

HS 90

Ref

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90 TALET

# Hälsa- och sjukvård i internationellt perspektiv

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library  
of Sweden

SOU  
1981:3

HS 90

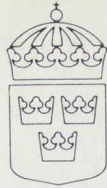
Ref

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90 TALET

# Hälsa- och sjukvård i internationellt perspektiv

SOU  
1981:3





Statens offentliga utredningar  
1981:3  
Socialdepartementet

# Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)  
Stockholm 1981

Omslag Jan Bohman  
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-05902-9  
ISSN 0375-250X

Gotab, Kungälv 1981

## Förord

Hälso- och sjukvården svarar för betydande delar av samhällsekonomin. Hälso- och sjukvårdens vidgade ansvar för befolkningens hälsa, möjligheterna att aktivt påverka orsaker till ohälsa samt kravet på samhällsekonomiska och sysselsättningspolitiska avvägningar har ökat behovet av en samlad planering för hälso- och sjukvården.

Denna kunskapsöversikt avseende hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv utgör en underlagsstudie inom ramen för ett projekt "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (HS 90), som genomförs inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Kunskapsöversikten är avsedd att bl. a. ge underlag för sjukvårdshuvudmännens fortsatta planering inom området.

HS 90-arbetet leds av en styrgrupp, som för närvarande har följande sammansättning: statssekreteraren Åke Pettersson, ordförande, (ersättare expeditionschefen Bengt Söderqvist) och generaldirektören Barbro Westerholm (ersättare avdelningschefen Sven Alsén) samt landstingsrådet Solveig Agnevik, landstingsledamoten Ruth Kärnek och landstingsrådet Bertil Göransson (ersättare landstingsledamoten Carl-Johan Ihrfors och landstingsrådet Evert Eriksson).

Som experter ingår andre förbundsordföranden Margareta Svensson, Svenska kommunalarbetareförbundet, f. förbundsordföranden Gerd Zetterström-Lagervall, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, docenten Olle Westerborn, Sveriges läkarförbund, förbundsdirektören Rune Carlsson, landstingsförbundet, direktören Thorsten Thor, Spri, sakkunnige Björn Tibell, socialdepartementet samt avdelningschefen Gunnar Wennström, socialstyrelsen.

Utredningsarbetet bedrivs inom socialstyrelsen. Det leds av avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren.

I denna kunskapsöversikt redovisas tre särskilda studier. I den första studien "Svensk sjukvård i internationellt perspektiv" konstateras, att det är svårt att göra rättvisande jämförelser mellan hälso- och sjukvården i olika länder. När det gäller dominerande problemområden och inriktningen av den långsiktiga utvecklingen finns dock rätt stora likheter mellan de industrialiserade länderna. Studien har utförts av professorn Björn Smedby, socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet.

I den andra studien sammanställs några länders långsiktiga hälso- och sjukvårdsplaner. Syftet härmed är att belysa principiellt viktiga frågor som aktualiserats i ländernas långsiktiga hälso- och sjukvårdsprogram. Problemområdena som beskrivs är i hög grad aktuella också i svensk hälso- och

sjukvårdspolitik. Underlaget har sammanställts av Göran Härne, Johan Melin (Statskonsult Administrativ Utveckling AB) och byråchefen Göran Dahlgren, socialstyrelsen.

I den tredje studien ges en översikt av primärvårdens ställning i några olika länder. Begreppet primärvård är inte entydigt. Det kan uppfattas funktionellt eller organisatoriskt. Synen på vilket innehåll primärvården bör ha kan variera mellan olika länder. Syftet med denna delrapport är att redovisa erfarenheter som kan vara av intresse vid en utveckling av svensk primärvård. Faktamaterialet till denna studie har till stor del hämtats ur W.J. Stephens bok "Primary medical care – an international study" (Cambridge University Press 1979), "Husläkarutredningen (SOU 1978:74) samt "Primary Health care in Europe" av Leo Kaprio (WHO 1979). Bearbetning av materialet har utförts av Göran Dahlgren, som också svarar för de kommentarer och bedömningar som redovisas i rapporten.

Delstudierna utgör självständiga arbeten. Författarna ansvarar själva för innehållet. Detta innebär att de uppfattningar som framförs i uppsatserna inte i alla delar behöver överensstämma med styrgruppens uppfattning. En publicering är dock enligt styrgruppen ett viktigt led i diskussionen om inriktningen av den framtida hälso- och sjukvården.

Stockholm den 30 oktober 1980

*Åke Pettersson*

Ordförande i styrgruppen för HS 90

## Underlagsstudier

Denna publikation ingår bland de rapporter, som framtagits inom ramen för den första etappen av projektet "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (HS 90-projektet). Dessa s. k. underlagsstudier är:

### *Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)*

- Miljön och hälsoprocessen (Lennart Rinder)
- Arbetsmiljö – ohälsa (Anders Englund)
- Arbetslöshet – ohälsa (Urban Janlert)
- Psyko-social miljö och hälsa (Lennart Levi)
- Alkohol – ohälsa (Jakob Lindberg, Gunnar Ågren, Eva Bergström)
- Tobak – ohälsa (Paul Nordgren)
- Kost, motion och hälsa (Ingrid Lindvall) samt
- Hälsoupplýsning (Nils Östby)

### *Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)*

- Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)
- Vårdbehov och vårdefterfrågan (Göran Dahlgren, Liisa Ehrnström)
- Vårdresurser och vårdutnyttjande (Björn Smedby, Gunnar Holmberg, Olle Östman) samt
- Sjukdomspanorama (Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz, Jerzy Einhorn /avsnittet om cancer/)

### *Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3)*

- Svensk sjukvård i internationellt perspektiv (Björn Smedby)
- Hälso- och sjukvårdsplanering – några internationella jämförelser (Göran Dahlgren, Göran Härne, Johan Mellin) samt
- Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren)

Vidare redovisas följande rapporter i fem sekretariatspromemorior.

- Planerad och faktisk utveckling (Bengt Larsson)
- Sammanställning och analys av aktuella utredningar (Einar Fredriksson, Christer Lindmark, Marianne Rambro)
- Personalförsörjning och utbildning (Christer Lindmark, Gunnar Wennström) samt
- Demografiska och socio-ekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz)



Inom ramen för HS 90-projektets första etapp har slutligen följande skrifter utgivits i serien "Socialstyrelsen redovisar":

- Sjukdomsbegreppet i ett socialantropologiskt perspektiv (Lisbeth Sachs) samt
- Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen)

Samtliga dessa rapporter publiceras i respektive författares namn.

En *sammanfattning av det hittillsvarande arbetet inom HS 90 samt riktlinjer för det fortsatta arbetet* redovisas i skriften

*Hälsa och sjukvård inför 90-talet – utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet* (SOU 1981:4)

## Innehåll

### Svensk sjukvård i internationellt perspektiv

---

<i>Inledning</i> . . . . .	13
<i>Sjukvårdens organisation i olika länder</i> . . . . .	15
<i>Sjukvårdskostnader</i> . . . . .	18
<i>Sjukhusvårdens resurser och omfattning</i> . . . . .	20
<i>Sjukvårdspersonal</i> . . . . .	23
<i>Läkarnas avlöningsform</i> . . . . .	25
<i>Långtidsvården</i> . . . . .	28
<i>Sjukvårdsteknologi</i> . . . . .	30
<i>Utbytet av sjukvård</i> . . . . .	31
<i>Referenslista</i> . . . . .	33

### Hälso- och sjukvårdsplaner – några internationella jämförelser

---

<i>Sammanfattning</i> . . . . .	37
<i>England</i> . . . . .	50
Bakgrund . . . . .	50
Hälso- och sjukvårdens organisation i England . . . . .	50
Strukturförändringar och resursknapphet . . . . .	51
Regional omfördelning . . . . .	51
Befolkningsmässiga förutsättningar . . . . .	51
Prioriteringar i huvuddrag . . . . .	51
Remissinstansernas kommentarer till det rådgivande dokumentet . . . . .	53
<i>Australien</i> . . . . .	55
Hälso- och sjukvårdens organisation i Australien . . . . .	55
Hälsoförhållanden . . . . .	56
Dödsorsaker . . . . .	56
Sjuklighet . . . . .	57
Förebyggande insatser . . . . .	57
Behandling . . . . .	58
Primärvårdens områdesansvar . . . . .	59
Primärvårdsläkarens ansvar . . . . .	60

Ökat medborgarinflytande . . . . .	60
Efterfrågan och behovet av styrmedel . . . . .	60
<i>Kanada</i> . . . . .	62
Hälso- och sjukvårdens organisation i Kanada . . . . .	62
Det traditionella perspektivet på hälsopolitiken och dess begrän- ningar . . . . .	63
Dödlighet och dödsorsaker . . . . .	63
Sjukhusvårdade sjukdomar . . . . .	64
Vetenskap och hälsopolitik . . . . .	65
Centrala problemområden inom hälso- och sjukvårdssystemet . . . . .	65
Omsorg respektive botande insatser . . . . .	65
Strukturförändringar . . . . .	66
Strategier för kanadensisk hälsopolitik . . . . .	66
Övergripande mål . . . . .	66
Individinriktade åtgärder . . . . .	67
Myndighetsinriktade åtgärder . . . . .	67
Forskningsinriktade åtgärder . . . . .	67
Hälsovårdsinsatser . . . . .	67
<i>Danmark</i> . . . . .	69
Hälso- och sjukvårdens organisation i Danmark . . . . .	69
Prioriteringar för hälso- och sjukvården i Danmark . . . . .	70
Övergripande synsätt och mål . . . . .	70
Åtgärdsförslag i syfte att förverkliga idéer och mål . . . . .	71
Finansiering av förebyggande hälso- och sjukvård . . . . .	71
Styrsystemet . . . . .	71
Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen . . . . .	73
Utvärdering av verksamheten . . . . .	73
Krav på informationsunderlag . . . . .	73
Särskilda insatser för barn . . . . .	74
Särskilda insatser för psykiskt sjuka . . . . .	75
Ett exempel på förslag till förebyggande åtgärder . . . . .	75
<i>Norge</i> . . . . .	78
Hälso- och sjukvårdens organisation i Norge . . . . .	78
Bakgrund och övergripande prioriteringar . . . . .	79
Särskilda prioriteringar . . . . .	79
Faktorer som påverkar den framtida utformningen av hälso- och sjuk- vården . . . . .	80
Behovet av hälso- och sjukvård . . . . .	80
Tillgång på hälso- och sjukvårdsservice . . . . .	81
Styrning . . . . .	81
Framtida struktur av hälso- och sjukvården . . . . .	82
Huvudproblem . . . . .	82
Regionalisering . . . . .	82
Styrning av hälso- och sjukvårdens framtida utveckling . . . . .	82

<i>Finland</i> . . . . .	84
Hälso- och sjukvårdens organisation i Finland . . . . .	84
Mål för hälsovården . . . . .	84
Mål för sjukvården . . . . .	85
Ökad satsning på öppen vård . . . . .	85
Jämnare utbud . . . . .	85
Mål för den psykiatriska vården . . . . .	85
Rehabilitering . . . . .	86
Styrmedel . . . . .	86
 <i>Bilaga</i> . . . . .	 87

### Primärvård idag – några internationella jämförelser

---

<i>Fyra typer av primärvård</i> . . . . .	97
Primärvård – några indelningsgrunder . . . . .	97
Offentlig lokalt förankrad primärvård . . . . .	98
Offentlig sjukhusorienterad primärvård . . . . .	100
Reglerad enskild primärvård . . . . .	101
Oreglerad enskild primärvård . . . . .	103
 <i>Primärvårdens basorganisation och bemanning</i> . . . . .	 106
Vårdnivåer och befolkningsunderlag . . . . .	106
Personal och organisation . . . . .	106
Utbildning för tjänst inom primärvården . . . . .	109
 <i>Primärvårdens hälsovårdande uppgifter</i> . . . . .	 110
WHO:s principer – ideal och verklighet . . . . .	110
Primärvårdens hälsovårdande insatser – några exempel . . . . .	110
 <i>Primärvårdens arbetsformer</i> . . . . .	 114
Hembesök – besök vid mottagning . . . . .	114
Primärvården och olika jourssystem . . . . .	115
Samverkan mellan primärvården och andra organ . . . . .	115
Samverkan mellan primärvården och organ utanför hälso- och sjukvårdssektorn . . . . .	117
 <i>Patientperspektiv på primärvården</i> . . . . .	 118
Patientens läkarval . . . . .	118
Läkar- och vårdkontinuitet . . . . .	119
Antal kontakter läkare-patient . . . . .	120
Primärvårdens samarbete med lokalbefolkningen . . . . .	120
Lekmannavård – professionell vård . . . . .	121

100	100	100
101	101	101
102	102	102
103	103	103
104	104	104
105	105	105
106	106	106
107	107	107
108	108	108
109	109	109
110	110	110
111	111	111
112	112	112
113	113	113
114	114	114
115	115	115
116	116	116
117	117	117
118	118	118
119	119	119
120	120	120
121	121	121
122	122	122
123	123	123
124	124	124
125	125	125
126	126	126
127	127	127
128	128	128
129	129	129
130	130	130
131	131	131
132	132	132
133	133	133
134	134	134
135	135	135
136	136	136
137	137	137
138	138	138
139	139	139
140	140	140
141	141	141
142	142	142
143	143	143
144	144	144
145	145	145
146	146	146
147	147	147
148	148	148
149	149	149
150	150	150
151	151	151
152	152	152
153	153	153
154	154	154
155	155	155
156	156	156
157	157	157
158	158	158
159	159	159
160	160	160
161	161	161
162	162	162
163	163	163
164	164	164
165	165	165
166	166	166
167	167	167
168	168	168
169	169	169
170	170	170
171	171	171
172	172	172
173	173	173
174	174	174
175	175	175
176	176	176
177	177	177
178	178	178
179	179	179
180	180	180
181	181	181
182	182	182
183	183	183
184	184	184
185	185	185
186	186	186
187	187	187
188	188	188
189	189	189
190	190	190
191	191	191
192	192	192
193	193	193
194	194	194
195	195	195
196	196	196
197	197	197
198	198	198
199	199	199
200	200	200

# Svensk sjukvård i internationellt perspektiv

Av Björn Smedby



## Inledning

Internationella jämförelser på hälso- och sjukvårdens område har blivit allt vanligare under senare år. En anledning till detta är den till synes obevekliga expansionen av sjukvården och den snabba kostnadsutvecklingen. Det är då av intresse att se hur olika länder försöker komma till rätta med de problem som sjukvårdstillväxten innebär.

Det är lätt att peka på några orsaker till sjukvårdens tillväxt. Dit hör tekniska framsteg som följd av den medicinska vetenskapliga utvecklingen. En annan förklaring är att sjukvården i hög grad är en personalintensiv verksamhet. Åldersförskjutningar i befolkningen medför en allt större andel äldre och därmed sjukare personer. Den offentliga sjukvården har dessutom tagit på sig vårduppgifter som tidigare sköttes i hemmen. Slutligen kan man nämna den ökade anspråksnivå som är förenad med stigande levnadsstandard.

Det har blivit vanligt att jämföra indikatorer på befolkningens hälsotillstånd i olika länder. Man jämför t ex spädbarnsdödligheten, andra typer av dödlighetstal och medellivslängden som är ett sammanfattande mått på dödligheten i olika åldrar. Men jämförelserna gäller också själva sjukvårdssystemen, deras resurser, organisation och sätt att fungera. En vanlig föreställning är att man genom jämförelser mellan länder med olika sjukvårdssystem skulle kunna belysa betydelsen för folkhälsan av sjukvårdens omfattning och organisation. En rad internationella jämförande studier som publicerats under de senaste decennierna har haft det syftet, mer eller mindre klart uttalat.

Det kan dock omedelbart konstateras att ingen lyckats koppla utbud och effekter på ett sådant sätt att det varit möjligt att dra några entydiga slutsatser om sjukvårdssystemets direkta betydelse för befolkningens hälsotillstånd. Det finns flera skäl till att man misslyckats. Ett är att det inte finns några enkla mått på folkhälsa. Ett annat är att befolkningens hälsotillstånd beror av så många andra faktorer än sjukvårdsinsatserna som t ex den allmänna levnadsnivån, miljöfaktorer och människors levnadsvanor.

Svårigheterna att koppla samman sjukvårdsstruktur och folkhälsa innebär emellertid inte att jämförelser av sjukvården i olika länder skulle vara ointressanta. Tvärtom kan sådana jämförelser ge ett nyttigt perspektiv på verksamheten i det egna landet och tänkas ge uppslag till nya sätt att angripa vissa av de svårigheter som man möter i det egna landets sjukvård.

Många av de internationella jämförande studier som hittills publicerats har varit deskriptiva och främst framhållit likheter och olikheter mellan



systemen. Den typen av studier har ökat förståelsen för hur olika länders sjukvård fungerar och pekat på den stora variationsbredd som finns i systemen och i själva sättet att bedriva sjukvård. Det finns emellertid också försök att utveckla metoder för mer systematiska jämförelser och analyser (1, 2).

Endast i ett fåtal fall har det varit möjligt att basera jämförelserna på primärdata som samlats in just för det ändamålet (3, 4, 5). Som regel har man nöjt sig med att utnyttja redan publicerade uppgifter från olika länders hälsostatistik eller gått till de sammanställningar som ges ut av sådana internationella organ som världshälsoorganisationen (WHO). Nackdelarna med denna metod är emellertid inte tillräckligt uppmärksammade. Risken är att de statistiska skillnaderna främst avspeglar oenhetliga definitioner och olikheter i sättet att presentera data. Att uppgifterna hämtas från internationella organisationers sammanställningar är inte någon garanti för jämförbarhet.

Jämförande sjukvårdsstudier faller inom det forskningsområde som på engelska kallas health services research och som i Sverige på senare år fått beteckningen hälso- och sjukvårdsforskning. Denna forskning intresserar sig för hälso- och sjukvårdens effekter för enskilda patienter och för samhället som helhet, hur resurserna bäst kan utnyttjas och hur vårdkvaliteten kan förbättras. Det är fråga om en målinriktad forskning av tvärvetenskapligt slag som baseras på både medicin och samhällsvetenskap.

## Sjukvårdens organisation i olika länder

Det finns många sätt att försöka ge en övergripande beskrivning av olika sjukvårdssystem. Man kan t ex utgå från hur planeringen sker och skilja mellan system med varierande grad av centralt inflytande. De socialistiska länderna har helt normativa planeringssystem. I andra länder sker planeringen regionalt men efter centrala riktlinjer som t ex i de skandinaviska länderna. Det finns åter andra där de samhälleliga normerna har mycket liten betydelse för planering och utbyggnad av sjukvården.

Utgår man från det administrativa systemet, kan man framför allt skilja på centraliserade och decentraliserade system. Sverige utgör med sitt landstingskommunala huvudmannaskap för hälso- och sjukvården ett typexempel på ett decentraliserat system medan de östeuropeiska och brittiska systemen är exempel på centralstyrda.

Organisationen kan också klassificeras från ekonomiska utgångspunkter genom att man beskriver metoderna för finansiering och kostnadsfördelning. Typen av sjukförsäkringssystem och graden av offentlig finansiering blir då viktiga karakteristika.

Mer ingående jämförelser som berör den svenska sjukvården har bl a gjorts av den amerikanske sociologen Odin Anderson (1, 6). Andersons jämförelser gäller dock främst Storbritannien och USA, vilkas sjukvård även i andra sammanhang jämförts med den svenska. De båda länderna har många likheter med Sverige när det gäller den allmänna levnadsnivån och sjukvårdens allmänna inriktning. De uppvisar samtidigt stora olikheter när det gäller organisation, finansiering, resursförbrukning och resursfördelning.

Man kan om man så vill betrakta USA och Storbritannien som två ytterligheter på en skala där USA representerar det minst strukturerade systemet och Storbritannien det hårdast strukturerade. Sverige ligger någonstans däremellan men kommer rätt nära Storbritannien. Grad av offentlig kontroll och finansiering är låg i USA. Både Storbritannien och Sverige har en hög grad av offentlig finansiering och en förhållandevis hög grad av offentlig kontroll. Kontrollen är emellertid betydligt starkare i Storbritannien än i Sverige. Mot denna bakgrund kan det vara motiverat att kort beskriva sjukvårdssystemen i just USA och Storbritannien.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Förenta staterna har ibland kallats för ett "non-system" för att markera dess brist på enhetlighet. I själva verket existerar många olika sjukvårdssystem sida vid sida i USA.

Den amerikanska hälso- och sjukvården har stora resurser men karakteriseras av en ojämn fördelning geografiskt och framför allt socialt. Det

finns många olika privata sjukförsäkringssystem med växlande omfattning. Vid sidan härav finns en federal sjukförsäkring för äldre (Medicare) och för mindre bemedlade (Medicaid) och dessutom ett federalt sjukvårdssystem för s. k. krigsveteraner.

Huvuddelen av den amerikanska sjukvården finansieras genom att kostnader debiteras patienter eller sjukförsäkringsbolag i samband med vårdutnyttjandet enligt en styckekostnadsprincip (fee-for-service). Sjukförsäkringsbolagen ersätter patientens kostnader i större eller mindre grad beroende på försäkringens omfattning. Också andra finansieringsformer förekommer emellertid och ökar i utbredning. Dit hör de s. k. pre-paid plans som bygger på principen fast förskottsbetalning och kostnadsfritt utnyttjande av hälso- och sjukvård vid behov, förmedlad av organisationens egna läkare.

De flesta praktiserande läkare i USA delar sin tid mellan arbete på sjukhus och i öppen vård. Flertalet läkare har s. k. sjukhusrättigheter, dvs. de får lägga in egna patienter vid sjukhusen. De flesta sjukhus har därför en stor stab av utifrån kommande läkare som var och en har ansvar för ett fåtal samtidigt vårdade patienter. Eftersom samma läkare har och behåller vårdansvaret både före, under och efter sjukhusvården, erbjuder den amerikanska vårdorganisationen god kontinuitet mellan öppen och slutna vård.

De amerikanska sjukhusen är till största delen privata, flertalet av dem drivna av religiösa eller andra stiftelser som arbetar utan vinstmotiv. Kommunalt eller delstatligt drivna sjukhus svarar främst för mentalsjukvård och långtidsvård men också för viss somatisk korttidsvård. Amerikanska akutsjukhus är oftast mindre än svenska. Även relativt små sjukhus är emellertid högspecialiserade – resurser för t ex öppen hjärtkirurgi och datorskanning är inte centraliserade. Personaltätheten vid akutsjukhusen är hög i förhållande till svenska sjukhus.

Under senare år har en markant utbyggnad skett av sjukhemsvården, delvis som följd av de förbättrade sjukförsäkringsvillkoren för äldre. Dessa s. k. nursing homes drivs i stor utsträckning i privat regi.

För att om möjligt bromsa kostnadsutvecklingen och för att tillförsäkra kvaliteten i vården har redan befintliga kontrollsystem byggts ut. Professional Standards Review Organization (PSRO) är lokala organ för interkollegial granskning av bl. a. intagningsindikationer och vårdtider för patienter som får federalt stöd genom Medicare eller Medicaid. Federal lagstiftning föreskriver också planeringsorgan för sjukvården för att få till stånd regional samordning. Hittills har denna planering dock haft begränsad genomslagskraft.

Hälso- och sjukvården i Storbritannien förändrades på ett genomgripande sätt 1948, då National Health Service (NHS) infördes. Samtliga huvudsakligen privata sjukhus övertogs av staten och de läkare som arbetade där blev statligt anställda. Familjeläkarsystemet med allmänläkare (general practitioners) som redan tidigare funnits för den öppna vården utanför sjukhus bibehölls. Staten övertog dock ansvaret för ersättningen till läkarna.

NHS har hela tiden kännetecknats av två huvudprinciper: stor bredd i förmånernas omfattning och kostnadsfrihet vid tiden för vårdutnyttjandet. Alla personer som är bosatta i Storbritannien får kostnadsfri läkarvård och sjukhusvård samt ersättning för huvuddelen av kostnaderna för läkemedel, tandvård och glasögon liksom kostnadsfri hälsovård.

Varje allmänläkare har ansvar för en bestämd grupp personer som valt honom till sin läkare. Allmänläkarna är i princip fria företagare som tecknat kontrakt med NHS. Deras inkomster kommer främst från en fast ersättning vars storlek beror på antalet patienter som är registrerade på läkarens lista, som regel drygt 2 000. Många allmänläkare arbetar ensamma i enkla lokaler med sparsam utrustning.

Allmänläkaren har en nyckelposition i Storbritannien eftersom patienten i första hand måste vända sig till honom. Det är han som remitterar patienten till sjukhus eller till specialist. Systemet innebär alltså en stark betoning av primärvården och medför god patient-läkarkontinuitet.

De engelska sjukhusen har en klinikorganisation och läkarbemanning som i många avseenden påminner om den svenska. Det finns både sjukhus med många medicinska specialiteter företrädda som närmast motsvarar svenska länssjukhus och lokala sjukhus av olika storlek. Genomgående är sjukhusen i England äldre och mer omoderna än i Sverige.

Ett viktigt kännetecken för NHS är att det är fråga om en enhetlig organisation under gemensam ledning. Organisationen har fyra administrativa nivåer (department, region, area och district). Huvudansvaret för driften av sjukvården ligger på den nivå (area) som mest motsvarar de svenska landstingen.

Den totala utgiftsramen för NHS fastställs årligen av parlamentet och fördelas på regionerna som ramanslag. Regionernas tilldelning sker i princip efter behov med hjälp av en fördelningsnyckel som huvudsakligen baseras på standardiserade dödlighetstal för de olika regionerna. Genom den centrala finansieringen har hälsovårdsministeriet ett avgörande styrmedel för hela verksamheten.

Planeringen är en formaliserad process som bygger på lokala initiativ och riktlinjer från centrala myndigheter. Prioriteringarna har konkretiserats genom att man centralt angett en viss årlig tillväxttaxt för olika verksamhetsområden. Vården av äldre, handikappade och psykiskt sjuka prioriteras och tillåts växa snabbare än andra områden.

## Sjukvårdskostnader

Ett ofta använt sätt att få en uppfattning om hälso- och sjukvårdens omfattning i ett land är att ställa de totala sjukvårdsutgifterna i relation till bruttonationalprodukten (BNP), dvs. det samlade värdet av alla producerade varor och tjänster. De procentsiffror som förekommer i dagspress och i andra sammanhang är inte entydiga. Anledningen är att det förekommer olikheter i sättet att beräkna BNP och i sättet att definiera hälso- och sjukvårdsutgifter.

OECD har publicerat sådana siffror för ett 20-tal industrialiserade länder som ingick i en internationell studie som speglar förhållandena i mitten av 1970-talet (7). Studien bekräftade att Sverige är bland de länder som förbrukar en förhållandevis mycket stor del av sina samlade resurser för hälso- och sjukvård. Siffran beräknades 1974 till drygt 7 procent av BNP. (Siffran blir något högre om man tar med kapitalkostnaderna vilket OECD-rapporten inte gjorde.) Bara USA visade en högre siffra och då endast obetydligt högre. Detta betyder annorlunda uttryckt att svenskar och amerikaner arbetar ungefär en månad om året för att betala sin sjukvård. Även Holland hade en procentsiffra i samma storleksordning. Storbritannien var bland de industrialiserade länder som spenderade förhållandevis liten andel av BNP på sjukvård, nämligen drygt 5 procent.

Om man bara tar hänsyn till de offentliga sjukvårdsutgifterna – dvs. vad som betalas via stat, landsting och kommun – hade Sverige enligt OECD-studien den klart högsta siffran i relation till BNP. Tillsammans med de övriga nordiska länderna och Storbritannien har nämligen Sverige den största graden av offentligt engagemang i sjukvårdens finansiering. Drygt 90 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna i dessa länder är offentliga utgifter. För USA är motsvarande siffra bara omkring 40 procent.

Sjukvårdsandelen av BNP säger emellertid inte allt om skillnaderna i resurser för hälso- och sjukvård, eftersom ju olika länder har olika stor bruttonationalprodukt. BNP per capita är stor i USA och Sverige. Därför blir hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare där höga – ca USD 500 i mitten på 1970-talet – vilket är betydligt mer än för andra länder. Anmärkningsvärt låga är sjukvårdskostnaderna per invånare för Storbritannien: mindre än hälften av siffran för USA och Sverige. Jämförelserna bör dock tolkas med försiktighet. Siffrorna är osäkra och det är svårt att tillämpa rättvisande växlingskurser.

OECD-rapporten drar slutsatsen att skillnader i BNP per invånare förklarar det mesta av skillnaderna i de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna mellan

olika länder. Ju rikare ett land är, desto mer satsar man på hälso- och sjukvård. En annan slutsats man kan dra är att sättet att organisera sjukvården tycks ha rätt liten effekt på totalkostnaderna. Så har t. ex. USA, Sverige och Holland som uppvisade den största sjukvårdskostnadsdelen mycket olika modeller för organisationen av hälso- och sjukvård (8). Alla tre länderna har dock decentraliserade sjukvårdssystem.

Många andra undersökningar har också belyst den mycket snabba kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården. Sjukvårdsdelen av BNP har sålunda ökat kraftigt i många länder. Enligt OECD-rapporten utgjorde ökningen i Sverige ungefär 0,2 procentenheter per år under den närmast föregående tioårsperioden, något mindre i USA och bara hälften, dvs. 0,1 procentenheter per år i Storbritannien. Andelen av BNP har därefter fortsatt att stiga i både Sverige och USA – över 9 procent anges för år 1978 – medan en uppbromsning tycks ha skett i Storbritannien.

Om vi i stället ser på sjukvårdskostnaderna per invånare så har ökningstakten varit betydligt snabbare i Sverige än i USA och Storbritannien. Mellan 1950 och 1974 ökade kostnaderna i löpande priser fem gånger i de båda sistnämnda länderna men 25 gånger i Sverige (6). Även om man korregerar för inflation är skillnaden mellan länderna markant och ökningstakten snabb.

Genomgående är att i flertalet länder tar de offentliga utgifterna en allt större andel av de totala sjukvårdsutgifterna. I USA är det framför allt de federala utgiftsökningarna som är framträdande.

## Sjukhusvårdens resurser och omfattning

En mycket stor del av de samlade sjukvårdsresurserna går i alla länder till den slutna vården, dvs. vård på sjukhus av ineliggande patienter. Det är därför av särskilt intresse att se på skillnader i tillgången på vårdplatser vid sjukhus och i sättet att använda dem. Av de sammanställningar som WHO gör över vårdresurserna i olika länder framgår att Sverige har något av ett världsrekord i tillgången på sjukhussängar, nämligen 15–16 vårdplatser per 1 000 invånare (9). Andra länder med många vårdplatser är Finland och Norge. Vårdplatstillgången i England är bara 60 procent och i USA bara 40 procent av den i Sverige enligt statistiken över totalantalet vårdplatser.

Det är emellertid svårt att få jämförbarhet i sjukhusstatistiken på grund av växlande definitioner. Gränsen mellan långtidssjukvård och social åldersvård är svår att dra. Det är därför säkrare att jämföra siffror för s. k. general hospitals som i stort sett motsvarar de svenska lasaretten. Det rör sig då huvudsakligen om akutsjukhus för kroppssjukvård. Även för general hospitals uppvisar Sverige bland de högsta siffrorna med omkring 7 vårdplatser på 1 000 invånare. Siffrorna för USA är 5 och för Storbritannien bara 4 per 1 000. Variationsbredden är betydligt mindre när det gäller lasarettsvård. De stora skillnaderna mellan länderna finns alltså på långtidsvårdens område. Där liksom när det gäller psykiatri har Sverige och Finland förhållandevis höga siffror.

Ser man till utvecklingen över tiden finner man intressanta skillnader mellan länderna. I USA har t ex vårdplatserna vid general hospitals ökat markant sedan 1950. Sverige ligger kvar på ungefär samma nivå, medan England visar en klar minskning. Engelsmännen började tidigare än andra att minska antalet akutvårdsplatser och de nuvarande planeringsriktlinjerna innebär ytterligare reduktion.

Många som studerat sjukvårdsutvecklingen i olika länder har påpekat att det i hög grad tycks vara historiska förutsättningar och allmänna samhällsförhållanden och inte några rationella överväganden som format sjukvårdssystemen och kanske framför allt sjukhusväsendet. Att Sverige sedan länge haft fler sjukhussängar för kroppssjukvård än andra länder kan föras tillbaka på det förhållandet att de svenska landstingen alltsedan sin tillkomst haft huvudmannaskapet just för lasarettsvården. Landstingen kunde med sin beskattningsrätt och med sitt begränsade ansvar för kroppssjukvården koncentrera utbyggnadsintresset på sjukhusen, ofta i prestigebetonad tävlan med varandra. Först under 1960-talet fick landstingen ansvar även för den

öppna vården utanför sjukhus och för den psykiatriska vården genom övertagandet av provinsialläkarväsendet och mentalsjukvården. Ett sådant samlat huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård är naturligtvis en förutsättning för meningsfulla avvägningar, där sjukhus kan ställas mot andra former av sjukvård.

Även sättet att utnyttja de tillgängliga vårdplatserna varierar mellan länder. Intagningsfrekvensen för alla sjukhus sammantagna är för Sverige bland de allra högsta i världen, vilket emellertid främst avspeglar det stora antalet vårdplatser i vårt land. Räknar man enbart med general hospitals enligt WHO (lasarettsvård) är den svenska intagningsfrekvensen – 160 per 1 000 invånare och år – inte längre högst. USA har t ex en högre siffra. Markant är det låga antalet intagningar i England, bara drygt hälften så många som i Sverige och USA (9).

Självklart finns det ett definitionsmässigt samband mellan antalet vårdplatser, beläggningsgraden, antalet intagningar och medelvårdtiden. Den höga intagningsfrekvensen i USA trots det lägre vårdplatsantalet förklaras sålunda av den väsentligt kortare medelvårdtiden vid de amerikanska sjukhusen. De amerikanska medelvårdtiderna är inte mer än 60 procent av motsvarande svenska. Påfallande små skillnader föreligger mellan länderna med avseende på beläggningssiffrorna. Medan den genomsnittliga beläggningen vid svenska lasarett ligger omkring 78 procent är den bara obetydligt lägre i Storbritannien och USA, nämligen omkring 75 procent. Det bör dock framhållas att beläggningssiffrorna varierar avsevärt mellan olika kliniktyper i alla tre länderna.

Skillnader i både intagningsfrekvenser och vårdtider är svåra att tolka utan mer detaljerade analyser, där man kan ta hänsyn till bl. a. ålder och diagnos. De studier som gjorts visar emellertid stora och svårförklarliga skillnader mellan länder både när det gäller intagningsfrekvens och vårdtider för likartade fall.

En av de tidigare jämförande studierna av det här slaget gällde Sverige, England och USA (3). Studien visade vilka svårigheter som är förenade med sådana jämförelser. Stort arbete fick läggas på att renodla förutsättningarna för jämförelserna. Stora skillnader förekom t. ex. i diagnospraxis. Riktigt hållfasta jämförelser av intagningsfrekvenser och vårdtider kunde man egentligen bara göra genom att utgå från kirurgiska ingrepp som är mer standardiserade och därför lättare att definiera än diagnoserna.

Man fann i den aktuella studien påfallande stora skillnader mellan de tre länderna i frekvensen av vissa vanliga operationer som tonsillektomier (dvs. borttagande av halsmandlarna), operationer för gallsten, bråck och blindtarm och för vissa gynekologiska operationer. Tonsilloperationer förekom t. ex. betydligt oftare i England och USA än i Sverige. Skillnader i motsatt riktning förekom också med dubbelt så många blindtarmsoperationer i Sverige som i USA och mycket stora skillnader i frekvensen av gallstensoperationer i de tre länderna. I det fallet låg Sverige klart över de andra länderna. Några av de här skillnaderna kunde möjligen delvis förklaras av skillnader i sjukdomsförekomsten, det gäller t. ex. gallsten. Den mest övertygande slutsatsen blev emellertid att avsevärda skillnader förelåg beträffande indikationerna för intagning och operation.



Flera andra studier har senare bekräftat frekvenskillnader av den här typen. Man har t. ex. visat högre operationsfrekvenser i USA än i England (10). Förekomsten av kirurger – som är mycket större i USA – tycks ha långt större förklaringsvärde än möjliga skillnader i sjukdomsförekomsten. För den slutsatsen talar också de regionala variationerna inom USA. Det är ingen tvekan om att studier av det här slaget bidragit till att ifrågasätta vissa operationer som därefter har minskat i frekvens, t. ex. tonsilloperationer.

## Sjukvårdspersonal

Sjukvården är en personalintensiv verksamhet. Omkring tre fjärdedelar av driftsutgifterna går till avlöningar. Hälso- och sjukvårdspersonalen och i synnerhet läkarna är en viktig produktionsfaktor. De avgör i hög grad vilka åtgärder som skall vidtas sedan patienterna väl sökt kontakt med sjukvården. Antalet läkare är möjligen den faktor som har störst betydelse för sjukvårdsutgifterna. En läkare ger genom sitt arbete upphov till utgifter som i genomsnitt är tio gånger så stora som hans egen lön.

I den internationella statistiken över tillgången på läkare i olika länder står begreppet läkare inte alltid för samma sak. Sättet att beräkna antalet läkare med hänsyn till den växlande graden av yrkesverksamhet varierar också. Enligt WHO:s senaste siffror hade Sverige 17 läkare per 10 000 invånare, vilket motsvarar en läkare på 580 personer (11). Israel, Sovjet och flera av de socialistiska länderna i Östeuropa hade betydligt större läkartäthet. Flera andra europeiska länder som Österrike, Västtyskland och Danmark låg också högre än Sverige. Vår läkartäthet är något högre än USA:s. Siffran för England är emellertid bland de lägsta för industrialiserade länder, bara 80 procent av den svenska.

Relativt stora förändringar har skett över tiden när det gäller antalet läkare. Sverige hade sedan länge haft relativt få läkare, när vi på 1960-talet började få en snabbare ökning. År 1963 hade t. ex. USA fortfarande ca 40 procent fler läkare i förhållande till folkmängden än Sverige. Ungefär tio år senare hade denna skillnad helt utjämnats. En fortsätter Sverige att i rask takt distansera andra länder.

Skillnaderna är större när det gäller övrig sjukvårdspersonal, men dessa siffror är mera osäkra än läkarantalet på grund av definitionssvårigheterna. Man kan bara konstatera att Sverige enligt den officiella statistiken har förhållandevis god tillgång på sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Förvisso upplever man inte i svensk sjukvård att tillgången på vårdpersonal är god. Det beror bl a på låg yrkesaktivitet bland t ex sjuksköterskor, stor andel deltidsarbetande och jämförelsevis kort arbetstid.

Det genomsnittliga antalet läkarbesök per person i befolkningen varierar mycket mellan olika länder, även om det här är svårare att finna jämförbar statistik (12). Medan antalet besök i Sverige och Finland ligger strax under 3 per år, är det i Danmark och Norge mellan 3 och 4 och i USA ca 5 per år. England har tidigare haft över 5 besök per år, men siffran har under senare år sjunkit något. Det finns emellertid länder med väsentligt högre siffror, t. ex. Tjeckoslovakien och vissa andra östländer med omkring 10

läkarbesök per person och år och Japan med 15. Mer ingående studier har emellertid visat att USA, England och Sverige trots skillnaderna i genomsnittligt antal besök uppvisar ungefär samma andel personer i befolkningen som någon gång under året haft kontakt med en läkare, nämligen omkring två tredjedelar (1).

I ett väsentligt avseende avviker Sverige från flertalet andra länder och det gäller den öppna vårdens förläggning. Omkring hälften av alla patient-läkarkontakter i Sverige sker nämligen vid sjukhusens öppna mottagningar, vilket är långt mer än i andra jämförbara länder. Även med avseende på den öppna vården avspeglar sig alltså det svenska sjukvårdssystemets högre grad av sjukhuscentrering.

Andelen specialister i den svenska läkarkåren är förhållandevis stor, främst som följd av den starka sjukhusinriktningen. Men även i den öppna vården utanför sjukhus har Sverige förhållandevis många specialister. I detta avseende liknar Sverige både USA och Sovjet. Andra länder med hög specialistförekomst i öppen vård är t. ex. Kanada, Västtyskland, Frankrike och Japan. Motpolen utgörs av länder med en fast rotad familjeläkarideologi, förutom Storbritannien t. ex. Holland, Danmark och Nya Zeeland. I dessa länder utgörs flertalet patient-läkarkontakter av besök hos allmänläkare (12). Detsamma är också fallet i Norge (13).

## Läkarnas avlöningsform

Stora skillnader förekommer som tidigare framhållits i läkarnas ersättnings- och avlöningssystem i olika länder. Dessa skillnader har man ofta velat sätta i samband med befolkningens sjukvårdsutnyttjande och sjukvårdskostnaderna. Det kan därför vara motiverat att något beröra de erfarenheter man har av hur växlande ekonomiska incitament påverkar läkarens sätt att arbeta och därmed antalet läkarbesök (14).

Det finns i huvudsak *tre* typer av ersättningssystem för läkare som arbetar i öppen vård. Betalning per besök eller per åtgärd (prestations- eller ackordslön, fee-for-service) är det vanligaste systemet, oftast i kombination med ett sjukförsäkringssystem som betalar större eller mindre del av kostnaderna. I många av dessa system gynnas tekniska undersöknings- och behandlingsmetoder. Ett sådant ersättningssystem frestar alltså läkaren att ge korta konsultationer och täta återbesök. Det stimulerar också till grundliga undersökningar och tekniskt betonade behandlingsformer. Mekanismer av detta slag gör sig gällande i länder som USA, Västtyskland och Frankrike. Täta återbesök, bl. a. för injektionsbehandlingar, uppges förklara det stora antalet läkarbesök i Japan. Självfallet har man anledning att fråga om inte denna typ av betalningssystem också förklarar den höga förekomsten av kirurgiska ingrepp i Västtyskland och USA jämfört med länder som Storbritannien och Sverige.

En annan nackdel med prestationslöneprincipen är att den motverkar en geografiskt jämn fördelning av läkarna. Betalningssystemet gör det lätt för läkare att etablera sig och få hyggliga inkomster även i områden med hög läkartäthet, eftersom läkaren själv i så hög grad styr återbesöksfrekvenser samt undersökningens och behandlingens omfattning.

I länder med sjukförsäkring enligt detta system har risken för missbruk genom onödiga undersökningar ofta tvingat fram en omfattande kontroll. Paradoxalt nog leder därför prestationslönesystemet inte till den höga grad av frihet för läkarna som man skulle kunna tro, utan till en mer omfattande kontrollapparat än under andra betalningssystem.

Den andra modellen innebär att läkarens betalning bestäms efter antalet registrerade patienter, oavsett dessa personers vårdutnyttjande (kontraktslön, capitation fee). Detta är en betalningsform som främst förekommer i rena allmänläkarsystem som i Storbritannien och i viss utsträckning i Danmark och Holland. Ofta gäller en övre gräns för antalet personer på listan.

Engelska allmänläkare får tilläggsarvode om de har många äldre patienter på sina listor. En fördel med systemet är att det bidrar till jämnare fördelning av läkarna i befolkningen.

Medan sjukförsäkringsadministratörerna klagar på att läkarna överutnyttjar systemet under fee-for-service, så klagar läkare som arbetar under capitation fee på alltför krävande patienter.

Läkare med fast lön (månadslön, totallön) är den tredje betalningsmodellen som man finner i alla östeuropeiska länder, Sovjet, Finland och i Sverige sedan 1970. En fördel med fast lön är bl. a. att läkaren lättare kan välja en billigare behandlingsform, om olika likvärdiga behandlingar förekommer. Det är också sannolikt att läkare som arbetar under fast lön är mer benägna att samarbeta med andra läkare och annan vårdpersonal. Många utländska observatörer har emellertid framhållit att läkarna i Sovjet och andra öststater har mycket lägre arbetstakt än i andra länder. Detta kompenseras bl. a. av det stora läkarantalet i dessa länder och de förhållandevis låga lönerna.

Den drastiska svenska s. k. sjukvårdsreformen 1970 kan ses som ett spännande experiment med betalningssystemet för läkare – i varje fall har åtskilliga utländska iakttagare velat se det så. Den del av reformen som gett den dess namn innebar ett försök att reducera den enskilda patientens kostnader genom att införa ett enhetligt läkararvode i den offentliga öppna vården. Enhetstaxans 7 kronor har senare höjts successivt till nuvarande 20 kronor.

Den viktiga delen i 1970 års reform var emellertid inte det förenklade återbärningssystemet utan kopplingen till en samtidig överenskommelse om totallön och fast arbetstid för alla offentligt anställda läkare. Det tidigare systemet byggde på en kombination av fast lön och prestationsersättning. Totallönesystemet gjorde lönen beroende enbart av tjänstegrad och arbetstid och oberoende av t. ex. specialitet.

Vilka effekter har reformen fått för sjukvården? En möjligen ökad efterfrågan på läkarvård i kombination med fasta arbetstider för läkarna ledde initialt till köbildning för tidsbeställd vård. Detta kan i sin tur ha bidragit till att styra över fler läkarbesök till akutmottagningarna. Bristande kontinuitet i patient-läkarrelationen har också anförts som en konsekvens av läkarnas ändrade anställningsförhållanden. Det är emellertid mer sannolikt att det är en successivt genomförd reduktion av arbetstiden och det nya vidareutbildningssystemet med större rotation bland läkare under utbildning som fått återverkningar på kontinuiteten – inte betalningssättet som sådant.

Det är också naturligt att fråga om effektiviteten i läkarnas arbete minskat i Sverige när prestationsersättningen upphörde i den offentliga sjukvården. Det finns faktiskt inget tillfredsställande svar på den frågan. Vissa studier visar dock att det genomsnittliga antalet patientkontakter per läkare och år har minskat i Sverige i högre grad än vad som motsvarar den minskade arbetstiden. Å andra sidan finns det tecken som tyder på att man ger patienterna mer tid per besök. Det kan medföra att färre återbesök blir nödvändiga för den fortsatta utredningen.

Det som väcker stor förundran utomlands är att ingen utvärdering har gjorts som kan belysa sjukvårdsreformens betydelse i stort. En orsak till detta kan vara att vissa klara resultat hade uppnåtts som inte behövde någon formell utvärdering för att bli uppenbara. Det hade blivit billigare för patienterna att söka läkare och samhället hade fått ett fastare grepp om läkarnas inkomster. I det läget fanns det ett begränsat politiskt intresse för en utvärdering av andra effekter av reformen, t. ex. återverkan på läkararbetets produktivitet eller effektivitet.

Frågan om effekterna av sjukvårdsreformen har rönt mycket större intresse och uppmärksamhet utomlands än i Sverige (15). Från statsvetenskapligt håll har man bl. a. försökt belysa frågan om hur denna avgörande reform i den svenska sjukvården kunde genomföras i till synes fullt samförstånd mellan staten, sjukvårdshuvudmännen och läkarnas fackliga organisationer, en utveckling som har få motsvarigheter i andra länder (16).

## Långtidsvården

Ett område där stora skillnader föreligger mellan länder är omhändertagandet av äldre och långtidssjuka. Skillnaderna gäller såväl omfattningen av sådan vård som sättet att tillgodose de långtidssjukas vårdbehov. I detta sammanhang är det väsentligt att understryka skillnaderna mellan sjukvårdens två målsättningar och funktioner, nämligen bot och omvårdnad eller på engelska *cure and care*. Medan den botande funktionen är den centrala i akutsjukvården, är omvårdnadsinsatserna det väsentliga i långtidsvården. Här kommer alltså sådana aspekter in som att ge trygghet, lindring och frihet från ångest och smärta. Den terminala vården – dvs vård i livets slutskede – är en väsentlig del av omvårdnadsfunktionen.

Sverige har fler långtidsvårdsplatser än andra länder. Det är en internationellt sett unik situation att vi har lika många vårdplatser för långtidsvård som för korttidsvård inom kroppssjukvården. Detta speglar inte bara den större andelen åldringar utan också att Sverige satsat mera på ett institutionaliserat omhändertagande. I flera andra länder som t. ex. England är vård i hemmet genom anhöriga och med hjälp av en utbyggd hemsjukvårdsorganisation mer framträdande.

En orsak till sjukvårdens tillväxt är den förändrade ålderstrukturen med en relativ ökning av antalet äldre i befolkningen. Demografiska strukturskillnader kan också ses som en förklaring till olikheter mellan länder i behovet av sjukvård. Sverige har med 16 procent av befolkningen i åldern över 65 år en högre andel äldre än något annat land. Motsvarande andel är t. ex. i USA bara 10 procent.

Vårdutnyttjandet visar för flertalet vårdformer ett starkt ålderssamband och ökar som regel med stigande ålder. Man kan för Sveriges del visa att personer i åldern 65 år och däröver – som alltså utgör 16 procent av befolkningen – svarar för två tredjedelar av vård dagarna i kroppssjukvård, för hälften av den samlade psykiatriska sjukhusvården och för en tredjedel av läkemedelsförbrukningen. Om man väger samman olika konsumtionsformer med hänsyn till deras relativa kostnader, finner man att personer i åldern 65 år och däröver svarar för hälften av all vårdkonsumtion. Den lilla gruppen i åldern över 85 år utgör i dag en procent av befolkningen men den svarar för nio procent av sjukvårdskonsumtionen (17). Enligt de senaste befolkningsprognoserna kommer framför allt andelen av dessa mycket gamla att öka under de närmaste decennierna.

Det är en aktuell fråga om den ökade vårdefterfrågan för de allra äldsta även i fortsättningen skall kunna tillgodoses vid sjukvårdsinstitutioner i

samma utsträckning som hittills. Med hänvisning till erfarenheter från andra länder har man velat se utbyggnad av hemsjukvård och social hemtjänst som alternativ. Sverige har dock större svårigheter än t. ex. England att möta behoven genom utbyggd hemsjukvård med hänsyn till den större familjesplittringen, den större befolkningsrörligheten och den högre graden av kvinnligt förvärvsarbete.



## Sjukvårdsteknologi

Det är svårt att uppskatta betydelsen för sjukvårdens tillväxt av ny medicinsk kunskap och därav följande teknisk utveckling i sjukvården. Inte minst i USA är man emellertid starkt oroad av den snabba utvecklingen av medicinska och tekniska innovationer och den återverkan de får på kostnaderna. Ibland innebär utvecklingen kostnadsbesparingar men oftare ökade sjukvårdsutgifter. WHO:s generaldirektör Halfdan Mahler har uttalat skarpa ord om att det mest och dyraste av dagens medicinska teknologi i högre grad tycks ge tillfredsställelse för läkarna än för sjukvårdskonsumenter (18).

I USA har man nyligen inrättat ett särskilt Center for Health Care Technology i hälsovårdsministeriet för att söka motverka att nya kostbara undersöknings- och behandlingsmetoder tas i anspråk utan vetenskaplig värdering av deras nytta i relation till kostnaderna.

Till den nya teknologi som skapar den här typen av problem hör datortomografi, en kvalificerad röntgendiagnostisk teknik som möjliggör snabba, tillförlitliga och smärtfria diagnoser vid en rad sjukdomar i hjärnan och andra delar av kroppen. Uppfinningen belönades med 1979 års nobelpris i medicin. Karakteristiskt för situationen i USA är att nobelpristagarvalet utlöste en omfattande diskussion, där valet ifrågasattes därför att vi ännu har så ofullständig information om när den här tekniken är medicinskt och ekonomiskt motiverad.

Sverige är i samma dilemma som USA och andra länder när det gäller att få underlag för de svåra avvägningsbesluten som rör kostnader och nytta med nya tekniker. Sverige torde dock ha bättre förutsättningar att begränsa ett ohämmat bruk av nya teknologier och styra den medicinska specialiseringen genom de styrmedel som det svenska systemet erbjuder. Dit hör den organiserade regionsjukvården och läkarfördelningsprogrammen. Även arbetet på s. k. vårdprogram kan man se som ett försök att styra utvecklingen i detta avseende.

## Utbytet av sjukvård

Det är naturligt att fråga sig vad man i olika länder får för utbyte av de stora resurser som satsas på hälso- och sjukvården. Den traditionella uppfattningen är att ökad satsning på sjukvården skulle resultera i bättre hälsa. Alltmera har den tesen kunnat ifrågasättas. Många har framhållit att sjukvårdens bidrag till en ytterligare förbättrad hälsa i de utvecklade industriländerna är mycket litet (19, 20). Detta gäller både om vi använder de traditionella måtten som dödlighet och medellivslängd eller om vi försöker finna andra mått på hälsotillståndet.

Sverige har låg dödlighet och en medellivslängd som ligger bland de högsta i världen. Mycket talar dock för att Sveriges låga dödlighetssiffror och höga medellivslängd inte kan sättas i direkt orsakssamband med sjukvårdsinsatserna. Den stora satsningen på sjukvården – ekonomiskt och personellt – skedde vid en tidpunkt, då Sverige redan hade uppnått ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen än andra länder enligt de traditionella hälsoindikatorerna. Medan vår satsning på sjukvården därefter har ökat snabbare än i flertalet andra länder, har Sveriges försprång i t. ex. medellivslängd minskat.

När man frågar vad de stora skillnaderna mellan olika länders sjukvårdssystem har för inverkan på befolkningens hälsotillstånd, är det svårt att ge något entydigt svar, eftersom sjukvårdens betydelse för hälsan är så marginell. Rimligen finns det enstaka dödsorsaker som i viss utsträckning fortfarande kan påverkas av omfattningen och arten av den sjukvård befolkningen får. Den säkraste slutsatsen av de jämförande studier som gjorts är emellertid att en låg dödlighet låter sig förenas med ganska stora skillnader i tillgång på sjukvård och helt olika mönster i sjukvårdsutnyttjande. Organisatoriska förhållanden har begränsad betydelse för vårdens resultat. Det finns många vägar till bra vårdresultat.

Kostnaderna ökar sannolikt i sjukvårdssystem som karakteriseras av ett decentraliserat beslutsfattande (21). Det finns knappast någon gräns för hur mycket sjukvård en befolkning kan absorbera, särskilt om man beaktar det psykologiska och emotionella stöd som innefattas i omvårdnaden. Därför finns det inte heller någon gräns för vad sjukvården kan komma att kosta. Gränser måste sättas genom politisk-ekonomiska beslut. Sådana beslut är naturligt nog lättare att fatta i mer centralstyrda system.

De politiska besluten rörande sjukvården måste också gälla en avvägning mellan botande åtgärder och omvårdnadsinsatser och därmed vilken typ av sjukvård man vill ha. Sättet att organisera och finansiera sjukvården

har troligen större inverkan på fördelningen av vården mellan olika ändamål och individer än på de totala sjukvårdskostnaderna. Utvecklingen av alternativa vårdformer och strukturförändring inom både öppen och sluten vård pågår i många länder. Också i dessa avseenden kan internationella jämförelser ha betydelse som inspirationskälla och för att ge perspektiv på den svenska utvecklingen.

## Referenser

- 1 Anderson, O. W.: Health care: Can there be equity? The United States, Sweden, and England. Wiley, New York 1972.
- 2 Andersen, R.: A framework for cross-national comparisons of health services systems. I: Cross-national socio-medical research: concepts, methods, practice: M. Pflanz and E. Schach, eds, pp 25–46. George Thime Publishers, Struggart 1976.
- 3 Pearson, R. J. C., Smedby, B., Berfenstam, R., Logan, R. F. L., Burgess Jr, A. M., Peterson, O. L.: Hospital caseloads in Liverpool, New England, and Uppsala – an international comparison. *Lancet* ii: 559–566, 1968.
- 4 Andersen, R., Smedby, B., Anderson, O. W.: Medical Care Use in Sweden and the United States – A Comparative Analysis of Systems and Behavior. Research Series 27. Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Chicago 1970.
- 5 Kohn, R., White, K. L., eds: Health Care – An International Study. Oxford University Press, London and New York 1976.
- 6 Anderson, O. W.: The model health service – a search for Utopia. *Nordisk Medicin* 93:163–168, 1978.
- 7 Organization for Economic Co-operation and Development (OECD): Public expenditure on health studies in resource allocation, No. 4, Paris 1977.
- 8 Jönsson, B.: Sjukvårdssektorns expansion – hot eller hopp? I: Rapport från symposium om hälso- och sjukvårdsforskning. Universitet i Linköping, 1978.
- 9 World Health Organization (WHO): World Health Statistics Annual. Vol III 1977, Genève 1977.
- 10 Bunker, J. P.: Surgical manpower: a comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. *New England Journal of Medicine* 282:135–143, 1970.
- 11 World Health Organization (WHO): World Health Statistics Annual. Vol III 1978, Genève 1979.
- 12 Stephen, W. J.: An Analysis of Primary Medical Care – An International Study. Cambridge University Press, 1979.
- 13 Grund, J.: Norsk og engelsk helsetjeneste: En sammenlikning av resurser, organisasjon og utbytte. NAVF:s gruppe for helsetjenesteforskning, rapport nr 3, Oslo 1979.
- 14 Abel-Smith, B.: Value for money in health services. A comparative study. St Martin's Press, New York 1976.
- 15 Shenkin, B. N.: Politics and medical care in Sweden: The Seven Crowns Reform. *New England Journal of Medicine* 288:555–559, 1973.
- 16 Carder, M., Klingeberg, B.: Towards a Salaried Medical Profession: How 'Swedish' was the Seven Crowns Reform? I: Heidenheimer A. J., Elvander N. (eds): The Shaping of the Swedish Health System. Croom Helm, London 1980, pp 143–172.

- 17 Smedby, B.: Sjukdomspanorama och vårdandel för de äldre i sluten och öppen vård samt effekten av åldersförskjutningar i befolkningen på vårdefterfrågan. Ur C. Ström, Y. Zotterman, eds: Social och medicinsk omvårdnad av de äldre. Symposium 26–27 april 1977 Wenner-Gren Center. LiberFörlag/Allmänna Förlaget, Stockholm 1977.
- 18 Mahler, H.: New possibilities for WHO. WHO Chronicle 29:43–45, 1975.
- 19 McKeown, T.: The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis? Blackwell, Oxford 1979.
- 20 Fuchs, V. R.: Sjukvårdens ekonomi i det högindustrialiserade samhället. Ekonomisk Debatt 7:453–466, 1979.
- 21 Borgenhammar, E.: Sjukvårdssystem – en internationell utblick: Har andra länder hittat bättre system än vi? Läkartidningen 75:283–287, 1978.

# Hälso- och sjukvårdsplaner – några internationella jämförelser

Av Göran Dahlgren, Göran Härne, Johan Mellin

1. The first part of the report  
2. The second part of the report  
3. The third part of the report  
4. The fourth part of the report  
5. The fifth part of the report

1. The first part of the report  
2. The second part of the report  
3. The third part of the report  
4. The fourth part of the report  
5. The fifth part of the report

## Sammanfattning

### Huvuddrag i planerna

De nationella planernas karaktär är beroende av huvudmannskap och styrmedel. Tyngdpunkten i denna rapport är mer lagd på idéer och mål än på organisation och resurser. Redovisningarna är ett försök att förtydliga såväl generella som specifikt nationella frågeställningar. De problem och idéer som redovisas i olika länders långsiktiga hälso- och sjukvårdsplaner uppvisar stora likheter. De visar att det finns ett gemensamt mönster i prioriteringar och utveckling inför framtiden men också att långsiktig nationell hälso- och sjukvårdsplanering är ett tämligen outvecklat område i västvärlden.

De länder vars långsiktiga hälso- och sjukvårdsplaner omfattas av denna studie är tre samväldesländer, England, Australien och Kanada samt tre nordiska länder, Danmark, Norge och Finland. Några av huvuddragen i planerna är följande:

#### *England*

Sjukvårdssystemet i England står inför en period av omfattande omstrukturering.

Enligt de riktlinjer som anges i de rullande programplanerna skall bland annat följande förändringar ske:

- kvalitetsmässig och geografisk utjämning av hälso- och sjukvårdsutbudet
- ökad satsning på förebyggande verksamhet, primärvård och närmare samverkan med de sociala myndigheterna
- minskning av akutsjukvården genom neddragningar och rationalisering för att möjliggöra önskade expansioner.

Detta sker genom centrala myndigheters direktiv av policykaraktär, vilka de regionala och lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheterna har att konkretisera i planer och åskanden.

Beskrivningen av den engelska sjukvårdsplaneringen baserar sig på tre huvuddokument. Ett ursprungligt rådgivande dokument "Priorities For Health and Personal Social Services in England", som utgavs 1976 av Department of Health and Social Security. I detta program anges prioriteringar



samtidigt som anvisningar ges vad avser planeringsmetoder. Ett andra dokument är "The way forward", som utgavs av departementet 1977 och som är en bearbetning av "prioritetsprogrammet" baserad bland annat på de remissyttranden som inkommit från de regionala sjukvårdsmyndigheterna. Ett tredje dokument utgör en påbyggnad till de två föregående dokumenten och innehåller förtydliganden och korrigeringar samt utgör planeringsunderlag för de regionala hälsomyndigheterna. Dokumentet utgavs i mars 1978.

Dessa dokument är en helt ny typ av planeringsunderlag för engelsk sjukvårdsplanering. Det är första gången som man har försökt att fastställa systematiska prioriteringar genom hela sjuk- och socialvårdssystemet. Detta har delvis framtvungits av de ekonomiska begränsningar som gäller de offentliga utgifterna. En avsikt är också att de centrala och regionala myndigheterna tillsammans skall arbeta fram de huvudprioriteringar som ska styra planarbetet. Sett ur detta perspektiv är dokumenten olika steg i en kontinuerlig planeringsprocess.

### *Australien*

Hälso- och sjukvården i Australien står inför bland annat följande problem:

- de förebyggande insatserna är outvecklade trots att det är genom hälsovårdande snarare än sjukvårdande insatser som folkhälsan kan förbättras
- den medicinska vården har inte anpassats till förändringar av befolkningens vårdbehov (till exempel saknas ofta kunskap och vårdresurser för allt frekventare psyko-sociala sjukdomar).

Ett sätt att möta bland annat dessa problem är – enligt de rapporter som redovisas i detta kapitel – att satsa på en primärvård som kommer att präglas av:

- intensifierad hälsouppllysning till allmänheten
- utbildning av den medicinska personalen i såväl individuell som miljöinriktad hälsovård samt träning i tvärfackligt samarbete
- ökat direkt medborgarinflytande.

De uppgifter som refereras i detta avsnitt baserar sig på en rapportserie, "Community Health No 1-6", som utgivits av Health Commission of New South Wales, Sydney, år 1977 som också inkluderar en framtidsstudie av Philip Selby avseende sannolika förändringar i hälsopanoramats och vårdutbudet. Rapportserien skulle betraktas som en måttstock gentemot vilken sjukvårdshuvudmännen skall kunna utvärdera sina respektive planer.

Rapportserien om primärvårdsservice redovisar mål för denna service i New South Wales – en av de befolkningmässigt största sjukvårdsregionerna i Australien. Regionen innefattar storstäder som Canberra, Sydney m. fl. Redovisade mål bryts dessutom ner i delmål och strategier, som ska ge en möjlighet att utvärdera primärvårdens effektivitet och kvalitet.

### Kanada

Ett nytt perspektiv på kanadensarnas hälsa är ett hälsopolitiskt idéprogram som föreslår ett sjuttiotal konkreta åtgärder för att förbättra folkhälsan. Några exempel:

- individinriktade åtgärder
  - informationskampanjer som belyser orsaker till trafikolyckor och hjärt-kärlsjukdomar
  - program som minskar problemen vid övergång från yrkesverksamhet till pension
- myndighetsinriktade åtgärder
  - regler för att höja vissa matvarors näringsvärde
  - ökad kontroll av annonsering för produkter som utgör en allvarlig hälsorisk
- forskningsinsatser
  - olycksrapportering som underlättar identifiering av olycksskapande produkter
- hälsovårdsinsatser
  - program för att minska risken för tidiga hjärt- och kärlsjukdomar.

Ett nytt perspektiv på kanadensarnas hälsa, är titeln på en långsiktig och idéinriktad skrift publicerad 1974 och signerad Marc Lalonde, dåvarande kanadensisk hälso- och sjukvårdsminister.

Syftet med skriften är att utifrån en helhetssyn som omfattar såväl orsaker som förekomst av ohälsa formulera utgångspunkter för en nationell hälsopolitik.

### Danmark

Inför 1980- och 90-talet har bland annat följande prioriteringar föreslagits för den danska hälso- och sjukvården:

- hälso- och sjukvårdens insatser måste kopplas till socialvårdens arbete, trafik- och boendepanering samt till yttre och inre miljöfrågor för att få helhetsbedömningar av hälso- och sjukvården
- småbarn och skolungdomar är åldersgrupper som prioriteras i det förebyggande arbetet
- för att förstärka folkhälsan måste den förebyggande hälso- och sjukvården prioriteras kanske på bekostnad av akutsjukvården
- behandling av psyko-sociala sjukdomstillstånd.

Inrikesministern tillsatte i november 1974 en kommitté med uppgift att ta fram överordnade prioriteringsnormer för dels behandling av sjukdomar dels förebyggande åtgärder.

Kommittén fick departementschefen som ordförande och var i övrigt politiskt sammansatt.

Kommittén tillsatte fyra arbetsgrupper som hade att svara för det egentliga utredningsarbetet. Grupperna hade att ta sig an var sitt sakområde:

1. Förebyggande hälso- och sjukvård
2. Det politiska och administrativa styrsystemet
3. Hälso- och sjukvårdens resursförbrukning
4. Informationsfrågor.

Arbetet i grupperna har koncentrerats till att påvisa brister och svagheter i nuvarande system samt till formulering av synpunkter och förslag i syfte att förbättra situationen inom ovan angivna områden.

Gruppernas arbete har successivt underställts kommittén. Endast i undantagsfall har oenighet rått mellan en arbetsgrupp och kommittén.

Resultatet av gruppernas och kommitténs arbete finns i sin helhet tillgängliga i dokumentet "*prioritering i sundhetsväsendet*", betänkning fra sundhetsprioriteringsudvalget, betänkning nr 809, Köpenhamn 1977. Resultaten kan inte ses som plan för hälso- och sjukvården i Danmark utan är snarare uttryck för viljeyttringar, ambitioner och mål, med skilda grader av precision.

### *Norge*

Prioriteringar inom den norska hälso- och sjukvårdsplaneringen inför 80-talet är bland annat:

- satsning på förebyggande insatser
- regional samordning av hälso- och sjukvårdens resurser
- förstärkt planering, styrning och utvärdering av hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Underlagen till hälso- och sjukvårdens planering i Norge utgörs av statens förslag nummer 75 1976/77, vilket innehåller långtidsprogrammet för hälso- och sjukvården samt "Sjukhusutbyggnad m. m. i en regionaliserad hälso- och sjukvård", statens förslag nummer 9, 1974/75. Det förutnämnda förslaget är framtaget vid "Finans- og tolldepartementet" och godkänt i Konglig resolution den 15 april 1977. Det senare förslaget är framtaget av socialdepartementet och godkänt i Konglig resolution den 21 juni 1974.

### *Finland*

Hälso- och sjukvårdsplanerna på riksnivå anger bland annat följande mål:

- kraftigt utbyggd hälsoupplýsning för att förebygga folksjukdomar
- inga nya investeringar i sjukhus om inte den öppna vården är väl utbyggd (undantag utbyggnaden av långvårdsplatser)
- stark central styrning för att åstadkomma en jämn fördelning av vårdresurserna som överensstämmer med de hälso- och sjukvårdspolitiska målen.

De dokument som utgör basen för nedanstående redovisning av utvecklingssträvanden inom den finländska hälso- och sjukvården är riksomfattande planer för folkhälsoarbetet och sjukvårdsanstaltens verksamhet under åren 1979–1983 samt Hälso- och sjukvårdsplanering i Norden, som är utgiven av nordiska ministerrådet 1978 och bygger på översikter författade av enskilda fackmän.

## Problem och idéer

### *Begränsade ekonomiska resurser*

Efterfrågan på hälso- och sjukvård tenderar att öka så länge som sjukvårdens utbud ökar. Samtidigt ökar sjukvårdens möjligheter att behandla olika sjukdomar. Inte minst den medicinskt-tekniska utvecklingen har alltför ofta skapat orealistiska förväntningar på vård och service.

Hälso- och sjukvårdens ökande andel av den offentliga budgeten utgör ett centralt problemområde för den framtida hälso- och sjukvården i flertalet – om inte samtliga – länder. I de flesta fall upplevs begränsade ekonomiska resurser som en restriktion som försvårar omstruktureringen av hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns dock länder där resursknapphet uppfattas som ett incitament till nytänkande och reformarbete.

De redovisade programplanerna saknar dock genomgående mer ingående resursberäkningar. De finansiella konsekvenserna blir därför konkretiserade först i ett kortare tidsperspektiv.

I ett kärvt ekonomiskt läge krävs speciella insatser för att analysera efterfrågeutvecklingen. Ett led i detta arbete är att studera de olika faktorer som påverkar befolkningens benägenhet att söka vård. I det australienska programmet antas att så kallade nyttokostnadsanalyser kommer att användas för att ge ett bättre underlag för fördelning av resurser inom hälso- och sjukvårdssektorn. Samtidigt betonas att det är politiska värderingar och beslut som blir avgörande för såväl resursfördelningen mellan hälso- och sjukvårdssektorn och andra sektorer som inom hälso- och sjukvårdssektorn. 1980-talet antas på ett tydligare sätt än tidigare präglas av politiska prioriteringar mellan olika sektorer. Detta ställer i sin tur krav på en god planering och kontinuerlig uppföljning av verksamheten.

De ökande kostnaderna för sjukvården utgör också ett centralt problemområde i det kanadensiska programmet som bland annat ökar kraven på en förändrad struktur av hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa förändringar skall sammanfalla med förslag om följande:

- omfördelning av resurser från kurativa till förebyggande insatser,
- reduktion av den överkapacitet som finns inom akutsjukvården och utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten och hälsocentraler för öppen vård,
- omfördelning av de medicinska vårdresurserna för att åstadkomma en rättvisare geografisk fördelning,
- ökade vårdresurser till grupper i samhället som har speciella hälsoproblem. Detta förutsätter bland annat ett samlat informationssystem för hälsodata,
- ökad utbildning av läkare inriktade på rehabilitering och äldre vård. Uppmärksamhet ägnas därvid de attityder som i dag gör att det är brist på läkare som önskar denna utbildning samt
- överföring av arbetsuppgifter från läkare till andra personalkategorier.

### *Vårdens inriktning*

Långsiktiga och successiva förändringar av vårdens inriktning utgör en viktig del i de flesta program. Ökad satsning på folksjukdomar som sockersjuka,

blodtryckssjukdomar, reumatism och cancer betonas bland annat i det finländska programmet.

Ett ofta återkommande problemområde som kräver ökad uppmärksamhet är vården av olika former av psyko-sociala sjukdomar orsakade till exempel av alkohol, familjeproblem, arbetslöshet eller missbruk av läkemedel. Principerna för vården uttrycks ofta i termer av en "helhetssyn" där patientens situation och aktiva medverkan är av stor betydelse. Vidare betonas betydelsen av att omsorgen om de sjuka behandlas som ett lika viktigt inslag i sjukvårdens arbete som de rent medicinska vårdinsatserna, exempelvis i Kanada.

Följande passus ur ett av de australiska policydokumenten är en syntes vad avser vårdens inriktning: "Det är inte den service som erbjuds det är fel på utan felet är den service som inte erbjuds".

Svårigheten för hälso- och sjukvården att med traditionella metoder i någon större utsträckning påverka befolkningens hälsotillstånd har lett till att man i planerna betonar hälso- och sjukvårdens vidgade ansvar för befolkningens hälsa. För den sjukhusanslutna vården kan man förutse en minskad intagning av patienter under 65 år på grund av en bättre förebyggande verksamhet, tidigare upptäckt av sjukdomar och förbättrade vårdprogram inom primärvården.

Allmänheten har ofta – konstaterar man i plandokumentet – svårigheter att på lokal nivå följa och påverka hälso- och sjukvårdens verksamhet. En utveckling från en sjukhusorienterad specialistvård mot en lokalt förankrad primärvård torde emellertid öka möjligheterna för invånarna att förstå och engagera sig i den lokala hälso- och sjukvårdspolitiken. Rådgivande organ med invånarinflytande, liksom frivilliga insatser inom sjukvården, kan vara ett sätt att öka det allmänna deltagandet i sjukvården. Ett annat sätt är att göra allmänheten medveten genom olika slag av information om befintlig service, framtidsutveckling inom sjukvården m. m. Olika intressegrupper som har uppstått med anledning av hälso- och sjukvårdsfrågor kan visa sig vara värdefulla när det gäller att föra ut sjukvårdssystemet till invånarna.

Faktorer som erfarenhetsmässigt kan motverka ett ökat medborgarinflytande är betoningen av medicinska professionalism inom hälso- och sjukvårdsplaneringen och svårigheter att särskilja befolkningens roll från patientens. Vidare gäller det att finna vägar för att på ett effektivt sätt informera och engagera medborgarna i de kommunala hälsofrågorna.

Barnadödligheten är till exempel i Danmark en av de lägsta i världen, men man är samtidigt medveten om att det föreligger en hel mängd problem under barnets första levnadsår. Dessa problem är av social karaktär och utgörs av skilda typer av trivsel- och utvecklingsproblem. De traditionella verksamheterna bör kompletteras med åtgärder som inriktar sig på barnets och familjens sociala miljö, som förhållanden mellan familjemedlemmarna, bostadsmiljön, närmaste omgivningsmiljö m. m. Man betonar också i detta sammanhang kopplingen mellan förebyggande åtgärder och socialvård. Också här framhåller man att den förebyggande vården bör prioritera sådana metoder som hjälper den enskilda människan att i högre utsträckning själv klara av de svåra psykologiska och sociala situationer som många hamnar i. Dessa situationer kan betingas av missförhållanden i boendemiljö, familjemiljö, arbetsmiljö, skolmiljö m. m.

Det torde i första hand enligt de danska dokumenten vara yttre förhållanden i den enskildes levnadsvillkor, som är orsaken till den starka ökningen av hjärt- och kärlsjukdomar som kan konstateras i alla industriländer. Då dödligheten av hjärt- och kärlsjukdomarna tidigare varit långt lägre än nu, är det rimligt att vänta en betydande effekt av förebyggande insatser. Det finns mot denna bakgrund ett stort behov av forskning för att klarlägga olika riskfaktorer. Redan nu finns emellertid tillräckligt med fakta för att förebyggande insatser kan anbefallas. De väsentligaste av de kända påverkbara riskfaktorerna är följande:

- cigarettökning,
- utebliven fysisk aktivitet
- felaktig och ensidig kost,
- högt blodtryck,
- hög kolesterolhalt i blodet samt
- stress.

Påverkas den enskilde samtidigt av flera riskfaktorer, ökar den sammanlagda risken för utveckling av hjärt- och kärlsjukdomar påtagligt. Danskarna pekar speciellt på vikten av att framhålla sunda levnadsvanor vilket bland annat innebär ökad fysisk aktivitet och mer allsidig kost.

Det norska plandokumentet pekar särskilt på en ökad frekvens av kroniska sjukdomar och ökande miljöproblem, både fysiska och kemiska samt ökad urbanisering och högre genomsnittsålder, som ökar behovet av hälso- och sjukvård.

### *Prioritering av förebyggande insatser*

Ett mycket starkt och genomgående inslag i samtliga redovisade länders hälso- och sjukvårdsprogram är betoningen av de förebyggande insatsernas betydelse. Det torde inte vara en överdrift att påstå att det skulle innebära en av de största förändringarna någonsin i de berörda ländernas moderna hälso- och sjukvårdspolitiska historia om dessa intentioner förverkligades. En förstärkning av hälsovårdens miljöinriktade åtgärder och medverkan i samhällsplaneringen utgör en central del av den förebyggande verksamheten.

I Norge ges till exempel hög prioritet åt hälsovårdens samarbete med de myndigheter som har ansvar för miljöföroringar, boende och bostadsförsörjning, samfärdsl och arbetsmarknadspolitik. Samma markering av – i vid mening – miljöinriktade insatser och samverkansformer framkom vid remissbehandlingen av de engelska hälso- och sjukvårdsprogrammen.

Det kanske mest genomarbetade idéprogrammet vad avser samhällets hälsopolitik och hälsovårdens roll i detta arbete är den kanadensiska så kallade Lalonde-rapporten. Där belyses behovet av en samlad nationell hälsopolitik samtidigt som inriktningen av ett dylikt program presenteras.

De individinriktade förebyggande insatserna utgör den andra – och minst lika högprioriterade delen – av det förebyggande arbete som enligt planerna skall utföras inom framtidens hälsovård.

De strategiska inslagen i detta arbete utgörs bland annat av hälsoutbildning och information inriktad mot orsaker till ohälsa. För att klara dessa uppgifter utbildas i bland annat England särskilda "Health Education Officers".

Hälsoutbildningen inriktas ofta mot problemområdena tobak, alkohol, kost och motion, men också på livsstil och risktagande i ett vidare perspektiv. I rapporten betonas speciellt behovet av beteendevetenskaplig forskning kring faktorer som påverkar folks beteende och riskbedömning.

Allmänna hälsokontroller tycks inte utgöra någon central del av den framtida hälsovården. Däremot redovisas i några dokument behovet av riktade hälsokontroller vad avser bland annat högt blodtryck.

Det dominerande intrycket är att flertalet – om inte alla – redovisade hälso- och sjukvårdsprogram bygger på samma grundsyn som det kanadensiska idéprogrammet: ”Det råder inget tvivel om att framtida förbättringar av befolkningens hälsa ligger i förbättringar av miljön och livssituationen samt i reduktion av självpåtagna risker och ökad kunskap om människokroppens funktion”.

I Australien liksom i andra länder har som nämnts den nuvarande hälso- och sjukvården koncentrerats till den sjukhusanslutna vården medan de förebyggande insatserna varit av helt marginell betydelse. En tyngdpunktsförskjutning bör enligt planerna ske från sjukvård mot hälsovård. Även här betonas speciellt utbildning och information till allmänheten kring den betydelse livsstil och vanor har för hälsan. I den framtidsstudie som utgjort ett underlag för bland annat hälsovårdsprogrammet betonas miljöriskernas betydelse för befolkningens hälsa speciellt vad avser luft och vattenföroreningar, strålning, buller och kvaliteten på livsmedlen. Vidare anges som centrala områden för förebyggande insatser arbets- och boendemiljön. Samtidigt konstateras emellertid att det är underliggande ekonomiska förhållanden som påverkar miljöförstörelsen. I det framtidsscenario som tecknas ser man därvid inga större möjligheter att ändra på dessa för ett industrialiserat land typiska ekonomiska intressen för att på detta sätt påverka eller hindra uppkomsten av ohälsosamma miljöer.

I Kanada skall regeringen i samarbete med andra intressenter enligt programmet eftersträva att minska psykiska och fysiska hälsorisker för dem med höga risker och att förbättra tillgängligheten av god psykisk och fysisk hälsovård för dem som för närvarande har en otillfredsställande tillgång till denna vård. Bland möjliga åtgärder som kan bidra till att dessa mål nås anges en rad individ-, myndighets- och forskningsinsatser samt vissa speciella hälsovårdsinsatser, bland annat

- Hälsoutbildning för barn och vuxna
- Informationskampanjer som belyser orsaker och omfattning av trafikolyckor och hjärt-kärlsjukdomar
- Ökad information om de hälsorisker som är förknippade med missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel samt rökningens effekter på hälsan
- Ökad kontroll av annonsering för produkter som utgör en allvarlig hälsorisk samt ökad kontroll av hälsorisker förknippade med luft, vatten, mat, buller och jordföroreningar
- Genomförande av en återkommande nationell hälsoundersökning som klarlägger omfattning och inriktning av akuta och kroniska psykiska och fysiska sjukdomar som möjliggör bedömningar av befolkningens hälsostatus och vårdbehov
- Introduktion av ett speciellt program för att identifiera högrisk-grupper inom befolkningen, utvärdera mentala och fysiska riskfaktorer och utarbeta förslag till åtgärder för att reducera risknivån

- Utarbeta ett system för olycksfallsrapportering som bland annat underlättar identifiering av olycksskapande produkter
- Initiera ett omfattande forskningsprogram inriktat på att studera hur man på ett effektivt sätt kan informera människor om möjligheter och betydelsen av att minska de självpåtaga riskerna för ohälsa
- Studier av samband mellan fysisk omgivning respektive sociala förändringar och hälsa
- Identifiering, behandling och uppföljning av personer med högt blodtryck respektive hög kolesterolhalt
- Stöd till program som syftar till att minska risken för tidiga hjärt-kärlsjukdomar m. m.

En förändrad syn på hälso- och sjukvårdens roll har likaledes successivt växt fram i Danmark under 60- och 70-talet. En allt större vikt ges därvid insatser som är relaterade till arbets-, trafik- och boendemiljön. Följande övergripande mål har satts upp:

- undvika dödsfall i förtid framför allt bland unga människor
- undvika varaktiga invaliditeter
- ej förlänga livet utöver den tidpunkt då döden inträder som en följd av naturliga åldringsprocesser
- hälso- och sjukvården måste ses i ett vidare sammanhang. Kopplingar till socialvård, trafik- och boendepanering samt yttre och inre miljöfrågor måste göras för att få helhetsbedömningar av hälso- och sjukvården.

Andra synpunkter som kan hänföras till måldiskussionen är att totalansvaret för den förebyggande hälso- och sjukvården bör ligga kvar hos den nuvarande sjukvårdsorganisationen. Man pekar också på att det i många fall inte finns något material som visar effekterna av ökade insatser på förebyggande hälso- och sjukvård. Dessa svårigheter betyder dock inte att man skall tveka beträffande utbyggnaden av den förebyggande hälsovården.

### *Rättvis fördelning av vårdresurser*

Den geografiska fördelningen av vårdresurserna är i flertalet länder ej tillfredsställande. Ett centralt mått är därför att minska de regionala skillnaderna. Detta förutsätter någon form av nationell hälso- och sjukvårdsplanering.

En minskning av de regionala skillnaderna i vårdutbud är ett uttalat mål i den finska riksplänen. Vid fördelningen av vårdresurser skall de olikheter i sjuklighet som kan förekomma mellan olika områden beaktas. Under planperioden skall sjukvårdshuvudmännen i samverkan med medicinalstyrelsen försöka klarlägga hur olika faktorer påverkar behovet av sjukvårdsservice.

Minst lika väsentlig som en rättvis geografisk fördelning av vårdresurserna är en rättvis fördelning av vårdresurserna mellan olika befolkningsgrupper. Denna fördelningsaspekt betonas bland annat i de finska och norska programmen genom att speciellt markera att de största insatserna skall göras för de grupper där risken för ohälsa och den faktiska sjukligheten är störst.

I det australiska programmet uttrycks denna prioriteringsgrund i följande ordalag: "Hälso- och sjukvården har inte anpassats till de problem och sjuk-



domar som svarar mot befolkningens sjukvårdsbehov. Först under senare år har man erkänt de socio-ekonomiska förhållandenas betydelse för hälso- och sjukvårdskonsumtionen”.

För att förverkliga denna prioritering krävs att hälso- och sjukvården ser som sitt ansvar att också få kontakt med personer som har otillfredsställda vårdbehov. Det finska programmet aktualiserar till exempel speciellt de problem som skapas genom att – i första hand männen – inte söker vård i tid, så kallad fördröjt vårdefterfrågan.

I det australiska programmet betonas av samma skäl att ”lika stora ansträngningar måste göras för att tillföra sjukvården patienter som att avföra vissa andra patienter”.

En ytterligare förutsättning för att vårdresurser skall kunna dimensioneras utifrån ”behovsbedömningar” är att sjukvårdshuvudmännen har kunskap om hälsoförhållanden inom befolkningen. I flera program (England, Australien, Kanada) betonas att planeringen i ökad utsträckning måste utgå från kartläggningar och analyser av sjuklighetens omfattning och fördelning inom befolkningen. De individuellt inriktade insatserna skall kompletteras med bland annat långsiktigt förebyggande insatser, som även innefattar att man uppmärksammar hälsorisker inom andra samhällssektorer. Vidare betonas bland annat i det kanadensiska programmet betydelsen av forskningsinsatser om faktorer som påverkar befolkningens benägenhet att söka vård.

### *Sjukhusdominans*

Under de senaste tio åren, i takt med de stora framstegen inom medicinen, har man i huvudsak satsat på en stark utbyggnad av den slutna vården.

I Norge kommer den satsning som sker under innevarande planeringsperiod huvudsakligen att inriktas mot förebyggande hälsovård. Ett genomgående tema är att sjukhusen utgör en alltför dominerande del av hälso- och sjukvårdssystemet. Mot denna bakgrund förordas en utbyggnad av primärvården.

De finska programmen betonar speciellt vikten av att den slutna psykiatriska vården reduceras genom en övergång till öppnare vårdformer utanför sjukhus.

Utbyggnaden av primärvården kopplas dock vanligen inte direkt till en nedskärning av specialistvården vid sjukhus även om man i vissa program klart redovisar en överkapacitet inom denna vårdform.

Långvården tycks utgöra ett undantag från denna utveckling mot begränsning av slutenvårdsplatser. Här krävs ofta en utbyggnad av antalet vårdplatser. Ett generellt överskott av slutenvårdsplatser finns således samtidigt som det är brist på vårdplatser inom ett enskilt område – långvården.

Det engelska programmet innebär att primärvårdens roll fastslås som en möjlighet att minska trycket på akutsjukvård och sjukhem genom att förlägga mer av omsorg till kommunal nivå.

Även i Norge diskuterar man närmare sjukhusdominansen. Ett problem är att en stor del av slutenvårdsplatserna på sjukhus upptas av patienter som egentligen har behov av andra typer av hälso- och sjukvård. Ökning av hemhjälp och primärvårdssjukvård samt satsningar på förebyggande hälsovård är exempel på insatser som kan reducera den totala efterfrågan på

slutenvårdsplatser. Ett huvudmål vid utveckling av hälso- och sjukvården bör därför vara att utveckla och samordna dessa alternativ till slutenvård. Den vägledande principen skall därvid vara att patienter ska behandlas på lägsta effektivaste vårdnivå, den så kallade LEON-principen. Genomförs detta kommer man förmodligen att kunna reducera efterfrågan på sjukhus-tjänster.

Som en allmän princip i Finland har angivits att den öppna vården måste vara ordnad på ett tillfredsställande sätt innan nya sjukhusinvesteringar kan godkännas. Undantaget från denna princip är en utbyggnad av långvården när den utgör enda alternativa vårdmöjligheten.

Primärvårdens kompetens och vidgade arbetsuppgift anges i det australienska plandokumentet. Primärvårdsläkaren skall

- utgöra en kontaktpunkt mellan individen och hälso- och sjukvårdssystemet,
- tränas i tidig upptäckt av allvarliga sjukdomar som är behandlingsbara,
- tränas i upptäckt och behandling av vanliga psykiatriska, psykologiska och sociala problem som påverkar människornas hälsa,
- ge initial vård och behandling samt bistå vid akuta olyckor,
- ge långtidsvård och ledning vid behandling av allvarliga kroniska sjukdomar, besvär och terminalvård,
- svara för kontinuerlig ledning av patientens behandling genom direkt vård inom primärvården samt vid behov remittera patienten till specialist,
- studera sjuklighet och hälso- och sjukvårdskonsumtion,
- vara personalhälsorådgivare inom den förebyggande verksamheten samt
- övervaka diagnostik och behandling av sjukdomar och skador utförda av övrig personal.

### *Förändring kräver styrmedel*

Svårigheter att genomföra tidigare planer inom hälso- och sjukvårdssektorn finns endast vagt antydda i de redovisade programskrifterna. Behovet av styrmedel för att genomföra framtida förändringar utgör inte heller någon central del av policydokumentet. Däremot finns vissa riktningssamtal.

Ett par länders program understryker betydelsen av personalens medverkan i plan- och förändringsarbetet. Personalutbildning som i hög grad inriktas mot värderingar och attityder är en nyckelinsats om planernas intentioner skall förverkligas.

Behovet av nationell styrning av exempelvis primärvårdens utbyggnad är tydligt uttryckt i de finska dokumenten. Även i Australiens och Norges program markeras behovet av en nationell styrning av hälso- och sjukvårdens insatser.

De centrala organen bör – enligt de norska riktlinjerna – fungera genom riktlinjer och normer. Vidare skall centralt beslutas om nya medicinska specialiteter skall inrättas. I det norska programdokumentet betonas också att det krävs en stark politisk styrning – ibland i strid mot etablerade gruppintressen inom hälso- och sjukvårdssystemet – för att säkerställa befolkningens intressen vad avser förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården.

Strukturförändringarna i England inriktas i hög grad på en omfördelning av resurser till förmån för mindre utvecklade regioner. Detta förutsätter bland annat en gemensam och samordnad planering mellan de centrala, regionala och lokala sjukvårdsmyndigheterna. Samtidigt betonas kraftigt vikten av att bibehålla standarden på den service som ges, för att den inte okontrollerat skall urholkas i ett kärvt ekonomiskt läge. Kapitalutgifter kommer i allmänhet att prioriteras lågt för att ge möjligheter till öknings- och löpande utgifter inom högprioriterade sjukvårds- och socialvårdssektorer. Genom rationalisering hoppas man nå större effektivitet vid en bibehållen standard.

I det australiensiska plandokumentet beskrivs den nuvarande situationen som otillfredsställande dels därför att man tappat kontrollen över kostnadsutvecklingen, dels därför att man saknar bra metoder att värdera olika vårdmetoder ur ett ekonomiskt och socialt perspektiv. För att komma till rätta med dessa problem anses det viktigt att finna styrmedel som är direkt relaterade till bland annat förändringar i patienternas behov av vård. Därvid bör sjukvårdsdistrikten själva kunna beskriva vilken service man erbjuder samt hur effektivt man når olika målgrupper. Det är vidare väsentligt att man finner vägar att väga in användarnas/patienternas bedömningar.

För att kunna göra detta behövs information om vilken service som ges men framför allt bedömningar av hur den ges. En omfattande personalutbildning och träning i tvärfackligt samarbete anses i det australiensiska programmet som en förutsättning för att en hög prioritering av de hälsovårdande målen skall kunna förverkligas. De erfarenheter som vunnits under 1970-talet visar att den ofta specialistutbildade personalen saknat erforderliga kunskaper i hälsovård. Detta har i sin tur skapat en osäkerhet vad avser hälsovårdens omfattning och inriktning. Samtidigt har man haft svårt att ställa om till de självständiga och flexibla arbetsformer som ofta präglar det hälsovårdande arbetet.

De här svårigheterna betraktas som omställningsproblem som man kan klara genom ökade utbildningsinsatser och genom en medveten satsning till tvärfackligt samarbete. Samtidigt som man konstaterar att en effektiv ledning och styrning är nödvändig såväl centralt, regionalt som lokalt för att kunna förverkliga de angivna hälso- och sjukvårdspolitiska målen.

Det nuvarande styrsystemet för hälso- och sjukvården är mycket splittrat i Danmark. Det finns ett antal organ såväl på central som på lokal nivå. Dessa organ har både politisk och administrativ kompetens. Härtill kommer att den medicinska personalen, det vill säga läkare, tandläkare, fysioterapeuter etc. i jämförelse med andra verksamhetsgrenar i samhället har relativt stora möjligheter att styra inriktningen av sitt eget arbete. De politiska beslutsorganen har därför generellt sett en sämre kontroll och sämre möjligheter att påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården än inom andra samhällssektorer.

Den danska kommittén föreslår att ett nytt styrsystem skapas för att komma till rätta med problemen. Förslaget innebär bland annat att man från central nivå skall ta upp förhandlingar med de enskilda kommunerna om och hur samverkan av socialvården och hälso- och sjukvården skall gå till. Man kan tänka sig att lösningen inte behöver vara likartad i alla kommuner utan man är öppen för en lokalt anpassad lösning inom ramen

för de centrala direktiven. Ett alternativ kan vara att på lokal nivå skapa ett samordnande organ för hälso- och sjukvården samt socialvården. Detta organ skall på lokal nivå motsvara det diskuterade social-, hälso- och sjukvårdsdepartementet på central nivå. En annan tänkbar lösning på det lokala planet är att sammanföra de styrande organen för hälsovården och socialvården medan man låter de styrande organen för den sjukhusbundna vården finnas kvar. Denna lösning kräver att det finns en samordning mellan samtliga dessa styrande organ. Man föredrar denna senare lösning åtminstone på kortare sikt då det innebär betydande administrativa svårigheter att i ett enda steg slå samman den sjukhusbundna vården med socialvård och fristående öppen vård.

Det norska plandokumentet pekar likaledes på den nuvarande bristfälliga styrningen av verksamheter som i hög grad bidrar till att reducera ett effektivt resursutnyttjande. För att uppnå en högre effektivitet måste man utforma konkreta styrsystem, det vill säga utarbeta metoder och fastställa rutiner för planläggning, driftkontroll och värdering av såväl medicinska som administrativa verksamheter. Dessa skall baseras på klara mål för verksamheten. Styrning krävs på såväl central, regional som på lokal nivå.

## England

Beskrivningen av den engelska sjukvårdsplaneringen baserar sig på tre huvuddokument. Ett ursprungligt rådgivande dokument "Priorities For Health and Personal Social Services in England" (planens innehållsförteckning, se bilaga 1 respektive 2) som utgavs 1976 av Department of Health and Social Security. I detta program anges prioriteringar samtidigt som anvisningar ges vad avser planeringsmetoder. Ett andra dokument är "The way forward" som utgavs av departementet 1977 och som är en bearbetning av "prioritetsprogrammet" baserad bland annat på de remissyttranden som inkommit från de regionala sjukvårdsmyndigheterna. Ett tredje dokument utgörs en påbyggnad till de två föregående dokumenten och innehåller förtydliganden och korrigeringar, samt utgör planeringsunderlag för de regionala hälsomyndigheterna. Dokumentet utgavs i mars 1978.

### Bakgrund

Dessa dokument är en helt ny typ av planeringsunderlag för engelsk sjukvårdsplanering. Det är första gången som man har försökt att fastställa systematiska prioriteringar genom hela sjuk- och socialvårdssystemet. Detta har delvis framtvingsats av de ekonomiska begränsningar som gäller de offentliga utgifterna. En avsikt är också att de centrala och regionala myndigheterna tillsammans skall arbeta fram de huvudprioriteringar som ska styra planarbetet. Sett ur detta perspektiv är dokumenten olika steg i en kontinuerlig planeringsprocess.

### Hälso- och sjukvårdens organisation i England

Socialdepartementet (Department of Health and Social Security) är den högsta sjukvårdsmyndigheten i England. Till sin hjälp har socialministern dels ett centralt hälsovårdsråd (Central Health Services Council), dels särskilda rådgivande kommittéer (Advisory Committés).

Ansvaret för den offentliga sjukvården i landet är delat på huvudsakligen tre parter, nämligen regionala sjukhusstyrelser, som ansvarar för sjukhus, specialistvård och blodtransfusionservice, sjukvårdsstyrelserna, som bland annat svarar för familjeläkarorganisationen, tandvård, läkemedelsförsörjning

m. m. samt de lokala hälsovårdsmyndigheterna som ansvarar för förebyggande vård, vaccination, mödra- och barnavård, hälsovårdscentraler m. m. Förutom dessa myndigheter finns fristående specialistsjukhus, en centralstyrelse för undervisningssjukhus samt den offentliga sjukvårdens laboratorieservice.

England och Wales är uppdelade i 50 sjukvårdsregioner som tillsammans omfattar 174 lokala hälsovårdsmyndigheter. Sjukvårdsstyrelsernas antal är 134. Vanligen svarar en sjukvårdsstyrelse och en lokal hälsovårdsmyndighet för samma geografiska område, men i ett fåtal fall omfattar en sjukvårdsstyrelses område mer än ett lokalt hälsovårdsområde.

## Strukturförändringar och resursknapphet

### *Regional omfördelning*

Strukturförändringarna inriktas i hög grad på en omfördelning av resurser till förmån för mindre utvecklade regioner. Detta förutsätter bland annat en gemensam och samordnad planering mellan de centrala, regionala och lokala sjukvårdsmyndigheterna. Samtidigt betonas kraftigt vikten av att bibehålla standarden på den service som ges, för att den inte okontrollerat skall urholkas i ett kärvt ekonomiskt läge. Kapitalutgifter kommer i allmänhet att prioriteras lågt för att ge möjligheter till ökning av löpande utgifter inom högprioriterade sjukvårds- och socialvårdssektorer. Genom rationalisering hoppas man nå större effektivitet vid en bibehållen standard.

### *Befolkningsmässiga förutsättningar*

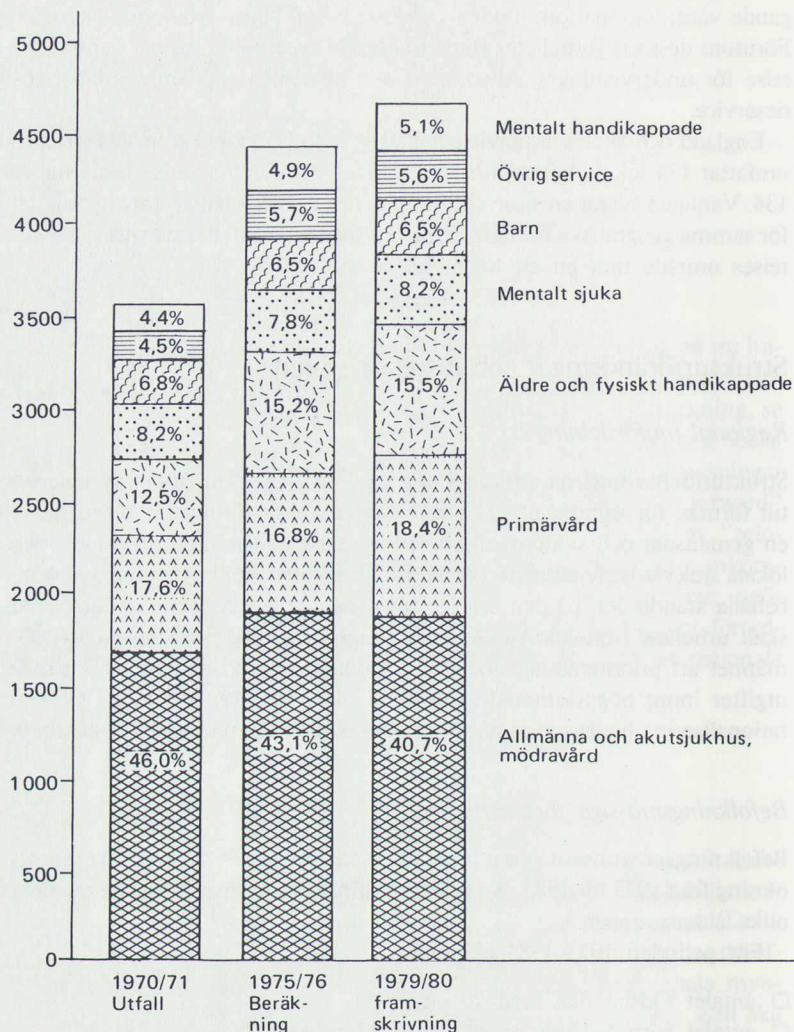
Befolkningsprognoserna visar totalt på en begränsad tillväxt med en procents ökning från 1973 till 1985. Betydande skillnader kan dock konstateras inom olika åldersgrupper.

För perioden 1973–1985 beräknas:

- antalet födselar öka med 20 procent
- antalet barn 5–15 år minska med 17 procent
- antalet i yrkesverksamma åldrar 16–64 år öka med 5 procent
- pensionärer i åldersgruppen över 75 år öka med 25 procent.

## Prioriteringar i huvuddrag

Nedanstående figur illustrerar på ett överskådligt sätt de strukturförändringar som den engelska sjukvården genomför. Mest markant är minskningen av den andel av de totala resurserna som går till akutvården och den ökning som anges för primärvården.



Figur 1. Utgifter per program i procent av totala utgifter Drift- och kapitalkostnader (prisnivå nov-74).

Centrala prioriteringar i de ovan angivna programmen är bland annat:

- individuella förebyggande insatser som hälsoutbildning och sexualrådgivning (inklusive sterilisering) ges högre prioritet än tidigare. Fler "Health Education Officers" skall utbildas,
- den miljöinriktade hälsovården förstärks. Ett inslag i detta arbete är anvisningar om ökad fluorisering av dricksvattnet,
- familjeläkarverksamheten tillåts öka med 3,7 procent per år,
- programmet för utveckling av hälsocentra skall bibehållas på oförändrad ambitionsnivå,
- uppsökande verksamhet och hemsjukvård ges hög prioritet och tillåts växa med ca 6 procent per år,

- speciell uppmärksamhet skall ägnas de otillfredsställda vårdbehov som bl. a. finns bland de mentalt sjuka,
- de avgiftsbelagda vårdplatserna (pay-beds) avvecklas som vårdform och att dessa platser överförs till den offentliga sjukvården för att bl. a. öka möjligheterna att ta emot äldre patienter,
- rationaliseringar som dagkirurgenheter, 5-dagarsvård m.m. skall ske inom den akuta vården,
- striktare pris- och produktkontroll skall införas för att förhindra okontrollerade ökningar av läkemedelskostnaderna.

Det engelska socialdepartementet har tidigare kritiserats för att lägga fast prioriteringar utan att visa hur de faktiska avvägningarna gentemot andra sektorer skall genomföras. Prioritetsprogrammet är delvis utfärdat just för att möta den kritiken.

Lokala prioriteringar kommer naturligtvis att påverka de här framlagda prioriteringarna beroende bl. a. på de olika områdenas befolkningsmässiga och sociala karaktär. Från departementets sida konstateras också att lokala planer inte alltid kan beräknas överensstämja exakt med de prioriteringar som har föreslagits i detta dokument för nationell nivå.

## Remissinstansernas kommentarer till prioriteringarna i det rådgivande dokumentet

De försök till nationella prioriteringar inom angivna resurser som gjordes i programförslaget välkomnades av remissinstanserna. Från lokalt myndighetshåll ifrågasattes dock de finansiella kalkyler som utgjorde underlag för prioriteringarna.

I allmänhet kritiserades dokumentet främst från lokala myndigheter för att det var gjort med utgångspunkt från ett sjukhusperspektiv. Man saknade en bredare ansats med markerad samverkan med andra samhällssektorer med ansvar för boende, utbildning, sysselsättning, rättssäkerhet m. m.

Beträffande själva sakinnehållet var remissinstanserna främst oroad över den återhållsamhet som skulle präglade den allmänna sjukvården och akut-sjukvården. Detsamma gäller förlossningsvården. För dessa sektorer, som föreslagits en lägre tillväxttakt än genomsnittet, nåddes inte stöd från alla remissinstanser. Det var främst organisationer med specialintresse i dessa sektorer som inte stödde en lägre prioritering.

Däremot nådde man stor enighet beträffande förslaget om fortsatt utveckling av hälsovårdscentraler inom primärvården. Här påpekades också att en rad frågor återstår att lösa och noggranna överväganden bör göras för att tillgodose de olikheter i behov som finns t. ex. i storstäder jämfört med landsbygd.

Några kommunhälsoråd betonade behovet av att bevaka sjukvårdsservicen för den ekonomiskt aktiva befolkningen trots att andra sektorer och andra patientgrupper prioriteras.

Från fackligt håll stöddes i stora drag den föreslagna strategin. Speciellt betonade man betydelsen av de skillnader i sjukvårdskonsumtion som fö-



religger beroende på vilken social klass den enskilde tillhör. Vidare underströk man vikten av den föreslagna satsningen på hälsoutbildning.

De frivilliga organisationerna välkomnade dokumentet och stödde också strategin. De betonade särskilt behovet av gemensam planering med sektorerna boende, utbildning och miljö – både på ett centralt och lokalt plan.

Det engelska socialvetenskapliga förhållningssättet har varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildning och hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

Lokala planeringar kommer naturligtvis att påverka de nationella planeringarna. Detta är ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

Planer för hälsoutbildning i olika sektorer för hälsoutbildning. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

Kommitténs kommissioner för hälsoutbildning. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

De förslag till nationella planeringar som presenterades i denna rapport. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

I denna rapport presenteras de förslag som presenterades i denna rapport. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

Behandling av hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

Den nationella planeringen som presenterades i denna rapport. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

Utgångspunkten för denna rapport är hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll. Detta förhållningssätt har också varit ett viktigt förhållningssätt när det gäller hälsoutbildningens innehåll.

## Australien

De uppgifter som refereras i detta avsnitt baserar sig på en rapportserie, "Community Health No 1-6", som utgivits av Health Commission of New South Wales, Sydney, år 1977 som också inkluderar en framtidsstudie av Philip Selby avseende sannolika förändringar i hälsopanoramats och vårdutbudet. Rapportserien skulle betraktas som en måttstock gentemot vilken sjukvårdshuvudmännen skall kunna utvärdera sina respektive planer.

Rapportserien om primärvårdsservice redovisar mål för denna service i New South Wales – en av de befolkningsmässigt största sjukvårdsregionerna i Australien. Regionen innefattar storstäder som Canberra, Sydney m. fl. Redovisade mål bryts dessutom ner i delmål strategier, som skall ge en möjlighet att utvärdera primärvårdens effektivitet och kvalitet.

### Hälsa- och sjukvårdens organisation i Australien

Common Wealth Department of Health (Federala hälsovårdsdepartementet), som är Australiens högsta sjukvårdsmyndighet, består av ett centralt kontor i Canberra och ett regionalkontor i varje delstat.

Vid hälsovårdsdepartementets centralkontor utfärdar man bl. a. certifikat som "godkänner" vårdanläggningar som sjukhus eller vårdhem, en förutsättning för att patientersättning enligt sjukförsäkringen skall kunna utgå. De godkända sjukhusen betecknas som "allmänna" sjukhus, men behöver därför inte vara i offentlig ägo. Cirka 70 procent av Australiens sjukhus är i allmän ägo.

Den federala sjukförsäkringen Medibank lyder under departementet och handhas av The Health Insurance Mission.

De regionala kontoren svarar förutom för medicin och farmaci även för administration och finanser samt allmän socialersättning.

Varje delstat i Australien har ett hälsovårdsdepartement med en hälsovårdsminister som högsta chef. Delstaten är indelad i distrikt (motsvarande landsting) med egen styrelse. Befogenheterna grundas på delstatens delegering av befogenhet, och kan närmast liknas vid en kombination mellan en svensk länsstyrelse och ett landsting. I andra avseenden fungerar distriktet närmast som primärkommuner.

Eftersom varje stat bestämmer om sjukvården inom sina gränser är den ordnad i olika stater beroende på statens sjukvårdspolitik.

De australiska sjukhusen kan vara offentligt ägda, privata utan vinstintresse och privata med vinstintresse. I vissa delstater finns ett särskilt kontrollorgan (Comission eller State Hospital Board) med en myndighetsfunktion för utövande av den delstatliga kontrollen. Hälsovårdsdepartementet har en direkt kontroll i andra delstater. Kontrollen avser främst sjukhus med delstatsbidrag eller totalfinansiering av delstaten.

Statsägda sjukhus administreras vanligen direkt av hälsovårdsdepartementet eller av ett särskilt kontrollorgan, sjukhusstyrelsen.

Privata sjukhus ägs i regel av olika sammanslutningar av religiös karaktär.

## Utvecklingsarbete under 70-talet

En omorganisation av hälso- och sjukvården i början på 1970-talet innebar att man fick bättre möjligheter att ändra balansen mellan den medicinska sjukvården och den förebyggande vården. Man hade tidigare märkt att sjukvården blivit mer och mer isolerad från problemen i kommunen och att utvecklingen av hälsovården bestämdes mer av historiska och redan existerande förhållanden än av kommunmedlemmarnas behov.

En ny hälso- och sjukvårdskommission bestämde att hälso- och sjukvården på lokal nivå skulle utföras inom primärvården. Denna skulle utföra undersökningar, förebyggande verksamhet och behandling av alla sjukdomar utom de mest allvarliga.

Organisationsformen skulle utformas så att man inte förhindrade utveckling av nya program för behandling av förebyggande verksamhet. Man förutsåg från början att de stora begränsningarna i utvecklingen skulle ligga i den traditionella sjukvårdssynen och allmänhetens förväntningar.

Primärvården har utvecklats i många nya riktningar. Nu har man nått det skede där man har tillräckligt underlag och erfarenheter för att i detalj fastställa syften och mål för den framtida planeringen.

En koncentrerad presentation på övergripande nivå görs i detta kapitel av detta planeringsunderlag.

## Hälsförhållanden

### *Dödsorsaker*

I Australien liksom i flertalet andra industriländer har medellivslängden för män och kvinnor uppgått till 70 respektive 75 år under de senaste årtiondena. I stort har ingen förändring skett även om en viss nedgång för män kan noteras.

Två tredjedelar av dödsorsakerna beror på hjärt- och kärlsjukdomar, cancersjukdomar och olyckor. Under 35 års ålder utgörs emellertid de flesta dödsorsakerna av olyckor. Död till följd av olyckor, självmord i yngre år, hjärt-kärlsjukdomar och lungcancer i medelåldern ökar kraftigt. Framför allt fyra dödsorsaker förorsakas av olika levnadssätt, och man anser det inte troligt att ytterligare investeringar i sjukhus och medicinska system

kommer att kunna minska dem. Det kan troligen i första hand ske genom en ändrad livsstil och genom förebyggande verksamhet som förändrar dryckesvanor, rökning, kosthållning och trafikbeteende. Det kan i framtiden bli möjligt att uppnå en minskning av vissa typer av hjärt-kärlsjukdomar och cancersjukdomar genom att de upptäcks i ett tidigt skede.

### *Sjuklighet*

Man beräknar att en genomsnittlig invånare i New South Wales endast besöker läkare vid 25 procent av de tillfällen som han känner sig sjuk. Det betyder att han för övrigt behandlar sin sjukdom själv. Man beräknar att ca 25–30 procent av läkarbesöken föranleds av kroniska sjukdomar och att ca 12 procent representerar psykiska störningar.

En mycket viktig del av sjukdomsbilden är den psykosociala sidan. Alkoholism, äktenskapsproblem, brottslighet, arbetslöshet, barnmisshandel, läkemedelsmissbruk m. m. är exempel på faktorer som man menar mycket starkt påverkar sjukligheten.

Det australiska hälso- och sjukvårdssystemet är för närvarande för dåligt utformat för att kunna ta hand om dessa sjukdomar och problem. För den sjukhusanslutna vården kan man förutse en minskad intagning av patienter under 65 år på grund av en bättre förebyggande verksamhet, tidigare upptäckt av sjukdomar och förbättrade vårdprogram inom primärvården.

### Förebyggande insatser

I Australien har den nuvarande hälso- och sjukvården koncentrerats till den sjukhusanslutna vården medan de förebyggande insatserna varit av helt marginell betydelse. En tyngdpunktsförskjutning bör enligt planerna ske från sjukvård mot hälsovård.

Speciellt betonas utbildning och information till allmänheten kring den betydelse livsstil och vanor har för hälsan.

Skolan och massmedia anges som speciellt viktiga "kanaler" för denna upplysningsverksamhet som bl. a. inriktas på de skadliga effekterna av droger, alkohol och en i andra avseenden ohälsosam livsstil.

Samtidigt konstateras dock att de försök man hittills gjort inte lyckats särskilt bra. Det är därför nödvändigt att inom ramen för det hälsouppbyggande arbetet bedriva ett utvecklingsarbete som inriktas på att få fram bättre informationsmetoder.

De hälsovårdande insatserna måste också inriktas mot att uppmärksamma sådana social- och miljöförhållanden som orsakar ohälsa.

Hälsovårdens medverkan i samhällsplaneringen blir därvid en viktig arbetsuppgift, och förutsätter nära samarbete med bl. a. socialvården, skolan, kriminalvården liksom med organ som planerar den lokala boendemiljön.

I den framtidsstudie som utgjort ett underlag för bl. a. hälsovårdsprogrammet betonas miljöriskernas betydelse för befolkningens hälsa speciellt vad avser luft och vattenföroreningar, strålning, buller och kvaliteten på livsmedlen. Vidare anges som centrala områden för förebyggande insatser ar-

bets- och boendemiljön. Samtidigt konstateras emellertid att det är underliggande ekonomiska förhållanden som påverkar miljöförstörelsen. I det framtidsscenario som tecknas ser man därvid inga större möjligheter att ändra på dessa för ett industrialiserat land typiska ekonomiska intressen för att på detta sätt påverka eller hindra uppkomsten av ohälsosamma miljöer.

En omfattande personalutbildning och träning i tvärfackligt samarbete utgör en förutsättning för att denna höga prioritering av de hälsovårdande målen skall kunna förverkligas.

De erfarenheter som vunnits under 1970-talet visar att den ofta specialutbildade personalen saknat erforderliga kunskaper i hälsovård. Detta har i sin tur skapat en osäkerhet vad avser hälsovårdens omfattning och inriktning. Samtidigt har man haft svårt att ställa om till de självständiga och flexibla arbetsformer som ofta präglar det hälsovårdande arbetet.

De här svårigheterna betraktas som omställningsproblem som man kan klara genom ökade utbildningsinsatser och genom en medveten satsning på tvärfackligt samarbete.

## Behandling

En bärande princip i de australiska planerna är att explicit beakta självvårdens (egenvårdens) betydelse.

Detta gäller såväl sjukdomar som helt kan skötas av den enskilde som sjukdomar där den enskilde kan klara vården med stöd från sjukvårdskunnig personal. I de sistnämnda fallen bör – enligt planerna – möjligheterna till självhjälp bedömas vid patientens första kontakt med sjukvården. Detta förutsätter att man successivt bygger upp en kunskap om på vilka grunder sådana bedömningar kan göras samtidigt som man i vissa fall betraktar själv-hjälpmetoden som ett alternativ till professionell vård.

Den framtida professionella vården påverkas bl. a. av den medicinsk-tekniska utvecklingen. I Philip Selbys framtidsstudie förväntas stora framsteg när det gäller transplantationer och kirurgiska tekniker för att bota hjärt- och kärlsjukdomar. Läkemedelskonsumtionen beräknas bli fördubblad och ökningen i psykiska störningar väntas leda till en utveckling av helt nya läkemedel – ”sociala droger” – för kontroll av sinnestämningar.

Med sociala droger menas droger som används för att förändra beteenden och sinnestämningar hos patienterna med hänsyn till deras sociala omständigheter eller behov. De sociala drogerna används som ett försvarsmiddel och ger en tillfällig flykt eller lindring snarare än bot. De kan ge lindring vid trötthet, monotoni, ångest, frustration eller åstadkomma en minskad oro i det vardagliga livet. Man räknar samtidigt med att toleransnivån mot stress kommer att sänkas när stressen i det moderna samhället ökar.

Andra sociala droger som manliga kemiska preventivmedel och abortmediciner kommer att utvecklas liksom medel för att öka intellektuell kapacitet, stimulera sexualitet och minska brottslighet, liksom botemedel mot andra droger, alkohol och tobak.

Denna framtidsbild kan ställas mot dagens australiska hälso- och sjukvård

som i hög grad saknar kunskap och resurser att möta den allt frekventare psykosocialt betingade ohälsan.

I den tidigare angivna framtidsstudien räknar man också med att de psykiska störningarna – speciellt neuroserna – kommer att öka mycket kraftigt. Människan kommer att få allt svårare att anpassa sig till miljön vilket bl. a. leder till kontaktsvårigheter och anpassningsproblem. Detta i sin tur kan leda till olika typer av beteendeproblem, missbruk eller självmordsförsök. För en sådan utveckling krävs förutom viss psykiatrisk hälso- och sjukvård en inriktning av vården mot stöd till självhjälp, gruppterapi och omfattande informations- och utbildningsinsatser.

## Primärvårdens områdesansvar

I Australien finns privatpraktiker med ett patientsansvar som begränsas till de patienter som är registrerade hos respektive läkare. De patienter som privatpraktikern har motsvarar snarare läkarens egen bakgrund och skicklighet än den lokala befolkningens sjukvårdsbehov. Detta skiljer den offentliga sjukvården från den privata. Den offentliga sjukvården skall vara lika tillgänglig och ta samma ansvar för alla medborgare, och kanske då speciellt för dem som behöver hjälp men som av olika anledningar inte söker den.

Det områdesansvar som gäller i New South Wales innebär således att den kommunala hälso- och sjukvården snarare tar ansvar för invånarna i olika geografiska områden än bara de individer som efterfrågar sjukvård. Det är också inom den områdesvisa hälso- och sjukvården som man måste besluta om hur dessa resurser skall fördelas för att på bästa sätt möta uppkomna behov.

Det är vidare primärvårdens uppgift att i en första kontakt med patienten försöka fastställa problemets art och behov av vård. Dessa arbetsuppgifter utförs av allmänläkare, som också har ett specialistansvar för patienten som helhet, dvs. viss kunskap om patientens allmänna förhållanden, familjeförhållanden och sociala situation.

I plandokumentet pekar man på den fara som ligger i en alltför stelbent uppdelning av sjukvårdsinsatserna på olika patientkategorier (målgrupper) eller olika ändamål (t. ex. förebyggande verksamhet, rehabilitering m. m.). Denna uppdelning används vanligen av administrativa skäl och planerings-skäl men det är viktigt att den är flexibel och tillåter ökning/ minskning eller kan ändras vid ett annat synsätt på sjukvården.

Den centrala hälso- och sjukvårdsmyndigheten kan fastställa policy och standard men det är de regionala och lokala områdesansvariga som bäst kan planera och utveckla servicen för de lokala behoven. Ansvaret för att servicen blir rätt fördelad till dem som har behov av den, åvilar således de lokala organen. Detta ansvar inkluderar ett ansvar för att försöka nå de människor som har behov av hjälp, men som av olika skäl inte söker den. Detta förutsätter bl. a. undersökningar av sjukligheten i området.

## Primärvårdsläkarens ansvar

Primärvårdens inriktning definieras i plandokumenten bl. a. genom att ange primärvårdsläkarens ansvar. Enligt dessa riktlinjer skall primärvårdsläkaren:

- utgöra en kontaktpunkt mellan individen och hälso- och sjukvårdssystemet.
- tränas i tidig upptäckt av allvarliga sjukdomar som är behandlingsbara,
- tränas i upptäckt och behandling av vanliga psykiatriska, psykologiska och sociala problem som påverkar människornas hälsa,
- ge initial vård och behandling samt bistå vid akuta olyckor,
- ge långtidsvård och ledning vid behandling av allvarliga kroniska sjukdomar, besvär och terminalvård,
- svara för kontinuerlig ledning av patientens behandling genom direkt vård inom primärvården samt vid behov remittera patienten till specialist,
- studera sjuklighet och hälso- och sjukvårdskonsumtion,
- vara personalthälsorådgivare inom den förebyggande verksamheten, samt
- övervaka diagnostik och behandling av sjukdomar och skador utförda av övrig personal.

## Ökat medborgarinflytande

Allmänheten har ofta – konstaterar man i plandokumenten – svårigheter att på lokal nivå följa och påverka hälso- och sjukvårdens verksamhet.

En utveckling från en sjukhusorienterad specialistvård mot en lokalt förankrad primärvård torde emellertid öka möjligheterna för invånarna att förstå och engagera sig i den lokala hälso- och sjukvårdspolitikerna.

Rådgivande organ med invånarinflytande, liksom frivilliga insatser inom sjukvården kan vara ett sätt att öka det allmänna deltagandet i sjukvården. Ett annat sätt är att göra allmänheten medveten genom olika slag av information om befintlig service, framtidsutveckling inom sjukvården m. m. Olika intressegrupper som har uppstått med anledning av hälso- och sjukvårdsfrågor kan visa sig vara värdefulla när det gäller att föra ut sjukvårdssystemet till invånarna.

Faktorer som erfarenhetsmässigt kan motverka ett utökat medborgarinflytande är betoningen av medicinsk professionalism inom hälso- och sjukvårdsplaneringen och svårigheter att särskilja befolkningens roll från patientens. Vidare gäller det att finna vägar för att på ett effektivt sätt informera och engagera medborgarna i de kommunala hälsofrågorna.

## Efterfrågan och behovet av styrmedel

Efterfrågan på hälso- och sjukvård tenderar att öka så länge som sjukvårdens utbud ökar. Samtidigt ökar sjukvårdens möjligheter att behandla olika sjukdomar. Inte minst den medicinsk-tekniska utvecklingen har alltför ofta skapat oralistiska förväntningar på vård och service.

I ett kärvt ekonomiskt läge krävs speciella insatser för att analysera denna efterfrågeutveckling. Ett led i detta arbete är att studera de olika faktorer som påverkar befolkningens benägenhet att söka vård.

Vidare antas att s. k. nyttkostnadsanalyser kommer att användas för att ge ett bättre underlag för fördelning av resurser inom hälso- och sjukvårdssektorn. Samtidigt betonas dock att det är politiska värderingar och beslut som blir avgörande för såväl resursfördelningen mellan hälso- och sjukvårdssektorn och andra sektorer som inom hälso- och sjukvårdssektorn. 1980-talet antas på ett tydligare sätt än tidigare präglas av politiska prioriteringar mellan olika sektorer.

Detta ställer i sin tur krav på en god planering och kontinuerlig uppföljning av verksamheten. Den nuvarande situationen beskrivs som otillfredsställande dels därför att man tappat kontrollen över kostnadsutvecklingen, dels därför att man saknar bra metoder att värdera olika vårdmetoder ur ett ekonomiskt och socialt perspektiv. För att komma till rätta med dessa problem är det viktigt att finna styrmedel som är direkt relaterade bl. a. till förändringar i patienternas behov av vård. Därvid bör sjukvårdsdistrikten själva kunna beskriva vilken service man erbjuder samt hur effektivt man når olika målgrupper. Det är vidare väsentligt att man finner vägar att väga in användarnas/patienternas bedömningar.

För att kunna göra detta behövs information om vilken service som ges men framför allt bedömningar av hur den ges.

Sammanfattningsvis konstateras att en effektiv ledning och styrning är nödvändig såväl centralt, regionalt som lokalt för att kunna förverkliga de angivna hälso- och sjukvårdspolitiska målen.



## Kanada

”Ett nytt perspektiv på kanadensarnas hälsa”, är titeln på en långsiktig och idéinriktad skrift publicerad 1974 och signerad Marc Lalonde, dåvarande kanadensisk hälso- och sjukvårdsminister.<sup>1</sup>

Syftet med skriften är att utifrån en helhetssyn som omfattar såväl orsaker som förekomst av ohälsa formulera utgångspunkter för en nationell hälsopolitik.

I detta perspektiv krävs nationella hälsopolitiska insatser, där hälso- och sjukvård utgör en begränsad del av det hälsopolitiska arbetet. Andra delar gäller miljö, livsstil och människans ”biologiska funktioner”. En kortfattad sammanfattning av denna hälsopolitiska ansats ges i detta kapitel.

### Hälso- och sjukvårdens organisation i Kanada

I Kanada är ansvaret för hälso- och sjukvården uppdelat mellan den federala regeringen och de olika provinserna.

”The Department of National Health and Welfare” är högsta federala myndigheten inom hälsovården. Viktigaste uppgiften är samordningen över provinsgränserna av hälsovårdsresurser och hälsovårdsarbete.

I varje provins ansvarar provinsregeringen för hälsovården. Vanligen finns i provinsen ett hälsovårdsdepartement för detta ändamål. En viktig uppgift är samordningen av hälso- och sjukvården mellan sjukhus, frivilliga (privata) hälsovårdsstationer, sjukvårdens yrkeskår t. ex. privatpraktiserande läkare, tandläkare, forskningsinstitutioner etc. Speciella sjukvårdsplaner utarbetas för varje provins. I berörda provinser är hälsovårdsdepartementet ansvarigt för endast en del av uppgifterna inom hälsovården.

I dessa fall har ansvaret för speciella delar som t. ex. sjukförsäkring, cancerkontroll, alkoholvård etc. lagts på särskilda fristående organ direkt ansvariga inför hälsovårdsministern i provinsen.

1969 infördes en allmän statlig sjukförsäkring, Medicare, för samtliga medborgare. Inom vissa gränser har provinserna möjlighet att anpassa försäkringen efter egna intressen. I princip täcks hälften av kostnaderna för Medicare av federala anslag och hälften av premier.

<sup>1</sup> Rapportens engelska sammanfattning av hela den hälsopolitiska strategin.

## Det traditionella perspektivet på hälsopolitiken och dess begränsningar

En vanlig uppfattning är att medicinska insatser har en avgörande betydelse för befolkningens hälsostatus. Detta har till stor del berott på den kraftfulla bild som medicinen uppvisar vid kontroll av infektioner och parasitära sjukdomar, kirurgins framsteg, minskad spädbarnsdödlighet och utvecklingen av nya läkemedel. Denna bild förstärks av läkemedelsannonser, TV-serier med läkaren i hjälterollen, och den nästan religiösa vördnad som många kanadensare hyser för sina läkare.

Konsekvensen av denna traditionella syn på hälsofrågor är att de flesta utgifter för "bättre hälsa" är läkarorienterade (inklusive medicinering, sjukhusvård och laboratorieprov). En provning av detta hälsopolitiska perspektiv kan antingen göras utifrån en analys över tiden av de faktorer som påverkat sjuklighet och död eller från dagens sjukdoms- och dödlighetspanorama och analysera dess orsaksfaktorer.

En översikt av orsakerna till dagens dödlighet och sjukhusvårdade sjukdomar i Kanada redovisas i följande två avsnitt.

### Dödlighet och dödsorsaker

1971 registrerades 157 300 dödsfall i Kanada. 75 200 dog före 70 års ålder.

Av dessa 75 200 "tidiga dödsfall" utgjordes 7 600 av barn som dog före fem års ålder. Av dessa dog 4 800 i anslutning till eller strax efter födelsen.

Med hänsyn bl. a. till den ökade dödsrisk som gäller för barn födda av mödrar från lägre socialgrupp jämfört med barn till mödrar från högre socialgrupp hävdar Lalonde att "omgivningsfaktorer, självpåtagna risker inklusive attityder är de faktorer som måste påverkas om spädbarnsdödligheten skall kunna sänkas ytterligare".

I åldersgruppen 5-35 utgör trafikolyckorna den största dödsorsaken följd av andra olyckor och självmord. Tillsammans svarar dessa tre för 6 200 av de dödsfall som inträffade i denna åldersgrupp.

"Eftersom dessa dödsfall orsakas huvudsakligen av den mänskliga faktorn, inklusive vårdslöshet, dålig bilkörning och självvållade risker är det uppenbart att det är förändringar i dessa faktorer som krävs om dödstaten skall sänkas."

Vid 35 års ålder börjar hjärt-kärlsjukdomarna bli en betydelsefull dödsrisk (över fem procent). I 40-årsåldern är det den vanligaste dödsorsaken, en position som förblir oförändrad även i äldre åldersgrupper. I åldersgruppen 35-70 år svarar sjukdomar i hjärt-kärlsystemen för 25 700 av totalt 58 000 dödsfall.

Orsakerna till dessa sjukdomar varierar men det är föga tvivel om att överdriven fetma, rökning, stress, brist på motion och fet mat i kombination ger ett dominerande bidrag till sjukdomsbilden. Alla dessa är faktorer som kan hänföras till omgivning och självorsakade risker.

Vid 50 års ålder är den näst vanligaste dödsorsaken för män cancer i struphuvud, luftrör eller lungor. Dessa svarade för 3 600 dödsfall bland

män och kvinnor mellan 40–70 år. Luftrörskatarr, emfysem och astma svarade – i samma åldersgrupp – för ytterligare 1 400 dödsfall. Rökning är en av huvudorsakerna till dessa 5 000 dödsfall. Ännu en gång kan således konstateras att orsaken utgår från en självpåtagen risk.

En typ av bedömning av de vanligaste "tidiga" dödsorsakerna (1971) utgår från hur många år som förlorats (om man utgår från en genomsnittlig livslängd av 70 år och utesluter spädbarnsdödligheten).

Orsak	Antal förlorade år
Trafikolyckor	213 000
Ischaemisk hjärtsjukdom	193 000
Alla andra olyckor	179 000
Andningsorganens sjukdomar och lungcancer	140 000
Själv mord	69 000

Man kan endast konstatera att självförvållade risker och omgivningsfaktorer är bland de viktigaste orsaksfaktorerna för var och en av dessa dödsfallskategorier mellan 1–70 år varför slutsatsen måste bli att ingen påtaglig förbättring av dödstaten kommer att kunna förverkligas om inte omgivningsfaktorerna förändras och de självpålagda riskerna minskar.

### Sjukhusvårdade sjukdomar

Hjärt-kärlsjukdomar svarar för det största antalet sjukhusdagar (en femtedel av alla sjukhusdagar inom somatisk akutsjukvård). Frakturer, brännskador och andra skador på grund av olyckor svarade för 3 100 000 av totalt 38 600 000 sjukhusdagar. Orsaken till dessa sjukdagar kan i hög grad sökas i livsstil och vårdslöshet.

Mot denna bakgrund aktualiseras följande för hälsan destruktiva inslag i livsstilen:

Alkoholmissbruk	som leder till levercirrhos, felnäring samt trafikolyckor
Rökning	som medför kronisk luftrörskatarr, lungcancer och hjärt-kärlsjukdomar
För stor läkemedelskonsumtion	som leder till självmord, ångest, olyckor och felnäring
Överkonsumtion av mat (speciellt fett)	som leder till sjukdomsgenererande fetma
Brist på motion	som ökar risk för hjärt-kärlsjukdomar
Brist på rekreation och avkoppling från arbete	som är direkt relaterade till stresssjukdomar (t. ex. högt blodtryck och hjärt-kärlsjukdomar).

Dessa självpåtagna risker förknippade med livsstilen utgör endast en del av riskpanoramata. En annan del är olika risker i omgivningen som inte kontrolleras av den enskilda människan.

Några exempel på dessa hälsorisker är vatten och luftföroreningar, urbaniserings sannolika effekter på såväl fysisk som psykisk hälsa, arbetsmiljö inklusive de fysiska och psykiska risker som ligger i enformigt "löpande band arbete" samt bristande ekonomiska resurser och därmed sammanhängande problem.

Samtliga dessa risker i vår omgivning/livssituation skapar risker som är av långt större betydelse för hälsan än någon brist inom dagens sjukvård. Mot denna bakgrund kan knappast något tvivel råda om att framtida förbättringar av befolkningens hälsa huvudsakligen ligger i förbättringar i miljö och livssituation, reduktion av självpåtagna risker och ökad kunskap om människokroppens funktion.

## Vetenskap och hälsopolitik

De vetenskapliga bevisen vad avser orsak och verkan mellan å ena sidan faktorer i omgivningen och livsstil och å andra sidan sjukdom och död är ofta motstridiga.

Avsaknaden av entydiga vetenskapliga bevis kan dock inte leda till överksamhet. Hälsoproblem måste mötas även innan den vetenskapliga bilden är fullständig. Därvid kan följande teser vara en tillräckligt säker utgångspunkt för konkreta hälsopolitiska insatser:

- Det är bättre att vara smal än tjock
- Det är bra för hälsan att inte röka
- Motion är bättre än ett helt stillasittande liv
- Alkohol är en hälsofaror speciellt när man kör bil
- Lugnande medel är en hälsofaror när användningen inte kontrolleras av en läkare
- Lugn är bättre än hård stress
- Ju mindre vatten- och luftföroreningar desto bättre för hälsan.

I sinom tid kommer den exakta betydelsen av dessa faktorer sannolikt att kunna mätas. I avvaktan på dessa resultat kan man inte acceptera en omgivning och livsstil som riskerar befolkningens hälsa.

## Centrala problemområden inom hälso- och sjukvårdssystemet

### *Omsorg respektive botande insatser*

Medicinskt utbildad personal har i första hand lärt sig hur man botar sjukdomar, speciellt infektionssjukdomar, korta akuta sjukdomstillstånd och olycksfall där sjukhusets tekniska utrustning krävs.

I ett sjukvårdssystem vars huvudsakliga inriktning är att bota sjuka är risken stor att omsorgen om de kroniskt sjuka försummas eftersom resultatet av dessa insatser inte kan mätas i medicinska termer.

Antalet läkare som specialiserat sig på behandling av patienter med kroniska handikapp är därför litet. På institutionssidan kan man iakttaga samma obalans med en relativt kraftigt utbyggd akutsjukvård och brist på platser för patienter i behov av vård för kroniska sjukdomar.

I ett samhälle med en allt äldre befolkning och därmed sammanhängande ökad frekvens av kroniska sjukdomar krävs en förändring av de värderingar som leder till denna obalans inom sjukvårdssystemet. Därvid bör möjligheterna till teamarbete mellan läkare och annan sjukvårdande personal speciellt prövas.

### *Strukturförändringar*

De ökande kostnaderna för sjukvården utgör ett centralt problemområde som bl. a. ökar kraven på en förändrad struktur av hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa förändringar som också måste sammanfalla med ovan angivna hälsopolitiska mål omfattar bl. a.:

- en omfördelning av resurser från kurator till förebyggande insatser,
- reduktion av den överkapacitet som finns inom akutsjukvården och utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten och hälsocentraler för öppen vård,
- omfördelning av de medicinska vårdresurserna för att åstadkomma en rättvisare geografisk fördelning,
- ökade vårdresurser till grupper i samhället som har speciella hälsoproblem. Detta förutsätter bl. a. ett samlat informationssystem för hälsodata,
- ökad utbildning av läkare inriktade på rehabilitering och äldrevård. Uppmärksamhet ägnas därvid de attityder som idag gör att det är brist på läkare som önskar denna utbildning,
- överföring av arbetsuppgifter från läkare till andra personalkategorier.

## Strategier för kanadensisk hälsopolitik

### *Övergripande mål*

Den kanadensiska regeringen skall i samarbete med andra intressenter eftersträva följande två övergripande mål:

- a. Att minska psykiska och fysiska hälsorisker för dem med höga risker.
- b. Att förbättra tillgängligheten av god psykisk och fysisk hälsovård för dem som för närvarande har en otillfredsställande tillgång till denna vård.

Bland möjliga åtgärder som kan bidra till att dessa mål nås anges en rad individ-, myndighets- och forskningsinsatser samt vissa speciella hälsovårdsinsatser.

### *Individeriktade åtgärder*

Hälsoutbildning för barn och vuxna.

Informationskampanjer som belyser orsaker och omfattning av trafikolyckor och hjärt-kärlsjukdomar.

Ökad information om de hälsorisker som är förknippade med missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel samt rökningens effekter på hälsan.

Åtgärder som stimulerar arbetsgivarna att utarbeta program som minskar problemen vid övergång från yrkesverksamhet till pension.

Stöd till folkidrott.

### *Myndighetsinriktade åtgärder*

Regler för att höja vissa matvarors näringsvärde.

Samråd med justitiedepartementet beträffande gränsvärden för alkohol vid bilkörning.

Ökad kontroll av annonsering för produkter som utgör en allvarlig hälsorisk.

Ökad kontroll av hälsorisker förknippade med luft, vatten, mat, buller och jordföroreningar.

### *Forskningsinriktade åtgärder*

En löpande dialog mellan hälsoplanerare och forskare vad avser prioriteringar av forskningsinsatser inom hälsovårdens område. Prioriteringarna inom medicinska grundforskningen görs av de vetenskapliga institutionerna/forskarna.

Genomförande av en återkommande nationell hälsoundersökning som klarlägger omfattning och inriktning av akuta och kroniska psykiska och fysiska sjukdomar som möjliggör bedömningar av befolkningens hälsostatus och vårdbehov.

Introduktion av ett speciellt program för att identifiera högriskgrupper inom befolkningen, utvärdera mentala och fysiska riskfaktorer och utarbeta förslag till åtgärder för att reducera risknivån.

Utarbeta ett system för olycksfallsrapportering som bl. a. underlättar identifiering av olycksskapande produkter.

Initiera ett omfattande forskningsprogram inriktat på att studera hur man på ett effektivt sätt kan informera människor om möjligheter och betydelsen av att minska de självpåtagna riskerna för ohälsa.

Studier av samband mellan fysisk omgivning respektive sociala förändringar och hälsa.

### *Hälsovårdsinsatser*

Identifiering, behandling och uppföljning av personer med högt blodtryck respektive hög kolesterolhalt.

Stöd till program som syftar till att minska risken för för tidiga hjärt-kärlsjukdomar.

Stöd till program som syftar till att öka utbildning för dem som arbetar

inom den psykiatriska vården speciellt sjuksköterskor, socialarbetare, hälso- och sjukvårdare och lärare samt för de grupper som arbetar med alkoholsjuka.

Koppla det federala stödet för utbildning av sjukvårdens olika personalkategorier till villkor om en bättre geografisk fördelning av denna arbetskraft, och med hänsyn till behoven av en hälsopolitiskt motiverad fördelning mellan olika specialiteter.

Målen för ovan angivna åtgärder bör i möjligaste mån uttryckas i termer av minskad dödlighet/sjuklighet.

## Danmark

Inrikesministern i Danmark tillsatte i november 1974 en kommitté med uppgift att ta fram överordnade prioriteringsnormer för dels behandling av sjukdomar dels förebyggande åtgärder.

Kommittén fick departementschefen som ordförande och var i övrigt politiskt sammansatt.

Kommittén tillsatte fyra arbetsgrupper som hade att svara för det egentliga utredningsarbetet. Grupperna hade att ta sig an var sitt sakområde:

- Förebyggande hälso- och sjukvård.
- Det politiska och administrativa styrsystemet.
- Hälso- och sjukvårdens resursförbrukning.
- Informationsfrågor.

Arbetet i grupperna har koncentrerats till att påvisa brister och svagheter i nuvarande system samt till formulering av synpunkter och förslag i syfte att förbättra situationen inom ovan angivna områden.

Gruppernas arbete har successivt underställts kommittén. Endast i undantagsfall har oenighet rått mellan en arbetsgrupp och kommittén.

Resultatet av gruppernas och kommitténs arbete sammanfattas på de följande sidorna och finns i sin helhet tillgängliga i dokumentet "*prioritering i sundhetsväsenet*" betänkning från sundhetsprioriteringsudvalget, betänkning nr 809, Köpenhamn 1977. Resultaten kan inte ses som en plan för hälso- och sjukvården i Danmark utan är snarare uttryck för viljeyttringar, ambitioner och mål, med skilda grader av precision.

### Hälso- och sjukvårdens organisation i Danmark

Under inrikesministeriet lyder bland annat allmänna sjukhus, mentalsjukhus, läkare, sjuksköterskor m. m., apoteksverksamhet och ärenden avseende allmänna sanitära förhållanden. De statliga mentalsjukhusen administreras av "Direktoratet for Statshospitalerna" under inrikesministeriet.

Högsta medicinska instans är Sundhetsstyrelsen med en medicinaldirektör (läkare) som chef. Sundhetsstyrelsen är rådgivande organ åt ministerier och kommunala myndigheter som har tillsyn över hälso- och sjukvård.

Ett sjukhusråd skall i samarbete med Sundhetsstyrelsen verka för samordning av sjukhusväsendet i landet, stödja de lokala sjukhusmyndigheterna och bistå styrelsen med utbyggnaden av sjukhusväsendet samt vara råd-



givande åt inrikesministeriet i fråga om sjukhusväsendets administration.

För att förvalta de sociala anläggningarna under socialministeriet har man en socialstyrelse med ett styrelseråd, i vilket de kommunala organisationerna och Sundhetsstyrelsen är representerade.

I amts-kommunerna leder ett sjukhusutskott den direkta förvaltningen av sjukhusväsendet, inklusive styrelsen av de enskilda sjukhusen. Ett liknande utskott förvaltar social- och hälsovårdsanläggningar utanför sjukhusväsendet. Primärkommunernas social- och hälsovårdsanläggningar förvaltas av ett utskott tillsatt av kommunstyrelsen.

Amts-kommunerna skall enligt sjukhuslagarna utarbeta planer för att lösa sjukhusuppgifterna. Planerna skall efter yttrande från sjukhusrådet godkännas av inrikesministeriet.

Ministeriet skall efter förhandling med sjukhusrådet utarbeta riktlinjer som vägledning för att planera sjukhusväsendets framtida utbyggnad.

## Prioriteringar för hälso- och sjukvården i Danmark

### *Övergripande synsätt och mål*

En förändrad syn på hälso- och sjukvårdens roll har successivt växt fram under 60- och 70-talet. En allt större vikt ges därvid insatser som är relaterade till arbets-, trafik- och boendemiljön.

Det ändrade synsättet kan relateras till ändringar i sjukdomsbilden i samhället, från stora epidemier, hög barnadödlighet och kort medellivslängd till hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, psykiska sjukdomar, arbets- och trafikolyckor samt självmord. Dessa i sin tur härleds till förändringar i samhället som industrialisering, föroreningar, ökad psykisk press m. m.

Hälso- och sjukvården har och kommer endast att ha begränsade möjligheter att med tillfredsställande resultat behandla dessa "moderna" sjukdomar då de väl uppstått.

Detta innebär att kraven på hälso- och sjukvården måste förändras så att tyngdpunkten förskjuts från bot mot insatser för att förhindra sjukdomars uppkomst.

Dessa ställningstaganden har lett till att kommittén prioriterar den förebyggande hälso- och sjukvården. Följande övergripande mål har satts upp:

- undvika dödsfall i förtid framför allt bland unga människor,
- undvika varaktiga invaliditeter,
- ej förlänga livet utöver den tidpunkt då döden inträder som en följd av naturliga åldringsprocesser,
- hälso- och sjukvården måste ses i ett vidare sammanhang. Kopplingar till socialvård, trafik-, boendeplanering samt yttre och inre miljöfrågor måste göras för att få helhetsbedömningar av hälso- och sjukvården.

Andra synpunkter som kan hänföras till måldiskussionen är att totalansvaret för den förebyggande hälso- och sjukvården bör ligga kvar hos den nuvarande sjukvårdsorganisationen. Det är genom denna som en generell planläggning av samhällets förebyggande insatser planeras och genomförs. Man pekar

också på att det i många fall inte finns något material som visar effekterna av ökade insatser på förebyggande hälso- och sjukvård.

Dessa svårigheter betyder dock inte att man skall tveka beträffande utbyggnaden av den förebyggande hälsovården utan att man i initialskedet måste vara beredd på att vissa satsningar kanske kan slå fel och det blir fråga om skilda typer av försöksprojekt.

### *Åtgärdsförslag i syfte att förverkliga idéer och mål*

De nedan redovisade åtgärdsförslagen avser främst hälsovårdande insatser.

Kommittén framhåller att samhället visserligen har ett övergripande ansvar vad gäller planering och genomförande av hälso- och sjukvården men att det är en absolut nödvändighet att hela befolkningen förstår och inser att det är individens eget ansvar som har störst betydelse när det gäller att bibehålla hälsan. Mot denna bakgrund föreslås:

- pedagogiska insatser riktade till den enskilde samhällsmedborgaren i syfte att förstå betydelsen av egna åtgärder för att påverka det egna hälso-tillståndet
- pedagogiska insatser riktade mot beslutsfattare, t. ex. politiker, administratörer, tekniker osv. så att dessa i sin dagliga verksamhet och i sina beslut skall ta nödvändig hänsyn till de önskvärda förebyggande åtgärderna.

Dessa insatser skall främst riktas mot beslutsfattare inom områden vars verksamhet och/eller innehåll i hög utsträckning påverkar den enskilda människans fysiska och psykiska hälsotillstånd. Exempel på sådana områden är arbetsmiljön, trafiken, den yttre miljön, boendet och utbildningsområdet.

### *Finansiering av förebyggande hälso- och sjukvård*

Kommittén anser att en omfördelning av resurser måste ske från sjukvårdande till hälsovårdande insatser. Samtidigt betonas dock att en prioritering av den förebyggande hälso- och sjukvården inte får innebära en faktisk sänkning av de resurser som går till sjukvården. Man menar att den förebyggande hälso- och sjukvårdens ökade resurser skall tas av samhällets totalt ökade resurser.

Vissa av kommittéledamöterna betonade att en omprioritering som innebär en minskning av sjukvårdens resurser kan bli nödvändig för att möjliggöra en utbyggnad av hälsovården.

Efter överläggningar inom kommittén har man enat sig om att finansieringen av förebyggande hälso- och sjukvård inte får ske på bekostnad av faktisk resursminskning till sjukvården.

### *Styrsystemet*

Det nuvarande styrsystemet för hälso- och sjukvården är mycket splittrat. Det finns ett antal organ såväl på central som på lokal nivå. Dessa organ har både politisk och administrativ kompetens. Härtill kommer att den medi-

cinska personalen, dvs. läkare, tandläkare, fysioterapeuter etc. i jämförelse med andra verksamhetsgrenar i samhället har relativt stora möjligheter att styra inriktningen av sitt eget arbete. De politiska beslutsorganen har därför generellt sett en sämre kontroll och sämre möjligheter att påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården än inom andra samhällssektorer.

Kommittén föreslår att ett nytt styrsystem skapas för att komma till rätta med ovan nämnda problem.

Ett första förslag var att ansvaret för hälso- och sjukvården delas upp mellan två ministerier där det ena ministeriet har hand om den sjukhusbundna vården och ett annat ministerium om den öppna vården.

Detta förslag förkastades dock relativt snabbt av kommittén. En annan tänkbar fördelning av verksamheten som framkommit var att öppen och slutna vård skall behandlas i samma ministerium medan ett tredje förslag var att öppen och slutna vård skall kopplas till socialvården och att hela detta område skall behandlas som en enhet i ett och samma departement. På detta sätt skulle man skapa en central administrativ hälso-, sjukvårds- och socialvårdsenhet.

En central social-, och hälso- sjukvårdsadministration skulle innebära en samling av de beskrivna områdena under socialministeriet. Motiven till en sådan sammanslagning är att få en bättre samordning och nationell styrning av verksamheten.

Andra motiv är att ge den enskilde medborgaren bättre möjligheter att överblicka planering och aktiviteter inom hela området (hälso- och sjukvård samt socialvård).

Vidare anser kommittén att en samordning underlättar möjligheterna till förändringar som berör hälso- och sjukvård samt socialvård.

Kommittén föreslår att man från central nivå skall ta upp förhandlingar med de enskilda kommunerna om och hur sammanslagningen av socialvården och hälso- och sjukvården skall gå till. Man kan tänka sig att lösningen inte behöver vara likartad i alla kommuner utan man är öppen för en lokalt anpassad lösning inom ramen för de centrala direktiven. För att sammanslagningen av verksamhetsområdena skall få effekt torde det dock vara nödvändigt att på lokal nivå skapa ett samordnande organ för hälso- och sjukvården samt socialvård. Detta organ skall på lokal nivå motsvara det tänkta social-, och hälso- och sjukvårdsdepartementet på central nivå. Detta organ på lokal nivå förutsätts få en mycket stark ställning i förhållande till de ekonomiska och beslutande organen i kommunerna.

En annan tänkbar lösning på det lokala planet är att sammanföra styrande organ för hälsovården med styrande organ för socialvården medan man låter styrande organ för den sjukhusbundna vården finnas kvar. Denna lösning kräver under alla omständigheter att det finns en koordination och samordning mellan samtliga dessa styrande organ. Vid närmare eftertanke fann man att denna senare lösning är att föredra åtminstone på kortare sikt då det innebär betydande administrativa svårigheter att i ett enda steg slå samman den sjukhusbundna vården med socialvård och fristående öppen vård.

I diskussionerna kring dessa organ har också diskuterats hur man skall tillvarata de privatpraktiserande läkarnas intressen och inflytande över hälso- och sjukvården.

### *Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen*

Kommittén föreslår att ett centralt råd skapas i syfte att samordna områdena hälso- och sjukvård, socialvård, trafik samt yttre och inre miljö.

Rådet bör i princip ha två typer av huvuduppgifter, dels att löpande kritiskt granska och värdera de befintliga förebyggande åtgärderna, dels att ta initiativ till nya åtgärder i syfte att förbättra den förebyggande hälso- och sjukvården. Rådet skall bestå av personer som behandlar dessa frågor i ministerier, men även representanter från kommunala myndigheter bör ingå. Dessutom skall till rådet knytas erforderlig expertis.

Vissa kommittémedlemmar anser att rådet bör lyda direkt under den minister som är ansvarig för hälso- och sjukvårdsfrågor medan andra menar att rådet bör vara fristående och samordna sin verksamhet med andra organisationer i samhället som har att beakta liknande frågor. Denna sistnämnda grupp anser att rådet bör avge sina rekommendationer och granskningsrapporter till det organ som i Danmark motsvarar den svenska socialstyrelsen och således inte sorterar direkt under ministern.

### *Utvärdering av verksamheten*

En faktor som haft stor betydelse vid framtagning av organisationsförslag är kravet att kunna göra verkliga utvärderingar av verksamheten. Kommittén framhåller att man måste bryta med gamla traditioner när det gäller att utvärdera verksamheten, nämligen de traditioner som innebär att sjukvård utvärderas för sig, hälsovård för sig och socialvård för sig. Istället bör man sträva efter en mer övergripande och en mer helhetsinriktad utvärdering av hela blocket sjukvård, förebyggande vård och socialvård.

Man menar också att möjligheter bör skapas till överföring av medel mellan verksamheterna sjukvård, förebyggande hälso- och sjukvård samt socialvård för att dessa utvärderingar skall kunna äga rum. Dessa överföringar skall kunna göras smidigt och inte fastna i en stel byråkrati.

För att i framtiden förvissa sig om ett gott resursutnyttjande och att patienter behandlas på rätt vårdnivå föreslås att man löpande skall genomföra utvärderingar – såväl verksamhetsinriktade som ekonomiska – av hela socialsektorn. Denna löpande utvärdering skall ligga till grund för förändringar av metoder, synsätt m. m. som tillämpas inom hela området. Kommittén menar att dessa förändringar är så omfattande och kommer att kräva så stora resurser, både ekonomiska och "know how", att förändringsprocessen måste pågå under något tiotal år innan de angivna målsättningarna är förverkligade.

Utvärderingar av hälso-, sjuk- och socialvårdsverksamheten måste till stor del ske på lokala nivåer. För att resultatet av genomförda utvärderingar skall bli jämförbara krävs att centrala organ bistår med standardmetoder och modeller för ekonomisk- och verksamhetsinriktad effektutvärdering.

### *Krav på informationsunderlag*

För att kunna leva upp till de uppsatta ambitionerna anser kommittén att det krävs bättre information om de faktiska förhållandena inom hälso-, sjuk- och socialvårdsområdena.

Ett sätt att skaffa denna information är att skapa ett nytt ADB-baserat informationssystem som lagrar information till användare och beslutsfattare på lokal och central nivå. Informationssystemet skall innehålla olika delar, varav en skall lagra information om sjukligheten bland befolkningen.

Arbetsgruppen föreslår att undersökningar av den samlade sjukligheten hos en representativ del av befolkningen genomförs vart femte år.

Därvid har man speciellt pekat på behovet av att kunna beskriva vilka varaktiga nedsättningar av viktiga funktioner som den sjuke drabbas av som en följd av sjukdomstillstånd. En sådan beskrivning skall inrikta sig på inskränkningar i livsföringen som följd av sjukdomar, inskränkningar i det dagliga livet och de dagliga aktiviteterna. Beskrivningen måste bygga på en gemensamt framtagen klassifikation.

Motivet till denna insats är att samla information om och på vilka områden man bör vidta förebyggande åtgärder. Vidare skall informationssystemet ge upplysning om patienternas kontakter med olika vårdnivåer, dvs. fristående öppenvård, sjukhusbunden öppenvård och slutna vård på sjukhus.

För att klara av denna information fordras att man snarast vidareutvecklar en relevant sjukdomsklassifikation.

Informationssystemet skall också ge information om de prestationer som görs inom hälso- och sjukvården, inklusive den totala resursförbrukningen uppdelad på kapital och driftutgifter. Man kan tänka sig att personalkostnaderna redovisas för sig.

### *Särskilda insatser för barn*

Kommittén har vad gäller prioriteringar av insatser för skilda åldersgrupper särskilt koncentrerat sig på de åldrar vilka man bedömer på sikt vara mest påverkbara, nämligen barnen.

Barnadödligheten är i Danmark en av de lägsta i världen men man är inom kommittén samtidigt medveten om att det föreligger en hel mängd problem under barnets första levnadsår. Dessa problem är av social karaktär och utgörs av skilda typer av trivsel- och utvecklingsproblem. Man betonar att det är de första levnadsåren som till stor del formar barnets fortsatta liv. Därför bör man prioritera hälso- och sjukvårdens insatser för modern och för föräldrarna just efter födseln och även under graviditeten. Man betonar vidare betydelsen av de insatser som för närvarande görs vid barnvårds- och mödravårdscentraler.

De traditionella verksamheterna bör kompletteras med åtgärder som inriktar sig på barnets och familjens sociala miljö, som förhållanden mellan familjemedlemmarna, bostadmiljön, närmaste omgivningsmiljö m. m. Man betonar också i detta sammanhang kopplingen mellan förebyggande åtgärder och socialvård.

Skolåldern har länge ansetts vara en tid där barnen har få sjukdomar och där de generellt sett är utsatta för ganska få problem. Denna inställning har under de senaste åren naggats i kanten en hel del och man har nu börjat att diskutera åtgärder i förebyggande syfte för att komma till rätta med de sociala problem och sjukdomsproblem som i ökad utsträckning tenderar att uppträda just under skolåldern. Med skolåldern menas i detta fall åldern mellan 7 och 15 år.

Kommittén pekar bl. a. på behovet att under skoltiden ge barnen en – vad man kallar – sund inställning till gymnastik och fysiska aktiviteter och betonar sambandet mellan fysiskt välmående och möjligheterna till att tillgodogöra sig de teoretiska budskap som skolan förmedlar. Man menar också att det är väsentligt att skolbarnen i tidig ålder får en positiv inställning till friluftsliv och fysiska aktiviteter överhuvud taget. Detta, menar man, kommer då barnen att föra med sig genom livet. Skolan har här ett ansvar som den i ökad utsträckning måste leva upp till.

Skolans roll när det gäller att stimulera sunda kostvanor hos det uppväxande släktet betonas starkt. När det gäller genomförandet av dessa åtgärder framhålls att barnen själva måste få sitt intresse väckt för frågorna och att de uppriktigt måste anamma och acceptera de grundläggande värderingar som leder till ett ändrat beteende. Man tror inte att man via olika slag av mer eller mindre styrande direktiv kan åstadkomma dessa attitydförändringar.

### *Särskilda insatser för psykiskt sjuka*

En annan grupp som särskilt framhålls i kommitténs betänkande är de som drabbas av psykiska sjukdomstillstånd.

Kommittén framhåller att man inom den förebyggande vården bör prioritera sådana metoder som hjälper den enskilda människan att i högre utsträckning själv klara av de svåra psykologiska och sociala situationer som många hamnar i. Dessa situationer kan betingas av missförhållande i boendemiljö, familjemiljö, arbetsmiljö, skolmiljö m. m.

Denna typ av problem kan förmodligen inte lösas med administrativa regler och fysisk planering. Det är av största betydelse att den enskilda människan själv inser sin egen situation och stimuleras att själv ta initiativ. Man kan aldrig förvänta sig att samhället kan gå in och klara av de psyko-sociala problem som uppstår när människor hamnar i svåra sociala och psykologiska situationer. Däremot kan samhället ge individen bättre förutsättningar att själv klara av dessa situationer.

För att åstadkomma positiva resultat betonas att det är av största vikt att öka kontaktytorna mellan de miljöer där problemen uppstår och de fackgrupper som behandlar skadorna när de uppkommit. Ur dessa kontakter skall man på sikt skapa underlag för att bygga miljöer som i sig förebygger de psyko-sociala sjukdomstillstånden.

### *Ett exempel på förslag till förebyggande åtgärder*

Hjärt- och kärlsjukdomar var 1972 i Danmark orsak till 24 000 dödsfall. 18 000 hänförs till hjärtsjukdomar och 6 000 till kärlsjukdomar. Tillsammans var de orsak till 55 procent av dödsfallen över 65 år, 37 procent av dödsfallen bland 55–64-åringarna, 25 procent bland 35–54-åringarna och fem procent hos de mellan 15–34 år.

Det har varit en kraftig ökning i dödligheten på grund av hjärt- och kärlsjukdomar efter andra världskriget. För hela befolkningen svarar den nu för 67 procent av samtliga dödsfall. Ökningen har varit så påtaglig att den inte har kunnat uppvägas av förbättringar i befolkningens hälsotillstånd.

Ökningen har särskilt drabbat medelålders män, som nu har en kortare förväntad resterande levnadstid i 50-årsåldern än för 20 år sedan.

Hjärt- och kärlsjukdomar är kroniska tillstånd med långt utvecklingsförlopp under vilket symtomen kanske kan utebli. Symtomen visar sig i regel plötsligt, ofta är döden det första symtomet. Ca 60–70 procent av dödsfallen i hjärtsjukdomar sker utanför sjukhuset. Bland dem som blivit inlagda dör en fjärdedel trots tillgång till moderna behandlingsmöjligheter, och de utskrivna har det första året långt högre dödlighet än andra av samma ålder och kön. Med nuvarande fakta om behandling, kan man knappast nå mycket längre vid behandling (terapi). Förändringar av dessa dödsrisker torde i första hand kunna ske genom förebyggande insatser.

Det torde i första hand vara yttre förhållanden i den enskildes levnadsvillkor, som är orsaken till den starka ökningen av hjärt- och kärlsjukdomar som kan konstateras i alla industriländer. Då dödligheten av hjärt- och kärlsjukdomarna tidigare varit långt lägre än nu, är det rimligt att vänta en betydande effekt av förebyggande insatser.

Det finns mot denna bakgrund ett stort behov av forskning för att klarlägga olika riskfaktorer. Redan nu finns emellertid tillräckligt med fakta för att förebyggande insatser kan anbefallas.

De väsentligaste av de kända påverkbara riskfaktorerna är:

- cigarettrökning
- utebliven fysisk aktivitet
- felaktig och ensidig kost
- högt blodtryck
- hög kolesterolhalt i blodet
- stress.

Påverkas den enskilde samtidigt av flera riskfaktorer, ökar den sammanlagda risken för utveckling av hjärt- och kärlsjukdomar påtagligt.

Kommittén pekar speciellt på vikten av att framhålla sunda levnadsvanor vilket bl. a. innebär ökad fysisk aktivitet och mer allsidig kost.

Hälso- och sjukvårdspedagogiska insatser beträffande kostinformation är omfattande och kvalitativt svåra.

Insatserna kan sättas in i följande sammanhang:

- läkarundervisningen vid universiteten. Här bör ett särskilt ämne inrättas som behandlar kostinformation
- skolköksundervisningen och undervisningen i biologi och kostlära i den ordinarie grundskolan
- undervisningen av blivande lärare i biologi och i skolköktjänster
- upplysning i massmedia och kostinformation.

Målet för en sådan insats skall enligt kommittén vara att minska fett- och socker i genomsnittskosten. Den saknade energimängden skall ersättas av energi från kolhydrater, potatis, grönsaker och frukt där innehållet av naturliga slaggprodukter är så rikligt förekommande och så väl bevarat som möjligt.

Det finns för närvarande i Danmark ingen enighet mellan skilda läkarvetenskapliga falanger om verkningarna av ingrepp i den s. k. folkkosten.

En stor grupp forskare är dock eniga om de nordiska ländernas rekomm-

mendationer, som bl. a. Sverige och Finland har lagt till grund för omfattande försök till omläggning av kostvanorna. Dessa rekommendationer är att befolkningens fett- och kaloriintag skall minskas samt att kostens innehåll av vinsyra skall ökas.

I England och de flesta andra europeiska länder har regeringskommittéer nyligen utfärdat liknande rekommendationer.

Vissa danska forskare menar dock att den vetenskapliga grunden för omfattande ingrepp i kosten är för bristfällig. Tveksamheten gäller främst fettinnehåll och fettsammansättning. Mot denna bakgrund föreslår kommittén särskilda forskningsprojekt för att få underlag för säkrare kostrekommendationer.



## Norge

Underlagen till den nedan redovisade sammanfattningen av hälso- och sjukvårdens planering i Norge utgörs av:

- Statens förslag nummer 75 1976/77, vilket innehåller långtidsprogrammet för hälso- och sjukvården.  
Förslaget är framdraget vid "Finans og tolldepartementet" och godkänt i Konglig resolution den 15 april 1977.
- Statens förslag nummer 9, 1974/75, vilket innehåller "sjukhusutbyggnad m m i en regionaliserad hälso- och sjukvård".  
Förslaget är framtaget av socialdepartementet och godkänt i Konglig resolution den 21 juni 1974.

### Hälso- och sjukvårdens organisation i Norge

Det centrala ansvaret för hälso- och sjukvården ligger hos socialdepartementet. Den regionala nivån utgörs av nitton fylken vilka leds av var sitt fylketing (motsvarande det svenska landstinget). Den lokala nivån utgörs av landets 445 kommuner. Hälso- och sjukvården är traditionellt starkt decentraliserad. Beslut sker på lokal eller regional nivå.

Hesledirektoriet är den avdelning inom socialdepartementet som har hand om hälso- och sjukvårdssektorn. Den har bl. a. till uppgift att ta initiativ till förbättringar, informera om gällande lagstiftning, övervaka institutioners verksamhet och påverka andra beslutsorgan.

#### *Fylket*

"Sjukhuslagen" har pålagt fylkena skyldighet att upprätta en sjukhusnämnd i varje fylke. Nämnden är huvudansvarig för att fylkena fullgör sina förpliktelser gentemot lagen, t. ex. planläggning och drift av sjukvårdsinrättningar.

Staten är administrativt representerad på fylkenivå genom fylkesläkaren. Fylkesläkaren har kontrollfunktionen inom fylkets hälso- och sjukvård. Han är rådgivare till distriktsläkaren och till det lokala hälsorådet och även koordinator för olika hälso- och sjukvårdsaktiviteter.

### *Kommunen*

På den lokala nivån i varje kommun skall enligt hälsovårdslagen finnas ett hälsoråd som bär ansvaret för hälso- och sjukvården inom den egna kommunen. Rådets huvudsakliga uppgift är att reglera sanitära förhållanden.

På kommunnivå är staten representerad genom distriktsläkaren. Denne sitter ofta ordförande i kommunens hälsoråd. Distriktsläkaren fungerar bl. a. som hälsovårdsinspektör, besvarar rättsmedicinska frågor, befrämjar socialhygienisk verksamhet och leder förebyggande hälsovårdsarbete förutom funktionen som husläkare. Ansvarsområdet omfattar ungefär 5 000 invånare.

### Bakgrund och övergripande prioriteringar

I plandokumentet framhålls att framtidens hälsotillstånd för den norska befolkningen i hög grad kommer att vara beroende av livsform, arbete och inkomst.

Under de senaste tio åren, i takt med de stora framstegen inom medicinen, har man i huvudsak satsat på en stark utbyggnad av sjukhusväsendet (med sjukhusväsendet menas framför allt den slutna vården). I Norge kommer den satsning som sker under innevarande planeringsperiod huvudsakligen att inriktas mot förebyggande hälsovård.

Man betonar dock samtidigt att det inte finns någon klar gräns mellan hälsovård och sjukvård. Behandling förebygger ofta en ny sjukdom och uppkomst av psykiska problem.

Hälsa och sjukdom är i mycket hög grad knutet till sociala förhållanden, som t. ex. möjlighet till arbete, familjesituationen, boendeförhållanden och miljön på arbetsplatsen.

För att ge den enskilda människan en god hälsa och en god levnadsmiljö är det nödvändigt med ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och myndigheter som har ansvar för exempelvis miljöföroreningar, industribyggnation, boende, samfärdsel och arbetsmarknadspolitik. Det krävs ett integrerat synsätt på problemen kring hälso- och sjukvård.

Förutom att de offentliga myndigheterna har ett ansvar för den enskilda individens hälsa åvilar framför allt detta ansvar den enskilda individen. Trots alla medicinska framsteg är hälsa inte något man kan köpa sig. Personligt levnadssätt och sunda vanor är en förutsättning för att individen skall ha ett gott hälsotillstånd. Ansvaret för detta åvilar främst den enskilda individen.

### Särskilda prioriteringar

Under de senaste åren har särskild uppmärksamhet ägnats åt ämnen som kan försaka sjukdomar. Detta område prioriteras även i denna långtidsplan. Medel för att komma till rätta med dessa problem är bl. a. nya lagar om produktkontroll och arbetsmiljö.

### *Alkohol och narkotika*

Ökat bruk av vanebildande ämnen (narkotika och alkohol) är ofta ett utslag av social missanpassning. För att komma till rätta med dessa problem krävs bättre utformning av närmiljön och boendet samt lösningar av de problem som är förknippade med ungdomsarbetslösheten. Regeringen tar bl. a. sikte på att införa vissa alkoholfria miljöer, exempelvis alkoholfria restauranger, alkoholfria hotell och alkoholfria ungdomsgårdar.

### *Hälsouppllysning*

Hälsouppllysningen ges hög prioritet och riktar sig både mot beslutsfattare och allmänheten. Här kommer en rad av konkreta förslag att föreläggas stortinget under planeringsperioden.

### *Jämnare geografisk och social fördelning*

Den idag geografiskt ojämna fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser skall – enligt regeringens intentioner – förändras genom att speciellt beakta behoven av resursförstärkningar i de eftersatta områdena. Vidare eftersträvas en rättvisare social fördelning av vårdresurserna, dvs. att vårdinstanserna i högre grad än för närvarande styrs av olika befolkningsgruppers hälso-tillstånd.

En minskning av olycksfrekvensen förutsätter förebyggande insatser inriktade på t. ex. trafiksystem och produktkontroll.

Det är av intresse att notera att olyckorna i hemmet är 50 procent fler än trafikolyckorna i Norge. En anledning till de många hemolyckorna är att många produkter som används i vardagen saknar säkerhetsanordningar eller används fel.

### Faktorer som påverkar den framtida utformningen av hälso- och sjukvården

Det är orealisiskt att tro att man kan genomföra plötsliga och radikala förändringar i en så stor, komplicerad och traditionsrik samhällssektor som sjukvården. Utvecklingen bör ta sikte på en gradvis justering och ändring av nuvarande förhållanden. Vidare krävs en utveckling som grundar sig på lokala förutsättningar i landet.

### *Behovet av hälso- och sjukvård*

Plandokumentet pekar särskilt på:

- en ökad frekvens av kroniska sjukdomar
- ökande miljöproblem, både fysiska och kemiska, som kommer att ge en ökad vårdefterfrågan
- ökad urbanisering och högre genomsnittsålder som ökar behovet av hälso- och sjukvård.

### *Tillgång på hälso- och sjukvårdsservice*

De senaste årens utveckling inom hälso- och sjukvården har inneburit en hög grad av specialisering. Specialistvården har i sin tur delats upp i sub-specialiteter. Denna utveckling kommer vare sig man vill eller inte att med stor sannolikhet fortsätta även framgent.

Denna specialiseringstendens medför att den enskilde specialisten kan ge en mer kvalificerad behandling för den grupp av patienter som han tar sig an. Utvecklingen är på detta sätt positiv. En bieffekt är emellertid att specialisterna får ökade behov av att dagligen ha kontakt med andra specialister. Detta är en nödvändighet för att kunna lösa medicinska problem hos den enskilde patienten. Den vidare planläggningen av sjukhusväsendet bör därför ta hänsyn till denna specialiseringstendens och det krav till daglig kontakt med andra specialister som blivit en förutsättning för sjukhusläkarnas arbete. Vissa tecken tyder på att specialiseringen i enskilda fall kan ha gått längre än vad som kanske är lämpligt.

Utvecklingen av specialister och sub-specialister måste därför följa de övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målen.

Ett annat problem är att en stor del av slutenvårdsplatserna på sjukhus upptas av patienter som egentligen har behov av andra typer av hälso- och sjukvård. Ökning av hemhjälp och primärvårdssjukvård samt satsningar på förebyggande hälsovård är exempel på insatser som kan reducera den totala efterfrågan på slutenvårdsplatser. Ett huvudmål vid utveckling av hälso- och sjukvården bör därför vara att utveckla och samordna dessa alternativ till slutenvård. Den vägledande principen skall därvid vara att patienter skall behandlas på lägsta effektivaste vårdnivå, den s. k. LEON-principen. Genomförs detta kommer man förmodligen att kunna reducera efterfrågan på sjukhustjänster.

### *Styrning*

Den nuvarande bristfälliga styrningen av verksamheter bidrar i hög grad till att reducera ett effektivt resursutnyttjande.

För att uppnå en högre effektivitet måste man utforma konkreta styr-system, dvs. utarbeta metoder och fastställa rutiner för planläggning, driftkontroll och värdering av såväl medicinska som administrativa verksamheter. Dessa skall baseras på klara mål för verksamheten. Styrning krävs på såväl central, regional som på lokal nivå.

Det är emellertid fel att tro att man kan leda och styra en så komplex sektor som hälso- och sjukvården endast via formella system. Erfarenheterna har hittills visat att försök till styrning förblir pappersbestämmelser så länge inte personalen själv är införstådd med vilka förändringar som eftersträvas såväl medicinskt som administrativt.

Detta förutsätter bl. a. att planläggning, kontroll och utvärdering har en klar funktionell inriktning samt att fördelarna med förändringarna klart kommer fram. Det är också av betydelse att personalen motiveras att vara aktiva i själva styrningsprocessen och ser att deras insatser blir positivt värderade av beslutsfattarna. Det är vidare av stor vikt att den enskilde medarbetaren

ser att ett deltagande i styrningsprocessen innebär konkreta förändringar på den enskilda arbetsplatsen och av enskilda arbetsuppgifter.

I sista hand är emellertid den politiska viljan till förändring av avgörande betydelse. Dessa förändringar kommer nödvändigtvis att stöta sig med enskilda etablerade intressen och särintressen hos olika grupper inom hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa särintressen måste på sikt vika för hänsyn till befolkningens intressen som helhet.

## Framtida struktur av hälso- och sjukvården

### *Huvudproblemen*

Kapaciteten måste utnyttjas bättre. Patienter som söker till sluten vård på ett visst sjukhus skall inte behöva stå i en kö om det finns ledig kapacitet på ett sjukhus i närheten.

Uppagningsområdena skiljer sig från varandra beroende på vilken åkomma patienten har. Detta är i sig en broms på samarbetet dels mellan den psykiatriska och somatiska vården, dels mellan olika specialiteter inom respektive huvudområde.

Politiker och administratörer bör ta sikte på en samlad planering och budgetering för de olika delarna av hälso- och sjukvården. Därvid bör speciellt beaktas behovet av att ta fram underlag för alternativa prioriteringar.

### *Regionalisering*

Med regionalisering av hälso- och sjukvården menas ett system där varje organisatorisk enhet (exempelvis vårdcentral, sjukhus) i det totala systemet är entydigt bestämd både funktionellt och administrativt. Därvid skall:

- varje enhets uppgifter vara klart definierade med hänsyn till de funktioner den skall ha och det geografiska område den skall täcka,
- summan av den enskilda enheternas tjänster skall motsvara befolkningens totala behov av dessa hälsotjänster,
- den geografiska fördelningen av utbudet på tjänster inom hälso- och sjukvården utgå ifrån befolkningens krav om närhet till tjänsterna samt medicinska krav om rationellt resursutnyttjande samt
- boendet bestämma vid vilka enheter den enskilde medborgaren normalt skall få sina behov av hälsotjänster täckta.

Av särskild vikt är att systemet tillåter ett nära samarbete mellan enheterna. Detta samarbete skall ske såväl vertikalt som horisontalt. Skall ett dylikt samarbete bli realitet måste det säkerställas med en etablering av ett formellt samarbetsorgan. Detta skall ange klara regler bl. a. för hur samarbetet skall bedrivas och vem som är ansvarig för att samarbetet kommer till stånd.

### *Styrning av hälso- och sjukvårdens framtida utveckling*

Med styrning menas här att fastställa de aktiviteter som bidrar till att uppnå de mål för verksamheten som har fastställts. Huvudregel är att beslutsrätten

skall ligga vid de instanser som ansvarar för planläggning, uppföljning och drift av hälso- och sjukvårdens institutioner. Detta betyder att det är politiska och administrativa organ inom lokala och regionala enheter som bör vara hörnstenar i styrningsprocessen.

Vissa fackmässiga krav på hälso- och sjukvården nödvändiggör central styrning. I särskilt hög grad gäller detta hänsyn till medicinska specialområden som måste utformas i ett nationellt perspektiv.

Den del av styrningen som utförs av centrala organ bör fortsättningsvis utformas i form av råd, riktlinjer och normer. Endast i vissa sammanhang bör direkt godkännande vara nödvändigt. Generellt bör de lokala myndigheterna i högre grad än hittills tilldelas resursramar och riktlinjer för den verksamhet som skall bedrivas.

Nya medicinska specialiteter och tillhörande anställningar av läkare bör dock godkännas av centrala myndigheter innan de etableras.

Det framgår av planen att det kommer att bli nödvändigt att efter hand reducera sjukhusplatser (slutenvårdplatser) för att säkerställa den eftersträvide förstärkningen av öppen vård utanför sjukhus. Denna reduktion är nödvändig för att resursramarna inte helt skall sprängas. För mindre institutioner, sjukhem m. m. bör därvid regeringen ange en övre ram för regionen medan man för sjukhus bör fastställa antalet platser för varje institution.

Val av arbetsmetoder, arbetsorganisation m. m. bör avgöras av de lokala organen. Den centrala myndigheten bör emellertid utarbeta råd- och riktlinjer på detta område.

Det nuvarande systemet där statsmakterna utbetalar medel per objekt för driftsutgifter har fått den effekten att det för läns- och primärkommuner kan vara direkt lönsamt att öka utgifterna för hälso- och sjukvård. Vidare finns det flera exempel på att denna ordning stimulerar till onödig överstandard.

Detta system bör ersättas med en ordning som innebär att statsmakterna beviljar ramar till varje län.

## Finland

De dokument som utgör basen för nedanstående redovisning av utvecklingssträvanden inom den finländska hälso- och sjukvården är:

- Riksomfattande planer för folkhälsoarbetet och sjukvårdsanstaltarnas verksamhet under åren 1979–1983
- Hälso- och sjukvårdsplanering i Norden (utgiven av nordiska ministerrådet 1978 och bygger på översikter författade av enskilda fackmän).

### Hälso- och sjukvårdens organisation i Finland

Kommunerna har det primära ansvaret för hälso- och sjukvården i Finland. Landet är indelat i hälsovårdsdistrikt som svarar för den öppna hälsovården. Inom varje distrikt finns hälsovårdscentral till vilken hör öppen vård, mottagningar och även vårdavdelningar. Sjukvårdsadministrationen är indelad i centralsjukhusdistrikt, sinnessjukvårdsdistrikt och tuberkulosdistrikt. Verksamheten i ett distrikt upprätthålls av ett kommunalförbund.”

Riksplanering sker genom en riksplan för hälso- och sjukvården som årligen fastställs av ansvarigt statsråd. Denna riksplan fastställer även resurstilldelningen såväl beträffande materiella som personella resurser. Dessa resurser fördelar statsmakten i samråd med läns- respektive medicinalstyrelsen.

För varje hälsovårdsdistrikt och för varje centralsjukhusdistrikt uppgöres årligen regionala hälsovårds- respektive regionala sjukvårdsplaner. Dessa omfattar en tidsperiod om fem år och underställes länsstyrelsen.

### Mål för hälsovården

De förebyggande insatserna ges en hög prioritering. De skall i första hand inriktas mot att förebygga folksjukdomar.

Hälsoupplýsningen i olika former utgör en central del av de förebyggande insatserna. Speciell uppmärksamhet skall därvid ägnas upplýsning kring kost och motion samt de positiva effekterna av minskad tobaks- och alkoholkonsumtion. Hälsovårdscentralerna ges viktiga uppgifter i detta hälsovårdsarbete och förutsätts samarbeta med bl. a. socialvården, skolan, arbetarskyddet samt olika folkhälsoorganisationer.

Riktade hälsoundersökningar skall under planperioden genomföras för att spåra blodtryckssjukdomar. Beslut om hälsoundersökningar fattas av medicinalstyrelsen.

## Mål för sjukvården

### *Ökad satsning på öppen vård*

Utbyggnaden av den öppna vården ges hög prioritet. För att säkerställa denna prioritering har som en allmän princip angivits att den öppna vården måste vara ordnad på ett tillfredsställande sätt innan nya sjukhusinvesteringar kan godkännas. Undantaget från denna princip är en utbyggnad av långvården när den utgör enda alternativa vårdmöjlighet.

Vid sjukvårdsanstalterna skall man i första hand tillgodose den service som är nödvändig för behandlingen av de vanligaste sjukdomarna som förutsätter specialistsjukvård. Först då anordnande av sådan service har säkerställts för befolkningen i tillfredsställande mån kan större uppmärksamhet än för närvarande fästas vid sådana undersöknings- och vårdmetoder, vilka har utvecklats i samband med den vetenskapliga forskningen inom läkarvetenskapen och andra vetenskaper som tjänar denna. Specialistsjukvården berör i allmänhet rätt små patientgrupper men kräver en betydande insats av sjukvårdsanstalterna såväl i ekonomiskt hänseende som i fråga om anlitaandet av yrkespersonalen.

### *Jämnare utbud*

En minskning av de regionala skillnaderna i vårdutbud är ett uttalat mål i riksplanen. Vid fördelningen av vårdresurser skall de olikheter i sjuklighet som kan förekomma mellan olika områden beaktas.

Under planperioden skall sjukvårdshuvudmännen i samverkan med medicinalstyrelsen försöka klarlägga hur olika faktorer påverkar behovet av sjukvårdsservice.

### *Mål för den psykiatriska vården*

Inom den psykiatriska sjukvården utvecklas under planeringsperioden speciellt den öppna sjukvården. Avsikten är att effektivisera samarbetet mellan den öppna vården och anstaltsvården. Speciell uppmärksamhet skall fästas på samarbetet mellan hälsovårdscentraler och mentalvårdsbyråer.

Vid nyetablering av mentalvårdsbyråer skall man i möjligaste mån försöka anlägga dessa så att de blir inrymda och fungerar i samma byggnad som hälsovårdscentraler.

Vad gäller den sjukhusbundna psykiatriska vården skall särskild uppmärksamhet fästas på åtgärder som främjar patienternas rehabilitering. Tiden som patienten vistas på slutan stalt skall nedbringas och vara så kort som möjligt. I stället skall man sträva efter att få ut patienterna i öppen vård så tidigt som möjligt. Antalet vårdplatser i den slutna vården skall under perioden minskas. De resurser som härigenom frigörs skall användas till vård av långtidssjuka.



### *Rehabilitering*

Speciell uppmärksamhet skall ägnas åt den medicinska rehabiliteringen.

Behovet av rehabiliterande insatser skall uppmärksammas redan i behandlingens inledningsskede för att tidig kontakt skall kunna tas med socialvården, arbetsförmedlingen, rådgivningsbyråer etc.

### *Styrmedel*

Medicinalstyrelsen har i Finland ett avgörande inflytande vad avser resursfördelningen inom hälso- och sjukvårdssektorn. Denna styrning innebär oftare en direkt beslutsorienterad styrning än påverkan genom mål och riktlinjer.

Medicinalstyrelsen har exempelvis att godkänna innehållet i varje sjukvårdsplan. Verksamhet som faller utanför de godkända planerna erhåller inte några finansiella resurser från staten.

## Bilaga A New Perspective On The Health of Canadians, a working document

### Chapter 12 The Health field concept and strategies for the future

The ideas proposed in this paper provide a universal framework for examining health problems and for suggesting courses of action needed for their solution. Because they are comprehensive, they have a unifying effect on all the participants in decisions which affect health, bringing together into one common front:

1. the health professions,
2. the health institutions,
3. the scientific community,
4. the educational system,
5. municipal governments,
6. provincial governments,
7. the federal government,
8. the business sector and trade unions,
9. the voluntary associations, and
10. the Canadian people as individuals.

The Health Field Concept disregards questions of jurisdiction which may be important to governments but are not of primary concern to the people of Canada when their health is at stake. It identifies requirements for health without regard to the niceties of professional or sectoral boundaries, and it focuses attention on the broad and important factors underlying the health of the population.

In putting the Health Field Concept to work, that is, in using it for analysing federal health policy, it was found that HUMAN BIOLOGY, ENVIRONMENT and LIFESTYLE were national in character and that problems in these areas tended to pervade Canada's population with little regard for provincial boundaries, always excepting purely local environmental matters. Protecting the food supply from contamination and drugs from being abused, as well as recognizing alcohol abuse, smoking, obesity, lack of physical fitness, chronic illness, mental illness, venereal disease and traffic deaths as national health problems, opens up corridors in which federal leadership can function with considerable jurisdictional freedom as long as it leads, reinforces and supplements, without duplication or conflict, the goals and

services of the provinces, and respects the provincial ascendancy in health care services. In short, the first three elements of the Health Field Concept are open to federal initiatives in addition to those which are already under way. (See Chapter 7.)

Turning to the expressed and latent needs and wants of the Canadian people, this paper responds strongly to the recent trends and attitudes of the Canadian society. The preservation and enhancement of the environment are the goals of a very strongly felt need and constitute a powerful current of popular opinion. In the lifestyle area, nutrition and weight control, as well as mass physical recreation, are subjects of growing interest, indicating an increased desire by many Canadians to break out of an unhealthy pattern of living. These and similar national lifestyle concerns can be eased by measures growing out of the Health Field Concept, assuming such measures are wisely chosen and respond to Canadian needs.

For a more particular community, that of the research scientists, this paper not only gives due recognition to the need for research in basic human biology, but also points out the necessity of linking up the purposes and uses of health research to problems in the environment, in lifestyle and in the delivery of care.

For the health professions, who often despair of getting patients to act on their advice to reduce self-imposed risks, and of governments to attack the underlying causes of sickness and death, this paper offers them the opportunity to recruit powerful forces to their cause.

Voluntary associations, dedicated to increasing the awareness of Canadians of the factors influencing health and to the gravity of specific diseases, will more easily be able to identify and marshal the assistance of those who share their goals.

Neglected segments of the Canadian population, in terms of health, can look forward to getting more of the attention they deserve. The chronically ill, the aged, the mentally ill, the economically-deprived, the troubled parents, and others who either are at high risk or are receiving insufficient health care, can expect that programs for populations will increasingly recognize and respond to their needs.

The federal role suggested by this paper constitutes a promising new departure. In the past the Federal Government has limited its activities in the health field to its traditional responsibilities such as quarantine medicine and the protection of the food supply, to product safety, to ensuring accessibility to personal health care through substantial financial assistance to provincial health insurance plans, and to financing research. The basis for concentrating its interests in these areas has been the belief that the improvement of personal health care was the principal means of raising the level of health of the Canadians. In 1973, for example, the federal contribution to provincial health insurance plans was 2 300 millions of dollars, and financial barriers to medical and hospital care have largely been eliminated.

The evidence uncovered by the analysis of underlying causes of sickness and death now indicates that improvement in the environment and an abatement in the level of risks imposed upon themselves by individuals, taken together, constitute the most promising ways by which further advances can be made.

Accordingly, it is the intention of the Government of Canada, first, to maintain at a high level the services and support provided through its present activities in health protection, research and the financing of personal health care. To these will be added measures directed at specific national health problems, chosen in consultation with provinces, consumers, professions and associations according to their gravity and incidence, and aimed at removing or reducing the factors underlying sickness and death.

Some of these measures in time will no doubt be directed at environmental factors, others will be directed at lifestyle risks, still others will expand the horizons of health research, and yet others will encourage more personal care services to neglected parts of the Canadian population. In every case the measures will be based upon the expressed interest and concern of all those who contribute to the health of Canadians, including in particular the people themselves.

Since direct health care is already consuming some 7 percent of the wealth that Canadians produce annually, it is evident that the rate at which the Government of Canada can expand its activities in the field of health is severely limited by financial considerations. It is also true that measures directed at the prevention of illness will take some time before they are translated into savings in the costs of providing curative health services.

These two factors make it imperative that the measures developed in consultation with provinces, professions and associations be chosen with great care, and with due regard for the costs and benefits that can be anticipated. In choosing the measures, consideration will be given to a number of factors, among which will be:

1. the gravity of the health problem,
2. the priorities of those who share in decisionmaking,
3. the availability of effective solutions, results of which are measurable,
4. the costs involved, and
5. the multiplier effect of federal initiatives in marshalling and accelerating support from all those who make vital contributions to raising the level of health or who have a key role in controlling the cost of health services.

With the foregoing considerations in mind, and with the recognition that the good health of Canadians is an objective that shines brightly above the thicket of jurisdictions and special interest groups, the Government of Canada proposes to take steps that will start the nation on the road to levels of health even higher than those that Canada now enjoys.

In taking these steps, the Government of Canada, in cooperation with others, will pursue two broad objectives:

1. To reduce mental and physical health hazards for those parts of the Canadian population whose risks are high, and
2. To improve the accessibility of good mental and physical health care for those whose present access is unsatisfactory.

In pursuit of these two objectives, five strategies are proposed:

1. A Health Promotion Strategy aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organizations so that they will accept more

responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health.

2. A Regulatory Strategy aimed at using federal regulatory powers to reduce hazards to mental and physical health, and at encouraging and assisting provinces to use their regulatory powers to the same end.
3. A Research Strategy designed to help discover and apply knowledge needed to solve mental and physical health problems.
4. A Health Care Efficiency Strategy the objective of which shall be to help the provinces reorganize the system for delivering mental and physical health care so that the three elements of cost, accessibility and effectiveness are balanced in the interests of Canadians.
5. A Goal-Setting Strategy the purpose of which will be to set, in cooperation with others, goals for raising the level of the mental and physical health of Canadians and improving the efficiency of the health care system.

In implementing these strategies much analysis and consultation within the framework of this paper is still needed. This will be undertaken in respect of the following possible courses of action.

For the Health Promotion Strategy some possible courses of action among others could be:

1. The development for the general public of educational programs on nutrition.
2. The enlistment of the help of the food and restaurant industries in making known the caloric value and nutritional content of the food they sell.
3. Educational campaigns to increase awareness of the gravity and underlying causes of traffic accidents, deaths and injuries.
4. Activities to promote a more widespread understanding of the gravity and underlying causes of coronary-artery disease.
5. Measures to lift the veil from mental illness, and to create a more realistic sense of urgency in respect of the gravity of this problem.
6. Information to increase awareness of the hazards of self-medication.
7. Further information campaigns to increase public awareness of health problems due to the abuse of alcohol, drugs, tobacco and to venereal disease.
8. Encouragement among employers of programs designed to ease the transition from employment to retirement.
9. Reinforcement of successful programs for making life more interesting for the aged.
10. Promotion and coordination of school and adult health education programs, particularly by health professionals and school teachers.
11. Direct awareness activities tailored to the responsibilities of specific sectors for the reduction of self-imposed and environmental health risks including business, trade unions, governments voluntary associations and action groups, communities, professions, parents and teachers.
12. Continued and expanded marketing programs for promoting increased physical activity by Canadians.

13. Enlistment of the support of the educational system in increasing opportunities for mass physical recreation in primary and secondary schools, in community colleges and in universities.
14. Promotion of the development of simple intensive – use facilities for more physical recreation including fitness trails, nature trails, ski trails, facilities for court games, playing fields, bicycle paths and skating rinks.
15. Continued pressing for full community use of present outdoor and indoor recreation facilities, including gymnasia, pools, playing fields and arenas.
16. Continued and reinforced support for sports programs involving large numbers of Canadians.
17. Encouragement of private sports clubs to accept more social responsibility for extending the use of their facilities to less-privileged segments of the Canadian population.
18. Extension of present support for special programs of physical activity for native peoples, the handicapped, the aged and the economically deprived.
19. Enlistment of the support of women's movements in getting more mass physical recreation programs for females, including school children, young adults, housewives and employees.
20. Enlistment of the support of employers of sedentary workers in the establishment of employee exercise programs.
21. Enlistment of the support of trade unions representing sedentary workers in obtaining employee exercise programs.
22. Increase in the awareness of health professionals of factors affecting physical fitness.
23. Completion of the development of a home fitness test to enable Canadians to evaluate their fitness level.

For the Regulatory Strategy some possible courses of action among others could be:

24. Regulations for improving the nutritional content of food.
25. Consultation with the Department of Justice in respect of the laws against driving while impaired by alcohol.
26. Increased control of advertising for products which are so frequently or deeply abused as to constitute serious hazards to health.
27. Increased control of health hazards due to air, water, food, noise and soil pollution to the extent that the power to legislate with regard to these may fall into federal jurisdiction.
28. Increased control of death hazards from communicable diseases, radiation, medical devices and cosmetics.
29. Increased control under the Hazardous Products Act over the advertisement, importation and sale of household products the possession or use of which is accompanied by some significant accident hazard or danger to health.
30. Assistance to the Provinces in promoting the acceptance by the public of regulations passed pursuant to provincial legislation making compulsory the wearing of seat-belts in motor vehicles.
31. Regulations governing child-resistant closures on drug products.

For the Research Strategy some courses of action among others to be explored include:

32. An ongoing dialogue between health planners and the research community on the priorities for mission-oriented health research while preserving for the research community the setting of priorities in basic research.
33. The implementation of a regular National Health Survey to determine the prevalence and nature of acute and chronic mental and physical illness, to permit an assessment of the health status and needs of Canadians and to measure changes in status and needs.
34. The institution of a special program for identifying health status indicators and high-risk segments of the Canadian population, for the evaluation of the nature and gravity of mental and physical health risks, and for the proposal of measures to abate the level of risk.
35. Measures to help integrate, improve and use, on a national basis, the data and statistics being recorded at various governmental and institutional levels.
36. The establishment of a well-designed comprehensive system for the reporting of accident statistics which would, among other things, identify accident-associated products.
37. The promotion of increased support for research on underlying causes of coronary-artery disease.
38. Support for more research on the causes and treatment of mental illness.
39. The support of projects designed to evaluate the results of present mass-screening programs and to test the effectiveness of future ones.
40. The establishment of a National Drug Abuse Institute covering all abusive drugs including psychotropic drugs, both licit and illicit, alcohol and cigarettes, and responsible for gathering statistics, supporting research, evaluating preventive and treatment measures and recommending policy.
41. The undertaking of a broad continuing study into the ways and means of effectively informing the Canadian people on changes in behaviour which will significantly reduce self-imposed risks.
42. The continuation and strengthening of present research into the effect of the physical environment on health.
43. The establishment of a program for assessing the effect of social and environmental change on health including the calculation of risk factors due to lifestyle.
44. The continuation of support for research on physical and mental illness and for fitness testing.
45. Continued and increased support for research into better ways of providing health care.
46. Continued support for research consistent with the scale of the health care industry.

For the Health Care Efficiency Strategy it is important to note that the word "efficiency" in this context is not limited to the narrow economic meaning of low cost per unit of production, but includes, as well as cost, the other two important elements of accessibility of service and the ef-

fectiveness of results. For this strategy, some measures that could be considered among others are:

47. Pursuing a method of financing health care that will provide incentives for providing satisfactory care at the lowest cost, and will permit the extension of pre-paid care to additional essential services.
48. Strengthening industrial and emergency health services, including the training of personnel.
49. The identification, treatment and follow-up of Canadians with high blood pressure.
50. The support of programs aimed at reducing the risk of premature coronary-artery disease, including weight-control, exercise, stress-reduction and anti-smoking.
51. The identification, treatment and follow-up of Canadians suffering from a high serum cholesterol level (hypercholesterolemia).
52. Support for programs for increasing the number and skills of professions dealing with mental health and mental illness including particularly nurses, social workers, health educators and teachers.
53. The subsidy of programs for training counsellors on alcoholic problems and their treatment.
54. The promotion of employer programs for employees with alcohol problems.
55. The support of home visit and other programs for helping chronically ill and aged people to stay in their communities.
56. The development and support of programs of professional training in gerontology and geriatrics, including physicians, nurses and health support personnel.
57. A continued adherence to the principle that accessibility to ambulatory, institutional and home care must be based upon the perceived needs of the public.
58. Making continued federal support for the training of health professionals conditional upon effective measures to ensure that health manpower is better distributed geographically, among specialities and according to economic levels served.
59. The continued extension of the role of nurses and nurse practitioners in the care of the mentally ill, in the care of the chronically ill, in the provision of home care, in family counselling on preventive health measures, both mental and physical, and in the abatement of environmental hazards and self-imposed risks.
60. The organization and administration of an improved drug information system to physicians so that they will make a more effective and objective use of drugs.
61. The continued promotion of the establishment of community health facilities that are physically and professionally integrated.
62. The introduction of practical measures, including the use of expert committees, to diminish the time between the latest medical knowledge and the application of that knowledge in the practice of medicine.
63. The encouragement of the development of regional bodies with comprehensive authority over the delivery of health care in their respective regions.



64. The enlistment of the support of pharmacists in establishing, under physician direction, a follow-up system on the compliance of patients with drug therapy.
65. Work with genetics counsellors in improving the use and availability of genetic service to Canadians.
66. The continuation and extension of assistance to Provinces in their campaign against venereal disease.
67. The examination of the possibility of integrating authority over federal treatment services, including those for veterans, Indians, Eskimos, Northern Territories, and penitentiary inmates.

For the Goal-Setting Strategy, which applies to the four foregoing strategies, consultation will be intensified so that rational array of specific goals can be established, providing a united and reinforced sense of direction for those who work in the health field. A goal has a time limit and is stated in quantitative terms. Possible courses of action include among others:

68. The development of specific reductions in the incidence of major mortality and morbidity.
69. The establishment of specific dates by which reductions in mortality and morbidity are to be achieved.
70. The development of specific improvements in the efficiency of the health care delivery system, including improvements in cost performance, accessibility of care, and the effectiveness of results.
71. The establishment of specific dates by which improvements are to be achieved.
72. The setting of standards of care in both mental and physical health care systems.
73. The extension of national standards of nutrition to include definite recommendations on safe levels to intake for hazardous substances and currying naturally in food.
74. A renewed commitment toward the health goals of the World Health Organization and the Pan American Health Organization.

# Primärvård i dag – några internationella jämförelser

Av Göran Dahlgren

Under-  
clients

ability

or am-

ederal  
follow

ologies,  
may be  
on the  
stated  
others

or mor-

ortality

of the health  
of the

to be

of health

to have re-  
sults and

World Health

## Fyra typer av primärvård

### Primärvård – några indelningsgrunder

Primärvårdens omfattning och inriktning är mycket olika i skilda länder.

Primärvård i England innebär först och främst privatpraktiserande familjeläkare med allmän medicinsk utbildning som arbetar med mycket begränsade tekniska resurser och endast biträds av en sköterska/sekreterare med huvudsakligen administrativa arbetsuppgifter.

Primärvård i Sovjet innebär först och främst specialister som arbetar i team vid olika typer av polikliniker.

Primärvård i flertalet västländer är liktydigt med öppen vård utanför sjukhus. I bl. a. Finland och Sverige inkluderas däremot viss sluten vård (lokala sjukhem) i primärvårdsbegreppet.

Primärvård för de fattiga folken i u-länder som Indonesien och Bangladesh är i bästa fall liktydigt med en liten – ofta avlägsen – sjukstuga som alltför ofta saknar kompetent personal. Avsaknaden av vård är enligt WHO det dominerande problemet för 80 procent av jordens befolkning.

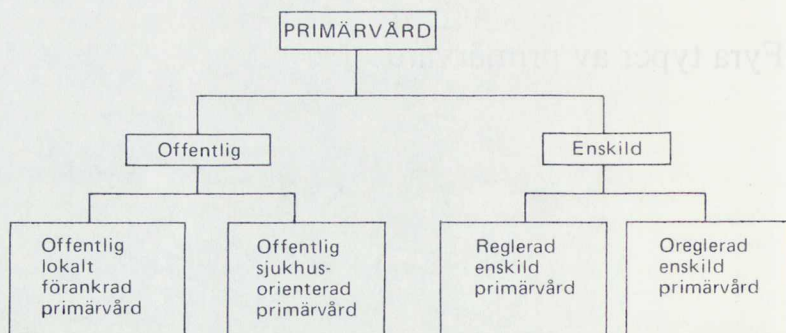
I denna rapport redovisas i huvudsak primärvårdens uppbyggnad och arbetssätt i i-länder.

Vid en beskrivning av olika primärvårdstyper är det en första naturlig indelningsgrund att skilja mellan primärvård som bedrivs i offentlig regi och i enskild regi t. ex. den som bedrivs av privatpraktiserande läkare.

Den offentliga primärvården i vissa länder utgörs av en lokalt förankrad primärvårdsorganisation. I andra länder saknas en samlad primärvårdsorganisation och primärvårdsarbetet är då ofta sjukhusorienterat och uppdelat på en rad olika organ.

Vid en kategorisering av den enskilda primärvården är det nödvändigt att beakta i vilken utsträckning det är de politiskt valda organen respektive de enskilda läkarerna som beslutar om denna vårds lokalisering och inriktning. Man bör således skilja mellan reglerad enskild primärvård och oreglerad enskild primärvård.

Utifrån dessa indelningsgrunder ges i detta första kapitel en kortfattad beskrivning av fyra olika typer av primärvårdssystem.



Figur 1.

### Offentlig lokalt förankrad primärvård

Offentlig lokalt förankrad primärvård finns bl. a. i Sovjet, övriga östeuropeiska länder, Finland, Kuba och Kina. Gemensamt för dessa länders primärvård är att den utgör en bas för hela det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. Det innebär bl. a. att primärvårdsorganisationen klarar 80–90 procent av befolkningens första kontakter med läkare och annan medicinsk personal. Vidare svarar primärvården för huvuddelen av all individuell och miljöinriktad hälsovård.

Inom den offentliga primärvårdsorganisationen betalar patienten vanligen inte några avgifter. All hälso- och sjukvård är fri för samtliga medborgare.

Mindre avgifter kan dock tas ut för läkemedel. I Sovjetunionen erhåller barn, havande kvinnor, pensionärer och personer med vissa kroniska sjukdomar helt fria läkemedel. Övriga patienter betalar en mindre avgift. I Ungern betalar patienten 15 procent av priset på läkemedel med vissa undantag för dyra läkemedel som antibiotika. Även i Ungern erhåller ålderspensionärer, barn och havande kvinnor helt fria läkemedel.

Ett undantag från den fria hälso- och sjukvården är att akutvård orsakad av hög alkoholkonsumtion belagts med vissa avgifter i Tjeckoslovakien och att aborter avgiftsbelagts i Sovjetunionen. Vidare kan noteras att den finländske patient som söker vård vid en hälsostation för närvarande får betala tre mark. Enligt redan fattat beslut skall dock patientavgifterna inom den finska primärvården helt slopas.

Det finns principiellt viktiga skillnader mellan länder med offentlig lokalt förankrad primärvård. En sådan skillnad är avvägningen mellan allmänmedicinare och specialister inom primärvården.

I Sovjetunionen bemannas primärvården i huvudsak av olika specialister och primärvårdsorganisationen är också uppdelad på olika organ. Vård och omsorger om äldre samt kroniskt sjuka och handikappade sker vid s. k. distriktpolikliniker. Industrianställdas hälso- och sjukvård ombesörjs vid speciella företagspolikliniker och kvinnosjukdomar vid kvinnopolikliniker. Denna uppdelning innebär – ur familjens perspektiv – att olika familjemedlemmar vid olika sjukdomar skall söka kontakt med olika enheter inom

primärvården. Förutom att detta kan vara besvärligt minskar det den medicinska personalens möjligheter att erhålla den helhetssyn på patientens/familjens situation som är en målsättning i många länders primärvårdsarbete.

Utvecklingen av de finska hälsostationerna följer i detta avseende en delvis annorlunda vårdideologi. Man söker där samla olika funktioner för att kunna öka förutsättningarna för såväl en helhetssyn på patientens/familjens situation som geografisk närhet till vården.

Denna finska vårdideologi överensstämmer bl. a. med målen för den framtida svenska primärvården.

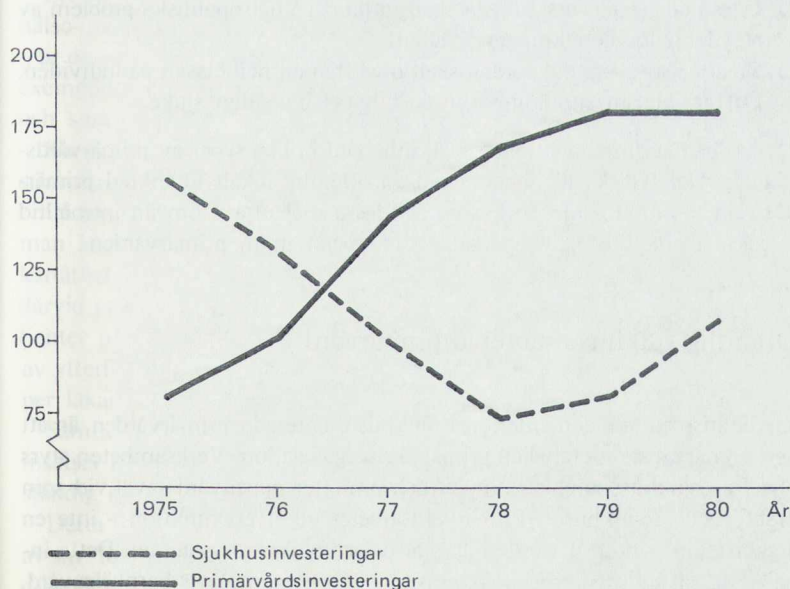
Den avgörande skillnaden mellan Sverige och Finland är emellertid inte målen utan förmågan att förverkliga målen, dvs. förändra ett starkt sjukhusorienterat hälso- och sjukvårdssystem till en primärvårdsorienterad hälso- och sjukvård.

I Finland har man lyckats bryta sjukhusorienteringen. 1976 registrerades t. ex. 6,5 miljoner besök vid hälsostationer, en miljon besök vid sjukhusens öppna vård och 3,3 miljoner besök hos privatpraktiserande läkare. I Sverige svarar fortfarande sjukhusen för över 50 procent av alla besök i den öppna vården.

Den planerade utvecklingen när det gäller fördelning av investeringskostnader och läkartjänster till primärvården respektive den sjukhusanslutna vården i Finland framgår av nedanstående diagram.

Vidare bör betonas att utbyggnaden av den finländska primärvården också inneburit en omfördelning av såväl akut – som långvårdssängar från sjukhus till primärvårdens hälsocentraler. Gjorda beräkningar pekar samtidigt mot att primärvårdens "akutsängar" blev 60 procent billigare än de tidigare akutvårdplatserna vid sjukhus. Enligt planerna skall det ske en successiv utbyggnad av vårdplatserna så att hälsostationerna svarar för 30 procent av samtliga akutsängar och 70 procent av alla långvårdsbäddar.

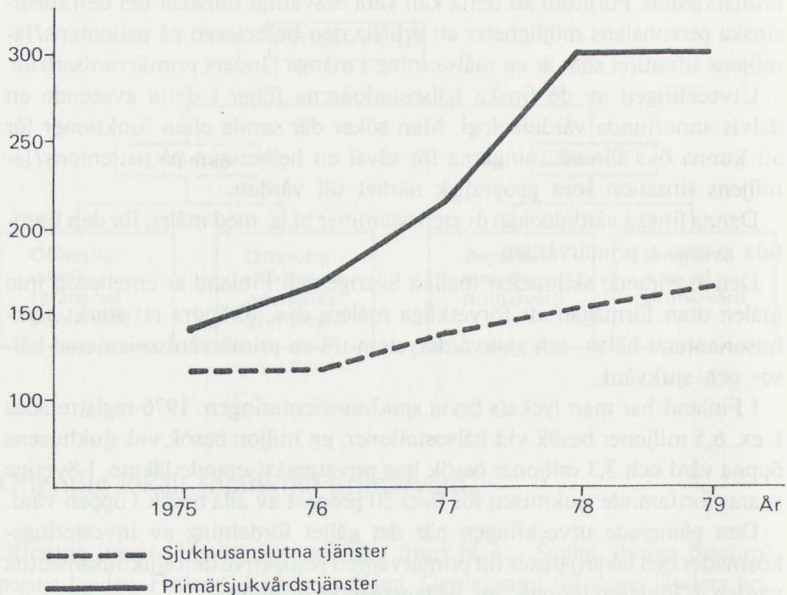
En utbyggnad av primärvården fordrar erfarenhetsmässigt en fast nationell primärvårdsideologi.



Figur 2. Investeringskostnader i sjukhus respektive inom primärvård i miljoner.

Figur 3. Antal nya läkar-tjänster i primärvård respektive sjukhusansluten vård.

Källa: Finländska medicinalstyrelsen (1975).



Innebörden av denna ideologi i de länder som har en utbyggd lokalt förankrad offentlig primärvård kan sammanfattas i följande mål:

- Förebyggande insatser såväl individuella som miljöinriktade är minst lika viktiga som det sjukvårdande arbetet.
- Hälso- och sjukvårdens insatser skall styras av befolkningens behov av vård – inte av olika gruppers köpkraft. Finansieringen skall därför ske via skatt i stället för patientavgifter.
- Den medicinska forskningen skall inriktas på hälsopolitiska problem av betydelse för befolkningens välfärd.
- Såväl hälso- som sjukvården skall utgå från en helhetssyn på individen. Det är inte en sjukdom som skall botas utan den sjuke.

Dessa mål återfinns med olika reell innebörd i olika typer av primärvårdssystem. Det typiska för länder med en offentlig lokalt förankrad primärvårdsorganisation torde dock vara att dessa mål ofta – om än inte alltid – också i praktiken är vägledande för arbetet inom primärvården.

### Offentlig sjukhusorienterad primärvård

Karakteristiskt för den offentliga sjukhusorienterade primärvården är att den saknar en sammanhållen primärvårdsorganisation. Verksamheten styrs ofta från sjukhusens olika kliniker och omfattar öppenvård såväl vid som utanför själva sjukhuset. Primärvårdsarbetet utgör en funktion – inte en organisation – inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. Detta innebär att läkare med specialistkompetens inom exempelvis barnhälsovård,

mödrahälsovård och psykiatri tenderar att få ett stort inflytande. Allmänmedicinarens betydelse som sammanhållande kraft inom primärvården är inte självklar. Vårdande insatser prioriteras genomgående före förebyggande insatser. Vårdens medicinska kvalitet är hög samtidigt som det föreligger en risk för överutnyttjande av t. ex. röntgen och laboratorieresurser.

Liksom inom den lokalt förankrade offentliga primärvården är patientavgifterna låga.

Nuvarande primärvård i Sverige har mycket gemensamt med den som beskrivits ovan. I ett svenskt perspektiv kan det dock vara motiverat att beakta denna primärvårdstyp som ett utvecklingskede. Till följd av den historiska bakgrunden finns särskilt i storstadsområden också kvar tydliga drag av vad som nedan beskrivs som oregerad enskild primärvård. Motivet för att göra denna distinktion är att de långsiktiga planer som under 1970-talet utarbetats för primärvården såväl nationellt som på landstingsnivå entydigt pekat och pekar mot en lokalt förankrad – snarare än sjukhusorienterad – offentlig primärvård.

## Reglerad enskild primärvård

Privatpraktiserande läkare svarar i flertalet västeuropeiska länder för huvuddelen av all primärvård. I många av dessa länder (t. ex. England, Skottland, Irland, Nederländerna, Österrike och Danmark) styrs verksamheten av politiskt fastställda hälso- och sjukvårdspolitiska mål.

Patientavgifterna är i regel mycket låga i länder med en reglerad enskild primärvård. Olika former av skattefinansiering är regel och sjukförsäkringen obligatorisk och rikstäckande. I England överstiger exempelvis de direkta patientavgifterna endast i undantagsfall fyra procent av totalkostnaden.

Ett viktigt inslag i den reglerade enskilda primärvården är att de offentliga hälso- och sjukvårdsorganen försöker säkerställa att även befolkningen i – ur de privatpraktiserande läkarnas synpunkt – mindre attraktiva områden exempelvis i glesbygd eller städernas arbetarkvarter erbjuds erforderlig hälso- och sjukvård.

Karaktären på dessa "styrmedel" är vanligen olika former av finansiella stimulansmedel samt vissa regler mot överetablering i attraktiva storstadsområden. Etableringskontrollen är exempelvis väl utvecklad i England där man klassificerat de olika hälso- och sjukvårdsområdena efter allmänläkartäthet. Områden med över 2 200 registrerade patienter per läkare ges därvid prioritet. För etablering i områden med 1 800–2 000 registrerade patienter per läkare görs en speciell prövning avseende det lokala behovet av ytterligare läkare. I områden med mindre än 1 800 registrerade patienter per läkare tillåts i princip inte nyetablering.

Samtidigt med en reglering av de privatpraktiserande primärvårdsläkarnas insatser betonas emellertid mycket starkt att allmänpraktikern är en självständig enskild företagare.

Detta gäller t. ex. i Nederländerna trots att läkarna där får huvuddelen av sin "lön" från försäkringskassorna på basis av antalet registrerade patienter dvs., inte någon ersättning efter principen avgift per åtgärd. Ersättnings-



principernas potentiella betydelse illustreras genom följande redovisning av argument i den holländska hälso- och sjukvårdsdebatten.

”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 förrespråkare. Till fördelarna med det rådande systemet anförs bl. a. att det gör det lättare för läkaren att räkna ut 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 inte. 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 medicinskt motiverat. I ett system med ersättning per åtgärd skulle man å andra sidan kunna befara att patienten blev ’överbehandlad’ och att hon inte vid behov skickades vidare till specialist, 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. Läkarförbundet i Nederländerna har 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.”<sup>1</sup>

I länder med reglerad enskild primärvård utgör läkarnas ersättningsformer vanligen en av de kritiska – och därmed centrala – delarna av hälso- och sjukvårdspolitiken.

I flertalet länder med en reglerad enskild primärvård sker 80–90 procent av alla förstahandskontakter med sjukvården hos de privatpraktiserande läkarna. De fyller i denna mening samma basfunktion inom hälso- och sjukvårdssystemet som den offentligt lokalt förankrade primärvården.

Detta innebär dock inte att primärvården i exempelvis England och Sovjet ger samma typ av service och vård. De främsta skillnaderna – från patientens perspektiv – är att

- primärvården i Sovjet är uppdelad på ett flertal specialiteter medan den engelska familjeläkaren – allmänpraktikern – utgör en fast punkt för nära nog alla förstahandskontakter vid sjukdom,
- de diagnostiska resurserna inom primärvården är avsevärt större i Sovjet än i England. En sovjetisk läkare vid en poliklinik har vanligen direkt tillgång till röntgen, elektrokardiogram samt resurser för patologisk anatomiska undersökningar och fysio-terapeutisk behandling. Den engelske familjeläkaren har varken dessa resurser vid den egna mottagningen eller tillgång till dem vid de offentliga sjukhusen,
- den engelske familjeläkaren vanligen arbetar vid en enläkarpraktik med mycket begränsade ”kringresurser” medan man inom sovjetisk primärvård arbetar i team vid polikliniker som ofta har omfattande teknisk utrustning. Dessa olika arbetsformer innebär givetvis också stora skillnader i arbetsfördelning mellan läkare och övriga personalkategorier.

<sup>1</sup> SOU 1978:74 sid 204.

Detta innebär att primärvården i Sovjet och England får helt olika karaktär även om båda svarar för bassjukvården inom respektive hälso- och sjukvårdssystem.

I länder med reglerad enskild primärvård är ofta den politiska prioriteringen av just primärvården markerad. Samtidigt måste man konstatera att de politiska organens hälso- och sjukvårdspolitiska prioriteringar sällan blir styrande för den faktiska utvecklingen inom denna typ av primärvårdssystem. I England med en hög prioritering av primärvården har just denna del av sjukvårdssystemet under perioden 1951–1973 fått en allt mindre andel av den offentliga hälso- och sjukvårdsbudgeten medan den sjukhusanslutna vården fått en ökad andel.

En annan tendens i länder med enskild reglerad primärvård tycks vara att andelen allmänpraktiker minskar medan andelen privatpraktiserande specialister ökar. I Nederländerna ökade t. ex. antalet specialistläkare med drygt 1 600 under perioden 1960–1970 medan antalet allmänmedicinare var konstant. De privatpraktiserande läkarnas medelålder är ofta hög medan den yngre generationen läkare inte i samma utsträckning som den äldre väljer att arbeta som familjeläkare vid en egen enläkarmottagning. En viss förändring under 1970-talet som innebär ökat intresse för allmänmedicinsk inriktning kan dock noteras, bl. a. i Holland.

## Oreglerad enskild primärvård

Inom den oreglerade enskilda primärvården är det de privatpraktiserande läkarna som – bl. a. på basis av affärsmässiga principer – avgör verksamhetens inriktning och lokalisering. I länder med denna typ av primärvård – t. ex. USA, Japan, Italien och Belgien – finns därför inte några förutsättningar för en samordnande nationell, regional eller lokal plan för denna del av hälso- och sjukvården. Primärvården är oreglerad. I Sverige rådde i de större städerna likartade förhållanden för år 1970.

Patientavgifter och privata sjukförsäkringar är vanligen av stor betydelse inom den oreglerade enskilda primärvården. Möjligheterna att utnyttja sjukvårdens tjänster blir därmed i högre grad än i tidigare redovisade primärvårdstyper beroende av patienternas ekonomiska resurser.

I USA – där mellan 60–80 procent av alla förstahandskontakter vid sjukdom sker hos privatläkare – innebär detta att de högre inkomstgrupperna i högre grad än de lägre kan utnyttja de privatpraktiserande läkarnas tjänster.

Privata stiftelser utgör en viktig del av den oreglerade enskilda primärvården. I USA bedrivs de ofta efter affärsmässiga principer. Kaiser Foundation är den mest välkända av dessa organisationer. 90 procent av dem som regelbundet betalar månadsavgift till Kaiser Foundation gör det inom ramen för ett kollektivavtal som slutits mellan ett företag (ibland fackförening) och stiftelsen. Förlorar den försäkrade sitt arbete upphör också försäkringen. Kraven för att acceptera enskilda försäkringstagare är att man är frisk. Det innebär att de människor som sannolikt är i största behov av vård inte kan erhålla denna vård via en försäkring i Kaiser Foundation.

Tabell 1 Andel av all vård som erhålles hos privatpraktiserande läkare (1970) i USA

Ålder	Familjeinkomst	Bor centralt i stad	Bor ej centralt i stad	Landsbygd
0-17	Låg	26	57	64
	Medel	64	78	74
	Hög	77	82	81
18-64	Låg	41	65	68
	Medel	62	75	72
	Hög	73	75	75
65 +	Låg	60	76	72
	Medel	77	80	80
	Hög	73	78	78
Alla åldrar	Låg	41	67	68
	Medel	64	76	73
	Hög	74	78	78

Källa: Health Service Use, Department of Health Education and Welfare.

Denna hälso- och sjukvårdsstiftelse inriktas således av lönsamhetsskäl på relativt friska och köpstarka grupper.

Det bör vidare noteras att stiftelsens vinst – skillnaden mellan intäkter och utgifter – utbetalas som ett årligt bonus till de anställda. Detta leder – enligt vissa kritiker – till att personalen kan bli alltför benägen att reducera behandlingen och undvika kostsamma undersökningar.

Den oreglerade enskilda primärvården i USA präglas också av en omfattande administration. Det beror på att de privata försäkringsbolag och andra finansieringskällor som skall betala för läkarens tjänster kräver en mycket detaljerad information om sjukdomstillstånd och vidtagna åtgärder som underlag för sina utbetalningsbeslut. Det kan i detta sammanhang vara motiverat att påpeka att USA är det enda landet i västvärlden som saknar allmän sjukförsäkring.

Den geografiska fördelningen av primärvårdsresurserna i ett system med oreglerad enskild primärvård beslutas – som tidigare nämnts – av de enskilda läkarna. Det innebär vanligen att det finns gott om privatpraktiserande läkare i de större städernas välsituerade områden medan storstädernas låginkomstområden och landsbygden ofta saknar erforderlig primärvård. Detta mönster är mycket karakteristiskt för bl. a. Frankrike, Västtyskland och USA.

I Västtyskland finns de legala förutsättningarna för etableringskontroll via avtal mellan försäkringskassan och de privatpraktiserande läkarna. Detta styrmedel har dock knappast utnyttjats för att erhålla en jämnare fördelning mellan stad och landsbygd av de primärvårdsinriktade läkarna.

De patienter som faller utanför de privatpraktiserande läkarnas "intresseområden" i länder med en i huvudsak oreglerad enskild primärvård hänvisas vanligen till någon form av offentlig – ofta sjukhusansluten – vård eller frivilliga organisationers sjukvårdande verksamheter. I de svenska storstäderna blev det sjukhuspoliklinikerna och akutmottagningarna som fick ta emot dessa patienter.

I USA har hälso- och sjukvårdsmyndigheterna initierat hälsocentra (Neighbourhood Health Center) som i första hand skall ge service och vård i områden som domineras av låginkomsttagare. 1977 täckte dock hälso-centerverksamheten endast en procent av befolkningen. Orsaker till denna begränsade utbyggnad är i första hand brist på offentliga anslag. En annan faktor som bromsat utbyggnaden har varit svårigheter att rekrytera läkare.

Under senare delen av 1960-talet startade en del medicinstuderande och yngre läkare s. k. fria kliniker i en del getto-områden. Arbetet vid dessa kliniker utfördes utan ersättning och vände sig till hemlösa ungdomar, missbrukare och andra "utanför" det etablerade samhället. De fria klinikerna svarar för 0,5 procent av primärvårdsinsatserna i USA.

Den bristande primärvården för resurssvaga grupper har medfört att akutmottagningarnas betydelse som första kontaktpunkt med sjukvården ökar mycket kraftigt. I vissa storstadsområden i USA sker närmare 100 procent av befolkningens första kontakt med sjukvården via sjukhusens akutmottagning. I andra områden med en befolkning som har goda sociala och ekonomiska förhållanden är motsvarande andel mindre än en procent.

## Primärvårdens basorganisation och bemanning

### Vårdnivåer och befolkningsunderlag

Länder med en offentlig lokalt förankrad primärvårdsorganisation har genomgående en nivåstrukturering av hälso- och sjukvården som är relaterad till befolkningsunderlaget inom vissa geografiska områden.

Den organisatoriska basenheten – här kallad "primärvårdsdistrikt" – har vanligen ett befolkningsunderlag på 3 000–6 000 invånare (DDR, Bulgarien, Tjeckoslovakien, Polen, Ungern, Finland och Kuba).

Ett antal primärvårdsdistrikt bildar tillsammans nästa områdesnivå här benämnd "primärvårdsområde". Befolkningsunderlaget för dessa primärvårdsområden är vanligen mellan 30 000–50 000 invånare.

I länder med en reglerad enskild primärvård anges vanligen maximigränser för det antal personer som vid sjukdom kontakter en viss läkare. I t. ex. Danmark, Australien och Nya Zeeland är ett normtal för privatpraktiserande läkare 2 000 personer. I England har maximigränsen för privatpraktiserande läkare som arbetar vid enläkarmottagning satts till 3 500 personer.

I länder med en sjukhusorienterad primärvård utan enhetlig primärvårdsorganisation varierar upptagningsområdenas storlek med hänsyn bl. a. till respektive kliniks specialitet och lokalisering, varför man inte kan tala om enhetliga vårdnivåer och än mindre om generella riktvärden för upptagningsområdenas storlek.

Den oreglerade enskilda primärvården saknar också – som tidigare redovisats – generella riktlinjer för geografisk fördelning varför inga riktvärden kan ges för patientunderlag vid olika typer av primärvårdsinsatser.

### Personal och organisation

Personalens sammansättning och organisatoriska inplacering inom olika primärvårdstyper kan beskrivas i följande huvudkategorier:

Distriktssköterskestationer utgör i många länder med offentlig primärvård en basenhet, speciellt på landsbygden.

I Sovjetunionen arbetar på landsbygden medicinsk personal med en utbildning som kan jämföras med svenska distriktssköterskor och barnmorskor. De arbetar ute i byarna och på de kollektiva jorbruken (en per 2 000 invånare). I vissa fall när närmaste distriktssjukhus är avlägset finns ett

par förlossningssängar i anslutning till "distriktssköterskans/barnmorskans" mottagning.

I Kanada finns ett annat exempel på denna typ av relativt kvalificerad vård som inte utförs av läkare. Där har man en specialutbildning av sjuksköterskor till s. k. "nurse practitioners", vilka skall överta en del av de uppgifter som tidigare endast utfördes av läkare. Arbetsuppgifterna omfattar bl. a. hälsokontroller avseende högt blodtryck, diabetes, livmoderhalscancer samt barnhälsovård. "Nurse practitioners" arbetar vanligen på landsbygden.

Distriktssköterskorna och motsvarande yrkeskategorier utför således sådana arbetsuppgifter i glesbygdsområden som i städerna anses vara uppgifter endast för läkare. Det ligger mot denna bakgrund nära till hands att konstatera att det troligen är tradition och geografiskt läge – snarare än den formella kompetensen – som i hög grad avgör i vilken utsträckning sjuksköterskor kommer att ta över arbetsuppgifter från läkare och utveckla sin egen medicinska professionalism.

Även i städerna förekommer dock att sjuksköterskor får överta uppgifter som tidigare endast utfördes av läkare. Speciellt markant är detta inom hemsjukvården där man exempelvis i Österrike utbildat s. k. "mobila sjuksköterskor". En motsvarande omfördelning av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor finns också inom barnhälsovården. Sedan 1966 har man exempelvis i USA utbildat s. k. läkarassistenter och barnsköterskor som inom detta område kan överta ca en tredjedel av de traditionella läkaruppgifterna. Även inom hälsouppllysning och vid hälsokontroller har sjuksköterskorna fått alltmer självständiga och kvalificerade arbetsuppgifter, bl. a. i England.

Enläkarmottagningar med en sköterska dominerar i länder med en stor enskild primärvård (England, Danmark, Nederländerna, Schweiz, Frankrike, Australien, Nya Zeeland och USA).

I Danmark arbetade 1971 drygt 60 procent av de privatpraktiserande läkarna vid enläkarmottagningar. Motsvarande andel i Frankrike är 80–90 procent.

Även inom den offentliga primärvården utgör – speciellt på landsbygden – enläkarstationerna en viktig del av primärvården. 1976 fanns exempelvis i Sverige 313 enläkarstationer och 364 stationer/vårdcentraler med mer än en läkare. Antalet enläkarstationer i Sverige år 1982 beräknas dock minska i takt med en utbyggnad av vårdcentraler till 150.

Arbetsfördelningen mellan läkare och sjuksköterskor vid de traditionella privata enläkarmottagningarna i länder som England, Kanada, Nya Zeeland och Australien är vanligen den att läkaren svarar för nära nog allt sjukvårdande arbete. Sjuksköterskor vid denna typ av mottagning har huvudsakligen rent administrativa samt vissa mycket rutinmässiga medicinska arbetsuppgifter.

Vid de offentliga enläkarstationerna utför sjuksköterskorna ofta ansvarsfulla och självständiga medicinska arbetsuppgifter.

Grupp-praktik där ett antal privatpraktiserande läkare samarbetar har på senare år fått ökad betydelse i vissa länder. I Danmark skiljer man därvid på grupp-praktik där läkarna går samman personal- och lokalmässigt men bibehåller sina egna patientgrupper och "kompagniskapspraxis" där flera läkare arbetar med såväl gemensam patientkrets som gemensamma lokaler,

m. m. Antalet läkare i enläkarpraktik var 1977 1 116 medan antalet läkare samma år i gruppraktik var 336 och antalet i "kompagniskab" 965.

Man kan också särskilja på tvärfackliga team där olika typer av medicinsk och ibland även socialvårdspersonal samarbetar (Finland, Sverige och England) och enfackliga team där läkare med olika specialisering samverkar (Australien, Frankrike och USA).

I England har sedan slutet på 1940-talet de lokala hälso- och sjukvårdsorganen haft till uppgift att bygga hälsocentra för privatpraktiserande läkare. Läkarna var dock ofta tveksamma till denna form av samverkan med "det offentliga" som av många uppfattades som ett steg mot ett reguljärt anställningsförhållande. En annan faktor som kan förklara denna tveksamhet är att "de förmånliga bidrag som ges GP för upprustning av egna lokaler i kombination med värdestegringen på egna lokaler kommer GP:n själv tillgodo".<sup>1</sup>

Antalet hälsocentraler ökade dock successivt fram till 1972 då det fanns 116 dylika centra i England där omkring 13 procent av samtliga familjeläkare arbetade. Därefter har antalet minskat något. Det är framför allt yngre läkare som anser att hälsocentra ur såväl medicinsk som finansiell synpunkt är att föredra framför exempelvis en egen enläkarmottagning.

Den offentliga primärvårdens personella bas är någon form av primärvårdsteam. Dessa team kan dels fungera allmänmedicinskt, dels vara specialistinriktade.

De allmänmedicinskt inriktade primärvårdsteamerna består ofta av allmänpraktiker, vissa specialistläkare på deltid/konsultbasis, sjuksköterska, barnmorska samt i vissa fall socialarbetare. Antalet läkare vid vårdcentraler kan variera från två till uppemot 20 läkare.

Sjuksköterskorna inom dessa primärvårdsteam tycks få allt viktigare och självständigare uppgifter både vad avser förebyggande som vårdande insatser. I Finland svarar exempelvis sjuksköterskorna vid hälsostationerna för uppföljningen av patienter med högt blodtryck och diabetes samt i vissa fall även för den första kontakten med patienter som uppsöker hälsostationen. Det är vidare sköterskor – och inte läkare – som svarar för den offentliga primärvårdens hembesök.

En specialistinriktad offentlig primärvård finns exempelvis i Sovjetunionen och Ungern där man arbetar inom olika polikliniker för bl. a. barnhälsovård, kvinnosjukvård, företagshälsovård och tandvård.

I Polen och Tjeckoslovakien finns däremot vårdcentraler med en allmänläkare, en gynekolog, en barnläkare samt sjuksköterskor. Specialisterna, dvs. gynekologen och barnläkaren, tjänstgör vanligen vid flera vårdcentraler medan allmänläkaren arbetar på heltid vid en vårdcentral. Det är allmänläkaren som leder arbetet vid vårdcentralen. Vid behov kan ytterligare specialister tillkallas som konsulter.

I WHO:s rapport "Primary Health care in europe" konstateras att ansvariga för hälso- och sjukvården inom departement och verk i alla länder inom europaregionen är eniga om att en utbyggd primärvård inte kan bygga på enläkarmottagningar; utan kräver "såväl personella som tekniska stödfunktioner och någon form av organisation för samordning av arbetet".

<sup>1</sup> SOU 1978:74 sid 187.

## Utbildning för tjänst inom primärvården

Läkarutbildningen i såväl öst som väst är vanligen starkt sjukhusorienterad och specialistutbildning har en högre professionell status än allmänmedicinsk utbildning. Detta medför bl. a. att även vården utanför sjukhuset blir medicinskt-tekniskt orienterad snarare än förebyggande och socialmedicinskt inriktad. Diffusa sjukdomstillstånd som orsakas av t. ex. stress eller hög ålder får då ofta stå tillbaka för vård av sjukdomar som förutsätter teknisk och naturvetenskaplig skicklighet.

England är ett av de länder där man lyckats bryta denna sjukhusorientering och ge allmänmedicin en minst lika god "status" som specialistutbildning. Detta har bl. a. skett genom att skapa ett speciellt medicinskt fackorgan för allmänläkarna och en omfattande utbildning i "general practice" vid undervisningssjukhus. För närvarande räknar man med att hälften av alla medicinstuderande i England kommer att bli allmänläkare.

Ett annat västerländskt land med primärvårdsinriktad läkarutbildning är Holland. Landets åtta medicinska högskolor har särskilda allmänmedicinska fakulteter ledda av en professor i allmänmedicin. Praktik inom primärvården ingår såväl i den medicinska grundutbildningen – 6–12 månader hos en allmänläkare – som i fortbildningen. Allmänmedicinare har även ett speciellt forskningsinstitut "Netherland Institute of General Practice" som grundades 1965.

Den mest omfattande omorienteringen av läkarutbildningen torde dock ha skett i Kina. Teori och praktik är där i huvudsak inriktad på de hälso- och sjukvårdsproblem som möter läkare inom primärvården. Efter avslutad läkarutbildning varvas tjänst vid sjukhus med praktik på landsbygden. Förebyggande insatser ges genomgående en mycket hög prioritering.

Även i Sovjetunionen betonas starkt att teori och praktik skall inriktas mot poliklinikernas och distriktsjukhusens verksamhetsområde och att därvid speciell uppmärksamhet skall ägnas hälsovården.

Försök till omorientering av läkarutbildningen har vidare gjorts i en rad andra länder. Bland dessa försök kan nämnas:

- "Specialistutbildning" för familjeläkare vid de medicinska högskolorna (Kanada, Australien och USA). Utbildning i "familjemedicin" finns vid alla medicinska högskolor i Australien och vid 80 av USA:s 120 medicinska högskolor.
- Ökad praktik inom primärvården såväl i grund- som fortbildningen av läkare.

Vid läkarutbildningen i Kuopio (Finland) tillbringar alla medicinestuderande tre månader varje år vid närliggande hälsostationer. Den finländska vidareutbildningen till allmänmedicinare består vidare bl. a. av två års tjänstgöring vid en hälsostation.

En liknande primärvårdsinriktning finns också vid Tromsø universitet där studenterna i början av den kliniska utbildningen har två månaders praktik hos distriktsläkare och fyra månaders praktik vid ett mindre landsbygdssjukhus. Även i Norge omfattar utbildningen i allmänmedicin två års praktik inom primärvården och ett års utbildning vid sjukhus (internmedicin, barnhälsovård eller psykiatri).



## Primärvårdens hälsovårdande uppgifter

### WHO:s principer – ideal och verklighet

- "Primärvården skall utgå från livsmönstret hos den befolkning som skall betjänas och den skall möta befolkningens behov."
- "Primärvården skall arbeta såväl förebyggande, vårdande som rehabiliterande. De förebyggande åtgärderna skall riktas mot såväl lokal livsmiljö som människornas livsvillkor."

Verkligheten ligger ofta långt från dessa två WHO-principer för primärvårdens inriktning. De vårdande åtgärderna dominerar vanligen helt över de förebyggande och rehabiliterande insatserna. Primärvårdsdebatten i flertalet västländer är dessutom mer fokuserad på interna problem inom hälso- och sjukvårdssystemet än på ohälsan inom befolkningen.

Detta betyder inte att analyser av vårdnivåer, läkarlöner och samarbetsproblem mellan allmänläkare och specialister är oväsentliga faktorer när det gäller att möta befolkningens behov av god primärvård. Tvärtom – en identifiering av de faktorer som bromsar en politiskt önskad utveckling av primärvården är ett villkor för förändring. Ett annat villkor är dock att förändringen blir direkt relaterad till befolkningens problem. Saknas denna koppling är risken stor att arbetsuppgifterna inom primärvården formas efter de värderingar och erfarenheter som idag styr sjukhusvården. Det är med andra ord förändringen av arbetssättet som är det väsentliga. Lokalbytet är en åtgärd som underlättar – men på inget sätt säkerställer – denna förändring som ofta beskrivs i termer av helhetssyn och en offensiv hälso- och sjukvårdspolitik.

Mot denna bakgrund kan det vara av speciellt intresse att ta del av primärvårdens faktiska hälsovårdande arbetsuppgifter inom olika primärvårdstyper.

### Primärvårdens hälsovårdande insatser – några exempel

Primärvårdens hälsovårdande och förebyggande insatser ges ingen heltäckande beskrivning i de faktaunderlag som denna rapport bygger på. Följande redovisning bör därför ses som en exemplifiering av vissa prioriteringar och faktiska arbetsuppgifter inom olika länders primärvård.

Hälsoundersökningar utgör en av primärvårdens huvuduppgifter i bl. a. Sovjetunionen, Polen, Finland, Kanada och USA.

I Sovjetunionen utförs regelbundna hälsokontroller av havande kvinnor, förskolebarn, barn i skolåldern, speciella yrkesgrupper och idrottsmän. Vidare utförs inom primärvården hälsokontroller av personer som haft vissa sjukdomar, t. ex. tbc och diabetes. Hälsoundersökningar inriktade på upptäckt av livmoder- och bröstcancer utförs för närvarande två gånger om året för alla kvinnor i åldern 20–60 år. Målet i Sovjetunionen är att successivt bygga ut hälsokontrollerna till en årlig kontroll av alla medborgare.

Även i Polen och Tjeckoslovakien är hälsokontrollerna riktade mot vissa ålders- och yrkesgrupper, samt mot patienter med kroniska sjukdomar som högt blodtryck, struma, diabetes och hjärtsjukdomar.

De regelbundna hälsokontrollerna i västvärlden är vanligen av en något mindre omfattning när det gäller den vuxna befolkningen. Finland och Kanada hör till de länder som satsat på ett utbyggt system för hälsokontroller. I Kanada upptas i genomsnitt 20 procent av allmänläkarnas tid av hälsokontroller av patienter som anser sig friska, dvs. som inte sökt för någon sjukdom.

Privata stiftelser såsom Kaiser Foundation i USA har utvecklat omfattande – ofta datastyrda – program för allmänna hälsokontroller. Det primära syftet med dessa hälsokontroller är att klarlägga hälsotillståndet hos personer som söker vård hos stiftelsen. Hälsokontrollen fungerar därvid som en första undersökning som kan ge värdefullt underlag för läkarens diagnos och behandling. Hälsokontrollerna vid dessa stiftelser fungerar givetvis också som allmänna hälsokontroller för de av stiftelsens patienter som – utan misstanke om sjukdom – önskar kontrollera sin hälsostatus.

Sammanfattningsvis kan man således beträffande hälsokontroller konstatera att öststaterna fäster avsevärt större vikt vid såväl allmänna som riktade hälsokontroller än länder i väst. Öststaternas hälsokontroller är vidare i högre grad riktade mot vissa riskgrupper medan hälsokontrollerna – speciellt i Kanada och USA – i första hand omfattar dem som själva aktivt efterfrågar denna form av hälsovård.

Betydelsen av framtida miljöpåverkande insatser finns uttryckt i många länders allmänna hälsopolitiska mål i ungefär samma termer som i Sverige: ”Störningar i den fysiska och psykosociala miljön svarar för en allt större del av hälsoproblemen. Primärvården har genom sin närhet till människans boende- och arbetsmiljö stora förutsättningar att – i samverkan med socialvården – verka på det förebyggande området SOU 1978:74 sid 54”. Denna viljeinriktning har dock svårt att nå fram ens till planeringsstadiet. Konstanterandet att de svenska hälso- och sjukvårdsplanerna ”saknar analyser av sambanden mellan sjukvården och övriga samhällssektorer” tycks därför vara typiskt för dagens primärvård i många länder.

”I många länder är det legala och administrativa ansvaret för olika delar av miljöskyddet uppdelat mellan olika departement och myndigheter som ofta inte är direkt ansvariga för andra delar av hälsovården och som ibland ger högre prioritet åt andra aspekter än hälsoeffekterna.”<sup>1</sup> Det är mot denna bakgrund väsentligt att så långt som möjligt få fram en samlad bild av de hälsorisker som är relaterade till olika miljöfaktorer och speciellt kontrollera att gällande miljölagstiftning efterlevs.

Erfarenheten visar att en av förutsättningarna för att primärvården skall kunna fylla en viktig funktion vad avser miljöinriktade insatser är att det

<sup>1</sup> Primary Health Care in Europe, L A Kaprio, WHO, sid 20.

finns en offentlig lokalt förankrad primärvårdsorganisation. Det är också inom denna typ av primärvårdsorganisation som de flesta miljöpåverkande insatser redan gjorts. De mest anmärkningsvärda insatserna torde därvid ha gjorts inom den kinesiska primärvården med dess starka integrering i lokalt samhällsbyggande såväl i städer som på landsbygden.

De miljöpåverkande insatserna har säkerligen varit av stor betydelse för den kraftiga sänkning av exempelvis spädbarnsdödligheten som skett i såväl öst som väst som i vissa u-länder (exempelvis Kuba där spädbarnsdödligheten minskat från 40,3 procent 1965 till 28,7 procent 1972).

*Företagshälsovården*, som är en annan viktig del av den offentliga primärvårdsorganisationen i bl. a. Sovjet, DDR och Bulgarien.

I Sovjetunionen är läkartätheten inom företagshälsovården med svenska mått mätt mycket hög (162 läkare och 161 sjuksköterskor/vårdbiträden per 10 000 arbetare). Dessa läkare, som är knutna till poliklinikerna för industriarbetare, har som huvudsakliga arbetsuppgifter att utföra:

- Epidemiologiska studier och förebyggande insatser.
- Kontroller av psykiskt och fysisk miljö.
- Medverka vid rekrytering och nyval av arbetare samt vid bedömning av arbetsförmåga.
- Lättare sjukvård vid olyckor etc.

Företagshälsovården i DDR är reglerad genom en lag som föreskriver att företag med 200–500 anställda skall ha en sköterskestation, företag med 500–2 000 en läkarstation, företag med 2 000–4 000 anställda en flerläkarstation och ännu större företag en fullt utrustad poliklinik.

Den tjeckoslovakiska företagshälsovården är uppdelad i tre olika kategorier beroende på riskmiljön vid respektive arbetsplats. För arbetare vid kolgruvor och tung metallindustri strävar man efter att ha en företagsläkare per 1 000 arbetare. Inom företagshälsovårdens ansvarsområde ligger även mödravård och hälsokontroller avseende bl. a. livmoder- och bröstcancer. En barnmorska svarar för huvuddelen av detta arbete under en gynekologs ledning. Patienterna har fritt läkarval där de kan välja mellan att besöka företagsläkaren, primärvårdsteamet eller polikliniker vid sjukhus.

En annan form för den offentliga primärvårdens insatser inom företagshälsovården är när de ansvariga hälso- och sjukvårdsorganen som exempelvis i Finland sluter speciella samarbetsavtal mellan företag och vårdcentraler. I Finland har som allmänna riktlinjer för dylika avtal angivits att de i första hand skall slutas med de företag som har det största behovet av företagshälsovård och att arbetet främst skall inriktas mot hälsokontroller och andra förebyggande insatser.

Primärvårdens hälsoupplysande verksamhet varierar kraftigt mellan olika primärvårdssystem.

Generellt sett torde man kunna konstatera att privatpraktiserande läkare – speciellt i länder med huvudsakligen privata sjukförsäkringar – av bl. a. finansiella skäl inte ägnar särskilt mycket tid åt hälsoupplysning.

Inom den offentliga primärvården i DDR och andra öststater bedrivs däremot en omfattande hälsoupplysning inom primärvården. Mottagningsarna utnyttjas som "utställningslokal" för aktuella hälsofrågor. Patienterna

erhåller även tryckt informationsmaterial i samband med besök på mottagningen.

Hälsoundervisningen inriktad på bl. a. rökningens risker samt värdet av näringsriktig kost och lagom motion utgör också en obligatorisk del av läkarnas arbetsuppgifter i dessa länder.

Vid de finska hälsocentralerna är hälsoupplysningen en viktig primärvårdsuppgift. Under 1976 deltog ca en halv miljon människor i gruppråd-givningar av hälsoupplysande karaktär.

## Primärvårdens arbetsformer

### Hembesök

Hembesök upptar en stor del av primärvårdsläkarnas tid i flertalet öststater. I t. ex. Bulgarien och Tjeckoslovakien används hälften av läkarnas arbetstid till hembesök.

I Sovjetunionen uppmanas föräldrarna genom olika informationskampanjer att inte ta febersjuka barn till poliklinikerna utan istället begära hembesök av läkare.

Även i vissa västeuropeiska länder svarar hembesöken för en relativt stor arbetsuppgift inom primärvården. I Frankrike avsätter de privatpraktiserande allmänläkarna i genomsnitt 40 procent av sin tid för hembesök. Inom den holländska reglerade enskilda primärvården var motsvarande andel i mitten på 70-talet 20 procent (medan den i början av 60-talet var 50 procent). Denna utveckling mot minskat antal hembesök kan också konstateras i Danmark där de i början av 60-talet utgjorde drygt 20 procent av samtliga läkarkontakter medan de 1972 endast utgjorde sex procent.

Det finns ett antal länder där läkarna inom primärvården endast arbetar vid mottagningarna och inte alls – eller i rena undantagsfall – gör hembesök. I Kanada svarar hembesöken för två procent av alla läkarkontakter inom primärvården och i Finland ingår hembesök inte alls i primärvårdsläkarnas normala arbetsuppgifter.

Även i länder där hembesök inte ingår i primärvårdsläkarnas arbetsuppgifter kan man få hjälp i hemmet genom att anlita jourhavande läkare. Så är fallet även i några av de svenska storstäderna. Detta kan i vissa fall leda till att familjer som önskar få hem läkare väntar med att aktualisera sitt behov av vård till dess primärvården "stängt för dagen". Detta torde förekomma i bl. a. Danmark och Norge.

En ofta förbisedd – men potentiellt viktig – form av kontakt mellan patient och medicinskt utbildad personal är telefonkonsultationer.

I Danmark svarade telefonkonsultationerna för drygt 30 procent av samtliga konsultationer 1977. Ett annat land med väl utbyggda rutiner för telefonkonsultationer är Kanada. Studier inom svensk primärvård i t. ex. Tierp tyder på att telefonkonsultationerna också i Sverige är av relativt stor betydelse.

De riktlinjer som gäller i olika länder beträffande denna typ av kontakt är mycket varierande. Telefonkonsultationer får exempelvis inte förekomma i Frankrike där man hävdar att varje form av läkarkontakt skall innefatta en undersökning av patienten.

## Mottagningstider

I de flesta länder har man byggt upp särskilda jourorganisationer för läkarkontakt utanför dagtid under vardagar.

Inom den offentliga primärvården tycks det bli allt vanligare att hälsocentralerna icke begränsar sin funktion till dagtid under vardagar. I Norge arbetar man för ett differentierat öppethållande vid hälsocentralerna. Omkring år 2000 skall hälften av hälsocentralerna i Oslo enligt planerna ha öppet till klockan 20 och en fjärdedel till klockan 24.

Hälsocentralerna i Finland är liksom hemsjukvården redan ålagda att ge första hjälp även nattetid. Läkarna erhåller 100 procent lönetillägg jämte ett per capita-belopp på 20 mark vid tjänst mellan 18.00–08.00. Inkomstmöjligheterna för läkare vid hälsocentral anses vara betydligt bättre än för sjukhusläkare. Hälsostationernas jourssystem är dock ännu svagt utbyggt. En primärvårdsläkare kan således ha jour för en befolkning på 80 000–90 000 personer. Det innebär i praktiken att sjukhusens akutmottagningar får ta en stor del av jourfallen.

Familjeläkaren i länder med en reglerad enskild primärvård svarar för en inte obetydlig del av de konsultationer som sker utanför ordinarie mottagningstid. I England är familjeläkaren i formell mening ansvarig för sina patienter 24 timmar om dygnet. En bidragande orsak till att de privatpraktiserande läkarna i England har detta dygnet-runt ansvar är troligen att de därigenom också kan bevara sitt oberoende gentemot i första hand den offentliga sjukvården. För att möjliggöra reglerad fritid och semester samarbetar vanligen ett antal privatpraktiserande läkare i någon form av roterande jourssystem.

Denna typ av roterande jourssystem finnes också i bl. a. Danmark, Tyskland, Frankrike, Holland, Nya Zeeland och Schweiz.

Privatpraktiserande läkare i USA – speciellt i städerna – har endast undantagsvis någon form av jour.

Om primärvården inte fungerar annat än under dagtid vardagar blir det sjukhusens akutmottagningar som i praktiken får svara för alla typer av öppen vård under övrig tid. Detta är oberoende av om patienten kräver akutsjukhusets resurser eller ej. I denna mening kan man säga att sjukhusens akutmottagningar i USA, Italien, Finland liksom i vissa svenska städer tvingas fylla en familjeläkarfunktion trots att denna del av vårdapparaten är avsedd för akuta livsviktiga vårdinsatser.

## Samverkan mellan primärvården och övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet

Primärvården skall – enligt WHO:s principer – vara en integrerad del i ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem där de övriga delarna skall stödja primärvården.

I flertalet i-länder utanför östblocket kan situationen bäst beskrivas som en motsats till WHO:s princip. Primärvården utgör inte en integrerad del av de nationella hälso- och sjukvårdssystemet och de övriga delarna i detta system förhindrar en väl fungerande primärvård.

Samverkansproblemen är dock av delvis olika karaktär i olika länder med olika primärvårdssystem samt i storstäder och på landsbygden.

I länder med en välutvecklad enskild primärvård finns ofta – från de privatpraktiserande läkarnas sätt att se – en konkurrenssituation till den offentliga hälso- och sjukvården, speciellt på primärvårdsnivå. Detta skapar ofta samverkansproblem. Detta tycks framför allt gälla samverkan mellan privatpraktiserande läkare och offentligt anställd medicinsk personal som saknar läkarutbildning, t. ex. distriktssköterskor. I länder som Danmark och Australien där denna senare typ av samverkansproblem existerar försvåras ofta en för patienten viktig dialog mellan privat och offentlig primärvård också av olika geografiska upptagningsområden.

Speciellt markant blir samverkansproblemen i länder med en välutvecklad oreglerad enskild primärvård eftersom det där inte heller finns någon förutsättning för en samlad planering av hälso- och sjukvården. Vårdutbudet blir därmed svåröverskådligt och oorganiserat vilket inte främjar ett effektivt resursutnyttjande. Avskräckande exempel på detta finns i bl. a. Belgien och Japan.

Ett nära samarbete mellan primärvården och sjukhusen är ofta nödvändigt såväl före, under som efter perioder av specialistvård (öppen och sluten).

Denna samverkan tycks gnissla i de flesta länder. "Även om ingendera parten är felfri tycks den största skuldbördan i detta fall ligga på sjukhusläkarna. Dessa är inte alltid villig att låta allmänläkaren följa vad som händer hans patient under sjukhusvistelsen: De förser honom heller inte alltid med relevant information efter patientens sjukhusvistelse om vad som hänt denne under slutenvårdsperioden."<sup>1</sup>

Till detta kan läggas att bristen på samverkan ofta drabbar patienten då den leder till ett bristande medicinskt och socialt underlag för sjukhusets vårdinsatser och ofullständig information till primärvårdsläkaren och socialtjänsten avseende den vård och rehabilitering som krävs efter det att patienten lämnat sjukhuset.

De engelska familjeläkarnas situation har också ofta präglats av bristande möjligheter att samverka med sjukhusen vad avser t. ex. röntgen, elektrokardiogram och patologiska undersökningar. Resultatet blir dels sämre primärvård, dels att onödigt många patienter remitteras till sjukhusens specialistvård. Engelska familjeläkare saknar nästan helt resurser för fysioterapeutisk behandling. Endast fem procent har tillgång till denna typ av vårdresurser.

Samverkansproblem mellan primärvårdens och sjukhusens specialistvård tycks således förekomma oberoende av om primärvården bedrivs i offentlig eller privat regi. Förutsättningarna att skaffa organisatoriska former för samverkan är dock bättre när arbetsformerna i såväl primär- som sjukhusvården rutinmässigt regleras genom beslut i politiska organ.

<sup>1</sup> SOU 1978:74.

## Sämverkan mellan primärvården och organ utanför hälso- och sjukvårdssektorn

Hälso- och sjukvården – speciellt på primärvårdsnivå – har omfattande kontakter med socialvården. ”Att särskilja medicinska och sociala behov blir alltmer konstlat speciellt när man beaktar vårdbehov hos mycket gamla, handikappade och psykiskt sjuka.”<sup>1</sup>

I bl. a. Kanada, Belgien och Sverige har det erfarenhetsmässigt varit svårt att etablera ett fungerande samarbete mellan medicinskt och socialt utbildad personal. Sannolikheten att få till stånd en fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialvården torde dock vara större om primärvården drevs vid offentliga vårdcentraler än vid privatpraktiserande läkares enläkarmottagningar. Det visar erfarenheter från bl. a. Finland där det såväl lokal- som arbetsmässigt finns ett nära samarbete mellan hälsostationernas primärvård och socialvården.

Primärvården bör vidare ha ett nära samarbete med verksamheter utanför hälso- och sjukvårdssektorn som direkt kan påverka befolkningens hälsoförhållanden. I WHO:s primärvårdsideologi betonas betydelsen av en nära samverkan mellan primärvården och organ ansvariga för bl. a. livsmedelsproduktion, boende, trafik och undervisning.

Länder med en offentlig primärvård har vanligen någon form av sådana kontaktytor men de torde ofta vara relativt utvecklade. Kina och Kuba är exempel på länder där primärvård och lokal utvecklingsplanering inom andra sektorer också i verkligheten utgör en integrerad enhet.

Breda kontaktytor finns även mellan företagshälsovården och organ ansvariga för arbetsmiljön liksom mellan vissa länders hälsostationer och lokala organ ansvariga för omgivningshygien.

I Danmark ansvarar undervisnings-, jordbruks-, bostads- och finansministerierna inom respektive fackområden för frågor av betydelse för folkhälsan och därmed hälso- och sjukvården. Inrikesministeriet har en sammanhållande funktion för hela hälso- och sjukvårdssektorn. Därigenom finns förutsättningar för en integrerad hälsopolitik inom dessa områden.

Det faktaunderlag som denna rapport bygger på saknar tyvärr mer ingående uppgifter om primärvårdens samverkan med andra organ. Ovanstående redovisning får därför ses som en markering av ett problemområde snarare än en beskrivning av det aktuella läget i olika länder vad avser primärvårdens faktiska medverkan i samhällsplaneringen.

<sup>1</sup> Primary Health in Europe, L. A. Kaprio, WHO.



## Patientperspektiv på primärvården

### Patientens läkarval

Det fria läkarvalet finns i varierande grad inom samtliga typer av primärvård.

Inom den offentliga lokalt förankrade primärvården i Sovjetunionen kan patienten fritt välja läkare. Patientens läkarval omfattar såväl mer allmänt inriktade läkare som specialister. Det föreligger inte heller något remissväång till de specialiserade poliklinikerna för exempelvis tbc, hjärtsjukdomar, psykiska sjukdomar, könssjukdomar samt cancersjukdomar.

För att säkerställa att uppgifter om patientens hälsotillstånd, tidigare behandlingar etc. skall komma behandlande läkare till del oberoende av vart patienten vänder sig har varje medborgare i Sovjet en speciell patienthandling. I denna handling, som patienten själv ansvarar för och tar med vid läkarbesök, registreras erforderlig medicinsk och annan information. Patienthandlingen blir en form av löpande journal som underlättar kontinuitet i vården.

Ett generellt problem i länder utan remissväång till sjukhusens specialistvård är att specialisterna ofta kommer att överta allmänläkarens arbetsuppgifter och att primärvårdens funktion som första kontaktpunkt vid sjukdom som inte är av akut karaktär undergrävs. Detta i sin tur kan leda till ett felutnyttjande av knappa vårdresurser.

Det finns också länder – t. ex. Polen och Tjeckoslovakien – med en offentlig lokalt förankrad primärvård där läkarvalet inte är fritt. Där krävs remiss för att erhålla specialistvård.

Ett mellanting mellan fritt och bundet läkarval finns i DDR. Patienten väljer här hos vilken läkare han/hon önskar bli registrerad. Registreringen innebär att patienten alltid i första hand skall vända sig till den läkare där registrering skett. Därigenom kombineras det fria läkarvalet med en reglerad fast läkarkontakt. Samma kontaktsystem finns i länder med en reglerad enskild primärvård.

I England ansöker man exempelvis om att bli upptagen som patient hos en bestämd allmänläkare. Accepterar läkaren denna patientansökan registreras detta centralt.

Byte av läkare kan enligt bestämmelserna ske om man själv – eller läkare – flyttar eller om man från "kontrakterad" läkare fått skriftligt samtycke att övergå till annan läkare (över 95 procent av befolkningen i England är registrerade hos en familjeläkare).

En patient kan även få byta läkare av andra skäl än de som här nämnts.

Detta kräver en speciell ansökan till offentlig myndighet. Om en privatpraktiserande läkare vägrar att ta upp en viss patient på sin lista kan patienten vända sig till ett offentligt organ som har till uppgift att tilldela patienten en viss läkare.

Det fria läkarvalet i länder med en reglerad enskild primärvård är vanligen begränsat till allmänläkarna. Remiss från allmänläkare krävs således för specialistbesök i bl. a. Danmark, England, Holland och Australien. I annat fall får patienten ofta betala en högre avgift för specialistbesöket.

Länder med oreglerad enskild primärvård tillämpar genomgående principerna om patientens rätt att själv välja såväl allmän- som specialistläkare. Detta är en förutsättning för den fria konkurrens som präglar utbudet av den enskilda hälso- och sjukvården i denna typ av primärvård. I Sverige tillämpas i princip samma valrätt.

Det fria läkarvalet diskuteras vanligen där befolkningen har reella möjligheter att välja mellan olika läkare.

Denna verklighet är överklig för många medborgare. De som bor i glesbygden får ofta erfara att läkarna finns i de stora städerna. De låginkomsttagare som lever i länder med oreglerad enskild primärvård finner att kostnaderna för läkarvården kraftigt reducerar valmöjligheterna både när det gäller läkare och antal läkarkontakter.

I detta perspektiv framstår som en väsentligare fråga huruvida läkarna skall ha ett fritt val av patienter.

## Läkar- och vårdkontinuitet

I den svenska hälso- och sjukvårdspolitiska debatten har önskemålet om en fast läkarkontakt och kontinuitet i vården haft en framträdande plats.

Här skall endast konstateras att förutsättningarna för en fast läkarkontakt ökar inom den enskilda primärvården när patienten genom ett kontrakt knyts till en bestämd läkare (som redovisades i förra avsnittet), etableringskontroll införs och remisstvång gäller för all specialistvård.

Inom den offentliga primärvården med vårdcentralen som bas kan en väl utbyggd lokalt förankrad vård och service i sig ge närhet och tillgänglighet som skapar kontinuitet i vården. Åtgärder för att ytterligare förstärka denna kontinuitet kan vara att ge allmänläkaren en central samordnande roll inom primärvården. Vidare kan en bättre kontinuitet i vården skapas genom att hela teamet vid vårdcentralen deltar i vården.

En uppdelning på flera specialister som skett exempelvis i Sovjetunionen och Ungern minskar givetvis möjligheterna att uppnå såväl läkar- som vårdkontinuitet.

Vårdkontinuitet förutsätter också en löpande och samlad registrering av patientens hälsotillstånd och erhållen vård. I England har familjeläkaren en journal som kompletteras med uppgifter vid eventuell sjukhusvård. Journalen följer patienten hela livet. Vid byte av läkare övergår den från den tidigare till den nya familjeläkaren. I bl. a. Sovjetunionen finns ett motsvarande system med kontinuerlig registrering. Där är det dock patienten själv – inte läkaren – som ansvarar för förvaringen av patienthandlingen.

## Antal kontakter läkare–patient

Antalet läkarkontakter per år varierar vilket bl. a. beror på den aktuella primärvårdstypen.

Högsta antal kontakter med läkare inom primärvården finns i Japan med omkring 15 besök per år och invånare. Det finns ingenting som tyder på att detta skulle bero på en markant skillnad i sjukligheten vid en jämförelse mellan Japan och andra i-länder. Tänkbara orsaker kan däremot vara att läkarna – av finansiella snarare än medicinska skäl – ofta delar upp ett normalt läkarbesök i två–tre besök (inledande undersökning, behandling, receptförskrivning). Vidare tillämpas mycket korta förskrivningsperioder för läkemedel och vitaminer vilket leder till besök och höjer läkarnas intäkter. Man kan också konstatera en – av samma privatekonomiska skäl – entydig tendens till överförskrivning av läkemedel i Japan. (Varje konsultation föranleder i genomsnitt 2.2 förskrivningar.)

I de övriga primärvårdssystemen är genomsnittliga antalet kontakter mellan tre till sex per år. En allmänpraktiker i Nya Zeeland och Australien har omkring fyra kontakter per patient och år. I Norge ligger besöksstalet per invånare och år på 2.5.

Antalet besök per invånare hos primärvårdsläkare används ibland som en planeringsvariabel. I Norge avser man exempelvis att höja besöksfrekvensen från 2.5 till 3.75 1981.

Möjligheterna att åstadkomma denna förändring genom icke önskvärda förändringar i läkarens behandlingspraxis visas tydligt i det japanska exemplet. Av det skälet – liksom att det ur välfärdssynpunkt knappast är rimligt att bedöma nyttan av primärvårdsinsatser i fler läkarbesök – bör denna typ av målangivelser undvikas. Insatserna bör istället i möjligaste mån relateras till befolkningens sjuklighet. Minskad sjuklighet är det relevanta målet. Ökad sjuklighet – som kanske i sig höjer antalet primärvårdsbesök per capita – är självklart inget mål utan en larmsignal.

## Primärvårdens samarbete med lokalbefolkningen

En av WHO:s principer för primärvården är att den lokala befolkningen aktivt skall delta i formulering och genomförande av hälsopolitiken så att den blir i linje med lokala behov och prioriteringar.

Formerna för en dylik lokal påverkan och medverkan är outvecklade i flertalet länder. Det finns dock undantag. En form av samverkan mellan primärvård – lokalbefolkning är när man som i Holland genomgående utgår från det "delade ansvaret". Med det menas ett delat ansvar mellan primärvården patienten själv och patientens släkt och vänner. Genom att utgå från denna syn på vården skapas också förutsättningar att belysa och motverka risken att patienterna genom att erhålla professionell vård i onödan blir alltför beroende av sjukvårdens insatser.

De folkvalda hälsoarbetarna i Kina utgör ett annat exempel på medverkan i primärvårdsarbetet. Befolkningen inom ett kvarter eller en folkkommun väljer inom sin egen grupp vilka som skall utbildas till lokala hälsoarbetare.

Ofta väljs personer som har visat intresse för att i vardagen ge råd och hjälpa till när någon blivit sjuk. Den korta utbildningen är främst inriktad på förebyggande insatser (hygien) och första hjälpen.

De lokala hälsoarbetarna arbetar sedan på deltid med dessa uppgifter. Den andra deltiden arbetar han/hon i sitt ordinarie arbete. Efter två till tre år sker nyval och andra lokala krafter får utbildning och deltidsjobb som hälsovårdare.

Tillsammans med primärvårdens fast anställda personal utgör dessa lokala hälsovårdsarbetare basen för det kinesiska hälso- och sjukvårdssystemet.

Ett tredje perspektiv på lokalbefolkningens medverkan i hälso- och sjukvårdsarbetet gäller frågan om hur de får insyn och hur de kan påverka den professionella vården.

Vissa försök har gjorts såväl i öst som väst med lokala patientombud och olika lokala samarbetsorgan. I exempelvis Tjeckoslovakien väljs lokala ombud som skall representera befolkningen i primärvårdsområdet.

Dessa ombud har regelbundna träffar med läkarna vid hälsocentralen för att diskutera bl. a. läkarnas uppträdande, 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 England initierades 1974 ett liknande organ – Community Health Councils – med uppgift att speciellt bevaka patienternas intressen. Medlemmarna i dessa råd utses av lokala myndigheter (hälften), frivilliga organisationer verksamma inom hälso- och sjukvårdssektorn samt av den regionala hälsovårdsmyndigheten.

Den lokala befolkningens roll i dagens primärvård är dock i de flesta länder begränsad till en relativt passiv patientroll.

En rapport om "Morgondagens primärvård" skulle dock visa att många länder – åtminstone idémässigt – försöker utgå från befolkningens perspektiv och problem snarare än sjukvårdens "problem" med olika patienter.

## Lekmannavård – professionell vård

Den beskrivning av primärvårdens omfattning och inriktning som ges i denna rapport är i hög grad präglad av den professionella vårdens perspektiv. Detta perspektiv begränsas till personer som söker och erhåller professionell vård, dvs. blir patienter. Helheten blir "alla patienter", inte "hela befolkningen".

Det är därför väsentligt att konstatera att det ur befolkningens perspektiv endast är en mindre del av all hälso- och sjukvård som kräver professionell hjälp. Huvuddelen klarar man själv.

WHO har i sin skrift "Primary health care in Europe" betonat att utgångspunkten för primärvårdsplaneringen måste vara beskrivningar av hälsoproblem inom befolkningen. Utifrån detta perspektiv skall en bedömning göras av behovet av samhällets hälso- och sjukvårdsinsatser. Därvid bör klarläggas vilka insatser som krävs av medicinskt utbildad personal (läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper) lokalbefolkningen, släkt och vänner

samt av den sjuke själv. Det är i detta perspektiv som en samtidig bedömning och avvägning kan göras mellan professionell vård och lekmanvård.

Det sannolikt största hindret för att uppnå denna helhetssyn på primärvården i industrialiserade länder är – enligt WHO:s skrift – att primärvård i Europa enbart uppfattas som professionell medicinsk vård. Vidare konstateras att man vid planering av den professionella vården alltför ofta begränsar perspektivet till läkarens insatser.

Den intensivaste mobiliseringen av befolkningen för att förverkliga hälsopolitiska mål finns sannolikt i Kina. Kinas hälso- och sjukvårdspolitik utgår snarare från tesen "Health by the people" än från perspektivet "Health for the people".

Det ligger utanför ramen för denna rapport att närmare analysera omfattningen och inriktningen av denna del av hälso- och sjukvårdsarbetet i olika samhällen. Det kan dock vara motiverat att betona att befolkningens egna insatser vad avser hälso- och sjukvård är av avgörande betydelse vid förverkligandet av en offensiv hälso- och sjukvårdspolitik.

KUNGL. BIBL.

1981-03-02

STOCKHOLM

# Statens offentliga utredningar 1981

## Kronologisk förteckning

---

1. Hälsorisker. S.
  2. Ohälsa och vårdutnyttjande. S.
  3. Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv. S.
-

# Statens offentliga utredningar 1981

## Systematisk förteckning

---

### **Socialdepartementet**

Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. 1. Hälsorisker. [1] 2. Ohälsa och vårdutnyttjande. [2] 3. Hälsa- och sjukvård i internationellt perspektiv. [3]







**LiberFörlag**  
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-0590  
ISSN 0375-250X