verksamhet inom statlig och kommunal företagshälsovård. I dag rör det sig om ca 200, men 1985 kan detta antal ha ökat till 400 eller 500 eller kanske 600. Prognoserna får således mer karaktären av en "kvalificerad gissning" och utredningen anser det här befogat med en klar försiktighet mot alltför optimistiska bedömningar. Antalet allmänläkare disponibla för distriktsläkartjänst 1985 torde alltså enligt refererade beräkningar ligga mellan 2 100–2 400.

### 7.7.2 *Vägar att öka allmänläkartillgången*

Enligt utredningen är det angeläget att snarast möjligt öka allmänläkarnas andel av läkarkåren. Önskvärt vore att vid mitten av 1980-talet ha uppnått en situation där allmänläkartätheten vid vårdcentralerna motsvarade åtminstone 1 läkare på 3 000 invånare räknat på hela landet.

Med hänsyn till befolkningsutvecklingen skulle detta kräva ca 2 800 vidareutbildade allmänläkare/husläkare med heltidstjänstgöring. Jämfört med de redovisade tillgångssiffrorna innebär det en brist i storleksordningen 400–700 allmänläkare. Ett ökat inslag i läkarkåren av deltidsarbete medför att denna brist också ökar.

Utredningen har övervägt tänkbara möjligheter att öka allmänläkartillgången och funnit att det finns två huvudvägar:

- En ökning av den andel av FV-blocken som leder till allmänläkarkompetens (f. n. 280, fr. o. m. 1979 höjt till 350 enligt fattade beslut)
- Att stimulera specialistläkare att övergå till allmänläkarverksamhet.

Vad gäller möjligheten att öka antalet FV-block som leder till allmänläkarkompetens är utredningen väl medveten om de svårigheter som föreligger, bl. a. i form av "flaskhalsar" inom utbildningsgången exempelvis vid kliniker för allmän internmedicin och pediatrik. Det bör vidare beaktas att allmänläkarutbildningen från 1979 förlängs med sex månaders tjänstgöring inom långvårdsmedicin. Utredningen har dock samtidigt den principiella uppfattningen att läkarutbildningen bör inriktas mot ett mål som innebär att en betydligt större andel av läkarna blir allmänläkare än idag i syfte att successivt kunna öka allmänläkartätheten och därmed förbättra servicen inom husläkarsystemet. Mot den bakgrunden anser utredningen det angeläget att snarast möjligt vidta åtgärder som främjar uppnåendet av detta mål.

Utredningen *föreslår* att socialdepartementets sjukvårdsdelegation beaktar denna målsättning i läkarfördelningsprogrammen. Häri bör också innefattas en strävan att söka åstadkomma en så jämn regional fördelning som möjligt.

Den andra vägen att öka allmänläkarantalet är att stimulera specialistläkare att bli allmänläkare/husläkare. Socialstyrelsens prognoser anger som nämnts ca 3 000 vidareutbildade läkare för allmänläkarvård 1985. Samtidigt beräknar styrelsen att det kommer att finnas 4 300 specialistläkare tillgängliga för den öppna vården utanför sjukhus vid samma tidpunkt. Till detta kommer så ytterligare specialistresurser i form av sjukhusläkare inom den slutna vården men med uppgifter även vid de öppna sjukhusmottagningarna. Om man vill skapa ett husläkarsystem som – vad gäller läkarsidan – vilar på en allmänläkarkår måste dessa siffror påverkas. Dels bör de påverkas genom metoden att öka FV-blocken för allmänläkare, dels kan de påverkas genom att stimulera specialistläkare att övergå till allmänläkarverksamhet. Den första metoden bör utnyttjas så långt det är möjligt. Det kan inte anses särskilt rationellt att medvetet utbilda specialistläkare för att sedan när de är klara med sin utbildning försöka slussa över dem till allmänläkarverksamheten. För att snabbare få fram ett tillräckligt antal allmänläkare bör man dock – enligt utredningen – betjäna sig av båda metoderna. En sådan övergång till allmänläkarverksamhet kräver dock en kompletterande utbildning av de berörda specialistläkarna. Kompletteringsutbildningens längd och innehåll måste rimligen variera beroende på vilken specialitet det gäller och också beroende på de lokala förutsättningarna avseende primärvårdens struktur, uppbyggnad, samverkan med länssjukvården m. m. Det ankommer inte på denna utredning att föreskriva vare sig längd eller innehåll i sådana kompletteringsutbildningar. Utredningen vill dock framhålla att kompletteringsutbildningar av här antytt slag bör ses som en temporär anordning och inte innebära något nytt utbildningssystem.

Ytterligare ett sätt att öka allmänläkarnas antal och ett sätt som nära anknyter till att kompletteringsutbilda specialistläkare är dispenser som möjliggör för läkare med annan utbildning att erhålla behörighet till tjänst inom allmänläkarvård. Denna möjlighet har utnyttjats sedan 1972 då nuvarande behörighetskrav för allmänläkare fastställdes. Generellt har

således specialister inom allmän internmedicin förklarats behöriga intill utgången av år 1979. Vidare har intill samma tidpunkt medgivits behörighet till distriktsläkartjänst inom allmänläkarvård för de medicine licentiater som fullgjort sammanlagt minst tre års sjukhustjänstgöring inom specialiteter tillhörande gruppen invärtes sjukdomar eller inom specialiteterna pediatrik, allmän kirurgi, ortopedisk kirurgi, gynekologi och obstetrik, allmän psykiatri eller öron-, näs- och halssjukdomar. I de tre åren får också inräknas högst sex månaders tjänstgöring inom allmänläkarvård.

För den sistnämnda gruppen har Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) fastställt vissa minimifordringar för erhållande av bevis om allmänläkarkompetens. Dessa minimikrav innebär, att vederbörande skall ha fullgjort sex månader inom allmän internmedicin, tre månader inom pediatrik samt tre månader inom allmän psykiatri. För den som avlagt med.lic.-examen efter den 1 juli 1969 tillkommer vissa krav på allmäntjänstgöring samt krav på att ha fullgjort sex s. k. NLV-kurser. De nämnda minimifordringarna tillämpas intill utgången av 1981 i fråga om dem som med stöd av behörighetsdispensen förordnats som distriktsläkare.

Om man inrättar kompletteringsutbildningar för specialistläkare tillräckligt snabbt kanske en förlängning av de refererade dispensreglerna kan undvaras. Särskilda "skräddarsydda" kompletteringsutbildningar torde göra specialistläkarna ännu bättre rustade för en allmänläkarverksamhet än de nu gällande dispenskraven. Utredningen anser självfallet att en "ordinarie" allmänläkarutbildning är den bästa förberedelsen för att verka som allmänläkare och ser därför helst att man i största möjliga utsträckning utökar allmänläkarnas antal genom att ge de blivande allmänläkarna större utrymme inom FV-utbildningsdelen. Samtidigt anser utredningen det synnerligen angeläget att invånarna snarast möjligt kan komma i åtnjutande av en ökad allmänläkarservice i husläkarform. Vid denna avvägning anser utredningen att såväl de nu gällande dispensreglerna som de av utredningen angivna kompletteringsutbildningarna kan fylla en god funktion.

Det kan diskuteras huruvida kompletteringsutbildningen skall vara ett oeftergivligt krav för behörighet till allmänläkartjänst, dvs. att denna utbildning skall ha genomgåtts före tillträdet till allmänläkartjänst. Utredningen anser det klart önskvärt att berörd specialistläkare fullgjort sin kompletteringsutbildning före tillträdet till allmänläkartjänst. I analogi med det dispensförfarande som gäller idag kan det enligt utredningens mening dock övervägas att låta en specialistläkare tillträda en allmänläkartjänst för att sedan inom viss tid fullgöra den kompletteringsutbildning som befinns nödvändig för erhållande av allmänläkarkompetens. Detta förutsätts i så fall bli föremål för överläggningar mellan berörda arbetsmarknadsparter.

För att öka allmänläkartillgången även på annat sätt än genom en ökad andel FV-block för blivande allmänläkare *föreslår* utredningen att regeringen uppdrar åt Nämnden för läkares vidareutbildning att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen dels skyndsamt utarbeta och till regeringen inkomma med förslag till hur kompletterande utbildning av det slag utredningen angivit bör ske, dels i samband med dessa förslag överväga möjligheterna för och lämpligheten av dispensförfaranden i syfte att ytterligare öka allmänläkartillgången till år 1985.

En ökning av antalet allmänläkare påverkar självfallet behovet av allmän-

läkartjänster. Dessa konsekvenser får beaktas av socialstyrelsen vid dess godkännande av inrättande av läkartjänster i landet. Under husläkarsystemets uppbyggnadsperiod är det angeläget att inrättandet av allmänläkartjänster prioriteras framför specialistläkartjänster, i synnerhet vad avser specialistläkartjänster i öppenvård. Vid läkartjänsternas fördelning bör också en jämn regional fördelning eftersträvas.

### 7.7.3 *Allmänläkarutbildningens innehåll*

Inte heller vad gäller den "ordinarie" allmänläkarutbildningens innehåll ankommer det på denna utredning att framlägga konkreta förslag till ev. ändringar eller kompletteringar. Med hänsyn till utredningens förslag om ett husläkarsystem där allmänläkaren är nyckelpersonen på läkarsidan med bl. a. ett ökat ansvar för barn- och mödrahälsovård och ett ökat inslag av familjeinriktat vårdarbete samt prevention kan dock vissa utbildningsförändringar/kompletteringar bli nödvändiga. Om så är fallet kan de under en övergångsperiod kanske ske genom efterutbildningsverksamhet men bör på sikt naturligtvis byggas in i den gängse utbildningen för allmänläkare. Utredningen förutsätter att NLV beaktar dessa aspekter.

Utredningen vill dock för egen del anföra att med hänsyn till att allmänläkaren kommer att ha sin verksamhet förlagd till vårdcentraler utanför sjukhus är det angeläget att i möjligaste mån försöka förlägga mer av allmänläkarens utbildning till den öppna vård – primärvården – inom vilken han/hon sedan kommer att verka. Men primärvården bör enligt utredningen också ges ett större utrymme i samtliga läkares utbildning. Detta gäller även grundutbildningen. I detta sammanhang vill utredningen erinra om det beslut som togs i socialdepartementets sjukvårdsdelegation den 5 oktober 1978 innebärande att delegationen uttalade angelägenheten av att UHÄ snarast genomför en omläggning till ökad öppenvård i läkarnas grundutbildning.

Utredningen *föreslår* därför att regeringen uppdrar åt Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) och NLV att ytterligare överväga hur primärvården kan ges ett ökat utrymme inom läkarutbildningen.

En ökad andel utbildning inom primärvården ställer dock särskilda krav på en väl utvecklad handledarfunktion. Hittills har vakanssituationen inom allmänläkarvården allvarligt försvårat en god handledarverksamhet. I första hand måste därför vakansproblemen lösas. Utredningen har tidigare i detta kapitel framlagt förslag till hur allmänläkartillgången kan ökas. En god handledarverksamhet kräver emellertid dessutom att de som skall handleda får utbildning i hur handledningen skall ske för att ge så goda resultat som möjligt. Någon form av handledarkurser bör därför vara ett givet inslag i primärvården. Provinsialläkarfonden har gjort en insats på detta område genom den informationsbok för handledare i distriktsläkarvård som tillställts samtliga sjukvårdsstyrelser under 1977 för vidare befordran till alla vårdcentraler/läkarstationer. Handledarfrågan kräver dock en kontinuerlig bevakning, och det bör enligt utredningen ankomma på de olika intressenterna – sjukvårdshuvudmännen, medicinska fakulteterna m. fl. – att med hänsyn till det lokala behovet anordna handledarkurser. På sikt bör det därför komma att finnas betydligt bättre möjligheter för en väl fungerande handledarfunktion

vid vårdcentralerna och därmed också ökade förutsättningar för att mer av läkarutbildningen kan ske utanför sjukhusen. Av betydelse i detta sammanhang är också att primärvården får en ökad roll inom forsknings- och utvecklingsverksamheten. Utredningen återkommer till detta i avsnitt 7.7.7.

### 7.7.4 *Efterutbildning för allmänläkare*

Det huvudsakliga syftet med läkarnas efterutbildning är att vidmakthålla läkarens kunnande och kompetens i takt med den medicinska utvecklingen. Det är således inte fråga om en tidsmässigt avgränsad utbildningsperiod som fallet är med grund- och vidareutbildningen. Efterutbildningen avser kontinuerligt återkommande utbildningstillfällen.

Allmänläkarnas efterutbildning har varit föremål för utredning genom NLV (GREIA: Gruppen för Efterutbildning Inom Allmänläkarvård). Utredningen vill i detta sammanhang understryka vikten av att en effektiv efterutbildning tillförsäkras allmänläkarna. Enligt GREIA har rapporter från olika fältförsök visat att förekomsten av en systematiserad efterutbildning påverkar allmänläkaryrkets attraktivitet i gynnsam riktning. Utredningen delar också GREIA:s synsätt att de olika parter som svarar för sjukvårdens innehåll och utformning t. ex. allmänläkare, specialister i sluten och öppen vård samt företrädare för huvudmannen är de naturliga parterna när det gäller att besluta om efterutbildningens innehåll. GREIA:s starka betoning på den lokala efterutbildningen motiveras av att utbildningen i största möjliga utsträckning bör ha sin utgångspunkt i dels den lokala sjukvårdsorganisationens behov och dels den enskilde läkarens yrkesutövning. Utredningen delar också GREIA:s syn på värdet av efterutbildning i form av tjänstgöring vid sjukhusklinik eller genom auskultation inom olika specialiteter.

### 7.7.5 *Distriktssköterskeutbildningen och behov enligt utredningens förslag*

Den osäkerhet som präglar prognoserna för läkartillgången finns också på distriktssköterskesidan. Om man först betraktar det behov som kan uppstå om utredningens förslag förverkligas kan följande konstateras.

Om man 1985 vill ha en distriktssköterskeutbildning för landet i genomsnitt på 1 distriktssköterska per 1 500 invånare skulle detta kräva ca 5 500 distriktssköterskor. De erfarenheter som finns idag visar emellertid att ca 30 % av distriktssköterskekåren arbetar deltid. Om man i räkneexemplets form låter deltid vara detsamma som halvtid och dessutom antar att det även 1985 kommer att vara 30 % av distriktssköterskorna som har deltidstjänstgöring skulle behovet av antalet personer verksamma som distriktssköterskor uppgå till 6 470 för att uppnå en heltidseffekt motsvarande 5 500 distriktssköterskor.

Om distriktssköterskeutbildningen 1985 sätts till 1/2 000 skulle det med samma beräkningsmetod behövas 4 150 distriktssköterskor med heltidseffekt, vilket innebär ca 4 880 personer.

Ser man på tillgångssidan noteras att det 1977 fanns 2 891 yrkesverksamma distriktssköterskor och 123 distriktssköterskebarnmorskor. Mot bakgrund av

utredningens förslag om en integrering av barnhälsovården i distriktsvården bör i detta sammanhang medräknas 623 sjuksköterskor vid BVC-enheter. Sammanlagt ger detta för 1977 ca 3 640 "distriktssköterskor", motsvarande 2 930 årsarbetare.

Enligt socialstyrelsens prognoser över tillgången framöver på dessa personalkategorier kan konstateras att det 1985 beräknas finnas 5 200 distriktssköterskor med en årsarbetarkapacitet på 4 400. Antalet yrkesverksamma sjuksköterskor inom barnhälsovården uppskattas till 3 060 med en årsarbetarkapacitet på 2 600, varav tillgängliga för primärvården ca 1 000 årsarbetare.

En jämförelse mellan utredningens behovssiffror och prognoserna över tillgången framgår av tabell 7.1.

Med nu planerad utbildningsvolym kan alternativet 1/2 000 lätt uppnås till 1985. En marginell ökning möjliggör också alternativet 1/1 500. Enligt utredningen bör målsättningen vara 1/1 500 år 1985. Men den resurs som sjuksköterskorna vid BVC-enheterna utgör är praktiskt taget helt lokaliserad till storstäderna och vissa större tätorter. För övriga delar av landet är distriktssköterskan den enda resursen i detta sammanhang. Prognoserna för de "vanliga" distriktssköterskorna pekar på ett antal 1985 av 5 200 yrkesverksamma eller 4 400 årsarbetare. Alternativet 1/2 000 kan således uppnås utan tillskott av BVC-sjuksköterskorna. Eftersom den senare personalkategorin är väl utvecklad i storstäder och på vissa tätorter – medan distriktssköterskan förekommer i mindre utsträckning i dessa områden – bör det enligt utredningen finnas goda möjligheter för både tätort och landsbygd att nå fram till relationen 1/2 000 år 1985, under förutsättning att BVC-sjuksköterskorna ges vidgade uppgifter i den meningen att de bör verka som distriktssköterskor och inte uteslutande ta sig an barn. Som tidigare nämnts är utbildningsbakrunden för dessa BVC-sjuksköterskor och distriktssköterskorna gemensam med undantag av praktikinslagen. Insatser av kompletterande kunskaper torde därför inte behöva bli alltför omfattande. För de yngre personer som kommer att genomgå grund- och vidareutbildning framöver, sammanförs dessa båda nuvarande personalkategorier till en enda om VÅRD 77:s förslag på detta område realiseras. Även om utbildningsbakgrunden i nuvarande läge är väsentligen gemensam för distriktssköterskor och BVC-sjuksköterskor i primärvården så kommer dock en viss kompletterande utbildning att behövas för de sjuksköterskor inom barnhälsovården som ej fullgjort uppgifter inom öppen hälso- och sjukvård för vuxna. Detsamma gäller också för distriktssköterskor som i nuvarande system ej fullgjort uppgifter inom

**Tabell 7.1 Tillgång och behov avseende distriktssköterskor (inkl. sjuksköterskor vid BVC) 1985.**

| Distriktssköterskor/ invånare | Behov | | Tillgång | |
|---|---|---|---|---|
| | Pers. | Årsarb. | Pers. | Årsarb. |
| 1/1 500 | 6 470 | 5 500 | 6 400[a] | 5 400 |
| 1/2 000 | 4 880 | 4 150 | 6 400[a] | 5 400 |

[a] 5 200 distriktssköterskor + approx. 1 200 barnsjuksköterskor för primärvården.

barnhälsovården. Detta är enligt utredningen en förutsättning för att på ett tillfredsställande sätt klara av de uppgifter som kommer att föreligga inom en sammanhållen familjevård i distriktsorganisationen.

Utredningen *föreslår* att regeringen uppdrar åt vederbörande utbildningsmyndigheter att i samråd med sjukvårdshuvudmännen dels beakta behovet av kompletterande utbildningsinsatser i detta sammanhang, dels också vidta åtgärder som möjliggör en utökning av distriktssköterskekåren för att täcka de av utredningen angivna behoven.

### 7.7.6 *Övrig personal*

Utredningen har inte funnit anledning att närmare gå in på de kvantitativa behoven m. m. avseende andra personalkategorier. Eftersom de av utredningen framlagda förslagen till husläkarsystem vilar på allmänläkare och distriktssköterskor som "kontinuitetsbärare" i systemet är det i första hand för dessa som utredningen ansett sig böra ange behoven. En god hälso- och sjukvårdsservice kräver självfallet insatser också från annan personal. Utredningen har tidigare understrukit behovet av att det basteam husläkaren och distriktssköterskan avses utgöra vid behov måste kunna kompletteras med andra läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, undersköterskor, sjukvårdsbiträden m. fl., och att det finns väl fungerande samarbetsformer med andra serviceorgan av betydelse som exempelvis den primärkommunala sociala verksamheten.

### 7.7.7 *Forsknings- och utvecklingsverksamhet inom primärvården*

Konsekvenserna av en sjukvårdspolitisk prioritering avseende ökade resurser till primärvården bör vara föremål för ett kontinuerligt och systematiskt forskningsarbete. Däri bör ingå en allsidig utvärdering av husläkarsystemet och effekterna av vårdens omstrukturering i övrigt.

Inom allmänläkarvården finns ett brett fält för forsknings- och utvecklingsarbete. Utredningen förutsätter att sjukvårdshuvudmännen påtar sig ett ansvar för samarbete med universitet och högskolor. För att ett effektivt utvecklingsarbete skall komma till stånd krävs medel för detta.

Ett aktivt forsknings- och utvecklingsklimat är också nödvändigt för att bibehålla och förstärka den kvalitativa rekryteringen till allmänläkarbanan. Ett bättre vetenskapligt underlag kan också ge allmänläkarverksamheten en mer markerad profil gentemot andra medicinska verksamhetsområden vilket bl. a. kan bidra till positivare attityder till allmänläkarna och deras verksamhet. Utredningen har inte att ta ställning till vilken forskning m. m. som med fördel kan bedrivas inom allmänläkarverksamheten, men området är som nämnts brett och kan omfatta bl. a. epidemiologi, somatiska och psykiatriska frågeställningar, sociologiska undersökningar avseende patienter och deras anhöriga, preventiv verksamhet, patientinformation, hälsoinformation, organisatoriska, administrativa och ekonomiska frågor av skilda slag.

Det bör särskilt påpekas att en grundläggande förutsättning för att överhuvudtaget företa utvärderingar är att man beaktar såväl resursinsatser för som effekter av primärvårdens olika verksamheter. För närvarande saknas emellertid ett systematiskt forsknings- och utvecklingsarbete rörande

bl. a. hälsoekonomiska frågor. Utredningen vill därför särskilt framhålla behovet av en sådan forsknings- och utvecklingsverksamhet, vilken för primärvårdens del kan inriktas på frågor om effektmätning och fördelning av samt hushållning med resurser för denna sektor.

Utredningen konstaterar med tillfredsställelse att de behov som här nämnts också delvis uppmärksammats av Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) i dess petita för budgetåret 1979/1980. Man räknar däri med att något av de närmaste anslagsåren aktualisera frågan om professurer i allmänmedicin.

UHÄ har också i en nyligen publicerad rapport (UHÄ 1978:14) tagit upp frågan om de kortare vårdutbildningarnas forskningsanknytning. Detta bör uppmärksammas i samband med primärvårdens personalutvecklingsarbete och i första hand för att underlätta och vidareutveckla distriktssköterskans roll.

Utredningen förutsätter således att primärvården blir ett område för relativt omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet från bl. a. utbildningsmyndigheternas sida. En forskning av här antytt slag kan med fördel ske på tvärvetenskaplig grund och särskilt belysa möjligheterna till en integrering av sociala, psykologiska och biologiska synsätt på människan.

Utredningen *föreslår* därför att professurer i primärvård/allmänmedicin successivt inrättas vid de medicinska högskolorna i syfte att befrämja forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården.

Angeläget är också att sjukvårdshuvudmännen i samråd med undervisningsorgan och andra berörda institutioner aktivt arbetar för ett forsknings- och utvecklingsarbete avseende hälsoekonomi i primärvården och att sjukvårdshuvudmännen också tillsammans med berörda högskolor och forskningsinstitutioner beaktar frågan om de korta vårdutbildningarnas forskningsanknytning speciellt med hänsyn till förhållanden inom primärvården och i synnerhet distriktssköterskans roll.

## 7.8 Genomförande av förslagen

Utredningen har i det föregående anvisat metoder genom vilka en ökad allmänläkar- och även distriktssköterskетillgång bör kunna uppnås.

De förslag till husläkarsystem utredningen framlägger kan dock inte realiseras vid en och samma tidpunkt i hela landet. Som ett önskvärt etappmål ser utredningen en resurstäthet motsvarande 1 allmänläkare per 3 000 invånare och 1 distriktssköterska på 1 500–2 000 invånare år 1985. Denna täthet är enligt utredningens mening nödvändig för att ett husläkarsystem av beskrivet slag skall ha en rimlig möjlighet att fungera. Successivt bör dock denna täthet öka, självfallet med beaktande av varierande lokala behov. En vidareutveckling mot högre täthetstal är enligt utredningen en förutsättning för ett successivt ökat inslag av jourservice under kvällar, nätter och helger. Det etappmål som utredningen ser 1985 inrymmer också lokala olikheter. Som redovisas i kapitel 2 (tabell 2.11) föreligger stora variationer mellan sjukvårdshuvudmännen beträffande utbyggnaden av allmänläkarvården. Jämtlands län t. ex. hade redan 1977 ett sådant antal allmänläkartjänster att befolkningsunderlaget per allmänläkartjänst var 2 600. För

Norrbottens län var motsvarande siffra 3 100. Göteborgs kommun hade som jämförelse 10 300. Men lika viktigt som antalet tjänster är att tjänsterna är besatta med ordinarie innehavare. I början av 1977 saknade ca 45 % av landets distriktsläkartjänster i allmänläkarvård ordinarie innehavare. Enligt LATT 77-undersökningen var 16 % av allmänläkartjänsterna helt vakanta. Lokala skillnader fanns även här. Jämtlands län hade knappt 10 % vakanser, Norrbottens län 26 % och Skaraborgs län över 30 % för att ta några exempel.

Ett förverkligande av utredningens förslag kommer sålunda att kunna ske snabbare inom vissa landsting än andra. Även inom resp. sjukvårdsområde kommer utvecklingen att ske med varierad hastighet. Helt avgörande blir i vilken takt antalet allmänläkare och distriktssköterskor kommer att öka. Av betydelse för variationerna i landet är som tidigare nämnts också socialstyrelsens beslut om tilldelning av läkartjänster och även FV-blockens regionala fördelningar.

### *Utvecklings- och stimulansbidrag*

I syfte att stimulera utvecklingen mot av utredningen föreslagna husläkarsystem har övervägts frågan om ev. statliga ekonomiska stimulans- och utvecklingsbidrag. Utredningen har här bl. a. övervägt huruvida sådana bidrag skulle kunna utformas inom ramen för det ersättningssystem som finns idag i och med att sjukvårdshuvudmännen erhåller viss ekonomisk ersättning från försäkringskassan för bl. a. öppen läkarvård. Tekniskt sett synes en stimulans vara fullt möjlig att genomföra inom detta system. Med hänsyn till att förhandlingar nu förbereds mellan sjukvårdshuvudmännen och staten avseende de ersättningsbelopp som skall gälla fr. o. m. 1981 avstår utredningen från att framlägga detaljerade förslag i den frågan, men vill betona att möjligheterna till att stimulera en uppbyggnad av den öppna vården i form av husläkarsystem bör beaktas i dessa förhandlingar.

Enligt utredningens uppfattning behöver diskussionerna mellan staten och huvudmännen inte begränsas till den ekonomiska ersättningsfrågan. På grundval av de synpunkter och förslag som framförs av utredningen bör det vara möjligt att ta upp vidare diskussioner om möjligheterna att förbättra förutsättningarna för att skapa kontinuitet i vården och bygga upp ett husläkarsystem. Detta kan således innebära en allmän översyn av existerande styrmedel och en diskussion om vilka möjligheter som finns att förbättra dessa och inte minst samordningen mellan dem samt även utvecklingsarbetet på primärvårdsområdet.

Dessa överläggningar bör enligt utredningen utmynna i en överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om primärvårdens utveckling och uppbyggandet av ett husläkarsystem. Denna överenskommelse bör också underställas riksdagen för dess godkännande.

Utredningen *föreslår* därför att regeringen upptar överläggningar med sjukvårdshuvudmännen i syfte att uppnå en överenskommelse om utvecklingen av primärvården i enlighet med av utredningen framlagda förslag.

Därest en sådan lösning av tidsskäl eller av andra skäl inte är möjlig har utredningen skisserat formerna för ett statligt stimulansbidrag av annan modell. För detta hänvisas till bilaga 2.

*Kostnader*

Kostnaderna för de av utredningen i bilaga 2 angivna stimulans- och utvecklingsbidragen kan beräknas till storleksordningen 50 miljoner kronor per år under vart och ett av budgetåren 1980/1981, 1981/1982 och 1982/1983. Självfallet kan dessa utvecklingsbidrag, om de kommer till stånd, av regeringen beaktas i de förhandlingar som regelbundet förs om ersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Inom ramen för dessa förhandlingar bör i så fall träffas ett avtal mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen om de närmare formerna för bidragets utbetalande.

Utredningen har i övrigt inte ansett det möjligt att inom den tillmätta utredningstiden i samverkan med olika utbildningsmyndigheter m. fl. närmare utreda kostnaderna för utredningens förslag. Utredningen förutsätter dock att de myndigheter som får olika uppdrag i enlighet med utredningens förslag också beaktar kostnadsaspekterna härav.

För sjukvårdshuvudmännen föranleder utredningens förslag kostnader framförallt i samband med den information m. m. som skall ges till invånarna i ett husläkarsystem. Dessa kostnader torde dock inte nämnvärt öka de kostnader som sjukvårdshuvudmännen redan nu har och ändå skulle komma att få genom en utbyggnad av primärvården.

## 7.9 Utredningens förslag i punktform

Avslutningsvis vill utredningen sammanfatta sina förslag i punktform.

Utredningens huvudförslag är:

- att den öppna vården utanför sjukhus stegvis byggs upp till ett husläkarsystem i enlighet med av utredningen föreslagna modeller.

För genomförandet av detta huvudförslag föreslår utredningen:

- att försäkringsbeskeden efter framställan från sjukvårdshuvudmännen förses med uppgift om i första hand vederbörandes vårdcentralstillhörighet samt – om så befinns lämpligt – vederbörandes husläkare och distriktssköterska,
- att socialdepartementets sjukvårdsdelegation beaktar utredningens förslag om att öka den andel av FV-blocken som leder till allmänläkarkompetens samt att härvid försöka åstadkomma en så jämn regional fördelning som möjligt,
- att regeringen uppdrar åt Nämnden för läkares vidareutbildning att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen dels skyndsamt utarbeta och till regeringen inkomma med förslag till kompletteringsutbildningar som möjliggör för specialistläkare att övergå till allmänläkarverksamhet dels att nämnden i samband härmed också överväger möjligheterna för och lämpligheten av dispensförfaranden i syfte att ytterligare öka allmänläkartillgången till år 1985,
- att regeringen uppdrar åt Universitets- och högskoleämbetet och Nämnden för läkares vidareutbildning att ytterligare överväga hur primärvården kan ges ett större utrymme inom läkarutbildningen,
- att regeringen uppdrar åt vederbörande utbildningsmyndigheter att i

samråd med sjukvårdshuvudmännen dels beakta behovet av kompletterande utbildningsinsatser för distriktssköterskor och BVC-sjuksköterskor mot bakgrund av utredningens förslag om gemensamma uppgifter för dessa kategorier, dels också vidta åtgärder som möjliggör en utökning av distriktssköterskekåren för att täcka de av utredningen angivna behoven,

- att professurer i primärvård/allmänmedicin successivt inrättas vid de medicinska högskolorna i syfte att befrämja forsknings- och utvecklingsarbete inom området, samt
- att regeringen upptar överläggningar med sjukvårdshuvudmännen i syfte att uppnå en överenskommelse om utvecklingen av primärvården i enlighet med av utredningen framlagda förslag.

# Bilaga 1 Kontinuitetsindex – för jämförande mätningar av kontinuitet

## Inledning

Då organisatoriska eller andra åtgärder vidtages i syfte att förbättra patient-läkarkontinuiteten kan det många gånger vara svårt att på ett entydigt sätt bestämma effekten av de vidtagna åtgärderna. Av denna anledning har ett index framtagits som i ett enda tal ger uttryck för graden av kontinuitet. Med hjälp av detta s. k. kontinuitetsindex kan jämförelser beträffande kontinuiteten göras mellan olika mottagningar eller mottagningskategorier, en viss mottagning vid olika tidpunkter – t. ex. före respektive efter en organisationsförändring, olika patientkategorier såsom patienter inom olika åldersgrupper eller patienter med olika sjukdomar, osv.

Fundamentala krav på ett index av den beskrivna typen, dvs. som skall tillåta meningsfulla jämförelser, är att det kan mätas längs en – helst lineär – skala och där denna skala har minst två logiska referenspunkter, nämligen en nollpunkt och ett maximivärde – vilket skall vara fixerat och därigenom oberoende av när och var mätningarna utföres.

Det kontinuitetsindex som nedan kommer att beskrivas kan anta värden från 0 till 100 procent. Ytterligare en referenspunkt finns, nämligen 50 procent, vars innebörd kommer att framgå av beskrivningen längre fram. Index = 0 motsvarar en situation då patienterna vid varje besök får träffa en ny läkare medan index = 100 innebär fullständig kontinuitet, dvs. varje patient träffar vid alla sina besök en och samma läkare.

För att kunna beräkna kontinuitetsindex behöver man endast ha tillgång till följande uppgifter om besöket:

i) patientidentifikation
ii) besöksdatum
iii) läkare.

Ytterligare tilläggsuppgifter kan krävas om man vill studera kontinuiteten inom olika patientgrupper, t. ex. besökstyp, patientens ålder eller aktuell diagnos.

## Metod

Konstruktionen av kontinuitetsindexet beskrivs enklast med hjälp av ett exempel. Tabell 1 illustrerar förhållandena på en tänkt mottagning, där 2 000

**Tabell 1. Antal patienter med visst antal besök per patient respektive antal olika läkare per patient**

| Besöksklass = Antal besök per patient | Antal olika läkare per patient | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ≥ 6 | Totalt |
| 2 | 525 | 475 | – | – | – | – | 1 000 |
| 3 | 125 | 250 | 125 | – | – | – | 500 |
| 4 | 65 | 60 | 75 | 50 | – | – | 250 |
| 5 | 50 | 40 | 50 | 35 | 25 | – | 200 |
| ≥ 6 | 15 | 10 | 5 | 10 | 5 | 5 | 50 |
| Totalt | | | | | | | 2 000 |

patienter gjort två eller flera besök.

Om få patienter förekommer i de högre besöksklasserna kan dessa slås samman utan att det i nämnvärd utsträckning påverkar slutresultatet. Så är fallet för besöksklass 6 i exemplet.

Först bestämmes genomsnittligt antal olika läkare per patient inom varje besöksklass. För t. ex. besöksklass 2 räknas detta ut som

$$\frac{525 \times 1 + 475 \times 2}{1\,000} = 1\,475$$

Eftersom optimala förhållanden innebär att varje patient träffar endast en läkare minskas de beräknade talen med ett, varigenom en serie jämförelsetal erhålles som anger hur många läkare patienterna i genomsnitt träffat utöver optimum. Jämförelsetalen samt gränserna mellan vilka de kan ligga inom respektive besöksklass återfinns i tabell 2.

Genom att normera jämförelsetalen skapas index för i första hand varje besöksklass. Detta går till så att varje jämförelsetal divideras med sin övre gräns; kvoten subtraheras från ett och slutligen multipliceras det erhållna värdet med 100. Härigenom erhålles indextal uttryckta i procent som stiger med ökande kontinuitet. Genom normeringen blir dessa tal jämförbara och kan därigenom vägas samman till ett totalindex. I tabell 3 anges index inom varje besöksklass samt hur dessa index beräknas.

Indextalen speglar snedheten – dvs. avvikelsen från en symmetrisk fördelning – i varje besöksklass. Vid sammanvägningen av indexen användes

**Tabell 2 Jämförelsetal**

| Besöksklass | Jämförelsetal | Gränser för jämförelsetalen |
|---|---|---|
| 2 | 0,475 | 0–1 |
| 3 | 1,000 | 0–2 |
| 4 | 1,440 | 0–3 |
| 5 | 1,725 | 0–4 |
| 6 | 1,900 | 0–5 |

**Tabell 3 Beräkning av kontinuitetsindex**

| Besöksklass | Beräkning av index | Index (procent) |
|---|---|---|
| 2 | 100(1–0,475/1) = | 52,5 |
| 3 | 100(1–1,000/2) = | 50,0 |
| 4 | 100(1–1,440/3) = | 52,0 |
| 5 | 100(1–1,725/4) = | 56,9 |
| 6 | 100(1–1,900/5) = | 62,0 |

antalet patienter i respektive besöksklass som vikter. Det sökta kontinuitetsindexet (k) beräknas därför som

$$\frac{1\,000 \times 52{,}5 + 500 \times 50{,}0 + 250 \times 52{,}0 + 200 \times 56{,}9 + 50 \times 62{,}0}{2\,000} = 52$$

procent. k kommer att ligga mellan 0 och 100 procent. Om k = 0 råder total diskontinuitet och om k = 100 råder fullständig kontinuitet. Den tredje referenspunkten, k = 50, motsvarar inom varje besöksklass en fördelning som är symmetrisk med avseende på antal olika läkare.

Besöksklass 3 i tabell 1 kan exemplificera k:s betydelse. Fördelningen är här symmetrisk och k är därför också = 50. I besöksklass 2 däremot är antalet patienter som träffat en läkare större än det antal som träffat två olika läkare, varigenom ett index erhålles som är högre än 50 procent.

## Matematisk beskrivning

Kontinuitetssituationen kan i allmän form skrivas som i tabellen nedan. $x_{ij}$ står för det antal patienter i besöksklass i som träffat j olika läkare.

| Antal besök per patient | Antal olika läkare | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 ... | j ... | | n |
| 2 | $x_{21}$ | $x_{22}$ | – ... | – ... | | – |
| 3 | $x_{31}$ | $x_{32}$ | $x_{33}$ ... | – ... | | – |
| . | . | . | . | . | | . |
| . | . | . | . | . | | . |
| . | . | . | . | . | | . |
| i | $x_{i1}$ | $x_{i2}$ | $x_{i3}$ ... | $x_{ij}$ ... | | – |
| . | . | . | . | . | | . |
| . | . | . | . | . | | . |
| . | . | . | . | . | | . |
| n | $x_{n1}$ | $x_{n2}$ | $x_{n3}$ ... | $x_{nj}$ ... | | $x_{nn}$ |

Kontinuitetsindex kan då skrivas på följande sätt:

$$k = \frac{\sum_{i=2}^{n} \left( \left( \sum_{j=1}^{i} x_{ij} \right) \left( 1 - \left( \left( \sum_{j=1}^{i} j \times x_{ij} \right) / \left( \sum_{j=1}^{i} x_{ij} \right) - 1 \right) / (i-1) \right) \right)}{\sum_{i=2}^{n} \left( \sum_{j=1}^{i} x_{ij} \right)}$$

# Bilaga 2 Statligt utvecklings- och stimulansbidrag avseende införande av husläkarsystem

Såsom nämns i betänkandet har utredningen i syfte att stimulera till en uppbyggnad av ett husläkarsystem också velat skissera hur ett statligt utvecklings- och stimulansbidrag i detta avseende kan utformas. Enligt utredningen skulle det kunna ske på följande sätt.

Varje vårdcentral som erbjuder invånarna ett husläkarsystem – i huvudsaklig enlighet med utredningens modell I eller modell II – bör kunna erhålla ett stimulans- och utvecklingsbidrag. Bidraget utgår i första hand till vårdcentraler som omfattar 2–5 *ordinarie* allmänläkare samt enläkarmottagningar. Bidragets storlek kan ges följande utformning:

| | |
|---|---|
| För enläkarmottagningar | 250 000:– |
| För vårdcentraler med 2 allmänläkare | 500 000:– |
| För vårdcentraler med 3 allmänläkare | 750 000:– |
| För vårdcentraler med 4 eller fler allmänläkare | 1 000 000:– |

Bidraget är ett engångsbelopp som utbetalas av socialstyrelsen i efterskott på "rekvisition" från sjukvårdsstyrelsen i resp. landsting (motsv.). Husläkarverksamheten skall i enlighet med av utredningen föreslagna modeller ha fungerat under en period av tolv månader för att bidrag skall kunna erhållas.

Utredningen har i andra sammanhang i betänkandet betonat vikten av att vårdcentralerna inte bör vara större än att de omfattar 2–5 allmänläkare + övrig personal. För den händelse en vårdcentral skulle innefatta flera allmänläkare men likväl bedriver sin verksamhet på sätt utredningen föreslagit bör även en sådan vårdcentral kunna bli föremål för bidraget. Detsamma bör också kunna gälla för enläkarmottagningar om de uppfyller kriterierna för bidragsgivningen i övrigt.

För att komma i åtnjutande av bidraget bör enligt utredningen följande kriterier gälla:

1. Vårdcentralen skall ha en väl utvecklad patientmottagarfunktion som medför att de vårdsökande snabbt kan komma fram och få kontakt med vårdenheten. (Denna lättillgänglighet och sjukvårdsupplysning m. m. måste finnas även vid en enläkarmottagning.)
2. Allmänläkartätheten för vårdcentralens betjäningsområde skall vara *minst* 1 allmänläkare per 3 000 invånare, varvid dock förekomsten av privatpraktiserande allmänläkare bör kunna beaktas.
3. Distriktssköterskетätheten vid vårdcentralens betjäningsområde skall

vara *minst* 1 distriktssköterska per 2 000 invånare.

4. Information i skriftlig form skall ha tillställts samtliga hushåll i vårdcentralens område genom vilken medlemmarna i hushållet över 16 år erbjuds en viss namngiven läkare vid vårdcentralen som sin husläkare och också får upplysningar om möjligheten att välja annan läkare och att byta läkare. Detta om modell II tillämpas.

   Tillämpas modell I skall även här skriftlig information ha utgått till samtliga hushåll inom vårdcentralens betjäningsområde med erbjudande till dem som är över 16 år att ange önskemål om vilken av vårdcentralens allmänläkare de vill ha som husläkare, med möjlighet att välja annan läkare och att byta läkare.

   För båda modellerna gäller att barn och ungdomar under 16 år *bör* följa någon av föräldrarnas läkartillhörighet. (Informationen måste självfallet utformas annorlunda vid enläkarmottagningar.)

5. Sjukvårdsstyrelsen i resp. landsting (motsv.) skall rekvirera utvecklingsbidraget med hänvisning till att husläkarsystem enligt utredningens förslag bedrivits vid viss(a) vårdcentral(er) under 12 månader samt att kriterierna 1–4 är uppfyllda.

Såsom nämns i betänkandet kan kostnaderna härför beräknas vara i storleksordningen 50 miljoner kronor per år under förutsättning att de avser budgetåren 1980/81, 1981/82 och 1982/83. Utredningen anser dessa tre budgetår lämpliga med tanke på att bidraget skall vara just ett stimulansbidrag.

KUNGL. BIBL.
1978-12-01
STOCKHOLM

# Statens offentliga utredningar 1978

## Kronologisk förteckning

1. Stat–kyrka. Ändrade relationer mellan staten och svenska kyrkan. Kn.
2. Stat–kyrka. Bilaga 1. Kyrkans framtida organisation. Kn.
3. Stat–kyrka. Bilaga 2–12. Utredningar i delfrågor. Kn.
4. Skolplanering och skolstorlek. Faktaredovisning och bedömningsunderlag. U.
5. Föräldrautbildning. S.
6. Ny skogspolitik. Jo.
7. Skog för framtid. Jo.
8. Hyresrätt 2. Lokalhyra. Ju.
9. Ny konkurrensbegränsningslag. H.
10. Barnets rätt. 1. Om förbud mot aga. Ju.
11. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. E.
12. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 1. E.
13. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 2–4. E.
14. Arbete åt handikappade. A.
15. Praktikfrågor–åtgärder i ett kort perspektiv. U.
16. Regional konsumentpolitisk verksamhet. H.
17. Energi. I.
18. Öresundsförbindelser. K.
19. Öresundsförbindelser. Bilaga A. Ritningar. K.
20. Öresundsförbindelser. Bilaga B. Konsekvenser för företag och hushåll. K.
21. Bemanning av fartyg. K.
22. Energi, strukturomvandling och sysselsättning. A.
23. Växtförädling. Jo.
24. Ny renhållningslagstiftning. Jo.
25. Etablering av miljöstörande industri. Bo.
26. Hälso- och sjukvårdspersonalen. S.
27. Fortsatt körkortsreform. K.
28. Kvinnors förvärvsarbete och förvärvshinder. A.
29. Arbete i jordbruk och trädgård. A.
30. Brand inomhus. Bo.
31. Trafikpolitik-kostnadsansvar och avgifter. K.
32. Ny indelningslag för kommuner, landstingskommuner och församlingar. Kn.
33. Ordningsvakter. Ju.
34. Förstärkt skydd för fri- och rättigheter. Ju.
35. Regional utvecklingsplanering, länsplanering, vidgad länsdemokrati. Kn.
36. Arrenderätt 1. Ju.
37. Hotell- och restaurangbranschen. H.
38. Jämställdhet i arbetslivet. A.
39. Föräldraförsäkring. S.
40. Tvistlösning på konsumentområdet. H.
41. Statlig personalutbildning. B.
42. Kommunernas medverkan i sysselsättningsplanering. A.
43. Miljökostnader. Jo.
44. Kommunalt hälsoskydd. S.
45. Allmän arbetslöshetsförsäkring. A.
46. Att främja regional utveckling. I.
47. Att främja regional utveckling. Bilagedel. I.
48. Konkurrens på lika villkor. B.
49. Energi. Hälso-miljö- och säkerhetsrisker. I.
50. Ny vårdutbildning. U.
51. Svensk trädgårdsnäring. Jo.
52. Lägg besluten närmare människorna! Kn.
53. Förbud mot investeringar i Sydafrika. H.
54. Personregister-Datorer-Integritet. Ju.
55. Att sambo och gifta sig. Ju.
56. Kultur och information över gränserna. Ud.
57. Resor till arbetet. A.
58. Organisatoriska frågor inom länsstyrelsen. Kn.
59. JK-ämbetet. Ju.
60. Arbetsmarknadspolitik i förändring. A.
61. Biståndets organisation. Ud.
62. Regionalpolitiska stödformer och styrmedel. A.
63. Riksdagens insyn i statliga företag. I.
64. Översyn av vallagen 1. Ju.
65. Skolan. En ändrad ansvarsfördelning. U.
66. Andelsbolagslag. Ju.
67. Nya bolagsregler m. m. Ju.
68. Industri till Norrbotten. I.
69. Upphovsrätt I. Fotokopiering inom undervisningsverksamhet. Ju.
70. Regionsjukvården. S.
71. Regionsjukvården. Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi. S.
72. Regionsjukvården. Huvudbilaga 2 – Kirurgi. S.
73. Kontroll av utländsk företagsetablering i Sverige m. m. Ju.
74. Husläkare. S.

# Statens offentliga utredningar 1978

## Systematisk förteckning

### Justitiedepartementet

Hyresrätt 2. Lokalhyra. [8]
Barnets rätt. 1. Om förbud mot aga. [10]
Ordningsvakter. [33]
Förstärkt skydd för fri- och rättigheter. [34]
Arrenderätt 1. [36]
Personregister-Datorer-Integritet. [54]
Att sambo och gifta sig. [55]
JK-ämbetet. [59]
Översyn av vallagen 1. [64]
1974 års bolagskommitté. 1. Andelsbolagslag. [66]
2. Nya bolagsregler m. m. [67]
Upphovsrätt I. Fotokopiering inom undervisningsverksamhet. [69]
Kontroll av utländsk företagsetablering i Sverige m. m. [73]

### Utrikesdepartementet

Kultur och information över gränserna. [56]
Biståndets organisation. [61]

### Socialdepartementet

Föräldrautbildning. [5]
Hälso- och sjukvårdspersonalen. [26]
Föräldraförsäkring. [39]
Kommunalt hälsoskydd. [44]
Regionsjukvårdsutredningen. 1. Regionsjukvården. [70] 2. Regionsjukvården. Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi. [71] 3. Regionsjukvården. Huvudbilaga 2 – Kirurgi. [72]
Husläkare. [74]

### Kommunikationsdepartementet

1975 års danska och svenska öresundsdelegationer. 1. Öresundsförbindelser. [18] 2. Öresundsförbindelser. Bilaga A. Ritningar. [19] 3. Öresundsförbindelser Bilaga B. Konsekvenser för företag och hushåll. [20]
Bemanning av fartyg. [21]
Fortsatt körkortsreform. [27]
Trafikpolitik-kostnadsansvar och avgifter. [31]

### Ekonomidepartementet

Kapitalmarknadsutredningen. 1. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. [11] 2. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 1. [12] 3. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 2–4. [13].

### Budgetdepartementet

Statlig personalutbildning. [41].
Konkurrens på lika villkor. [48].

### Utbildningsdepartementet

Skolplanering och skolstorlek. Faktaredovisning och bedömningsunderlag. [4]
Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan. 1. Praktikfrågor-åtgärder i ett kort perspektiv. [15] 2. Ny vårdutbildning. [50]
Skolan. En ändrad ansvarsfördelning. [65]

### Jordbruksdepartementet

1973 års skogsutredning. 1. Ny skogspolitik. [6] 2. Skog för framtid. [7]
Växtförädling. [23]
Ny renhållningslagstiftning. [24]
Miljökostnader. [43]
Svensk trädgårdsnäring. [51]

### Handelsdepartementet

Ny konkurrensbegränsningslag. [9]
Regional konsumentpolitisk verksamhet. [16]
Hotell- och restaurangbranschen. [37]
Tvistlösning på konsumentområdet. [40]
Förbud mot investeringar i Sydafrika. [53]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Sysselsättningsutredningen. 1. Arbete åt handikappade. [14] 2. Energi, strukturomvandling och sysselsättning. [22] 3. Kvinnors förvärvsarbete och förvärvshinder. [28] 4. Kommunernas medverkan i sysselsättningsplanering. [42] 5. Resor till arbetet. [57] 6. Regionalpolitiska stödformer och styrmedel. [62]
Arbete i jordbruk och trädgård. [29]
Jämställdhet i arbetslivet. [38]
Allmän arbetslöshetsförsäkring. [45]
Arbetsmarknadspolitik i förändring. [60]

### Bostadsdepartementet

Etablering av miljöstörande industri. [25]
Brand inomhus. [30].

### Industridepartementet

Energikommissionen. 1. Energi. [17] 2. Energi. Hälso-miljö- och säkerhetsrisker. [49]
Expertgruppen för regional utredningsverksamhet. 1. Att främja regional utveckling. [46] 2. Att främja regional utveckling. Bilagedel. [47] 3. Industri till Norrbotten. [68]
Riksdagens insyn i statliga företag. [63]

### Kommundepartementet

Kyrkoministerns stat–kyrka grupp. 1. Stat–kyrka. Ändrade relationer mellan staten och svenska kyrkan. [1] 2. Stat–kyrka. Bilaga 1. Kyrkans framtida organisation. [2] 3. Stat–kyrka. Bilaga 2–12. Utredningar i delfrågor. [3]
Ny indelningslag för kommuner, landstingskommuner och församlingar. [32]
Regional utvecklingsplanering, länsplanering, vidgad länsdemokrati. [35]
Lägg besluten närmare människorna! [52]
Organisatoriska frågor inom länsstyrelserna. [58]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
1978 -12- 0 1
STOCKHOLM

LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-04465-X
ISSN 0375-250X