HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90-TALET

HS 90

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90-TALET

HS 90

138

Statens offentliga utredningar
1984:39
Socialdepartementet

Hälso- och sjukvård inför 90-talet

Huvudrapport

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)
Stockholm 1984

Omslag Magnus Günther, AdSum

ISBN 91-38-08369-8
ISSN 0375-250X

minab/gotab Stockholm 1984

KORRIGERING

Figur 4.2 (sid 57) byter plats
med figur 7.2 (sid 118)

Obs! Figurtexten kvarstår på
respektive sida

relsen samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landsorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

Förord

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslöt i juni 1978 att påbörja arbetet med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990-2000 (HS 90).

För att leda HS-90-arbetet tillsatte sjukvårdsdelegationen en styrgrupp. Genom regeringens beslut 1983-04-28 ersattes sjukvårdsdelegationen av ett nytt samrådsorgan, socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning, som har i uppdrag att svara för den övergripande samordningen av hälso- och sjukvården samt av denna och de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik.

Hälso- och sjukvårdsberedningen har följande sammansättning: statsrådet Gertrud Sigurdsen, ordförande, landstingsrådet Bertil Göransson t o m 1984-03-31, fr o m 1984-04-01 landstingsrådet Gunnar Hofring, Landstingsförbundet, statssekreteraren Sture Korpi och statssekreteraren Ingemar Lindberg, socialdepartementet, f. kommunalrådet Bengt Mollstedt, förbundsdirektören Walter Slunge och landstingsrådet Kurt Ward, Landstingsförbundet samt generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsberedningen beslöt 1983-05-17 att inrätta två arbetsgrupper. I den första skulle frågor rörande långsiktig planering behandlas – i det första skedet huvudsakligen projektet hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS-90). Denna arbetsgrupp ersatte därmed den tidigare särskilda styrgruppen för HS 90. Den andra arbetsgruppen skulle behandla frågor rörande statens ersättningar m m till sjukvårdshuvudmannen. Gruppens arbete berör inte direkt HS 90-projektet.

Arbetsgruppen för långsiktig planering har följande sammansättning: statssekreteraren Ingemar Lindberg, ordförande, avdelningschefen Gustav Brynolfsson, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), sjukvårdsföreståndaren Ulrica Croné, Tjänstemännens centralorganisation, departementsrådet Göran Dahlgren, socialdepartementet (fr o m 1984-01-01), departementsrådet Bo Jonsson, finansdepartementet, avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet, överläkaren Stig-Bertil Nilsson och hälso- och sjukvårdsdirektören Olle Orava, Landstingsförbundet, docenten Hans Rundcrantz, Centralorganisationen SACO/SR, utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet, avdelningschefen Gunnar Wennström och generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landsorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

Utredningsarbetet har genomförts inom socialstyrelsen. Det har letts av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren som projektledare. I sekretariatet har vidare ingått byrådirektören Marianne Rambro, byråchefen Lennart Rinder och byrådirektören Curt-Lennart Spetz samt vad gäller området vårdstruktur m m, f. sjukvårdsdirektören Sven Bengmark och primärvårdsdirektören Christer Yngveson. För administrativt arbete, redigering och utskrifter m m har svarat förste byråsekreteraren Märta Nordenfelt, assistenten Ulla Sjöman och byråassistenten Gunvor Unoson. Experter har medverkat i utarbetandet av rapporter och underlagsstudier.

HS 90-arbetet har bedrivits i två etapper. Under den första inriktades arbetet på att redovisa och analysera olika områden av betydelse för inriktningen av huvudstudierna. Inom ramen för dessa förstudier utarbetades ett antal kommenterade kunskapssammanställningar. Dessa publicerades i SOU 1981:1-3 samt i form av sekretariatsrapporter. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 1.

Som en sammanfattning av den första etappen av HS 90-projektet redovisades 1981 skriften "Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet" (SOU 1981:4). I denna publikation angavs också riktlinjerna för den andra och avslutande etappen, som antogs av styrgruppen 1980-10-10 och som godkändes av sjukvårdsdelegationen 1980-10-30 (bilaga 2).

Arbetet inom HS 90 skall ses mot bakgrund av kravet dels på förändringar av hälso- och sjukvårdens inriktning och struktur, dels på återhållsamhet i den fortsatta expansionstakten. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som riksdagen beslutade om 1982 och som gäller fr o m 1983, ger ett nytt utgångsläge för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården. Kravet på en förändrad struktur av hälso- och sjukvården och på ett nytt hälsopolitiskt synsätt har kommit till klart uttryck i lagen. I förarbetena till lagen understryks nödvändigheten av att hälso- och sjukvårdens resurser omfördelas för att den avsedda inriktningen av vården skall kunna genomföras. Därvid slås också fast att huvudmännen skall utgå från primärvården i sin planering av hälso- och sjukvården.

Projektets syfte har vidare varit att göra en översyn och vidareutveckling av socialstyrelsens principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (HS 80) som presenterades i början av 1970-talet, och att därvid klarlägga och analysera vissa problemområden av strategisk betydelse för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990 – 2000.

Enligt riktlinjerna för HS 90:s huvudstudier skulle generella utgångspunkter vara

- att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt,
- att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt
- att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Till HS 90 har regeringskansliet överlämnat två särskilda ärenden, dels ett förslag från utredningen rörande miljöproblem i vissa industriområden med tillhörande remissammanställning (UMI, SOU 1978:25) om inrättande av ett epidemiologiskt bevakningssystem, dels en riksdagsskrivelse (1978/79:7) angående utbyggnaden av reumatikervården.

Statens miljömedicinska laboratorium (SML) har på HS 90:s uppdrag utfört en utredning om epidemiologiska bevakningsfrågor (SML-rapport 13/1983). Synpunkter på utvecklingen av den epidemiologiska bevakningen redovisas i rapporten. Vad beträffar frågan om reumatikervårdens utbyggnad har inom socialstyrelsen utarbetats en omfattande expertrapport: Rörelseorganens sjukdomar (PM 57/83). Efter nu slutförd remissbehandling avses rapporten vidareutvecklas till ett hälsopolitiskt handlingsprogram för rörelseorganens sjukdomar.

Den andra utredningsetappen i HS 90-arbetet har inriktats mot tre områden

- hälsopolitik – förebyggande insatser,
- vårdstruktur samt
- personal- och utbildningsplanering.

Från de tre områdena redovisas underlagsstudier och särskilda rapporter som framgår av bilaga 3.

Denna rapport är en sammanfattning med förslag som bygger på det samlade underlagsmaterialet om hälso- och sjukvård inför 90-talet. Arbetsgruppen för långsiktig planering svarar för innehållet i denna rapport.

De förslag som läggs fram har ett renodlat hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv. Vid ställningstaganden om genomförande av förslagen måste de vägas mot de samhällsekonomiska förutsättningar som föreligger. De hälsopolitiskt grundade förslagen rörande andra samhällssektorers insatser förändrar inte ansvarsfördelningen mellan de olika sektorerna. De begränsar inte heller övriga sektorers ansvar att beakta hälsomässiga konsekvenser och utforma hälsopolitiska mål inom sitt verksamhetsområde.

Rapporten är, liksom underlagsstudierna, avsedd att ge underlag för sjukvårdshuvudmännens planering samt för hälso- och sjukvårdspolitiska överväganden inom landstingen och på nationell nivå. Huvuddragen i HS 90-projektet kommer att redovisas för riksdagen. Det ankommer på landstingskommunerna (motsvarande) att planera och driva hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov och utifrån de olika regionala och lokala krav och förutsättningar som i övrigt finns inom landstingen.

Stockholm i augusti 1984

Ingemar Lindberg

statssekreterare

Ordförande arbetsgruppen
för långsiktig planering

Innehåll

1 *Utgångspunkter och mål* 11
1.1 Hälsosituationen – krav på nya insatser 11
1.2 Hälso- och sjukvårdens innehåll – krav på förändringar och omstruktureringar 13
1.3 Underlag för hälsopolitiken inför 90-talet 16
1.4 Rapportens uppläggning 16

2 *Hälsoproblem och hälsorisker* 19
2.1 Inledning 19
2.2 Dödlighet 21
2.3 Symtom och besvär 22
2.4 Funktionsnedsättningar 23
2.5 Handikapp 24
2.6 Vårdutnyttjande 24
2.7 Några stora hälsoproblem 25
2.7.1 Hjärt- och kärlsjukdomar 27
2.7.2 Psykiska problem 27
2.7.3 Rörelseorganens sjukdomar 28
2.7.4 Tumörer 29
2.7.5 Andningsorganens sjukdomar 30
2.7.6 Skador 31
2.8 Hälsopolitiska jämlikhetsmål 33
2.9 Hälsopolitiska riskgrupper 33
2.10 Sammanfattande förslag 34

3 *Samhällsekonomiska villkor* 37
3.1 Hälso- och sjukvården som belastning på samhällsekonomin 39
3.2 Hälso- och sjukvården som samhällsekonomisk stimulans 42
3.3 Samhällsekonomisk inverkan på hälso- och sjukvården . 43
3.4 Återverkan av hälso- och sjukvården på samhället . . . 47
3.5 Konsekvenserna för hälso- och sjukvården av långtidsutredningens bedömningar 48

4 *Förebyggande insatser* 51
4.1 Förebyggande åtgärder – en uppgift för hela samhället . 51
4.2 De förebyggande intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen 53

4.3 Två hälsopolitiska ansatser 55
4.4 Handlingsprogram mot skador 56
4.4.1 Skador som hälsoproblem 56
4.4.2 Åtgärder för att förstärka det skadeförebyggande arbetet 58
4.5 Handlingsprogram mot hjärt- och kärlsjukdomar . . . 59
4.5.1 Hjärt- och kärlsjukdom som hälsoproblem . . . 60
4.5.2 Åtgärder för att förebygga hjärt- och kärlsjukdom 61
4.6 Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen – det sektoriella riskperspektivet 63
4.6.1 Hälsopolitiska aspekter på boendemiljön . . . 63
4.6.2 Hälsopolitiska aspekter på arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik 65
4.6.3 Hälsopolitiska aspekter på arbetsmiljön 67
4.6.4 Hälsopolitiska aspekter på kost- och livsmedelspolitiken 70
4.7 Krav på utvecklingen av det förebyggande arbetet . . . 72
4.7.1 Den nationella nivån 72
4.7.2 Landstingsnivån 75
4.7.3 Den lokala nivån – primärvårdens förebyggande insatser 76
4.8 Epidemiologisk bevakning 78
4.9 Ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder . . . 79
4.10 Sammanfattande förslag 82

5 *Vård på lika villkor* 85
5.1 Hälso- och sjukvårdslagens krav 85
5.2 Vårdens tillgänglighet och innehåll 86
5.3 Demografisk tillgänglighet 87
5.4 Geografisk tillgänglighet 89
5.5 Socioekonomisk tillgänglighet 91
5.6 Kulturell tillgänglighet 94
5.7 Orsaker till bristande jämlikhet i vården 95
5.8 Otillfredsställda vårdbehov 96
5.9 Vårdpolitiska jämlikhetsmål 97
5.10 Vårdpolitiska riskgrupper 98
5.11 Sammanfattande förslag 99

6 *En förändrad vårdstruktur* 101
6.1 Bakgrund 101
6.2 Vårdens förändrade villkor och inriktning 102
6.2.1 En sjukhusdominerad vårdstruktur 104
6.2.2 Krav på förändring 105
6.3 En utbyggd primärvård 108
6.3.1 Bakgrund och inriktning 108
6.3.2 Kunskapskrav 110
6.3.3 Vårdens tillgänglighet 110
6.3.4 Kontinuitet i vården 112
6.3.5 Sjukvård i hemmet och vård vid lokala sjukhem . 112

6.3.6 Lokal samverkan 113
6.3.7 Primärvårdens samverkan med länssjukvården . 114
6.3.8 Den teknologiska utvecklingen 115
6.4 Sammanfattning av primärvårdens ansvar och uppgifter . 116

7 *Länssjukvårdens långsiktiga utveckling* 117
7.1 Vårdresurser och vårdutnyttjande 117
7.1.1 Länssjukvården under 70-talet 117
7.1.2 Skillnader på diagnos- och åtgärdsnivå 124
7.2 Organisation och samverkan 126
7.2.1 Vägar till förnyelse av länssjukvården 126
7.2.2 Medicinska och tekniska utvecklingsbehov . . . 126
7.2.3 Vidgning av sjukhusens traditionella roll . . . 128
7.2.4 Effektivare resursutnyttjande 128
7.2.5 Samverkan med primärvården 130
7.2.6 Sjukvårdsregional samverkan 131
7.3 Vårdstruktur och ansvarsområden 131
7.3.1 En vårdkedja 131
7.3.2 Primärvården 133
7.3.3 Regionsjukvården 134
7.3.4 Länssjukvården 136
7.4 Förändrad resursfördelning 144
7.4.1 Resursfördelningen 144
7.4.2 Vårdplatsutvecklingen 146
7.4.3 Utvecklingen för olika specialiteter i 90-talets perspektiv 147
7.4.4 Sammanfattande bedömning 156
7.5 Sysselsättningsmässiga och regionalpolitiska konsekvenser av utredningens förslag 158
7.5.1 Sysselsättningens betydelse 158
7.5.2 Sysselsättningseffekter av hälso- och sjukvårdens utbyggnad 159
7.5.3 Vård- och regionalpolitiska mål 160
7.5.4 Vård-, regional- och arbetsmarknadspolitik i samverkan 161
7.6 Genomförande av en ny vårdstruktur 163
7.6.1 Hinder för förändring 163
7.6.2 Stöd för förändringsarbetet 164
7.6.3 Förslag till åtgärder 166

8 *Personal för framtidens hälso- och sjukvård* 169
8.1 Några utgångspunkter 169
8.2 Kvalitativa aspekter – utbildning för utveckling . . . 171
8.2.1 Förändringar av grund- och vidareutbildningen . 173
8.2.2 Fort- och efterutbildning som förändringsinstrument 177
8.3 Kvantitativa aspekter – tillgång och efterfrågan på vårdpersonal 180
8.3.1 Allmänt 180
8.3.2 Arbetstidsförhållanden m m 181

8.3.3 Tillgångsprognos 182
8.3.4 Efterfrågan på personal 184
8.3.5 Avstämning 189
8.4 Fortsatt arbete 195

9 *Utveckling av hälso- och sjukvårdsstatistik* 199
9.1 Inledning 199
9.2 Vissa utvecklingsbehov 199
9.3 Hälsoutvecklingen i Sverige – periodisk sammanställning 204

10 *Forsknings- och utvecklingsarbete* 205
10.1 Nuläge, några framlagda förslag m m 205
10.2 Utvecklingsbehov 208
10.3 Sammanfattande förslag 213

11 *Inriktning, sammanfattning och förslag* 215

Särskilt yttrande av Hans Rundcrantz 231

Bilaga 1-3 233

1 Utgångspunkter och mål

1.1 Hälsosituationen – krav på nya insatser

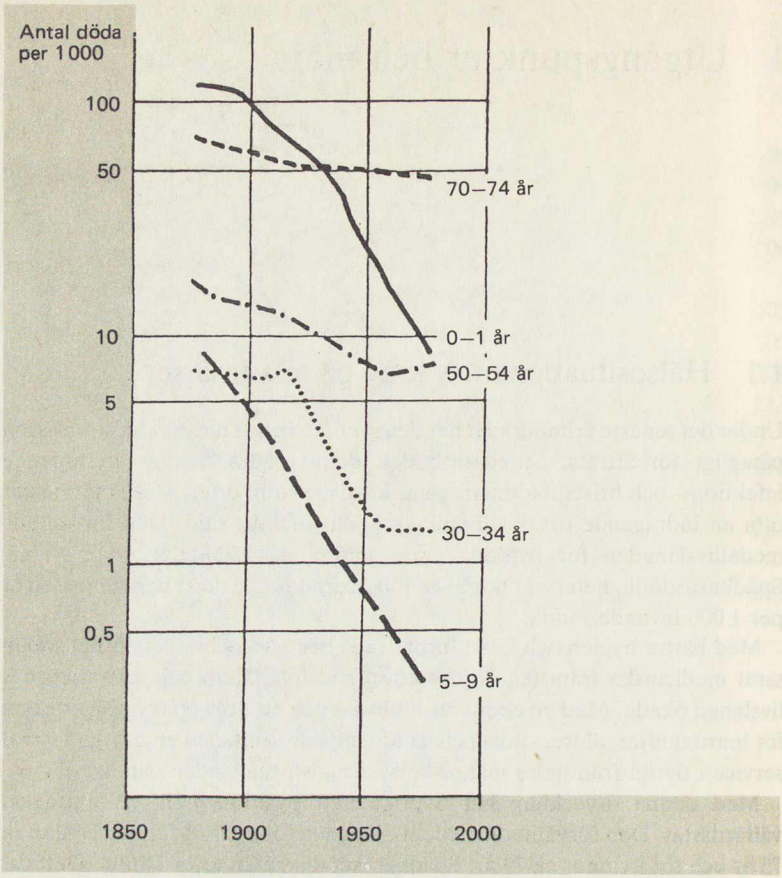
Under det senaste århundradet har den svenska befolkningens hälsosituation påtagligt förbättrats. Sjukdomsbilden dominerades förr av livshotande infektions- och bristsjukdomar, som skördade stora offer. Undernäring var ofta en bidragande orsak till sjukdom och för tidig död. Den förväntade medellivslängden för nyfödda var i mitten på 1800-talet drygt 40 år. Spädbarnsdödligheten var hög – ca 150 dödfödda och döda barn under ett år per 1 000 levande födda.

Med bättre hygien och kost, förbättrade bostads- och arbetsförhållanden samt medicinska framsteg höjdes efterhand folkhälsan och människornas livslängd ökade. Med en ekonomisk tillväxt och ett utbyggt trygghetssystem för barnfamiljer, äldre, sjuka och handikappade samt med en utbyggd social service i övrigt främjades människors levnadsförhållanden och livsvillkor.

Med denna utveckling har Sverige nått positionen av en utpräglad välfärdsstat. Den förväntade medellivslängden för nyfödda är nu för män ca 73 år och för kvinnor ca 79 år. Spädbarnsdödligheten är ca 7/1000. Detta är siffror som ger Sverige en hälsomässig tätposition bland de utvecklade länderna.

Detta visar att fattigdom och dåliga levnadsförhållanden i ett historiskt perspektiv är grundläggande orsaker till hög sjuklighet och för tidig död. En utblick över hälsosituationen i olika världsdelar och länder visar att detta samband också råder i dagens globala perspektiv.

Under de senaste decennierna har emellertid den successiva förbättring som skett av hälsotillståndet hos den svenska befolkningen delvis stannat upp – åtminstone för männens del – såsom den kan mätas i de officiella dödlighetssiffrorna. Medellivslängden stiger inte på samma sätt som tidigare. Vissa ökningar av dödligheten har t o m noterats för män i de aktiva åldrarna. Detta resulterar i växande skillnader i medellivslängd mellan män och kvinnor. Detta får givetvis inte undanskymma det faktum att hälsosituationen och funktionsförmågan för många äldre människor och handikappade har blivit betydligt bättre även under senare år. Genom medicinska insatser – t ex i form av ledkirurgi och tekniska hjälpmedel – har deras levnadsvillkor kunnat förbättras. För andra har smärtor och lidanden kunnat begränsas.



Figur 1.1 Dödlighetens förändring på 100 år

Sjukdomsmönstret är idag annorlunda än för bara 40-50 år sedan. Den industriella utvecklingen med befolkningsomflyttningar och förändringar i familjestruktur med högre grad av ensamboende m m har inneburit nya hälsoproblem. Dessa är också relaterade till sättet att leva och till miljön men på ett helt annat sätt än de tidigare dominerande infektions- och bristsjukdomarna. Som också framgår av HS 90:s underlagsstudier finns idag betydande hälsoklyftor mellan olika yrkes- och sociala grupper liksom mellan geografiska områden. I kapitel 2 redovisas dagens sjukdomsmönster och hälsorisker.

Människornas anspråk på hälso- och sjukvårdstjänster har stigit. Människor kräver ett ökat stöd av samhället för att de skall kunna vidmakthålla vad som uppfattas som god hälsa och en god vård. Förändringar i familjestrukturen leder till förändrade och ökade vårdbehov.

Likaså har synen på vad som är sjukdom och ohälsa förändrats. Nutidens människor har större krav på vad en god hälsa bör innebära för dem jämfört med de krav som man hade bara för några decennier sedan.

Detta är förhållanden som har uppmärksammats inte minst inom hälso- och sjukvårdssektorn. Enighet råder om att det inte räcker med att hälso- och

sjukvården enbart tar hand om dem som blir sjuka eller som skadas. Hälso- och sjukvården måste härutöver ges en starkare förebyggande inriktning än tidigare. På detta sätt är det möjligt att anpassa verksamheterna till den mer återhållsamma utbyggnadstakt för hälso- och sjukvården, som från samhällsekonomisk synpunkt bedöms nödvändig.

Det förebyggande arbetet skall inriktas på individinriktat, allmänt och samhällsinriktat arbete. Speciell uppmärksamhet bör därvid ägnas samband mellan olika befolkningsgruppers livsvillkor och livsstil samt deras hälsotillstånd. Perspektivet bör därvid omfatta såväl kemiska, fysikaliska och biologiska som ekonomiska och sociala riskfaktorers betydelse för folkhälsan. Det bör ankomma på hälso- och sjukvården att aktivt medverka till att uppspåra dessa hälsorisker, samt informera andra samhällssektorer om de samhälls- och miljöförhållanden, som orsakar hälsoproblem och sociala störningar. Det gäller också att påverka övriga sektorer så att dessa riskförhållanden kan elimineras eller reduceras.

Denna breddning av hälso- och sjukvårdens ansvarsområde till att utöver traditionell vård och behandling även omfatta förebyggande arbete är en internationell utvecklingstendens. Exempel härpå återfinns i många andra industriländer. Ett arbete med samma inriktning pågår inom WHO och har den strategiska målsättningen "Hälsa för alla år 2000" (HFA 2000). Detta arbete utgår från WHO:s relativt vida definition av hälsa som "fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp".

1.2 Hälso- och sjukvårdens innehåll – krav på förändringar och omstruktureringar

Under de senaste årtiondena har hälso- och sjukvården i vårt land genomgått en snabb utbyggnad. Kostnaderna för denna verksamhet uppgår idag till över 65 miljarder kronor per år. Detta svarar mot ca 10 procent av bruttonationalprodukten – jämfört med ca 4 procent år 1960. Omkring 450 000 personer arbetar idag inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorgsvård jämfört med ca 125 000 för 25 år sedan.

Under 1960- och 1970-talen koncentrerades insatserna inom hälso- och sjukvården på att förbättra och bygga ut sjukhusresurserna. Resultaten av denna utveckling präglar resursanvändningen idag och kommer att göra det under lång tid framåt. Vid en internationell jämförelse är tillgången på akutvårdsplatser mycket hög i Sverige samtidigt som antalet läkarbesök i öppen vård är relativt lågt. Huvuddelen av besöken i öppen vård sker vid sjukhus.

Vårdpolitiken har under de senaste decennierna i allt högre grad inriktats på att få till stånd en ändrad struktur av hälso- och sjukvården. Politisk enighet har rått om behovet av en sådan omstrukturering. Primärvården – med öppen vård vid vårdcentraler och sjukhems- och hemsjukvård – har ställts i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare. Den utbyggda slutna somatiska korttidsvården har samtidigt ålagts en större återhållsamhet. Även inom den psykiatriska vården har öppna vårdformer prioriterats. Vården vid de f d mentalsjukhusen har förutsatts bli radikalt minskad efterhand som öppna vårdformer byggs ut.

Innehållet i vårdverksamheterna förändras successivt. Det finns en strävan att allt starkare profilera vårdarbetet mot förebyggande insatser samt att ge det en offensivt hälsopolitisk prägel. Därmed menas att hälso- och sjukvården skall ägna sig inte bara åt att utreda och behandla redan uppkomna sjukdomar och skador utan även åt att förebygga ohälsa samt att på annat sätt främja hälsan bl a genom att försöka påverka andra samhällssektorer att ta bort eller minska konstaterade sjukdoms- eller skaderisker.

Det ökade antalet åldringar – och framför allt i de allra högsta åldersgrupperna – ställer krav på en utbyggd och förbättrad omvårdnad. Denna bör så långt möjligt är tillhandahållas i hemmen och – när detta inte är möjligt – i hemliknande former på institutioner.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som är en målinriktad ramlag, ger landstingskommunerna ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa men också större frihet att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

I HSL åläggs landstingskommunerna förutom att erbjuda sjukvård även att förebygga ohälsa hos befolkningen genom insatser riktade mot såväl människor som miljön. En utgångspunkt är därvid att människor genom sin livsföring och goda levnadsvanor inte bara kan undgå eller begränsa sjukdomar och skador utan även öka sitt eget välbefinnande. För detta krävs bl a upplysning och information. Människornas hälsa påverkas också av samhällsförhållanden och miljön. Landstingskommunerna skall därvid ta till vara, sammanställa, bearbeta och utnyttja den information som finns inom hälso- och sjukvården om hälsosituationen och om hälsorisker i människors livsmiljö och i deras beteenden.

Landstingskommunerna har enligt hälso- och sjukvårdslagen att planera hälso- och sjukvården utifrån människornas behov. Vårdresurserna skall därvid fördelas så att de svarar mot kravet på människors lika rätt till hälso- och sjukvårdstjänster oavsett var de bor i landet. Landstingen skall också aktivt medverka i samhällsplaneringen och på så sätt bidra till en bättre livsmiljö och om möjligt också förbättrade levnadsvillkor för befolkningen.

Staten ges i riksdagsbeslutet ansvaret för den centrala övergripande planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Tillsynen över hälso- och sjukvården skall även i fortsättningen åvila socialstyrelsen. Tillsynen omfattar såväl förebyggande insatser som vård, omsorg och rehabilitering och sker främst genom allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning.

Trots den växande tyngd som under det senaste decenniet lagts på de tidigare omnämnda omstruktureringarna inom hälso- och sjukvården, har förändringarna hittills gått mycket långsamt. Det har funnits en tröghet som gjort det svårt att omfördela hälso- och sjukvårdens resurser och anpassa dem till nya förhållanden. Även om en stark politisk prioritering gjorts av primärvård och förebyggande aktiviteter, har huvuddelen av nytillskottet av resurser hittills ändock gått till sjukvård och till akutsjukhus. Primärvårdens resurser är liksom de förebyggande insatserna fortfarande otillräckliga. Det är därför angeläget att inför den fortsatta utvecklingen av hälso- och

sjukvården närmare analysera de hinder, som förelegat för att omstrukturera verksamheterna enligt angivna riktlinjer.

En faktor som motverkat organisatoriska och strukturella förändringar har varit hälso- och sjukvårdens viktiga roll för sysselsättningen på många orter. Under de senaste tio åren har antalet arbetstillfällen inom hälso- och sjukvården totalt i landet ökat med mer än 170 000 personer. Expansionen har främst skett inom den sjukhusanslutna vården. Detta har inneburit en kraftig stimulans av de lokala arbetsmarknaderna i landet.

Politiska beslut om strukturella förändringar av hälso- och sjukvården som också kan leda till lokala nedskärningar är svåra att ta. Med hänsyn till den osäkerhet, som personal och patienter kan känna om förändringarnas innebörd, möts dessa ofta av kraftigt motstånd från lokala opinioner.

Kravet på förändringar av hälso- och sjukvården har ytterligare skärpts inför 1980-talets utvecklingssituation. Av särskild betydelse är det alltmer hårda ekonomiska klimat, som kommit att råda för denna verksamhet. Hälso- och sjukvårdens utbyggnadsförutsättningar har därvid radikalt förändrats från en årlig volymökning av minst 4-5 procent under 1970-talet till en situation där det tillgängliga expansionsutrymmet knappast kommer att överstiga vad som motsvarar den ökade efterfrågan, som betingas av ökningen av antalet äldre i landet. Förbättringar inom hälso- och sjukvården måste därför i huvudsak ske genom effektivisering, omstrukturering och personalplanering.

Personalplaneringen och den till denna hörande utbildningsplaneringen är viktiga instrument för att styra utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det är angeläget att personalplaneringen och utbildningssystemets olika delar utnyttjas för att påverka förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården.

Den totala personalsituationen håller på att förändras från en brist på utbildad hälso- och sjukvårdspersonal till en balans mellan tillgång och efterfrågan på sådan personal – i vissa fall t o m till ett överskott. Samtidigt konstateras dock stora svårigheter att rekrytera personal till vissa geografiska områden, främst glesbygder och vissa verksamhetsfält.

När man inför en delvis ny vårdstruktur, kommer detta att innebära förändrade uppgifter för hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta gäller all personal och inte bara den personal, som skall arbeta inom primärvården. I många avseenden saknas kunskaper, metoder och former för hälsopolitiskt arbete och nya arbetssätt. Det gäller att förbereda personalen för en omstrukturering och att utbilda dem för nya arbetsuppgifter.

Genom forskning och utvecklingsarbete förväntas även i fortsättningen nya eller vidgade möjligheter att förebygga, upptäcka, behandla och lindra sjukdomar och skador. Även om det är svårt att förutse eller peka på något bestämt genombrott på forskningsfronten, som skulle på ett dramatiskt sätt förändra behandlingsmönstret för någon viss sjukdom, förväntas forskningen även i fortsättningen ge betydande successiva förbättringar för hälso- och sjukvårdsarbetet. Nya framsteg kan t ex innebära ytterligare förkortade vårdtider inom den slutna vården. Ännu flera diagnos- och behandlingsuppgifter kan komma att överföras från sluten till öppen vård. Nya metoder bör också kunna medföra engagemang i hälsoproblem, som inte tidigare kunnat angripas. Av erfarenhet vet vi dock att utvecklingen av nya diagnostik- och behandlingsmetoder i många fall innebär krav på resursökningar och utbyggnader.

Den kraftiga utbyggnad av sjukvårdsresurserna, som skett under de senaste decennierna, har svarat mot krav som medborgarna ställt. I opinionsundersökningar riktade till svensk allmänhet har en stor majoritet förklarat sig tillfredsställd med de insatser, som den svenska sjukvården gör vid akut inträffade sjukdomar och skador, samt sätter stort värde på dess internationellt sett höga standard. Centrala problem i sjukvården bedöms vara långa väntetider samt brister i närhet, tillgänglighet, kontinuitet, bemötande på akutmottagningar och i omvårdnadsavseende, särskilt för långtidssjuka patienter.

I andra sammanhang har noterats brister i samordningen inom hälso- och sjukvården – t ex mellan länssjukvården och primärvården – men också mellan denna verksamhet och angränsande verksamheter, bl a socialtjänsten, företagshälsovården, arbetsmarknadsinstituten, försäkringskassan och det primärkommunala hälsoskyddet.

1.3 Underlag för hälsopolitiken inför 90-talet

Som angetts i förordet skulle huvudstudierna inriktas mot tre områden, nämligen hälsopolitik – förebyggande insatser, vårdstruktur och därvid särskilt länssjukvårdens innehåll och samverkan med primärvården och regionsjukvården samt personal- och utbildningsplanering. Förslagen skall inriktas på möjligheterna att effektivisera hälso- och sjukvårdsarbetet och bättre anpassa detta till befolkningens behov av både sjukvård och förebyggande insatser, samt till kraven på en vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär omstruktureringar av verksamheter och verksamhetsinriktningar från den traditionella sjukhusvården till primärvården, innefattande vård vid vårdcentraler och sjukhem liksom sjukvård i hemmet. Förslagen förutsätts vidare ha en mycket långsiktig karaktär och inte nå full effekt förrän under perioden 1990–2000.

Resultaten av huvudstudierna förutsattes enligt HS 90-projektets riktlinjer bli redovisade i sådan form att de kan utgöra ett praktiskt hjälpmedel för huvudmännens planering. Resultaten förväntades också kunna användas som ett konkret underlag vid statliga välfärdspolitiska och andra överväganden.

I denna huvudrapport redovisas en sammanfattning av underlagsstudierna samt presenteras fakta och utgångspunkter för hälso- och sjukvårdspolitiken inför 90-talet.

1.4 Rapportens uppläggning

Mot bakgrund av de utgångspunkter och mål som här redovisats beskrivs i kapitel 2 hälsoproblem och hälsorisker i Sverige. Till grund härför ligger beskrivningar av befolkningsutveckling och av dödlighet och sjuklighet i olika befolkningsgrupper. Kapitlet avslutas med en precisering av vissa hälsomässiga utgångspunkter som måste särskilt uppmärksammas vid utformningen av en framtida hälsopolitik.

I kapitel 3 behandlas de samhällsekonomiska villkoren för hälsopolitiken inför 90-talet. Hälso- och sjukvården kan ses både som en tärande och en

närande, stimulerande del av samhällsekonomin. Dessa relationer diskuteras, varvid även sysselsättningsmässiga aspekter belyses. Slutligen redovisas vissa konsekvenser för hälso- och sjukvården av den senaste långtidsutredningens (LU 84) bedömningar.

I kapitel 4 behandlas hälsopolitiken inför 90-talet med särskild inriktning på de förebyggande insatserna. Mot bakgrund av en redovisning av de hälsopolitiska intentionerna i den nya lagstiftningen på grundval av målet en god hälsa för hela befolkningen beskrivs två ansatser för att ta fram underlag för hälso- och sjukvårdens medverkan i det samhällsinriktade förebyggande arbetet. Den ena utgår från ett relativt avgränsat hälsoproblem. Två sådana hälsopolitiska handlingsprogram som framtagits under HS 90-arbetet presenteras, nämligen ett handlingsprogram mot skador och ett mot hjärt- och kärlsjukdomar. Den andra ansatsen innebär att man utgår från de hälsopolitiskt grundade kraven inom en viss samhällssektor. Från en beskrivning av olika riskfaktorer diskuteras bl a hur hälsoaspekter skall kunna beaktas i kost- och nutritionspolitik, bostadspolitik, arbetsmarknadspolitik etc. Slutligen redovisas vissa överväganden och förslag vad gäller förebyggande insatser inom primärvården.

I kapitel 5 behandlas hälsopolitik inför 90-talet utifrån målet i hälso- och sjukvårdslagen om vård på lika villkor. I kapitlet redovisas nuvarande förhållanden vad gäller vårdens tillgänglighet och dess innehåll (kvalitet) för olika demografiska, geografiska, socioekonomiska och kulturella m fl befolkningsgrupper. På grundval härav preciseras sedan några vårdpolitiska jämlikhetsmål.

I kapitel 6 och 7 behandlas kraven på en utbyggd primärvård och förslag framläggs till en konkretisering av hälso- och sjukvårdspolitiken inför 90-talet i avseende på länssjukvårdens framtida innehåll och inriktning. På grundval av en diskussion om länssjukvårdens möjligheter och problem redovisas exempel på hur hälso- och sjukvården skulle kunna effektiviseras genom en utbyggnad av primärvården och en samtidig koncentration och förändring av länssjukvården. Därvid behandlas också effekterna av en omstrukturering av hälso- och sjukvården på ekonomi och sysselsättning och diskuteras de problem (hinder) som föreligger för ett genomförande av omstruktureringen.

I kapitel 8 behandlas framtida personal- och utbildningsfrågor. Därvid diskuteras hur personalsammansättningen påverkas av de vårdpolitiska mål som ställts upp för hälso- och sjukvården och hur relationen mellan olika personalkategorier förändras i ett tidsperspektiv av 15-20 år. Särskilda analyser görs av tillgången och efterfrågan på personal.

I kapitel 9 diskuteras behoven av utveckling av de olika grenarna av hälso- och sjukvårdens statistikområden och dess informationssystem samt önskemålen om en förstärkt epidemiologisk bevakning av befolkningens hälsoförhållanden.

I kapitel 10 redovisas behoven av vissa forsknings- och utvecklingsinsatser från hälso- och sjukvårdens utgångspunkter, särskilt behov inom nya områden som skall tillgodose kraven på kunskapsunderlag för en offensivt präglad hälsopolitik och en god omvårdnad.

Kapitel 11 är en sammanfattning med förslag till hälso- och sjukvård inför 90-talet.

2 Hälsoproblem och hälsorisker

2.1 Inledning

En god hälsa för hela befolkningen är enligt HSL ett övergripande mål för hela hälso- och sjukvården. En god hälsa är även ett väsentligt mål för samhällets allmänna välfärdspolitik. Ett hälsopolitiskt handlande, som syftar mot detta mål, kräver bl a kunskaper om hälsoproblemens och hälsoriskernas utbredning. Sådana kunskaper kan utnyttjas för att

- formulera konkreta, hälsopolitiska mål
- ge underlag för resursfördelning som säkerställer att man når särskilt utsatta grupper eller så långt möjligt förhindrar uppkomst av särskilt allvarliga sjukdomskonsekvenser eller på annat sätt åstadkommer största möjliga hälsovinst för flest människor
- utvärdera i vilken utsträckning man når uppställda mål.

Begreppen hälsa och ohälsa innefattar så många dimensioner och enskildheter att det inte är möjligt att med några få mått eller indikatorer ge en rättvisande bild av dess förekomst och fördelning i befolkningen. För överskådlighetens skull tvingas man till långtgående förenklingar. I den praktiska hälso- och sjukvården arbetar man med en mångfald diagnoser för att beteckna hälsoproblem. De sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa kan också beskrivas på många olika sätt. Detsamma gäller hoten mot hälsan – yttre hälsorisker.

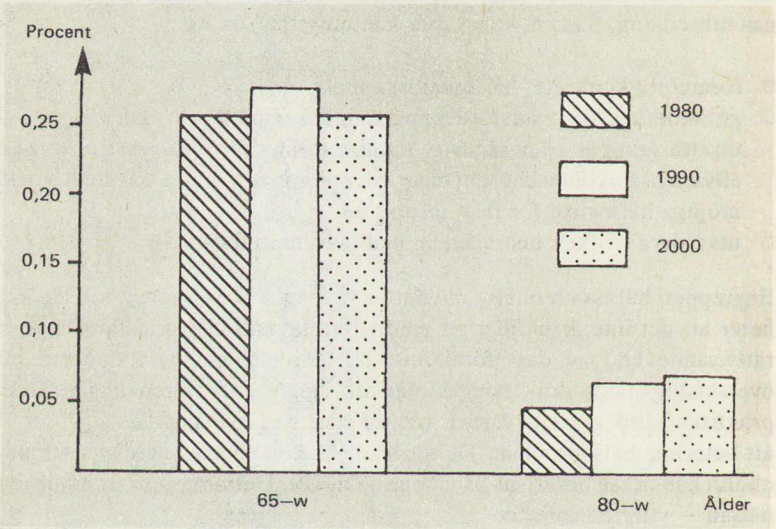
När i det följande hälsoproblem och hälsorisker i befolkningen redovisas, innebär det inte att alla de enskilda sjukdomar och hälsorisker som inte uttryckligt omnämns bedömts vara betydelselösa, utan endast att de ryms inom de mera övergripande beskrivningar som det här är nödvändigt att begränsa sig till. HSL:s intentioner är att befolkningens hälsoproblem skall uppmärksammas och att vårdbehoven tillgodoses, vare sig det handlar om vanliga eller ovanliga hälsoproblem.

Nedan behandlas följande sjukdomskonsekvenser

- dödlighet och särskilt död i tidiga år
- symtom och besvär
- funktionsnedsättningar
- handikapp
- vårdutnyttjande
- samhällsekonomiska konsekvenser.

Först görs en kort sammanfattning av den förväntade befolkningsutvecklingen, då denna har väsentlig betydelse för vårdbehovens och vårdmöjligheternas framtida utveckling.

Enligt SCB:s senaste prognoser beräknas Sveriges folkmängd öka högst marginellt fram till mitten av 1990-talet för att därefter minska. Antalet barn och ungdomar har redan minskat under några år. Denna minskning beräknas fortsätta. Antalet personer i yrkesverksam ålder beräknas fortsätta att öka något. Medelåldern inom denna grupp ökar samtidigt. Ökningstakten för antalet personer över 65 år kommer att bli lägre under 1980-talet än under de senaste decennierna. Under 1990-talet kommer denna åldersgrupp att minska för att ett tiotal år in på nästa sekel åter öka kraftigt. Under åren fram till sekelskiftet kommer ålderssammansättningen bland ålderspensionärerna att förändras kraftigt, genom att antalet personer över 80 år kommer att öka väsentligt. I åldern 65-79 år kommer antalet gifta personer att minska snabbare än antalet ogifta. I åldern över 80 år kommer framför allt ensamstående kvinnor att öka starkt.



Figur 2.1 Några befolkningsförändringar. Antal personer i åldrarna 65-w år respektive 80-w år per person i åldern 16-64 år

SCB antar att invandringen under resten av seklet kommer att fortsätta att öka. Den höga utvandringen under senare år förväntas dock minska.

SCB har beräknat att antalet förvärvsarbetande kan komma att öka med drygt 200 000 under 1980-talet. Kvinnornas förvärvsintensitet förväntas fortsätta att öka medan männens fortsätter att minska. Yrkesgrupper som beräknas öka i omfattning är i första hand tekniska, naturvetenskapliga och samhällsvetenskapliga yrken samt serviceyrken. Lant- och skogsbruk, transport och kommunikation samt tillverkningsarbete beräknas i framtiden komma att sysselsätta färre personer än idag.

2.2 Dödlighet

Sverige har idag en i ett internationellt och historiskt perspektiv exceptionellt låg dödlighet.

- Medellivslängden är bland de längsta i världen. Den har ökat med 20 år sedan sekelskiftet. Även då hade Sverige jämfört med övriga länder en låg dödlighet. Skillnaden mellan de rika nationerna har gradvis minskat, men avståndet till de fattiga länderna kvarstår närmast oförändrat.
- De nordiska länderna har den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. Spädbarnsdödligheten i Sverige är bara hälften av vad den är i England, Tyskland och USA och en tiondel av nivån i många u-länder. Före industrialismens genombrott hade städerna i Sverige en hög spädbarnsdödlighet till följd av bostadsnöd och dålig hygien. Industrialismen medförde en förbättrad levnadsstandard och städerna fick under 1930-talet en lägre spädbarnsdödlighet än landsbygden.
- Dödligheten bland barn och ungdom har minskat avsevärt under 1900-talet till följd av förbättrad kosthållning, bostadshygien, olycksfallsprevention och medicinska framsteg. Jämfört med övriga Europa har Sverige en låg dödlighet bland barn och ungdom under 20 år.
- Dödligheten bland yngre och medelålders vuxna har minskat under hela 1900-talet fram till mitten av 1960-talet, då minskningen för männens del övergick i en ökning. Denna ökning berodde i första hand på en högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom och alkoholskador. Denna trend har brutits de senaste åren. Sverige har en något högre dödlighet bland yngre medelålders män än vissa andra europeiska länder bl a England, Holland och Norge.
- Dödligheten bland äldre har minskat stadigt under 1900-talet i synnerhet för kvinnorna. Dödligheten är också bland äldre lägre i Sverige jämfört med flertalet andra länder. Ett undantag är Norge.

Orsakerna till förändringarna i dödligheten är ofullständigt kända. Grundläggande för den minskade dödligheten har givetvis varit den förbättrade levnadsstandarden med därav följande förbättrad kost, bostadshygien, bättre sanitära förhållanden m m.

Att dödligheten varierar med åldern är välbekant. Efter det första levnadsåret sjunker dödligheten och är som lägst bland barn i 5-14-årsåldern.

Dödligheten är högre för män än för kvinnor i alla åldersgrupper. Detta är särskilt markant i 20-30-årsåldern och om än i någon mindre mån i 60-70-årsåldern.

1974–1978 var risken för en frånskild man i 45-årsåldern att dö före 65 års ålder dubbelt så stor som för en gift man. För kvinnor var risken 50 procent högre bland frånskilda än bland gifta. Även de som aldrig varit gifta och änkor/änklingar har betydligt högre dödlighet än gifta.

Dödligheten bland förtidspensionärer, arbetslösa och andra som står utanför arbetsmarknaden är högre än bland förvärvsarbetande. Också bland de förvärvsarbetande finns stora skillnader mellan olika yrkesgrupper. Män anställda inom serviceyrken har en klart högre dödlighet än genomsnittet.

Också kvinnor anställda i serviceyrken har något högre dödlighet än genomsnittet av förvärvsarbetande, men skillnaden är ej lika tydlig. Bland kvinnor som ej förvärvsarbetar men sammanbor med män i serviceyrken liksom bland barn i familjer, där försörjaren är anställd i servicebranchen är skillnaderna tydligare. Jordbrukare, anställda i tekniska, administrativa och kommersiella yrken samt militärer har, efter det att hänsyn tagits till åldersfördelning, en relativt låg dödlighet.

Dödligheten är högre i storstadskommunerna och i vissa glesbygdslän i norra och västra Sverige än i resten av landet.

Över hälften av alla dödsfall beror på hjärt- och kärlsjukdomar. Andra vanliga dödsorsaker är tumörer (cancer), andningsorganens sjukdomar samt skador.

Helt dominerande dödsorsaker under det första levnadsåret är medfödda missbildningar och komplikationer i samband med förlossning.

De tre dominerande dödsorsakerna i åldern 1-65 år är självmord, hjärtinfarkt och närbesläktade hjärtsjukdomar samt trafikolyckor.

Sättet att slå samman olika dödsorsaker till större grupper är väsentligt vid jämförelse av olika dödsorsakers betydelse. Betraktar man olika alkoholrelaterade sjukdomar och skador som en grupp hör dessa till de vanligaste dödsorsakerna.

Den manliga överdödligheten förklaras bland yngre framför allt av hög dödlighet i skador (främst trafikolyckor och självmord) och bland äldre av i första hand hjärt- och kärlsjukdomar, men även tumörer och skador spelar en betydelsefull roll. I åldern 45-55 år är dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar (hjärtinfarkt och närbesläktade sjukdomar) sex gånger så hög bland män som bland kvinnor.

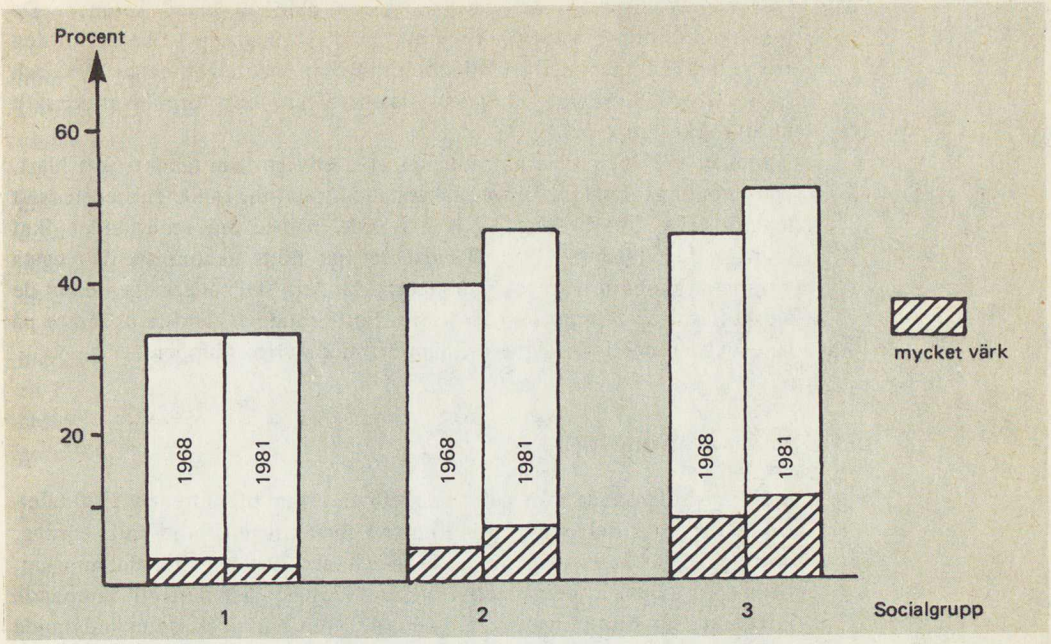
Överdödligheten bland frånskilda män jämfört med gifta är i 55-59-årsåldern för hjärt- och kärlsjukdomar 70 procent, för lungcancer 90 procent, för motorfordonsolyckor 200 procent, för självmord över 300 procent och för levercirros 800 procent.

Självmord, lungcancer och alkoholrelaterade dödsorsaker är särskilt vanliga i storstäderna. Hjärt- och kärlsjukdomar och trafikolyckor är överrepresenterade i glesbygdslänen i norra Sverige.

2.3 Symtom och besvär

Enligt institutets för social forskning (SOFI) levnadsnivåundersökning (LNU) och statistiska centralbyråns (SCB) undersökning om levnadsförhållandena (ULF) är psykiska problem, besvär från rörelseorganen samt långvariga hjärt- och kärlsjukdomar de vanligaste besvären i åldrarna 15-75 år.

LNU visar vidare att värk i rygg, höfter, skuldror, axlar eller leder är vanligare i socialgrupp 3 än i socialgrupp 1. Skillnaden är relativt sett kraftigare bland dem som angivit att de har mycket värk. Andelen med värk av denna typ har ökat mellan 1968 och 1981 i socialgrupp 2 och 3 medan läget för socialgrupp 1 är i stort sett oförändrat.



Figur 2.2 Andelar med värk i olika socialgrupper 1968 och 1981 enligt levnadsnivåundersökningen

Källa: SOU 1984:40

Motsvarande skillnader finns också beträffande psykiska besvär. Nära 30 procent i socialgrupp 3 hade 1981 nedsatt psykiskt välbefinnande enligt LNU jämfört med knappt 20 procent i socialgrupp 1. Fler kvinnor än män uppger sig ha psykiska besvär. Skillnaderna mellan socialgrupperna är också högst bland kvinnor. Betydligt färre intervjupersoner rapporterade sig ha psykiska problem 1981 än 1968. Skillnaderna mellan socialgrupperna har dock inte minskat.

Långvarig sjukdom oavsett sjukdomstyp rapporteras mellan 25 och 75 procent oftare bland arbetare än bland högre tjänstemän i alla de nordiska länderna.

2.4 Funktionsnedsättningar

Enligt LNU har andelen i den vuxna befolkningen med nedsatt rörelseförmåga minskat från 1968 till 1981. Det gäller också kraftigt nedsatt rörelseförmåga. Även enligt ULF förefaller rörelseförmågan ha förbättrats något från 1975 till 1981.

Nedsatt rörelseförmåga var 1981 2,4 gånger vanligare i socialgrupp 3 än i socialgrupp 1. Inga utjämningstendenser mellan socialgrupperna kan ses mellan 1968 och 1981. Enligt ULF är rörelsehinder i åldern 45-64 år vanligare bland arbetare utan yrkesutbildning, lägre tjänstemän och företagare (ej jordbrukare) än bland övriga förvärvsarbetande. Rörelsehinder är också vanligare bland dem som ej är sammanboende än bland de sammanboende.

Hörselnedsättningar är vanligare bland män än bland kvinnor. De förekommer oftare också i socialgrupp 3 än i socialgrupp 1. Andelen i den vuxna befolkningen med hörselnedsättning har ökat något mellan 1968 och 1981. Byggnadsarbetare, bönder, skogsarbetare och förmän är särskilt utsatta yrkesgrupper.

Mellan 1975 och 1981 har andelen med enbart egna tänder ökat klart. Däremot finns enligt ULF ingen säkerställd förändring i andelen med nedsatt tuggförmåga. Också enligt LNU har andelen med bra egna tänder ökat kraftigt från 1968 till 1981. Tandstatus har höjts genom att de yngsta grupperna nu har i stort sett problemfria tänder. Skillnaderna gentemot de äldsta framstår därmed som än större. Fortfarande är tandstatus sämre på landsbygden och i socialgrupp 3 jämfört med övriga grupper.

2.5 Handikapp

Sjukfrånvaron ökade från slutet av 1960-talet fram till mitten av 1970-talet. Detta förklaras delvis av förändringar i försäkringen, höjd sjukpenning, borttagande av karensdagar m m. Från och med 1979 har sjuktalet minskat. Ökningen av förtidspensionerna under 1970-talet har haft ett dämpande inflytande på sjukfrånvaron. De senaste åren har dock detta inflytande minskat.

Vanliga anledningar till förtidspension är sjukdomar i rörelseorganen, hjärt- och kärlsjukdomar och psykiska problem.

Beträffande sjukskrivningsorsaker saknas färsk statistik. 1970 dominerade förkylningar och influensa vad gäller antalet sjukfall. Om man tar hänsyn till frånvarotiden framstår rörelseorganens sjukdomar som den viktigaste orsaken.

Enligt ULF är nedsatt arbetsförmåga p g a långvarig sjukdom eller besvär vanligare bland ej sammanboende än bland sammanboende. Det är också vanligare bland arbetare än bland tjänstemän liksom det är vanligare i glesbygdsregionerna än i storstadsregionerna.

Enligt ULF bodde 1980/81 97 procent av befolkningen i moderna bostäder. Andelen, som inte bor modernt, är dubbelt så stor bland rörelsehindrade och bland pensionärer som bland totalbefolkningen. Bland rörelsehindrade pensionärer i åldern 65-84 år är det över tre gånger så vanligt med en omodern lägenhet som hos befolkningen som helhet.

Enligt ULF hade 1980/81 mellan 80 och 90 procent av de rörelsehindrade behov av hjälp med av- och påklädning och personlig hygien. Något färre behöver hjälp med matlagning och över hälften klarar sig utan hjälp med städning.

2.6 Vårdutnyttjande

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken till sluten vård. 1981 var ett vårdtillfälle av sju vid sjukhus för kroppssjukvård inom 19 sjukvårdsområden föranlett av sådana sjukdomar. Om även sjukhus för psykiatrisk vård inkluderas svarar ändå hjärt- och kärlsjukdomarna för 20-25 procent av vårddagarna. Psykiska besvär, som i allmänhet har betydligt längre

vårdtider, svarar för något fler procentenheter av vårddagarna. Tumörer, nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar samt skador genom yttre våld och förgiftning svarar också tillsammans för ytterligare 25-30 procent av antalet vårddagar i sluten vård.

Utnyttjandet av sluten vård är ojämnt fördelat mellan olika befolkningsgrupper. Välkänt är att det efter barnaåren ökar med åldern och också att denna ökning sker olika för män och kvinnor. I de fertila åldrarna liksom i de allra högsta åldersgrupperna är kvinnornas utnyttjande av sluten vård större än männens.

Sammanboende/gifta har ca 40 procent färre vårddagar än genomsnittet medan de som ej sammanbor och är frånskilda eller aldrig har varit gifta har ca 70 procent fler vårddagar än genomsnittet (efter det att hänsyn tagits till ålder). Också gifta/ej sammanboende har betydligt fler vårddagar än genomsnittet.

Skillnader mellan civilstånd och sammanboende/ej sammanboende är kraftigare för män än för kvinnor. Bland medelålders män är antalet vårddagar per invånare nästan fem och bland medelålders kvinnor tre gånger större bland ej sammanboende än bland sammanboende.

Vid en jämförelse av olika sysselsättningskategorier finner man lägst vårdutnyttjande bland studerande, värnpliktiga och förvärvsarbetande, medan förtidspensionärer och gruppen övriga har högst. Inom gruppen övriga återfinns bl a långvarigt arbetslösa och långvarigt sjukskrivna.

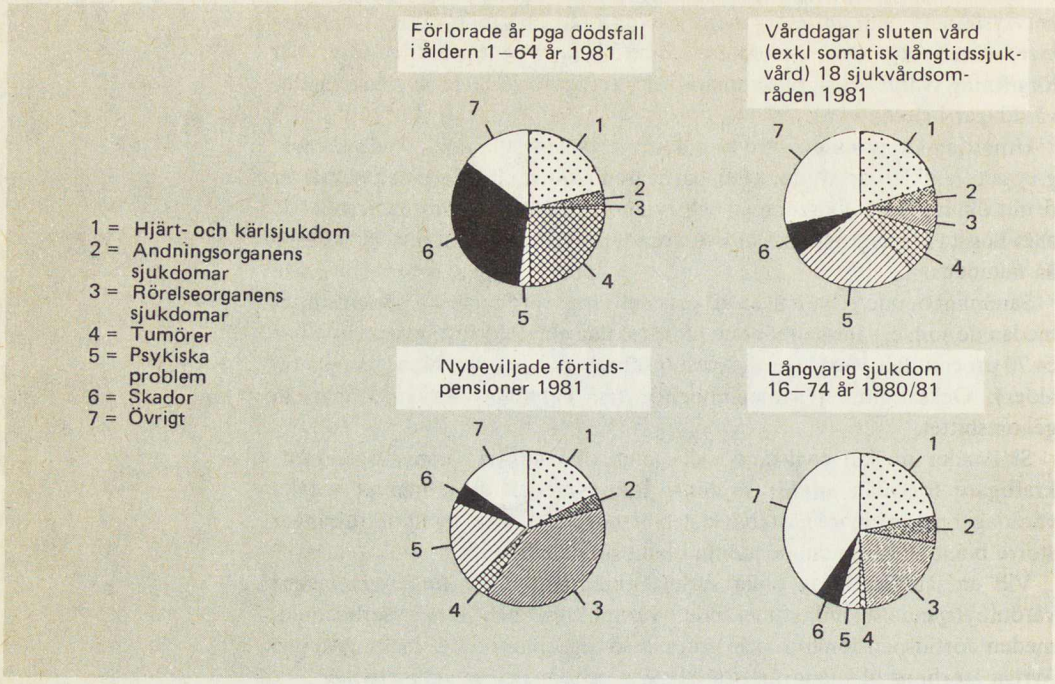
Också inom gruppen förvärvsarbetande finns klara skillnader mellan olika grupper. Arbetare har ett klart högre vårdutnyttjande. Framför allt jordbrukares och högre tjänstemäns vårdutnyttjande är lägre än genomsnittet. Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper blir för män tydligast från yngre medelåldern.

De som arbetar inom näringsgrenar som malmbrytning, restaurang- och hotellverksamhet och renhållning har ett mycket högt vårdutnyttjande.

Vårdutnyttjandet mätt i vårddagar sjunker med stigande disponibel inkomst i åldrarna upp till 75 år.

2.7 Några stora hälsoproblem

Om man försöker lägga samman direkta vårdkostnader och kostnader för produktionsbortfall förorsakat av sjukfrånvaro, förtidspension och dödsfall, kommer man fram till att hjärt- och kärlsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och psykiska problem är de tre mest betydelsefulla sjukdomsgrupperna. Därefter följer skador, sjukdomar i matsmältningsorgan, andningsorgan och tumörer.



Figur 2.3 Procentuell fördelning på de sex vanligaste sjukdomsgrupperna enligt fyra olika källor

En hälsopolitik som syftar till en bättre folkhälsa, d v s färre dödsfall i unga år, färre fall av nedsatt arbets- och funktionsförmåga, färre upplevda symtom och besvär och mindre behov av sluten sjukhusvård, bör således sätta in särskilda insatser mot dessa hälsoproblem.

Som inledningsvis berördes kan hälsoproblem klassificeras på olika sätt. Man kan komma fram till, att andra hälsoproblem framstår som minst lika betydelsefulla som de sex i figur 2.3 angivna, genom att använda andra urvalskriterier eller genom att gruppera samman sjukdomar och skador till grupper på annat sätt än det som använts här. Man kan också sätta större vikt vid andra sjukdomskonsekvenser än de här valda. T ex allergier är ett mycket vanligt problem för människor idag. Av olika skäl framgår detta inte av befintlig statistik. Det beror dels på att relativt få fall leder till de allvarligaste konsekvenserna – för vilka statistiken är bäst – dels på att allergier inte är samlade under en huvudrubrik i sjukdomsklassifikationen och därför sällan redovisas som grupp. Det senare gäller även alkoholrelaterade hälsoproblem. Vissa sjukdomar och skador med ett odiskutabelt samband med alkoholförbrukning har dock på senare tid i en del undersökningar redovisats som grupp.

Om man avgränsade sjukdomsgrupper snävare än vad som gjorts här eller analyserade befolkningsgrupp för befolkningsgrupp skulle t ex diabetes, öroninflammationer bland barn, syn- eller hörselproblem bland äldre framstå som stora folkhälsoproblem.

2.7.1 Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdom är en dominerande orsak till de flesta allvarliga sjukdomskonsekvenser. Det är också ett problem som ökar p g a att dels befolkningens genomsnittsålder blir högre, att dels att dessa sjukdomar blir vanligare i vissa åldrar.

Hjärt- och kärlsjukdom drabbar i första hand män över 45 år och kvinnor över 65. Som dödsorsak svarar den för nästan hälften av männens dödsfall i åldern 45-64 år och för en fjärdedel av kvinnornas. Hjärtinfarkt och andra ischemiska hjärtsjukdomar är de vanligaste dödsorsakerna i gruppen.

Hjärtinfarkt är också den vanligaste diagnosen i sluten vård bland män i åldern 45-74 år. Bland kvinnor och äldre män dominerar däremot blodproppar och blödningar i hjärnan.

Sluten vård för hjärt- och kärlsjukdomar är bland medelålders män särskilt vanligt hos lägre tjänstemän, livsmedelsarbetare, paketerare, stuveri- och lagerarbetare samt verkstads- och byggnadsmetallarbetare, medan t ex relativt få skogsarbetare vårdas för sådana sjukdomar. Högt vårdutnyttjande för hjärtinfarkt och närbesläktade sjukdomar har personer i yrken som t ex är samtidigt jäktiga och enformiga eller jäktiga och med få möjligheter att lära nya saker. Detsamma gäller skiftarbetare och andra med arbetstider, som ligger utanför "normal" dagtid.

I primärvård och enligt intervjuundersökningar är högt blodtryck och t ex yrsel, bensvullnad, bröstsmärtor och andnöd, som ofta har samband med sjukdomar i cirkulationsorganen, vanliga åkommor. Hjärtinfarkt och kärlkramp är vanliga orsaker till förtidspensionering.

Under 1970-talet har dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar ökat bland medelålders män i Sverige. Svaga ökningar har också förekommit i England, Frankrike och i en rad östeuropeiska länder. Tendensen har samtidigt varit sjunkande i vissa länder med en tidigare betydligt högre dödlighet än i Sverige, t ex USA och Finland.

2.7.2 Psykiska problem

Psykiska problem är den diagnosgrupp som förorsakar flest vårddagar i sluten vård. Om man definierar psykiska problem något vidare än sjukdomsklassifikationen och inkluderar självmord och en del alkoholskador, blir det också den vanligaste dödsorsaken i åldrarna under 45 år.

Inom den slutna vården är schizofreni och åldersbetingade psykoser som senil demens vanligast bland dem som ligger kvar under lång tid. De flesta vårdtillfällena orsakas av alkoholproblem och neuroser. Ofta leder dessa sjukdomstyper till återintagningar.

Sluten psykiatrisk vård är betydligt vanligare bland arbetare och lägre tjänstemän än bland högre tjänstemän och jordbrukare. Ej sammanboende som inte är eller tidigare varit gifta har betydligt fler vårddagar än de som tillhör andra samboende- civilståndsgrupper. Skillnaderna mellan olika civilstånd och mellan sammanboende och ej sammanboende är större inom psykiatrin än inom kroppssjukvården.

Enligt intervjuundersökningar tillhör trötthet, ångest, oro, sömnbesvär och andra psykiska symtom de vanligaste besvären. Såväl sådana symtom

som depression och djup nedstämdhet är vanligare bland kvinnor än bland män. Däremot är självmord och alkoholskador betydligt vanligare bland män.

Ärftliga faktorer spelar en viss roll inte minst när det gäller de svåra psykotiska tillstånden, schizofreni och mano-depressiv psykos men kanske även för alkoholism. Vissa psykiska tillstånd är resultat av infektioner i centrala nervsystemet under fosterstadiet eller senare i livet. Den ökande andelen äldre medför ett ökat antal med åldersdement beteende. I vissa fall är orsaken till dessa symtom åderförkalkning men ofta är den okänd. Sociala förhållanden exempelvis flyttning, liksom isolering och arbetslöshet kan förvärra symtomen.

Olycksfall med skador av hjärnan är en inte ovanlig orsak till psykiska symtom. Förlossningsskador är en orsak till psykisk utvecklingsstörning och vissa beteendeavvikelser.

Ett flertal kemiska ämnen i industrin t ex lösningsmedel är kända för att påverka det centrala nervsystemet. Symtom på kroniska skador är trötthet, sömnstörningar, minnesförlust, irritation, nedstämdhet m m. Alkoholmissbruk kan vara en orsak till psykiska symtom och skador dels genom direkt inverkan på hjärnan, dels genom de sociala effekterna missbruket får.

Människor ur olika sociala grupper lever under mycket olika förhållanden med avseende på arbete, boende, familjerelationer etc. Studier har visat att en kombination av stress och bristande möjligheter till kontroll över arbetsmiljön respektive boendemiljön, liten kontakt med andra människor eller arbeten med få stimulansmöjligheter ökar risken för psykiska symtom påtagligt.

Flyttning innebär en ökad risk för psykiska och psykosomatiska störningar bland arbetare som flyttat till städerna jämfört med kvarboende. Tjänstemän förefaller inte lika sårbara i det avseendet då de oftare flyttar som led i karriären. Uppbrutna sociala nätverk vid skilsmässa, dödsfall, flyttning och vissa boendemiljöer har tillmätts en central betydelse för människors ökade psykiska sårbarhet.

2.7.3 Rörelseorganens sjukdomar

Sjukdomar i rörelseorganen svarar för över 40 procent av de nybeviljade förtidspensionerna i åldrarna 45-64 år. Sjukdomsgruppen ligger också bakom en betydande andel av sjukfrånvaron. Enligt intervjuundersökningar hör besvär från rygg och leder till de vanligaste problemen.

Enligt LNU har andelen av befolkningen, som har svår värk i skuldror och axlar, ökat med 30 procent mellan åren 1968 och 1981. Också andelen med svåra ryggbesvär har ökat något. Redan 1968 var skillnaderna mellan socialgrupperna mycket stora vad avser andel med värk. Dessa skillnader har ökat genom att situationen förbättrats i socialgrupp 1 samtidigt som den försämrats för övriga socialgrupper. Beträffande rörelseförmågan har visserligen inte klasskillnaderna ökat, men de har heller inte minskat trots en allmän förbättring för alla socialgrupper.

Orsaksmekanismerna till rörelseorganens sjukdomar är i stora stycken

okända. Det är dock uppenbart att belastningar i arbetslivet spelar en stor roll för svårighetsgraden hos deras konsekvenser för individen.

Ryggbesvär är således vanligare inom yrken med många tunga lyft, plötsliga kraftiga arbetsmoment, framåtlutade arbetsställningar, ensidiga arbetsställningar och vibrerande arbetsredskap.

Andelen personer med stillasittande arbete och ensidiga arbetsställningar har ökat till följd av ökad automatisering, terminalarbete etc. Detta kan ha medverkat till att besvären från skuldror och nacke ökat. Däremot är det osäkert om kravet på tunga lyft har minskat. En ökad andel sysselsatta inom vården, där tunga lyft är vanliga, kan här spela en roll. De fysiska arbetskraven är mycket olika i olika yrkesgrupper.

Även i boende- och fritidsmiljön finns hälsorisker på detta område. Hemmafruarnas arbetsmiljö omfattar (liksom hemsamariternas) ofta olämpliga arbetsställningar i kök, vid bäddning m m. Dessutom ger motionsidrott ofta besvär från leder och muskler.

För flera av de mycket långvariga men mer sällsynta sjukdomarna inom exempelvis gruppen reumatism har vissa samband med kostfaktorer länge diskuterats.

2.7.4 Tumörer

Tumörer är en heterogen grupp av sjukdomar med olika uppkomstmekanismer vilka bara är delvis kända. Riskerna för olika cancersjukdomar varierar mellan befolkningsgrupper.

Antalet nyupptäckta fall per år ökar för bröstcancer och prostatacancer liksom för en del mindre vanliga cancertyper i lever, hud och lymfkörtlar. Ökningen i lungcancer bland män avstannade i mitten av 1970-talet, medan den har fortsatt bland kvinnor. Magcancerfrekvensen har minskat sedan början av 1960-talet och livmoderhalscancer sedan mitten av 1960-talet.

Tumörer är den näst vanligaste dödsorsaken. Trots att insjuknandefrekvensen är högre bland män är dödligheten högre bland kvinnor. Kvinnor drabbas också oftare i yngre åldrar. Även bland barn spelar cancer en betydande roll som dödsorsak. Leukemier svarar för drygt vart femte dödsfall hos barn.

Var tionde säng på våra kroppssjukhus upptas av en cancerpatient. I åldrarna 45-64 år är andelen större.

Frånskilda män har en viss överdödlighet i lungcancer och i alkoholrelaterade cancerformer. Dödligheten i livmoderhalscancer är högst bland frånskilda kvinnor, men dödligheten i äggstocks- och livmodercancer är högst bland dem som aldrig varit gifta. Ett tidigt havandeskap tycks här ha en förebyggande inverkan. Bröstcancer är vanligare bland kvinnor i högre socialgrupper, medan motsatsen gäller för lungcancer, magsäckscancer och livmoderhalscancer.

Många yrkesgrupper har hög frekvens av lungcancer bl a isolerare, typografer, tunnplåtslagare och sjömän. Arbetare inom möbelindustri har en kraftig överrisk för cancer i näsa och bihålor.

En lång rad av samband finns mellan cancerförekomst och våra levnadsvanor

- lungcancer med rökning och radon
- magcancer med nitrosaminer från kosten
- tjocktarmscancer med fiberfattig kost
- cancer i matstrupe och lever med alkoholkonsumtion
- cancer i bröstkörtel med fettinnehåll i kost
- hudcancer med exposition för ultraviolett ljus
- livmoderhalscancer med bristfällig genitalhygien.

För vissa yrkesgrupper med översjuklighet i tumörsjukdomar vet vi orsakerna. Att gruvarbetare har högre lungcancerrisk är exempelvis ett resultat av radon och dieselavgaser i gruvan. För andra grupper är orsakerna mindre lättförklarade.

Allmänna socioekonomiska faktorer som bl a påverkar genital hygien och fertilitet kan ha med cancer i de kvinnliga könsorganen att göra. Viktigt är dock att understryka att variationen i cancerfrekvens mellan olika yrkesgrupper till stor del har med varierande rökfrekvens i olika yrken att göra. Vi vet att rökning är vanligare bland verkstadsarbetare, gruvarbetare och transportarbetare, bland hotell- och restauranganställda m fl, som ofta dessutom har andra cancerrisker i arbetsmiljön.

Vad gäller lungcancer, torde det stå klart, att minst 70 procent av alla fall är betingade av rökning.

Den brett upplagda cancerkommitténs rapport förväntas bli presenterad under 1984.

2.7.5 Andningsorganens sjukdomar

Övre luftvägsinfektioner är den absolut vanligaste orsaken till sjukfrånvaro. I genomsnitt torde den vuxna befolkningen drabbas av två till tre luftvägsinfektioner per år. Bland barn är det ännu vanligare. Spädbarn har i genomsnitt sex förkylningsperioder per år. Endast en bråkdel av dessa sjukdomsfall leder till sjukvårdskontakt. Däremot är de praktiska konsekvenserna för barnfamiljer betydande.

Symtom som astma och hösnuva är också mycket utbredda i befolkningen. Också här är barn särskilt utsatta. Bronkit är vanligare bland män än bland kvinnor. Sjukdomen ökar dessutom bland män. För de äldsta männen är bronkit tillsammans med emfysem och astma en lika vanlig dödsorsak som lungcancer. Den vanligaste dödsorsaken bland andningsorganens sjukdomar är lunginflammation som särskilt drabbar äldre människor och ofta som komplikation efter insjuknande i någon annan sjukdom.

Dödligheten i andningsorganens sjukdomar är betydligt lägre bland gifta än bland övriga civilstånd. Särskilt hög är risken bland medelålders frånskilda män.

Samstämmiga resultat från våra nordiska grannländer visar att dödsrisken i andningsorganens sjukdomar är högst bland icke yrkesutbildade arbetare och lägst bland akademiker och högre tjänstemän.

Den dagliga kontakten med andra människor är den faktor som har störst betydelse för spridning av förkylningar och influensa. Ju fler kontakter desto större är risken för smitta. Barn på daghem och i förskola har oftare infektioner än hemmavarande barn i samma ålder. Upprepade infektioner kan vara tecken på bakomliggande medicinska eller sociala belastningsfaktorer.

Allergier orsakas av ärftliga faktorer och miljöfaktorer. Risken att utveckla exempelvis astma eller allergisk snuva är särskilt stor för barn med ärftlig disposition, om de utsätts för allergener vid späd ålder. Luftburna allergier som pollen och pälsdjursepitel är de viktigaste när det gäller uppkomst av andningsorganens allergier hos barn. Också för tobaksrök, industriutsläpp och bilavgaser är både barn och vuxna med allergisk disposition särskilt känsliga.

En rad ämnen, som är vanliga i vissa arbetsmiljöer inom t ex stålindustri och gruvdrift, vid bl a gjutningsarbete och svetsning, är viktiga riskfaktorer för kronisk bronkit och andra problem i andningsorganen. Det rör sig om lösningsmedel, gaser och damm. Dessutom är tobaksröken en betydelsefull faktor – ensam och i än större utsträckning i kombination med andra riskfaktorer.

Särskilt stor risk för lunginflammation löper de, som p g a kroniska sjukdomar, alkohol- eller narkotikamissbruk har nedsatt motståndskraft.

2.7.6 Skador

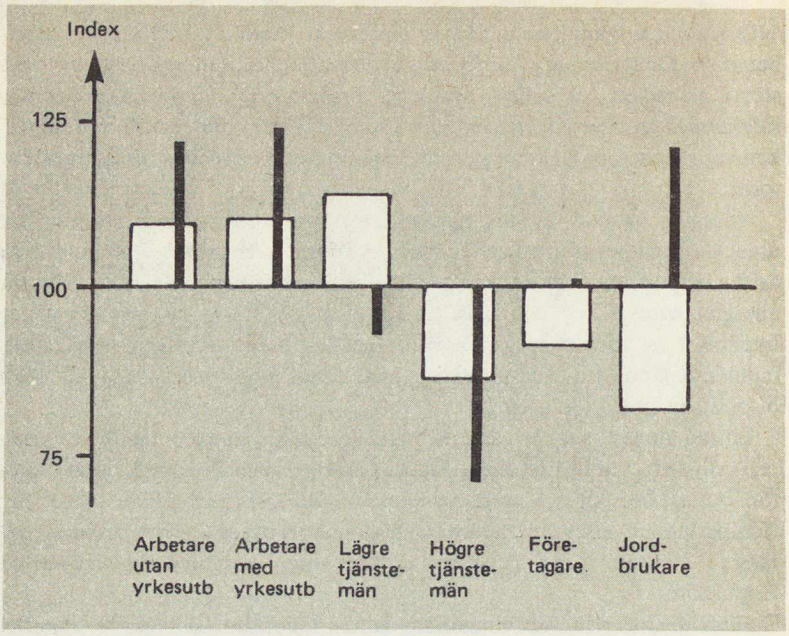
Efter hjärt- och kärlsjukdomar och cancer är skador tillsammans med andningsorganens sjukdomar vår vanligaste dödsorsak. I motsats till de senare är skador framför allt en frekvent dödsorsak bland unga människor. Skador svarar för flest förlorade år p g a död i åldern 1-64 år av alla dödsorsaker. Framför allt är dödsrisken stor för unga män.

Trafikolycksfall är den vanligaste dödsorsaken bland barn och unga. 1980 omkom knappt 300 ungdomar under 20 år i trafiken. Över hälften av alla trafikdödade är under 45 år. Från 25-årsåldern och till 45-årsåldern är självmord den vanligaste dödsorsaken.

Olycksfallen står för 15 procent av vårddagarna i sluten somatisk sjukvård i åldersgrupperna under 45 år. Motsvarande andel gäller för besök i primärvården i denna åldersgrupp.

Dödligheten är också i skador högst bland frånskilda män. Medelålders frånskilda män har en dödlighet i skador som är fem gånger högre än den som gäller för gifta män, vilka i sin tur har en ungefär dubbelt så hög dödlighet som gifta kvinnor.

Skillnaderna i olycksfallsrisk mellan olika grupper av förvärvsarbetande kan illustreras av figur 2.4 över antalet vårdtillfällen (sluten vård).



Figur 2.4 Vårdtillfällen i fem sjukvårdsområden 1976 för män i åldern 45-64 år med yrke. Breda staplar anger samtliga vårdanledningar, smala avser olycksfall. Åldersstandardiserade värden, index=100 för alla med yrke.

Källa: SOU 1984:40

Orsakerna till skador kan uppdelas i två huvudkategorier: uppsåtliga och icke uppsåtliga (olycksfall).

I Sverige är de vanligaste uppsåtliga fallen självmord och självtillfogad skada. De viktigaste hälsoriskerna för självmord torde i stort sett överensstämma med tidigare beskrivna hälsorisker för psykiska problem.

Trafikolyckor är den vanligaste typen av dödsolyckor. Äldre drabbas dock oftare av det som kallas fallolyckor, d v s snubbling, snavning och dylikt. När det gäller trafikolyckor är även riskerna för t ex olika typer av transportmedel väl kartlagda. Så vet man att risken per kilometer att råka ut för dödsfall i åldern 15-17 år är cirka fyra gånger större för motorcyklister än för cyklister. Motsvarande risker för cyklande barn i åldern 5-6 år och för pensionärer i åldern 65-74 år ligger dock nära de unga motorcyklisternas höga nivå. Bilister har jämfört med oskyddade trafikanter på vägar och gator den minsta risken för dödsfall.

När det gäller andra olyckor än dödsolyckor är kunskapen sämre. Studier har dock visat att fler inträffar både i hemmiljön och – i förvärvsarbetande åldrar – på arbetsplatser än i trafiken. I synnerhet män har många arbetsskador. Anmärkningsvärt är att de flesta olyckor sker på andra platser än något av dessa tre områden. Det gäller då t ex fritidsolyckor i samband med idrott, motionsutövande och olika sysselsättningar i skog och mark.

2.8 Hälsopolitiska jämlikhetsmål

En god hälsa är – enligt de flestas bedömning – det viktigaste målet för vår totala välfärdspolitik. Mot denna bakgrund är det anmärkningsvärt att så lite uppmärksamhet ägnats åt skillnader i hälsoförhållanden mellan olika befolkningsgrupper.

Inom ramen för WHO:s hälsopolitiska strategi har de hälopolitiska jämlikhetsmålen givits en central betydelse. En entydig hälsopolitisk jämlikhetssträvan finns också i den svenska hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och dess mål om "god hälsa för *hela* befolkningen".

Vårt lands – liksom WHO:s – hälsopolitiska strategi bör därför omfatta såväl förbättrad hälsa för alla som minskade klyftor mellan olika socioekonomiska grupper.

Den största positiva effekten på folkhälsan kan uppnås genom förbättringar för de grupper, som idag utsätts för de största hälsoriskerna och därmed har den högsta sjukligheten och dödligheten.

2.9 Hälsopolitiska riskgrupper

All kunskap visar att den enskilda faktor som mest påverkar hälsotillståndet är åldern. Vi vet att bland barn är riskerna allra störst i samband med födseln, varefter de minskar successivt under några år. Med stigande ålder ökar därefter hälsoriskerna åter igen.

Den tidigare redovisningen visar också att det är möjligt att urskilja ett antal grupper, som har annat än den opåverkbara åldersfaktorn gemensamt och som är utsatta för fler och mer frekventa hälsoproblem än andra grupper i samhället.

- Gruv- och stålverksarbetare, grovarbetare, stuveri- och lagerarbetare, hushålls- och servicearbetare är exempel på *riskyrken*. Alla dessa finns bland manuella arbeten. Särskilt utsatta är ofta arbetare i yrken utan krav på yrkesutbildning. Även inom tjänstemannagrupperna finns stora skillnader. Högre tjänstemän och jordbrukare har enligt flertalet tillgängliga källor en mycket bättre hälsa.

Utöver dessa grundläggande skillnader kan man avgränsa följande riskgrupper

- *Arbetslösa* är utsatta för hälsorisker, som hör samman med att de är berövade den tillfredsställelse och utveckling som arbetet kan ge. De har därutöver en rad resursbrister av typ sämre ekonomisk standard och sämre boendemiljö. De är ofta socialt isolerade och passiviserade.
- *Ensamboende* har betydligt sämre hälsa än samboende. Frånskilda medelålders män har en kraftig överdödlighet. Social isolering och missbruk spelar därvid en väsentlig roll. Ensamstående mödrar har oftare psykiska besvär och röker mer än andra. De har ofta tung försörjningsbörda med ekonomiska svårigheter. Liksom andra kvinnor har de dessutom ofta lågavlönade rutinarbeten med stor arbetslöshetsrisk.

- *Utländska medborgare* – särskilt kvinnor – har oftare värk och psykiska besvär. I synnerhet sydeuropeiska invandrare kommer ofta ur ekonomiskt extremt små omständigheter. De har jämfört med den svenska befolkningen i samma yrken oftare jäktiga och enformiga arbeten, låg inkomst och sämre bostad. De upplever också sitt hälsotillstånd som sämre.

Även om dessa riskgrupper i första hand gäller vuxna måste det betonas, att effekten av deras levnadsvillkor och levnadsvanor i minst lika hög grad påverkar barnens hälsa. Det är välkänt, att barnens levnadsvillkor inte kan skiljas från de vuxnas och att väsentliga sjukdomsorsaker hos barnen kan relateras till föräldrarnas situation.

- *Riskgrupper bland barn*. Barn i familjer där föräldrarna har låg inkomst, låg utbildning och mer eller mindre markerade sociala och psykiska problem har många gånger två till tre och ibland upp till tio gånger oftare olika typer av hälsoproblem och beteendestörningar. Denna sociala skiktning i hälsoproblem bland barn kan bero på att föräldrarna har arbetsförhållanden, som leder till brist på tid och krafter för föräldrarollen. Samtidigt är föräldrar med låg inkomst och låg utbildning – liksom ensamföräldrar – oftare hänvisade att bo i stimulansfattiga och barnovänliga bostadsområden, där dessutom barnomsorg och skola är sämre rustade än i mer gynnade områden.

2.10 Sammanfattande förslag

För att höja hälsostandarden hos hela befolkningen krävs ett målmedvetet arbete riktat mot i första hand de stora folkhälsoproblemen och de vanligaste och svåraste hälsoriskerna. I detta sammanhang måste de hälsopolitiska riskgruppernas situation särskilt beaktas. Mycket talar för att behovet av förbättrade arbetsförhållanden för främst arbetare och lägre tjänstemän är angelägna åtgärder för att minska hälsoproblemen.

I kapitel 4 redovisas underlag till förebyggande insatser bl a mot två av våra största hälsoproblem, hjärt- och kärlsjukdomar och olycksfall. Där redovisas även hälsopolitiska aspekter på boendemiljö, arbetsliv och kost- och livsmedelspolitik. Det är viktigt att liknande utvecklingsarbete, som det som ligger till grund för de i kapitel 4 redovisade underlagen för förebyggande och tvärsektoriella insatser kan bedrivas för ytterligare ett antal stora hälsoproblem och för andra samhällssektorer än de behandlade.

Kunskaperna om den ojämna fördelningen av hälsoproblemen måste även tas till vara i hälso- och sjukvårdsplaneringen.

I de planeringsmetoder som tillämpades under 1970-talet användes vanligtvis data om vårdutnyttjande och köer för att mäta vårdefterfrågan. Framtida vårdefterfrågan uppskattades därefter genom olika framskrivningsmetoder. En allvarlig svaghet i denna metod är att den tenderar att konservera rådande organisationsstruktur och att ytterligare öka skillnaderna mellan väl och mindre väl utbyggda vårdformer.

I underlagsstudien "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" (SOU 1984:40) redovisas en principmodell för en behovsbaserad planering, vilken kan ses som en utveckling av hittills tillämpade modeller. Denna behovsbaserade resursfördelningsmodell innehåller tre steg

- kartläggning av befolkningens hälsoförhållanden
- normering av vilka vårdåtgärder som krävs för att nå uppställda mål
- beräkning av vilka resurser dessa åtgärder kräver.

Innan en sådan modell kan tillämpas i praktiken krävs en hel del utvecklingsarbete såväl nationellt som landstingskommunalt.

Modellen bör dock kunna ha betydelse som referensram vid diskussion om resursfördelning mellan

- geografiska områden
- förebyggande, behandlande, rehabiliterande och omvårdande åtgärder
- primärvård och länssjukvård
- vårdgrenar/medicinska specialiteter.

Det "egentliga" vårdbehovet finns f n inga möjligheter att direkt mäta. I stället får en behovsbaserad planering tills vidare grundas på olika behovsindikatorer. Dessa kan antingen vara direkta eller indirekta. Med direkta indikatorer menas här data om t ex dödlighet, handikapp eller nedsatt funktionsförmåga hos befolkningen i vart och ett av de geografiska områden mellan vilka tillgängliga resurser skall fördelas. Indirekta indikatorer är data som beskriver befolkningssammansättning efter demografiska eller sociala indelningar med ett känt samband med exempelvis dödlighet, handikapp eller nedsatt funktionsförmåga.

I underlagsstudien diskuteras inte metoder att använda indikatorer för att uppskatta vårdbehov i absolut mening utan syftet är att ge ett instrument för att ta fram underlag för de politiska beslut som måste fattas om resursfördelning till olika områden.

Behovsindikatorer används vid resursfördelning i en del andra länder. I England utnyttjas t ex åldersstandardiserad dödlighet (direkt indikator) och civilstånd (indirekt). Också i Norge används dödlighet och dessutom andel förtidspensionärer (indirekt).

3 Samhällsekonomiska villkor

Den snabba utvecklingen av hälso- och sjukvårdssektorn har länge kunnat äga rum i ett ekonomiskt gynnsamt klimat. Även om expansionstakten under hela efterkrigstiden varit högre än samhällsekonomin i sin helhet har resurser ställts till sektorns förfogande. Stora vinster har härigenom gjorts genom att människor återvinner hälsa och kan återgå i arbete. Vi har idag möjlighet att förebygga mycket av den ohälsa som präglade gårdagens samhälle.

Sedan några år tillbaka är den ekonomiska situationen förändrad. Tillväxten i samhällsekonomin har avstannat och det framstår därför som nödvändigt att också beskära hälso- och sjukvårdssektorns tillväxttakt. Men denna sektor är nu också så stor att man omvänt inte kan bortse från dess inflytande på samhällsekonomin. Det är därför nödvändigt att studera växelverkan mellan hälso- och sjukvård och samhället.

Ett samhällsekonomiskt synsätt på hälso- och sjukvården kan inte begränsas till frågan om fördelning av resurser. Vårdsektorn har genom sin växande storlek också kommit att spela en allt mer betydelsefull roll i många andra frågor av samhällsekonomisk natur såsom sysselsättning och regionalpolitik. Vårdsektorn utgör vidare en stor marknad för näringslivet, främst när det gäller läkemedel, sjukvårdsutrustning och byggnader. Även när det gäller den tekniska utvecklingen utgör vårdsektorn en betydelsefull intressent.

Omvänt är det uppenbart att många fler samhällsekonomiska faktorer än blott och bart tillgången på resurser har betydelse för vårdsektorns utveckling i framtiden. Dessa faktorer är dels sådana som påverkar vårdutbudets utformning såsom exempelvis arbetstidens längd och förekomsten av deltidsarbete, utvecklingen av ledighet och frånvaro, arbetsmiljölagstiftning o s v, men dels också sådana som inverkar på efterfrågan eller behovet av vårdsektorns insatser. Det kvinnliga förvärvsarbetet, den geografiska rörligheten, boendestrukturen och kommunikationerna är exempel på sådana faktorer, som inverkar på vårdefterfrågan, utan att för den skull vara direkt kopplade till förekomsten av sjukdom och ohälsa. Härtill kommer också att samhällsekonomiska förhållanden av både det första och det andra slaget även i mindre eller högre grad påverkar befolkningens hälsotillstånd, såsom bl a påvisats när det gäller arbetslösheten.

Ovan angivna faktorer ingår i den allmänna, ekonomiskt orienterade samhällsbeskrivning som ges i de återkommande statliga långtidsutredningarna. I uppgiften för dessa ingår dock inte att specialstudera hälso- och sjukvårdssektorn.

Det synes för den skull finnas ett behov av att komplettera långtidsutredningens ekonomiska konsekvensbeskrivning med en djupare analys avseende effekterna för hälso- och sjukvårdssektorn av vissa övergripande variabler, såsom exemplifierats ovan. Detta kan bli ett betydelsefullt underlag såväl när det gäller vårdsektorns framtida resursanspråk som kraven på dennas struktur i olika avseenden. En sådan analys bör också omfatta regionala aspekter och inbegripa hälso- och sjukvårdens återverkan i olika avseenden på samhällsekonomin i stort.

Ekonomisk tillväxt är en viktig förutsättning för förverkligandet av olika välfärdspolitiska mål, bl a för att vidmakthålla och bygga ut en väl fungerande samhällelig hälso- och sjukvård. Det måste emellertid också beaktas att den ekonomiska utvecklingen även påverkar denna sektors krav på resurser för att tillgodose en given servicenivå. Exempelvis slår en höjd lönenivå i samhället direkt igenom i form av höjda lönekostnader för vården.

Strukturförändringar kan också påverka människornas levnadsvillkor på ett sätt som återverkar på sjukvårdens servicenivå. T ex kan servicenivån behöva höjas för att kompensera bortfallet av andra resurser om ökad rörlighet leder till att band skärs av i de sociala nätverken. Å andra sidan kan en återgång till full sysselsättning minska kraven på hälso- och sjukvården. Det är därför inte självklart att ökade resursanspråk för hälso- och sjukvårdssektorn motsvarar en ökad välfärdsnivå. Det kan vara fråga om att söka bibehålla nuvarande standard eller t o m motverka en nedgång.

I diskussionen om hälso- och sjukvårdssektorns resursanpråk brukar man utgå från det s k "volym"-begreppet. Detta utgör ett försök att beskriva sektorns resursanspråk i reala termer. För en beskrivning i finansiella termer är man tvungen att också ta hänsyn till prisförändringar – i första hand den långsiktiga förändringen i priset för tjänster respektive varor. Denna långsiktiga prisförändring bottnar i skillnaderna i produktivitetsutveckling mellan varu- och tjänsteproduktionen. Vid en likartad löneutveckling i varu- och tjänstesektorerna stiger därigenom automatiskt priset på tjänster per volym räknat. Denna prisförändring uppgår till 1-2 procent per år. Ökningen av verksamheten i volym räknat kommer härigenom på lång sikt att underskatta ökningen av resursanspråken sedda som andel av samhällsekonomin. Detta får framför allt konsekvenser när man diskuterar hälso- och sjukvårdssektorns finansiering i ett långsiktigt perspektiv. Här krävs i stället ett finansiellt resursbegrepp som inkluderar den långsiktiga prisförändringen och därigenom bättre svarar emot sektorns verkliga anspråk på finansiellt utrymme i framtiden.

På motsvarande sätt uppstår problem när det gäller att bedöma hälso- och sjukvårdssektorns prestationsutveckling. Värdet av den offentliga produktionen mäts i nationalräkenskaperna i termer av resursförbrukning – löner inklusive kollektiva avgifter och kapitalförslitning. Hur dessa resurser utnyttjas påverkar sålunda inte produktionsvärdet mätt på detta sätt. Härigenom bortfaller möjligheten att utifrån nationalräkenskaperna studera produktivitetsutvecklingen.

Inom hälso- och sjukvården används olika mått på verksamheten – antal intagna, vårddagar, besök hos läkare, distriktssköterska o s v. Dessa mått kan ställas i relation till resursinsatsen, varigenom man får ett slags

produktivitetsmått – t ex antal besök per läkartjänst och år. Även dessa mått är emellertid behäftade med stora brister. Enkelt uttryckt baserar sig användbarheten av ett prestationsmått på att prestationen är bestämd till sitt innehåll och att den leder till ett väldefinierat, positivt resultat. Dessa förhållanden är emellertid sällan för handen inom hälso- och sjukvården. Prestationerna har där mycket skiftande karaktär, deras innehåll förändras över tiden och deras värde är ofta osäkert beroende på bristande utvärdering.

Analyser av produktivitetsutvecklingen baserade på de ovan angivna måtten pekar mot en negativ produktivitetsutveckling i så måtto att resursinsatsen per prestation ökar. Mot bakgrund av bristerna i prestationsmåtten är det dock svårt att dra klara slutsatser av detta.

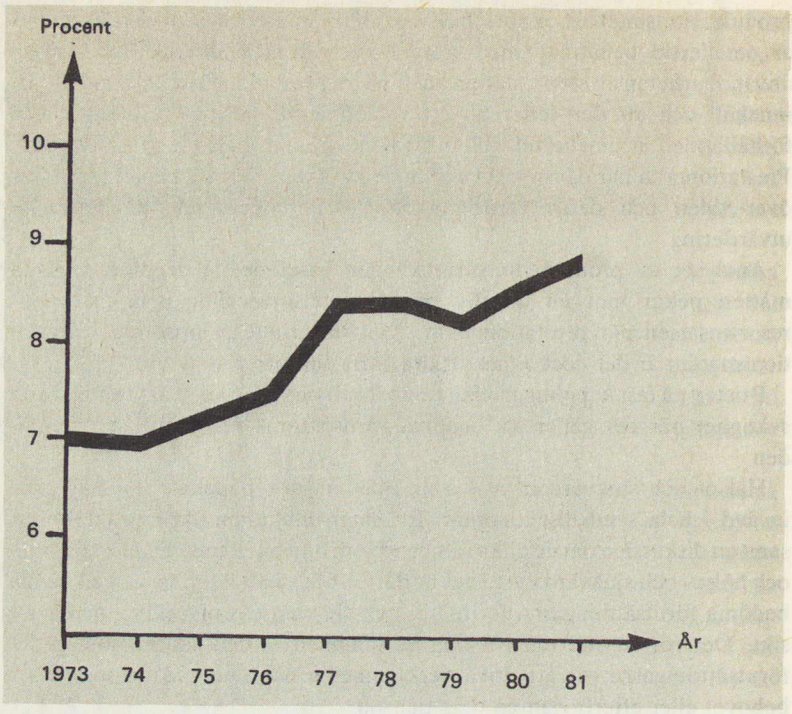
Bristen på fast koppling mellan resursinsats och prestation är ytterligare en svårighet när det gäller att bedöma vårdsektorns resursanpråk i framtiden.

Hälso- och sjukvården är – som inledningsvis påpekats – i hög grad invävd i hela samhällsekonomin. Ett samhällsekonomiskt betraktelsesätt samt en diskussion om de olika samband som finns mellan samhällsekonomin och hälso- och sjukvårdssystemet är därför nödvändigt om man skall kunna bedöma förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens utveckling på längre sikt. Det rör sig här om två slag av samband – dels sådana som gäller förutsättningarna för att driva verksamheten och dels sådana som avser behovet eller efterfrågan på dess tjänster.

3.1 Hälso- och sjukvården som belastning på samhällsekonomin

Hälso- och sjukvården innebär på olika sätt en belastning på samhällsekonomin i så måtto att den tar i anspråk resurser som skulle kunnat utnyttjas på annat sätt.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvårdsändamål uppgick 1980 till 46,4 miljarder eller 8,8 procent av bruttonationalprodukten (BNP till marknadspris). 1970 var motsvarande andel 6,2 procent. Utvecklingen under 1970-talet illustreras av figuren.



Figur 3.1 Hälso- och sjukvårdens andel av BNP i procent

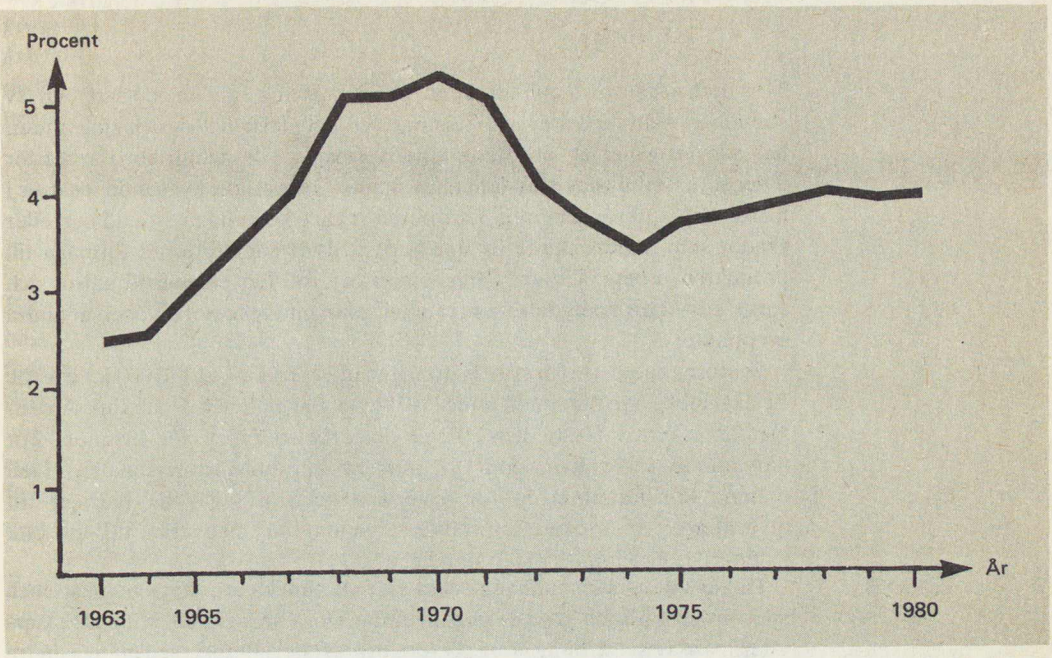
Källa: Statistisk årsbok för landsting 1982

Andelsökningen avspeglar att ökningstakten i hälso- och sjukvårdskostnaderna under denna period varit 2,8 gånger högre än tillväxten i BNP (5,7 respektive 2,0 procent fasta priser, BNP-deflator).

Av sjukvårdskonsumtionen faller ca 90 procent på den offentliga sektorn. Även som andel av den offentliga konsumtionen har hälso- och sjukvården vuxit – från 22 procent 1970 till 25 procent 1980. Jämfört med den privata konsumtionen har ökningen varit ännu snabbare. Under 1970-talet har denna relation vuxit från 9 till 14 procent.

Drygt 35 procent av de direkta skatterna på hushållen går till hälso- och sjukvården. Även här har en ökning skett. 1970 uppgick den offentliga hälso- och sjukvårdens andel av de direkta skatterna till 25 procent.

Hälso- och sjukvårdens kapitalutgifter uppgick 1980 till 3,5 miljarder. Detta innebär att 4 procent av den sammanlagda investeringsvolymen i landet gick till hälso- och sjukvården. Huvudparten – eller 75 procent – av dessa investeringar avser byggnader. Totalt tar hälso- och sjukvården i anspråk 4,0 procent av den årliga nybyggnadsvolymen i produktionsvärde räknat. Denna andel hade en topp omkring 1970 då den som mest uppgick till 5,2 procent men har sedan sjunkit. Nedanstående figur visar hälso- och sjukvårdens andel av byggandet under perioden 1963–1980.



Figur 3.2 Bruttoinvesteringar i byggnader och anläggningar, andel hälso- och sjukvård

Källa: Nationalräkenskaperna

Hälso- och sjukvårdssektorns resursanspråk kan också uttryckas i dess andel av arbetskraften som för närvarande (1980) uppgår till 9,1 procent – jämfört med 5,5 procent år 1970. I arbetstimmar räknat är andelen mindre beroende på den höga andelen deltidsarbete, 8,2 respektive 5,3 procent. Vårdutbildningarna kräver vidare en avsevärd del av landets utbildningskapacitet – 12 procent av antalet registrerade studerande i gymnasieskola och högskola deltar i utbildning för vårdyrken.

Omkring 25 procent av sjukvårdskostnaderna går till upphandling av varor, byggnader och tjänster. En viss del av denna upphandling avser import. På grund av bristande redovisningsmetoder är det dock inte möjligt att närmare ange hur stor del av den samlade importen som går till hälso- och sjukvårdsändamål. Huvuddelen av de resurser hälso- och sjukvården behöver produceras emellertid inom landet. När det gäller läkemedel bedöms ungefär hälften vara inhemsk produktion. Förbrukningsartiklar inklusive livsmedel köps huvudsakligen från Sverige även om det för en hel del viktiga produkter, bl a många engångsartiklar, saknas inhemsk tillverkning. För teknisk utrustning är den övervägande delen import – i vissa fall produceras utrustningen i Sverige av utländska tillverkare.

Genom en bättre samordning och styrning av upphandlingen bör det vara möjligt att i högre grad än för närvarande tillgodose såväl närings- och beredskapspolitiska krav på svensk produktion som önskemål om tillfredsställande produktkvalitet.

3.2 Hälso- och sjukvården som samhällsekonomisk stimulans

Mot denna bild av samhällsekonomisk belastning står en motsatt bild av stimulans. Här skall åter igen nämnas den betydelse hälso- och sjukvården har när det gäller att återställa arbetsförmågan hos människor i arbetsför ålder som drabbas av sjukdom eller skada. Genom förebyggande insatser i hälso- och sjukvårdens regi kan också människor undgå sjukdomar eller skador som annars skulle ha inneburit nedsatt eller förlorad förmåga till produktivt arbete. Utöver denna självklara roll har emellertid hälso- och sjukvårdssektorn betydelse som samhällsekonomisk stimulans även ur andra synpunkter.

Sektorns betydelse för sysselsättningen illustreras av att 170 000 jobb av de 321 000 jobb som tillkommit under 1970-talet har gällt hälso- och sjukvården. Det är härvid i första hand fråga om arbetstillfällen för kvinnor. För närvarande utgör kvinnorna 87 procent av sjukvårdspersonalen. Den ojämna könsfördelningen till trots kan sektorn sägas ha bidragit till utvecklingen mot ökad jämställdhet genom att medverka till att öka kvinnornas ekonomiska självständighet.

Det är i detta sammanhang också värt att påpeka att eftersom hälso- och sjukvården i högsta grad är personalintensiv så är kostnaden för att skapa ytterligare sysselsättning inom sektorn mycket låg jämfört med många andra branscher. På grund av den relativt låga importandelen av resursförbrukningen inom vården påverkas därvid ej heller betalningsbalansen i någon större utsträckning.

Den ökade sysselsättningen som sjukvårdssektorns expansion skapat har inte minst haft stor regionalpolitisk betydelse. Genom skatteutjämningsbidragen till landsting och kommuner har det varit möjligt att åstadkomma en någorlunda likformig uppbyggnad av hälso- och sjukvårdssystemet i landets olika delar. I regioner med svagt utvecklat näringsliv har detta inneburit en avsevärd stimulans med återverkningar för hela den ekonomiska strukturen.

Genom den decentralisering av hälso- och sjukvården som skett på senare år i och med utbyggnaden av lokala sjukhem och vårdcentraler har denna effekt ytterligare förstärkts. Däremot finns det fortfarande starka bindningar från tidigare decennier som ger ett beroende som gör att lokala sysselsättningsproblem kan utgöra ett avsevärt hinder för anpassning av vårdstrukturen till aktuella synsätt.

Hälso- och sjukvårdens näringspolitiska betydelse sträcker sig utöver de rena sysselsättningsaspekterna. Sektorns upphandling från det svenska näringslivet uppgår till 14 miljarder årligen motsvarande ca 25 procent av de totala externa utgifterna (Sjukvårdens produktbehov, rapport till Landstingsförbundets kongress, 1981). Sektorn har därför betydelse när det gäller att upprätthålla den inhemska efterfrågan och stödja näringslivets hemmamarknad.

En annan sida av sektorns betydelse för näringslivet ligger i det stöd för teknisk utveckling som den utövar. Viktiga statliga utvecklingsprojekt som bl a gäller databehandling och sjukvårdsteknisk utrustning har utgått från hälso- och sjukvårdssektorns behov. Detta för också med sig att sektorn

ingalunda saknar betydelse ur exportsynpunkt. Sålunda är Sverige nettoexportör av medicinsk-teknisk utrustning. För en stor del – mer än 1 miljard årligen – av exporten svarar givetvis den avancerade svenska läkemedelsindustrin. Mycket tyder också på att know-how när det gäller sjukvårdsteknisk utrustning kan bli en värdefull svensk exportartikel i framtiden.

3.3 Samhällsekonomisk inverkan på hälso- och sjukvården

En annan typ av samband mellan de samhällsekonomiska frågorna i stort och hälso- och sjukvårdssektorn gäller den inverkan som olika ekonomiska förhållanden har på sektorns verksamhet. Det gäller här dels inverkan på förutsättningarna för att bedriva vård dels inverkan på efterfrågan av denna vård. Härvid avses i detta sammanhang i första hand andra faktorer än de som har direkt med uppkomsten av ohälsa att göra. I stället gäller det de förhållanden som vid en given ohälsa inverkar på benägenheten eller möjligheten att söka vård.

Faktorer som inverkar på förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård.

Arbetstidens längd är kanske den ekonomiska faktor av det slag det här gäller som har den största betydelsen när det gäller sektorns verksamhet. Under perioden 1965–1980 har den lagstadgade arbetstiden skurits ned från 45 till 40 timmar. Under samma tid har också semestern utökats från fyra till fem veckor. En genomgående erfarenhet hos sjukvårdshuvudmännen är att detta nödvändiggjort ett ökat antal tjänster för att kompensera bortfallet av arbetad tid. Detta sammanhänger med de begränsade möjligheterna till att rationalisera vårdarbetet.

Parallellt med den minskade ordinarie arbetstiden har det skett en ökning av deltidsarbetet generellt för samhället i sin helhet men i särskilt hög grad inom hälso- och sjukvårdssektorn där för närvarande varannan anställd arbetar deltid. Ökningen hänger samman med det ökade kvinnliga förvärvsarbetet. Nästan hälften av kvinnorna arbetar deltid mot endast 5 procent av männen. Det är högst sannolikt att tillgången till deltidsarbete varit en förutsättning för den dramatiska ökning av den kvinnliga förvärvsintensiteten som ägt rum de senaste decennierna.

Deltidsarbetets utbredning skapar också problem för de anställda. Kortare arbetstid och ökat deltidsarbete har fört med sig svårigheter när det gällt att organisera vårdarbetet. Antalet personer som är engagerade i vården av den enskilde patienten växer, det blir svårt att upprätthålla kontinuiteten i relationen vårdgivare/patient och i vissa fall även att säkerställa erforderlig kompetens hos vårdgivarna. Det ökade antalet anställda för också med sig en tyngre administration och krav på mer tid för utbildning, information, avlämning m m.

En speciell aspekt på arbetstiden utgörs av frånvaron. Under 1970-talet har den totala frånvaron från arbetet ökat, delvis beroende på ändrad lagstiftning. Det gäller härvid i första hand frånvaro av annan anledning än

sjukdom. Även den ökade frånvaron hänger i hög grad samman med det ökade kvinnliga förvärvsarbetet. Sålunda är en betydande del av frånvaron för kvinnor ledighet vid havandeskap och barnsbörd. Ökad frånvaro leder i princip till samma problem för hälso- och sjukvården som minskad arbetstid och ökat deltidsarbete.

Förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård påverkas också av olika kvalitativa samhällsförändringar av ekonomisk natur.

Den allmänna tekniska nivån i samhället – såväl inom som utom landet – bestämmer i hög grad kraven på och utformningen av de tekniska systemen inom vården vare sig det gäller byggnader, allmän teknisk eller medicinsk-teknisk utrustning. Tekniska nyheter penetrerar snabbt vårdsektorn och medför då samtidigt förändringar av såväl teknisk som social natur.

På ett likartat sätt påverkar den allmänna utbildningsnivån i samhället såväl vårdpersonalens förkunskaper som inriktningen och uppläggningen av deras utbildning. Höjd utbildningsnivå i samhället leder också till att patienternas krav på hälso- och sjukvården förändras t ex när det gäller information och medbestämmande vid behandling etc.

Motsvarande effekt får en allmänt ökad ekonomisk standard i samhället. Patienternas krav på sjukhusmiljön, bekvämlighet och avskildhet etc bestäms i hög grad av vad man varit van vid i sitt dagliga liv före institutionsvistelsen. Kraven på likartad standard gäller i särskilt hög grad för dem som p g a handikapp eller långvarig sjukdom har institutionen som ett mer eller mindre permanent hem. Institutionen måste anpassas till de standardnormer som gäller allmänt i samhället.

Ett annat område där allmänna förändringar i samhället får direkta återverkningar inom hälso- och sjukvården såväl när det gäller den tekniska utformningen som för sättet att bedriva vården är lagstiftning och avtal på arbetslivets område, såsom arbetsmiljö och medbestämmande. Svårigheten att förutsäga effekterna av avtal och lagändringar är en tänkbar förklaring till de betydande avvikelserna mellan plan och verklighet i sjukvårdsplaneringen.

Det är också viktigt att konstatera att förändringar i vårdarbetets organisation och utförande som blivit följden av nya lagar och avtal i avsikt att förbättra personalens situation, på olika sätt kan stå i konflikt med patienternas intressen. Härigenom skapas svåra avvägningsproblem när personalen inom hälso- och sjukvården kräver samma generella arbetsvillkor som gäller för övriga yrkesgrupper i samhället. Samtidigt måste dock framhållas att inom vissa områden – t ex arbetsmiljöområdet – bör arbetstagarnas krav på förbättrade arbetsförhållanden i långa stycken sammanfalla med patienternas miljökrav.

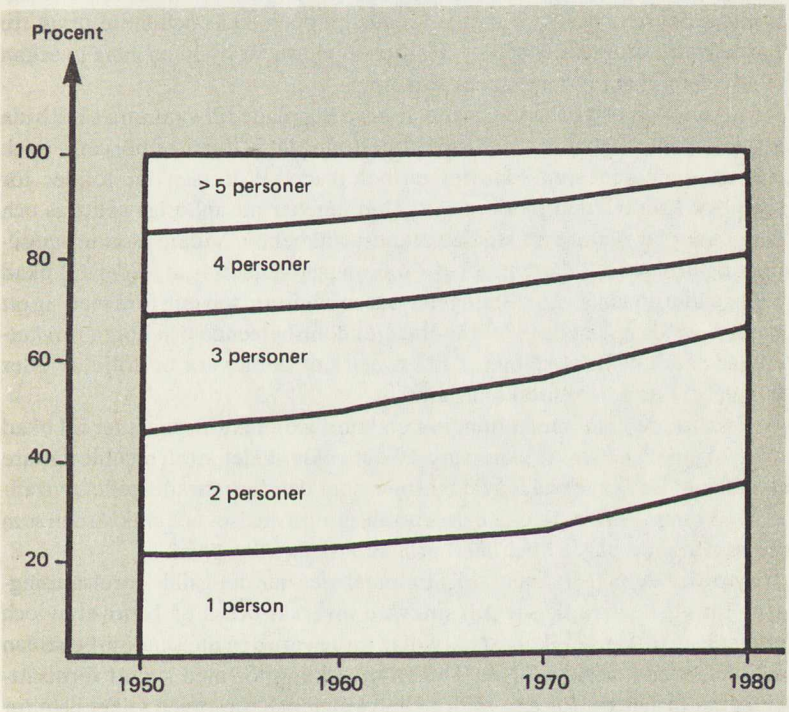
Faktorer som inverkar på efterfrågan av vård

Den samhällsekonomiska utvecklingen inverkar också på hälso- och sjukvården genom att påverka behovet av och efterfrågan på dess tjänster. Bortsett från de faktorer som har direkt att göra med förekomsten av ohälsa torde de viktigaste faktorerna härvidlag vara det ökade kvinnliga förvärvsarbetet, hushållssplittringen, migrationen och urbaniseringen, kommunikationerna samt vårdutbudets omfattning och inriktning. En annan viktig

faktor av något annorlunda slag är de ökade förväntningar och anspråk på behandling och vård, som är en direkt följd av den allmänna välståndsstegringen i samhället – och sannolikt också den höjda utbildningsnivån.

Den ökade kvinnliga förvärvsintensiteten för med sig ett bortfall av informell vård och omsorg som måste ersättas genom organiserad vård i samhällets regi. Detta får de tydligaste följderna när det gäller vården av de äldre. Såväl inom akutsjukvården som inom långtidssjukvården ökar vårdtiderna för de äldsta patienterna – med största sannolikhet beroende på den bristande tillgången till hjälp och tillsyn i hemmet från anhöriga, vänner och grannar. Tidigare har hemarbetande kvinnor i hög grad svarat för sådan hjälp.

Nära kopplat till detta är också hushållssplittringen och det ökande ensamboendet. Utvecklingen härvidlag under de senaste trettio åren illustreras av nedanstående figur.



Figur 3.3 Fördelning av hushållen på storlek 1950 – 1980

Källa: FoB

Den minskade hushållsstorleken avspeglar i sin tur de växande ekonomiska resurserna bl a genom pensionssystemet som gör det möjligt för allt fler att efterfråga en egen bostad. Förbättrad privat ekonomi – inte minst för kvinnornas del – inverkar sannolikt också på skilsmässofrekvensen och upplösningen av samboendeförhållanden. Det ökade ensamboende som blir följden leder i sin tur till att beroendet ökar av hälso- och sjukvårdens tjänster.

Möjligheterna för långvarigt sjuka och handikappade att klara sig själva hänger också i hög grad samman med bostadens kvalitet (uppvärmning, tillgång till extra utrustning som diskmaskin, tvättmaskin och frys etc) samt tillgängligheten (tillgång till hiss, ramper för rullstol osv). Här kan man konstatera att den samhällsekonomiska utvecklingen medfört att allt fler har tillgång till en hög bostadsstandard. 96 procent av befolkningen bor numera i bostäder med fullgod utrustningsstandard mot endast 78 procent vid slutet av 1960-talet. Bland de allra äldsta är dock situationen fortfarande dålig. Endast 60 procent av de som är 80 år och äldre har en modern bostad.

Inom pensionärsgrupperna är de rörelsehandikappade sämst lottade. Nästan en tredjedel av de rörelsehandikappade ålderspensionärerna bor omodernt och 15 procent är hänvisade till trappor för att kunna ta sig ut, d v s de bor minst en trappa upp i ett hus som saknar hiss.

Även utbyggnaden av den primärkommunala servicen har haft stor betydelse när det gäller äldre människors möjligheter att bo kvar i vanligt boende. Sålunda bor fortfarande i åldersgruppen 80 år och äldre drygt tre fjärdedelar i ordinära bostäder. Hälften av dessa får hjälp en gång i veckan eller oftare genom kommunens försorg.

Migrationen och urbaniseringen är nära kopplade till varandra så tillvida att befolkningsströmmen – åtminstone fram till 1970-talets början – gick från glesbefolkade områden till tättbefolkade. Processen får följder för hälso- och sjukvården på flera sätt. Den innebär att anhöriga splittras och därigenom får svårare att stödja varandra vid behov. Vidare ökar urbaniseringen närheten till vården vilket, som många studier visat, leder till ökad benägenhet att söka vård. Slutligen tycks urbaniseringen i sig föra med sig ett annat levnadsmönster med förändrat sjukdomsbeteende och högre förväntningar på sjukvårdssystemet. Till en del kan detta vara en följd av eller kopplat till en högre utbildningsnivå.

Förbättrade kommunikationer är en ytterligare faktor som leder till ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård av det enkla skälet att denna blir lättare tillgänglig. Det gäller här såväl bilismen som den förbättrade kollektivtrafiken. På samma sätt verkar den decentralisering av hälso- och sjukvården som för närvarande pågår i och med primärvårdens utbyggnad.

Några av de faktorer som tidigare påtalades när det gällde förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård inverkar också på behovet av och efterfrågan på vård. Viktigast härvidlag torde vara den minskade arbetstiden och det ökade deltidsarbetet. Denna utveckling för med sig att förutsättningarna förbättras för den informella vården och omsorgen vilket i sin tur kan leda till att trycket på samhällets organiserade vård minskar. Samma effekt får den ökade frånvaron i den utsträckning denna är betingad av behovet att vårda närstående – barn eller långvarigt sjuka anhöriga.

Det kan i detta sammanhang påpekas att vården och omsorgen människor emellan till sin omfattning är betydligt större än den organiserade offentliga omsorgen. Undersökningar visar att man endast i vart tredje fall av sjukdom söker läkarvård. Antalet vårddagar i sluten vård motsvarar ungefär en tiondedel av det totala antalet sjukdagar hos den sjukförsäkrade delen av befolkningen. Omkring hälften av alla hemvårdspatienter får sin vård av anhöriga och totalt sett är insatserna från anhöriga, grannar, vänner etc när det gäller hjälpen till de äldre omkring tre gånger större än kommunernas.

Det är belagt genom många studier att efterfrågan på hälso- och sjukvård i hög grad är kopplad till vårdutbudet. Detta gäller generellt för utnyttjandet av existerande resurser men också, mer speciellt i så måtto att när en viss behandlingsmöjlighet kommer fram så uppstår också efterfrågan på denna behandling. Genom den allmänna tekniska utvecklingen i samhället skapas nya medicinsk-tekniska möjligheter som alltså i sin tur genererar en ny efterfrågan på vårdens tjänster. Detta fenomen är inte begränsat till teknisk utveckling utan gäller mer generellt om kunskapsutveckling och utveckling av nya synsätt. Exempelvis kan en ny syn på handikapp och handikappades rätt till ett "normalt liv" få avsevärda konsekvenser både när det gäller kravet på resurser för långtidsvård och rehabilitering och inriktningen av denna verksamhet. Ett annat exempel är den nya synen på smärtlindring vid förlossning eller vid gynekologiska undersökningar. På så sätt får även den sociala utvecklingen i samhället avsevärda konsekvenser för hälso- och sjukvården. Samhällets människosyn och människornas förväntningar på livet kommer att avspegla sig både i de krav som ställs på hälso- och sjukvården och i dess sätt att arbeta.

3.4 Återverkan av hälso- och sjukvården på samhället

Genom att hälso- och sjukvården vuxit till att bli en så stor del av samhället kan den inverkan av samhället på vårdsektorn som här beskrivits inte ske utan en återverkan av i princip motsvarande slag av vårdsektorn på samhället. Några exempel kan illustrera detta.

Vid en arbetstidsförkortning kommer kostnaderna för hälso- och sjukvården att öka p g a att det inte finns samma möjligheter inom vårdarbetet att rationalisera som inom industrin. Detta blir då ett viktigt argument i diskussionen om en minskning av arbetstiden kan genomföras eller inte.

Vårdsektorns stora utbud av deltidstjänster som är attraktiva för kvinnliga arbetssökande har i hög grad påverkat den kvinnliga förvärvsintensiteten. Som påpekats ovan hade denna ökning sannolikt inte kommit till stånd om inte vård- och omsorgssektorn kunnat erbjuda så många deltidsarbeten.

Vårdsektorns ökade betydelse för sysselsättningen märks kanske framför allt lokalt på de orter där stora vårdenheter är belägna, t ex före detta mentalsjukhus och där dessa i vissa fall kan vara den viktigaste förvärvskällan på orten. Hälso- och sjukvårdens ökade näringspolitiska betydelse leder också till att utvecklingen inom berörda delar av näringslivet alltmer påverkas av hänsyn till sektorns behov. Marknaderna för läkemedel och medicinsk-teknisk utrustning hör till de snabbast expanderande såväl inom Sverige som internationellt. Även när det gäller den tekniska utvecklingen får hälso- och sjukvården allt större betydelse vilket bl a avspeglas av verksamheten vid Styrelsen för teknisk utveckling. Som ytterligare ett exempel på återverkan av hälso- och sjukvården på samhället kan slutligen nämnas att de speciella krav som sjukvården ställer inverkar på utveckling och tillämpning av lagstiftningen för medbestämmande, arbetsmiljö o s v. Dessa krav för i sin tur med sig restriktioner när det gäller utformningen av denna lagstiftning.

3.5 Konsekvenserna för hälso- och sjukvården av långtidsutredningens bedömningar

Den samhällsekonomiska utvecklingen har en avgörande inverkan på vilka resurser som kan avdelas till hälso- och sjukvårdssektorn. En hög ekonomisk tillväxt ger större förutsättningar att tillföra hälso- och sjukvårdsverksamheten resurser än en låg tillväxt med kraftig inflation. Möjligheterna att åstadkomma en omstrukturering av vården är dels beroende av i vilken utsträckning nya resurskrav kan finansieras via omprövning och effektivisering av befintlig verksamhet, dels vilken ekonomisk tillväxt som är för handen och de ekonomiskt politiska och budgetpolitiska ställningstagandena statsmakterna gör om hur de resurser bör fördelas som tillväxten genererar. Genomförande av olika slag av åtgärder måste sålunda anpassas till vad som är möjligt att åstadkomma genom omprioriteringar m m och till de restriktioner som följer av tillväxten i ekonomin och statsmakternas budgetpolitiska och ekonomiskt politiska ställningstagande.

Den bild av hälso- och sjukvårdens villkor under 1980-talet som växer fram ur långtidsutredningens (LU 84) allmänna ekonomiska bedömningar skulle kunna sammanfattas som följer.

Långtidsutredningen är en kravanalys som försöker utröna vilka krav som ställs på den ekonomiska polititken och ekonomins funktionssätt för att de ekonomisk-politiska målen skall uppnås. Kraven gäller i första hand att pris- och löneökningarna måste dämpas mycket kraftigt de närmaste åren och att statens budgetunderskott måste reduceras väsentligt för att finansiell balans skall återuppnås i den svenska ekonomin. Under dessa förutsättningar beräknas tillväxten kunna bli 2-2,5 procent per år under resten av 1980-talet. Denna tillväxt skulle ha positiva effekter även för den kommunala sektorns finanser. I långtidsutredningens två alternativ beräknas den kommunala konsumtionen kunna öka med 1 respektive 2 procent per år under resten av 1980-talet. Detta är en väsentligt lägre expansionstakt än under 1970-talet då den kommunala konsumtionen ökade med ca 4 procent per år. Det är å andra sidan en högre ökningstakt än vad som ligger i kommunernas egna långsiktiga planer. För landstingens del visar dessa på en genomsnittlig utbyggnad på 0,7 procent per år under perioden 1984–1988. Det bör åter understrykas att den tillväxt långtidsutredningen räknar med bl a förutsätter en mycket kraftig dämpning av inflationstakten de närmaste åren. Utan en sådan dämpning torde möjligheterna vara små att öka den kommunala konsumtionen.

Långtidsutredningen gör inga prognoser av hur den beräknade kommunala konsumtionsutvecklingen fördelar sig på primärkommuner respektive landsting och på olika ändamål. Det är en fråga som har att göra med politiska prioriteringar. Däremot exemplifieras i utredningen hur en sådan uppdelning skulle kunna se ut.

Tillväxten för hälso- och sjukvården i dessa exempel i volym räknat begränsas under 1980-talet till 2,1-2,7 procent per år, vilket innebär en avgjort lägre ökningstakt än under 1970-talet. Härtill kommer sedan ytterligare närmare 2 procentenheter i årlig kostnadsökning rensat från inflation, beroende på förändringar i de offentliga tjänsternas relativa priser. I arbetskraft räknat skulle hälso- och sjukvården kunna få ett tillskott på

10 000 personer per år. Det får då förutsättas att huvuddelen av dessa blir deltidsarbetande eftersom ökningen annars inte inryms i den ekonomiska tillväxten.

Såväl hälso- och sjukvårdens rekryteringsmöjligheter som behovet av dess tjänster kommer att påverkas av det regionala arbetslöshetsmönstret. I Stockholm och östra mellansverige finns risk för ekonomisk överhettning med åtföljande problem när det gäller rekryteringen av i första hand personal med kortare utbildning. I det övriga landet är det i stället stor risk för att det uppstår överskott på arbetskraft. Rekryteringsläget för hälso- och sjukvården blir i motsvarande mån gynnsammare.

Oavsett om överskottet på arbetskraft leder till ökad geografisk rörlighet eller ej kommer konsekvenserna att bli betydande för behovet av och efterfrågan på hälso- och sjukvård.

Fortsatt ökning av det kvinnliga förvärvsarbetet får tydliga effekter på hälso- och sjukvården i första hand kanske genom att kravet på vårdinsatser för de äldre ökar.

En väntad fortsatt minskning av den genomsnittliga arbetstiden kan i viss mån verka i motsatt riktning. Någon allmän arbetstidsförkortning före 1990 ingår inte i långtidsutredningens huvudalternativ. Å andra sidan förväntas deltidsarbetet öka. Som nämnts ovan kan detta i särskilt hög grad komma att gälla hälso- och sjukvården, vilket bl a får följder för organisationen av arbetet.

Den särskilda analysen i långtidsutredningen av en generell förkortning av den lagstadgade veckoarbetstiden från 40 till 37,5 timmar på 1980-talet leder, menar utredningen, till minskat utrymme för offentlig konsumtion och ökat krav på geografisk rörlighet.

En viss tillväxt av utrymmet för privat konsumtion väntas kunna dämpa fördelningskonflikterna mellan olika grupper i samhället. Även den fulla sysselsättningen och en lägre inflationstakt kan förväntas få en utjämnande effekt på inkomst- och förmögenhetsutvecklingen.

4 Förebyggande insatser

4.1 Förebyggande åtgärder – en uppgift för hela samhället

All erfarenhet och alla systematiska studier visar att förbättringar i befolkningens hälsoförhållanden mätt som t ex minskad dödlighet och sjuklighet förutsätter att man lyckas eliminera eller reducera orsakerna till ohälsa och främja från hälsosynpunkt goda levnadsvillkor för befolkningen. En god medicinsk behandling, rehabilitering och omvårdnad vid inträffad sjukdom eller skada är givetvis av utomordentligt stor betydelse för bot och lindring och därmed för befolkningens trygghet och välfärd.

Det är uppenbart att det framför allt är den allmänna höjningen av den materiella och den hygieniska nivån i samhället som förklarar den starka nedgången i vissa tidigare epidemiska infektionssjukdomar i Sverige och andra industriländer. Medicinska åtgärder i form av vaccination, tidig diagnostik av smittbärande personer och god medicinsk behandling av sjuka har också varit av stor betydelse. Men ofta kan man peka på att nedgången i sjuklighet och dödlighet börjat betydligt tidigare än när man påbörjat genomförandet av sådana medicinska åtgärder. Välståndshöjningen har allmänt sett bidragit till en bättre hälsa hos hela befolkningen och undanröjt hälsorisker samt skapat förutsättningar för sådana medicinskt förebyggande och behandlande åtgärder som ytterligare kunnat begränsa ohälsans förekomst och konsekvenser.

Den självklara slutsatsen är att en samlad hälsopolitik kräver både förebyggande insatser och behandlande, vårdande och rehabiliterande insatser – sjukvård. Hälso- och sjukvård är till stora delar ett sammanhängande begrepp. Det finns inte anledning att se någon motsättning mellan hälsovård och sjukvård. De förebyggande och de omhändertagande åtgärderna kompletterar varandra som medel att uppnå målet "en god hälsa för hela befolkningen".

Det förebyggande arbetet för hälsa och mot ohälsa kan i princip bedrivas enligt fem huvudlinjer

- genom att främja från hälsosynpunkt goda och förbättrade allmänna levnadsvillkor för befolkningen

Sådana insatser uppfattas inte alltid som tillhörande det hälsopolitiska området utan ses mera som led i den allmänna välfärdspolitiken samt i den

ekonomiska politiken, socialpolitiken och fördelningspolitiken etc. Likväl kan det vara fråga om från hälsosynpunkt mycket viktiga insatser.

- genom att motverka – helst eliminera men i vart fall reducera – mera specifika hälsorisker i den sociala, psykiska och den fysiska miljön
- genom att stärka den enskildes motståndskraft mot hälsorisker genom ökade kunskaper och insikter om hälsans villkor – hälsoupplysning, hälsofostran etc
- genom att stärka den enskildes motståndskraft mot hälsorisker med specifika medicinskt förebyggande åtgärder som vaccinationer och andra skyddsläkemedel etc samt
- genom att spåra sjukdomar och sjukdomsanlag i så tidiga faser att man kan vidta effektiva och enkla behandlingsåtgärder – hälsoövervakande verksamhet.

De hälsofrämjande och de sjukdomsförebyggande åtgärderna är till stora delar av sådan natur att de måste initieras och genomföras på olika plan i samhället. Det är endast en ganska begränsad del av det förebyggande arbetets åtgärder som är lämpliga och möjliga att initiera och genomföra helt och hållet genom hälso- och sjukvårdens egen försorg. Det handlar i stället om en samverkan mellan olika samhällssektorer. I själva verket står knappast någon sektor i samhället helt utanför ett delansvar för och möjligheter att göra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Hälsopolitiken verkställs till stora delar genom vår utbildningspolitik, miljöpolitik, trafikpolitik, jordbruks- och livsmedelspolitik, arbetsmiljöpolitik och bostadspolitik etc. Hälsopolitikens förebyggande del är en integrerad del i många samhällsområden.

Sett i ett längre perspektiv har effekterna av de allmänna och de specifika förebyggande insatserna i samhället varit framgångsrika. Mätt i traditionella folkhälsomått som medellivslängd, mödra- och spädbarnsdödlighet, dödlighet i epidemiska infektionssjukdomar och i arbetsolycksfall och arbetssjukdomar har kontinuerliga förbättringar skett av hälsoförhållandena inom den svenska befolkningen. Välfärdspolitiken har gett klara hälsopolitiskt gynnsamma resultat. För vissa hälsoproblem har vi säkerligen också nått en gräns där det inte är möjligt att komma nämnvärt längre därför att själva hälsorisken eliminerats eller det naturliga biologiska åldrandet lägger hinder i vägen.

Samtidigt kan konstateras – som bl a framgår av fakta i kapitel 2 – att det fortfarande kvarstår stora skillnader mellan exempelvis olika social- och yrkesgruppers möjligheter att leva ett hälsosamt liv. Dessa skillnader i ohälsans fördelning kan i första hand förklaras av skilda livsvillkor och – för några sjukdomsgrupper – av olika livsstil. Mot denna bakgrund kan samtidigt konstateras att dessa skillnader i sjuklighet och tidig död mellan olika social- och yrkesgrupper indikerar vilka stora möjligheter det finns att förbättra hälsoförhållanden bland arbetare och lägre tjänstemän genom olika typer av förebyggande insatser.

Denna indikation måste nu omformas i praktisk handling och integreras i en generell folkhälsopolitik. Detta är ett långsiktigt utvecklingsarbete där för- och nackdelar med olika åtgärdsalternativ måste vägas samman för att åstadkomma en rimlig balans mellan hälsomässiga och andra intressen.

Vidare krävs ett intensifierat forsknings- och utvecklingsarbete för att bl a ytterligare klarlägga orsakerna till olika befolkningsgruppers olika riskexponering och därmed sammanhängande hälsoförhållanden.

Redan idag finns dock – som framgår bl a av de hälsopolitiska handlingsprogram och beskrivningar av riskfaktorer inom olika samhällssektorer som redovisas i denna rapport – goda möjligheter att vidareutveckla en effektiv offensiv hälsopolitik.

Vi måste också vara vaksamma gentemot idag okända hälsorisker. Samhällsutvecklingen kan oavsiktligt och överraskande innebära att nya hälsorisker tillkommer. T ex kan förändrade industriella processer och nya former för energiförsörjning innebära en miljöpåverkan som i sin tur innebär risker ur hälsosynpunkt. I arbetslivet införs till följd av t ex datorisering nya tekniker som kan vara källan till såväl fysiska som psykosociala hälsorisker.

Uppgiften för hälsopolitikens förebyggande del är således att verka för att vi fortsätter att undanröja de kända hälsoriskerna och främja sådana livsvillkor som är bra för att utveckla och vidmakthålla en god hälsa hos hela befolkningen. Dess uppgift är också att bevaka de tillkommande hälsorisker som samhällsutvecklingen kan medföra.

Även om folkhälsan genom allmänt förbättrade materiella och sociala levnadsvillkor, specifika förebyggande åtgärder och en god sjukvårdsorganisation till stora delar starkt förbättrats i ett längre perspektiv, är det uppenbart att det förebyggande arbetets möjligheter ingalunda är uttömda. Det behövs en fortsatt bevakning av och insatser mot de kända hälsoriskerna och en stark uppmärksamhet på de tillkommande hälsorisker som samhällsutvecklingen kan innebära. Detta kräver insatser inom många olika samhällssektorer inom ramen för en övergripande välfärdspolitik. Hälso- och sjukvården har här en nyckelroll genom bl a sina kunskaper om hälsosituationen och riskförhållanden i samhället samt sina möjligheter att individuellt förebygga och behandla sjukdomar och skador.

4.2 De förebyggande intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen

Tyngdpunkten i hälso- och sjukvårdssektorns insatser i resurstermer har alltid legat på de sjukvårdande insatserna – åtgärder efter inträffad sjukdom eller skada. Så kommer det också att förbli i framtiden.

Delar av hälso- och sjukvården har sedan lång tid haft en markerat förebyggande inriktning. Det gäller den primärkommunala skolhälsovården och företagshälsovården med dess många olika huvudmän. Landstingen har framför allt genom barnhälsovården och mödrahälsovården, men också i andra former t ex tuberkulosdispensärer, gjort viktiga hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Först med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har emellertid det förebyggande ansvaret för landstingen (motsvarande) blivit lagfäst. Därmed har dessa insatser getts samma legitimitet som de sjukvårdande. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall varje landstingskommun (motsvarande) "erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen". Hälso- och sjukvård är "åtgärder för

att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador". Det medicinskt förebyggande arbetet är bl a sådana insatser för att spåra sjukdomsanlag och hälsoproblem och ge hälsoupplysning och skyddsläkemedel som kan göras i det individuellt inriktade hälsovårdsarbetet inom olika befolkningsgrupper som mödrar, barn, äldre etc.

Landstingskommunen skall enligt HSL "även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen". Innebörden härav är att man skall ta till vara möjligheterna att systematisera de erfarenheter om hälsoproblemens och hälsoriskernas ursprung och orsaker som kontakterna med befolkningen ger upphov till i det löpande hälso- och sjukvårdsarbetet. Den insikt i och kunskaper om hälsoproblemens förekomst, fördelning och ursprung som hälso- och sjukvården får måste delges de samhällssektorer som har det mer direkta ansvaret för de åtgärder som är nödvändiga för att komma till rätta med problemen. Denna form av förebyggande insatser kan benämnas det samhälls- och miljöinriktade området.

HSL pekar således på att den hälsopolitiska utvecklingen – en offensivt präglad hälsopolitik med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förtecken – inte kan undvara att vi målmedvetet tar till vara de kunskaper och erfarenheter som hälso- och sjukvården har och kan skapa i den samlade samhällsutvecklingen. Landstingen bör därför utveckla sin samverkan med andra samhällssektorer. De bör inte se sig enbart som producenter av avgränsade servicefunktioner utan också som medaktörer i förändringarna av levnadsvillkor, miljö och samhällsstruktur. Det handlar dock inte om att ta över ansvaret från de andra samhällsorganen, som har att göra de avvägningar som behövs.

Den breddning av hälso- och sjukvårdens roll i den samlade hälsopolitiska utvecklingen som läggs fast genom HSL är densamma som man strävar efter i andra delar av världen. HSL:s mål – en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen – för hälso- och sjukvården har samma innebörd som världshälsovårdsorganisationens (WHO) övergripande strategi "Hälsa för alla år 2000". Denna strategi, som WHO:s medlemsländer anslutit sig till, innebär en medveten strävan att hälso- och sjukvårdens insatser skall gälla hela befolkningen och tillgodose allas behov – ett hälsopolitiskt jämlikhetsmål. Den betonar också starkt nödvändigheten av att utveckla en tvärsektoriell samverkan mellan hälso- och sjukvården och övriga samhällssektorer för att uppnå hälsoförbättringar och jämnare fördelade hälsoförhållanden hos befolkningen i såväl utvecklingsländer som i den industrialiserade världen.

Hälso- och sjukvårdsektorn har således två principiella roller i den samlade hälsopolitiken och dess utveckling. Den ena är den traditionella servicerollen som erbjuder god sjukvård och omsorg och vissa medicinskt präglade förebyggande åtgärder till de enskilda individerna inom befolkningen. Den andra rollen, som inte är helt ny men som lyfts fram och förstärks genom hälso- och sjukvårdslagen, är att medverka i samhällsplaneringen inom andra samhällssektorer genom att aktivt erbjuda sina kunskaper om ohälsans orsaker så att denna kunskap kan användas i det samlade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i samhället. Denna senare roll kräver andra arbetsformer och instrument än de som används i det traditionella patientarbetet. Den kan därför kännas oklar och främmande såväl för de

politiskt ansvariga i landstingen som för hälso- och sjukvårdspersonalen. I HS 90:s tidsperspektiv – 1990-2000 – bör det dock vara möjligt att utveckla den samhällsinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande rollen så att den blir väl integrerad med landstingens övriga hälso- och sjukvårdande insatser.

4.3 Två hälsopolitiska ansatser

I arbetet inom HS 90-projektet har utvecklats två olika ansatser för att ge underlag för hälso- och sjukvårdens medverkan i det samhällsinriktade förebyggande arbetet. Det kan åskådliggöras genom en enkel matris. Den ena dimensionen avser hälsoproblemet. Den andra dimensionen anger den eller de samhällssektorer där de olika hälsoriskerna finns.

Hälso-problem \ Samhälls-sektor	Livsmedels-sektorn	Arbets-Marknads-sektorn	Boende-sektorn	Arbets-miljö	Etc
Skador		•	●	•	
Hjärt- och kärlsjukdomar	•	•		•	
Psykisk sjukdom		•	•	•	
Etc					

Figur 4.1 Matris för samband samhällssektor – hälsoproblem

Man kan välja att utgå från ett visst hälsoproblem, t ex skador, hjärt- och kärlsjukdomar eller tumörer, och beskriva dess förekomst och bakomliggande orsaksmekanismer. Därmed fås en bild av inom vilka olika samhällssektorer man kan identifiera faktorer och mekanismer som kan vara åtkomliga för hälsoförbättrande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Ett sådant beskrivningssätt kan benämnas "hälsopolitiskt handlingsprogram" för t ex hjärt- och kärlsjukdomar och innefatta förebyggande åtgärder och insatser som hälso- och sjukvården själv har befogenheter och möjligheter att svara för – t ex medicinskt förebyggande behandling och hälsoupplysning. I programmet kommer man också att peka på vilka samhällssektorer som hälso- och sjukvården behöver samverka med för att de hälsofrämjande och ohälsoförebyggande åtgärderna skall tas till vara i samhällsplaneringen och inte försummas därför att kunskapen inte blev känd och förmedlad. Detta beskrivningssätt kan vara särksilt användbart i den lokalt bedrivna samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra medverkande i samhällsplaneringen. Det kan ses som en parallell till vårdprogramunderlag, med särskild inriktning på förebyggande åtgärder.

Man kan också anlägga ett "sektoriellt" perspektiv, d v s beskriva olika orsaker till ohälsa (hälsorisker) som är relaterade till en viss samhällssektor,

t ex livsmedels- och jordbrukssektorn, arbetsmarknadssektorn, boendesektorn, trafiksektorn etc enligt de olika indelningar av samhällsverksamheten som förekommer. Ett sådant beskrivningssätt, som ställer samman och analyserar hälsorisker inom en sektor och pekar på hälsopolitiskt motiverade önskemål och krav på utvecklingen inom en viss samhällssektor, kan vara värdefull när hälso- och sjukvården skall fullgöra sin uppgift att påverka samhällsplaneringen i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande riktning. Denna typ av hälsopolitiska underlag för hälsopolitiken i samhällsplaneringen kan utgöra ett viktigt underlag för beslut såväl på nationell och regional nivå men även för den dialog och samverkan som sker på primärvårdsnivå mellan olika samhällssektorer.

I HS 90-arbetet har båda dessa kompletterande ansatser prövats i syfte att bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvårdens roll enligt de hälsopolitiska intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. Två hälsopolitiska handlingsprogram – att förebygga skador och att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar – har tagits fram. Den sektoriellt präglade hälsoriskansatsen har prövats inom fyra områden: arbetsmarknadssektorn, boendesektorn, arbetsmiljösektorn och livsmedelssektorn.

Det framtagna materialet, som publiceras i särskilda delrapporter, skall uppfattas som försök att bidra med underlag för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser och för dess ökade medverkan i samhällsplaneringen. Vi anser att man bör arbeta vidare enligt dessa linjer. Det ligger i socialstyrelsens nya roll – att ge underlag för planeringen av hälso- och sjukvårdens utveckling och föra fram socialsektorns önskemål och krav till andra samhällssektorer – att i samarbete med i första hand Spri och kommunförbunden löpande ta fram denna typ av planeringsunderlag. På sikt bör det utvecklas att täcka flertalet hälsoproblem och flertalet samhällssektorer. Givetvis bör underlaget fortlöpande revideras och aktualiseras.

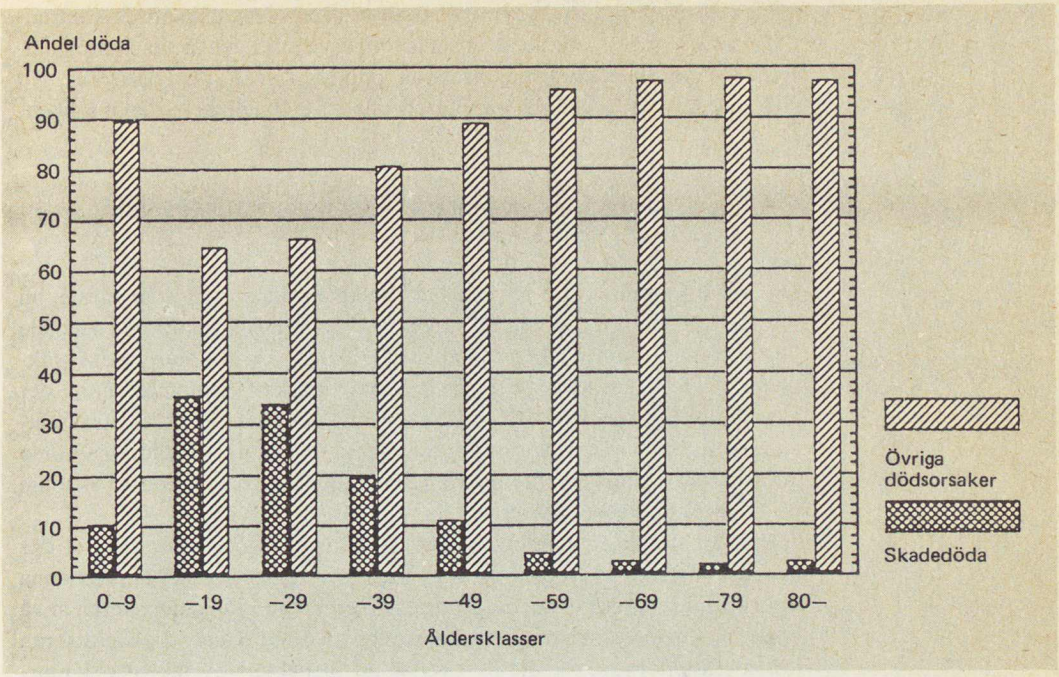
4.4 Handlingsprogram mot skador

Ett underlag till hälsopolitiskt handlingsprogram mot skador har publicerats i rapporten "Att förebygga skador" (SOU 1984:42). I det följande görs en kort sammanfattning av rapporten med särskild inriktning på de förslag som läggs fram.

Programmet avser personskador genom yttre våld. Det omfattar således inte självmord och andra uppsåtliga skador. Skador i arbetslivet, i trafiken och med tyngdpunkten på hem- och fritidsmiljön behandlas.

4.4.1 Skador som hälsoproblem

4-5 procent av den samlade dödligheten kan hänföras till olycksfallsskador. I åldersskikten 10-30 år är skadedöden en mycket tung andel – mer än en tredjedel – av den totala dödligheten till följd av trafikskadornas stora betydelse.



Figur 4.2 Andel skadedöda och andel övriga dödsorsaker i olika åldersklasser i Sverige 1979

Källa: Dödsorsaker 1979, SOS

Skador som inträffar i vägtrafiken svarar för drygt 800 dödsfall per år. Trafikolyckor svarar för ca 34 000 vårdtillfällen per år vid sjukhus. Varje år tillkommer ca 450 trafikskadade som får så svåra sviter att de behöver daglig vård och hjälp. 2 000 trafikskadade får sådana men för framtiden att de får svårigheter i fortsatt utbildning eller i yrkeslivet. Den tidigare ganska stadiga minskningen av trafikdöda i relation till trafikvolymen har nu stannat upp.

Ca 200 personer dör årligen av skador i arbetslivet. Ca 125 000 får skador med sådana konsekvenser att de blir sjukskrivna. Det inträffar ca 20 arbetsolyckor per miljon utförda arbetstimmar. Antalet arbetsolycksfall med bestående invaliditet är ca 1 600 per år. Det är mycket stor skillnad i riskerna för olycksfallsskador mellan olika näringsgrenar och branscher.

De skador som inträffar i hemmet och under fritiden är mindre väl belagda i offentlig statistik. Flertalet dödliga skador – ca 2 500 per år – inträffar i hem- och fritidsmiljön. Orsaken härtill är framför allt fallolyckor bland äldre. Men också flertalet icke dödliga skadehändelser som leder till kontakt med hälso- och sjukvården – ca 75 procent – kan hänföras till vistelse och verksamhet i hem och under fritid.

En summering ger vid handen att varje dag dör minst tio personer till följd av en ouppsåtlig skadehändelse. Flertalet av dessa inträffar under vistelse i hem- eller fritidsmiljö. Därefter kommer skadeområden som trafiken och i arbetslivet. Varje dag tas 600 människor in på sjukhus för vårdinsatser p g a skador. Varje dag skadas 400 barn så att det leder till en läkarkontakt. Varje dag blir 300 personer sjukskrivna till följd av olycksfall i arbetet.

Genom skaderiskerna i samhället måste hälso- och sjukvården kontinuerligt vara beredd att ta hand om skadade människor och lindra konsekvenserna av skadehändelserna. Man kan uppskatta att vårdinsatserna vid sjukhusen för skadade patienter kostar minst 3 000 miljoner kronor årligen.

4.4.2 Åtgärder för att förstärka det skadeförebyggande arbetet

Olycksfallsskador är ett problem av folkhälsodimension som måste bli föremål för fortsatta aktiva hälsopolitiska åtgärder. I jämförelse med de flesta andra hälsoproblem av folkhälsokaraktär, t ex rörelseorganens sjukdomar, cancersjukdomar och även hjärt- och kärlsjukdomar, finns det ganska mycket kunskap om varför skador uppkommer – deras orsaksmekanismer. Skador är därför ett område som är väl lämpat för förebyggande insatser och en fortlöpande prövning av möjligheterna att minska skadors förekomst och konsekvenser.

Risk att drabbas av en skada finns i praktiskt taget alla de miljöer där människor vistas – i arbetslivet, i hemmen, i institutioner och i den allmänna utomhusmiljön samt under transporter och rekreation. Skaderiskerna är så utbredda i människans miljö att kontrollen av dessa risker, d v s insatserna för att förhindra att skaderisker leder till utveckling av faktiska skador, nödvändigtvis måste fördelas på många olika centrala, regionala och lokala organ i samhället. Denna ordning, med många samhällssektorer som delansvariga för skadeförebyggande åtgärder, är nödvändig för att nå ut i alla de miljöer och risksituaioner där det finns skaderisker. Detta innebär samtidigt svårigheter att få en god överblick över skadeproblematiken och kan innebära problem när hälso- och sjukvården vill samverka med andra samhällssektorer för att bidra till skadeförebyggande åtgärder.

Det finns inte anledning att i detta sammanhang föreslå några förändringar när det gäller ansvaret för tillsyns- och förebyggande åtgärder mot skaderisker i arbetslivet och inom transportsektorn. När det däremot gäller åtgärder mot skaderisker i hemmen, i bostadens närmiljö och under fritidsverksamhet utomhus synes det finnas ett behov av ett klarare tillsyns- och åtgärdsansvar. Det synes naturligt att kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder åläggs att utöva tillsyn beträffande skaderisker i sådana sammanhang och att de också får befogenheter att kräva åtgärder mot skaderisker. Skaderisker bör jämställas med sanitär olägenhet till följd av andra fysikaliska och kemiska miljöfaktorer och bör tydligt omfattas av bestämmelserna i hälsoskyddslagen. Ett sådant klarläggande av det lokala tillsynsansvaret skulle underlätta kontakterna mellan primärvården och den primärkommunala organisationen i det skadeförebyggande arbetet och i det gemensamma ansvaret för lokalbefolkningens hälsa överhuvud taget.

En viktig utgångspunkt för att kunna vidta åtgärder mot skaderisker och för att kunna bedöma effekterna av utförda skadeförebyggande insatser är att ha tillgång till en tillförlitlig statistik över inträffade skadefall och de bakomliggande omständigheterna.

I dödsorsaksstatistiken och i diagnosstatistiken från den slutna vården finns en del värdefulla uppgifter när det gäller svårare olycksfallsskador och

deras uppkomstmekanismer. Specialstatistiken beträffande arbetsolycksfall och vägtrafikskador ger också viktig information. Nuvarande statistiksystem ger emellertid en mycket ofullständig bild av förekomsten av andra skador och deras uppkomstsätt. För att förbättra underlaget för skadeförebyggande åtgärder och för att möjliggöra en bättre uppföljning och en utvärdering av de skadeförebyggande insatsernas effekter är det angeläget att en mera fullständig registrering av skadefallen görs.

Det bedöms orealistiskt att man i samband med varje inträffat skadefall som observeras och omhändertas inom hälso- och sjukvården – i landstingets primärvård, i företagshälsovården och annorstädes, t ex inom skolhälsovården – gör en ingående registrering av skadans medicinska natur och de bakomliggande omständigheterna. Den löpande registreringen i öppen vård och även i den slutna vården måste begränsas till huvuddiagnoser och några få andra faktorer som kontaktorsak etc. En registrering av hur ett olycksfall gått till kräver särskilda insatser för att registreringen skall ge ett utbyte som är av värde för att få underlag för förebyggande åtgärder. Därför föreslår vi att man inrättar ett system där man inom några utvalda landstingsområden under en begränsad tid genomför en intensiv registrering av alla skadefall som blir kända inom hälso- och sjukvården. Under andra perioder görs motsvarande registrering inom andra landstingsområden. På längre sikt erhålls därigenom en landsomfattande täckning som beaktar de skillnader i skademönstret som betingas av geografiska faktorer, årstidsmässiga variationer etc. Det bör ankomma på socialstyrelsen att initiera ett sådant system och svara för den centrala statistiska sammanställningen och tillhandahålla detta underlag för de skadeförebyggande åtgärder som faller på sådana sektorsmyndigheter som konsumentverket, arbetarskyddsstyrelsen, produktkontrollnämnden. Det förutsätts att socialstyrelsen får erforderliga resurser för att driva detta skadestatistiksystem.

För en sådan urvalsbaserad, periodisk skaderegistrering behövs en bra klassifikation av skadans medicinska natur och de yttre omständigheterna kring olycksfallet. För närvarande bedrivs ett nordiskt samarbete för att ta fram en reviderad s k E-kod som kan vara underlag för klassifikationen av skador i detta sammanhang. Det är angeläget att detta arbete slutförs så att ett reviderat klassifikationssystem, anpassat till det nutida skademönstret i de nordiska befolkningarna, kan bli prövat.

4.5 Handlingsprogram mot hjärt- och kärlsjukdomar

Ett underlag till ett hälsopolitiskt handlingsprogram mot hjärt- och kärlsjukdom har publicerats i rapporten "Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom" (SOU 1984:43). Där ingår också vissa kunskapsöversikter och åtgärdsförslag av medverkande experter. I det följande redovisas en kort sammanfattning av rapporten med särskild inriktning på de förslag som läggs fram i programmet.

Programmet behandlar inte alla typer av hjärt- och kärlsjukdom utan endast sådana som har samband med åderförkalkning och högt blodtryck – hjärtinfarkt och kärlkramp i hjärtats kranskärl, slaganfall genom blodutgjutning i hjärnan eller propp i hjärnans blodkärl och förträngningar i andra blodkärl.

4.5.1 Hjärt- och kärlsjukdom som hälsoproblem

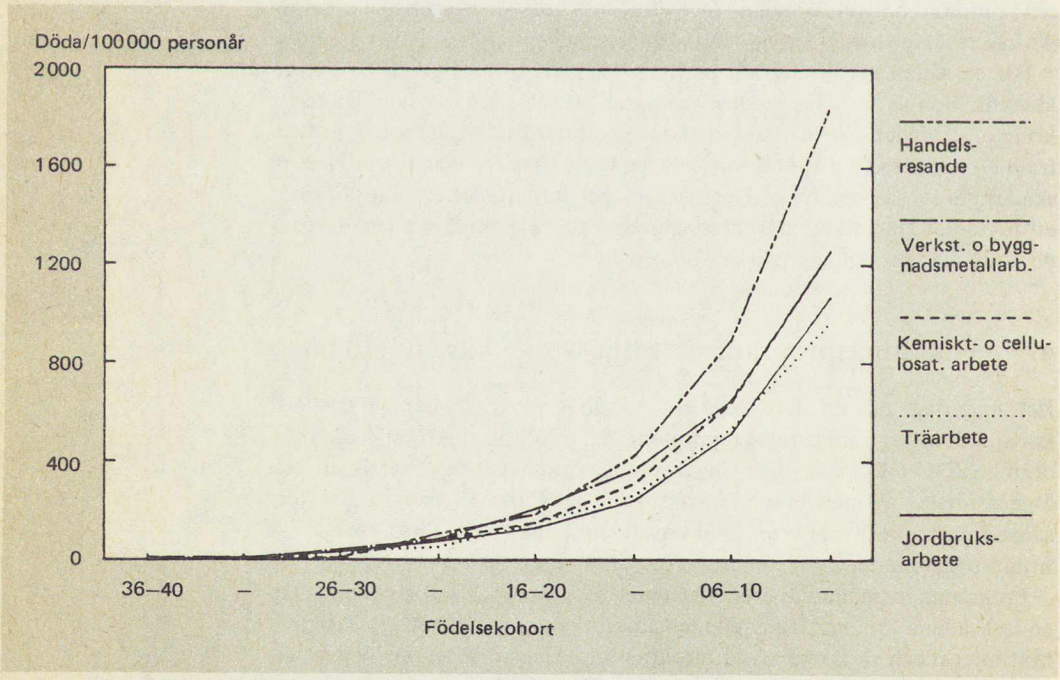
Drygt hälften av den samlade dödligheten i Sverige klassificeras som betingad av hjärt- och kärlsjukdom, i första hand genom hjärtinfarkter. Under de senaste femton åren har dödligheten i hjärt- och kärlsjukdom varit ganska konstant i högre åldersgrupper medan en ökning ägt rum i yngre åldrar hos främst männen. Dödligheten i slaganfall har minskat medan hjärtinfarktdöd visat en ökande tendens.

Hjärt- och kärlsjukdomar svarar för stora andelar av vårdtillfällen och vårddagar i den slutna sjukhusvården. En tredjedel av vårddagarna betingas av dessa sjukdomar. Inom den öppna vården svarar cirkulationsorganens sjukdomar för 10-15 procent av besöken. De har stor betydelse som grund för förtidspensionering och förlorade år före 75 års ålder – den näst största gruppen efter elakartade tumörer. Vid levnadsnivåundersökningar anger närmare hälften av människor i åldern 65-74 år att man lider av hjärt- och kärlsjukdom.

Varje år söker ca 60 000 personer akut sjukhusvård till följd av misstänkt hjärtinfarkt och ca 30 000 anses vara verklig sådan.

Hjärt- och kärlsjukdomar är socialt och yrkesmässigt ojämnt fördelade inom befolkningen. Bland sjukhusvårdade för dessa sjukdomar finns en större andel bland arbetare och lägre tjänstemän och bland ensamstående. I levnadsnivåundersökningar är besvär från cirkulationsorganen dubbelt så vanliga i socialgrupp 3 som i socialgrupp 1.

Figur 4.3 Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Män 1966 – 1970
Källa: PM, SCB 1981:5



Bedömt på de flesta sätt som brukar användas i folkhälsosammanhang framträder hjärt- och kärlsjukdomarna som ett mycket betydelsefullt hälsoproblem i den svenska befolkningen liksom i andra industriländer. Det är därför angeläget att söka minska omfattningen av detta problem genom förebyggande insatser.

4.5.2 Åtgärder för att förebygga hjärt- och kärlsjukdom

Den omfattande forskningen om hjärt- och kärlsjukdomars uppkomstmekanismer har visat att de till mycket stor del kan förklaras av riskfaktorerna rökning, kostsammansättning – blodfetter, förhöjt blodtryck och otillfredsställande psykosociala förhållanden. Det finns också andra mer eller mindre oberoende riskfaktorer för dessa sjukdomar såsom kraftig övervikt, sockersjuka och alkoholmissbruk. De fyra förstnämda riskfaktorerna är emellertid de tyngst vägande för utveckling av hjärt- och kärlsjukdom och därför de viktigaste målområdena för de förebyggande insatserna mot sjukdomsgruppen.

Som tidigare berörts är risken för hjärt- och kärlsjukdom jämförelsevis större i arbetaryrken och bland lägre tjänstemän. Bristande socialt nätverk och större levnadsförändringar som skilsmässa ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom. En ökad arbetslöshet är associerad med en ökning av dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom och med andra negativa hälsoeffekter. Arbeten som innebär överbelastning eller missanpassning och som karakteriseras av höga krav i förening med bristande stimulans och litet beslutsutrymme innebär förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdom. Man kan konstatera att psykosociala förhållanden på både samhällsstrukturell nivå och på mera individrelaterad nivå har betydelse för att utveckla hjärt- och kärlsjukdom. Mycket talar för att utjämning av sociala skillnader, åtgärder mot arbetslöshet, mot isolering och bristande socialt nätverk och förbättrad arbetsmiljö är hälsopolitiskt motiverade och skulle kunna bidra till att minska sjuklighet och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och andra sjukdomsgrupper.

Rökningens stora betydelse som orsak till åtskilliga mycket allvarliga sjukdomar och i mycket hög grad hjärt- och kärlsjukdom kan numera inte ifrågasättas. En eliminering av tobaksbruket är troligen den enskilda åtgärd som snabbast och tydligast skulle minska förekomsten av hjärt- och kärlsjukdom. Ur hälsopolitisk synpunkt är därför ett genomförande av målmedvetna åtgärder mot tobaksbruket ytterst angeläget.

Frågan om kostens fetthalt, dess samband med halten av fetter i blodet och utvecklingen av hjärt- och kärlsjukdom har varit en av de mest kontroversiella i diskussionen om åtgärder mot dessa sjukdomar. Stor enighet råder dock nu om att en kostomläggning med sänkt andel fett minskar risken för utveckling av hjärt- och kärlsjukdom. Insatser för att stödja att folkkosten förbättras i detta avseende är därför viktiga som förebyggande åtgärder mot hjärt- och kärlsjukdom. De är även av betydelse med hänsyn till andra hälsoproblem.

Förhöjt blodtryck kan ibland hänföras till bakomliggande faktorer i kosten och till psykosociala förhållanden. Högt blodtryck kan också ses som en mera självständig riskfaktor för utvecklingen av hjärt- och kärlsjukdom. Genom läkemedelsbehandling kan blodtrycket ofta normaliseras och risken för att få hjärtinfarkt eller slaganfall minskas.

Flertalet riskfaktorer för utveckling av hjärt- och kärlsjukdom är av sådan natur och så utbredda inom befolkningen att det krävs en bred och långsiktig miljö- och befolkningsinriktad strategi för att väsentligt kunna minska sjukligheten och dödligheten i denna sjukdomsgrupp. Det räcker inte att begränsa sig till särskilda högriskgrupper inom befolkningen.

Åtgärder behöver vidtas på det allmänna samhällsplanet, som ligger utanför hälso- och sjukvårdens egna kompetensområden att genomföra. Ur hälsopolitisk synpunkt måste framhållas angelägenheten av målmedvetna åtgärder för att minska och helst eliminera tobaksbruket. Det är angeläget att en samlad strategi mot tobaksbruket läggs fram. Detta krav gäller även området för kost – hälsa. På det livsmedelspolitiska området är det särskilt angeläget att de hälsopolitiskt motiverade önskemålen och kraven om bl a sänkt fettandel i kosten tas till utgångspunkt för utformningen av livsmedelsförsörjningens olika led. Man kan i detta sammanhang peka på den troligen stora betydelsen av att de kollektiva måltiderna, främst då skolmåltiderna, ges en näringsmässigt hög standard och en utformning i övrigt så att de bidrar till att grundlägga goda kostvanor hos barn och ungdomar.

Åtgärder för att stärka de sociala sambanden mellan individer och samhällsgrupper, mot isolering och utslagning och mot arbetslöshet är också hälsopolitiskt motiverade som ett led i en bred strategi för att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar och annan ohälsa. De psykosociala förhållandena i arbetslivet behöver förbättras så att de främjar en god hälsa och inte bidrar till att skapa bl a hjärt- och kärlsjuklighet. Fortsatta reformer för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön exempelvis genom ökat medinflytande är därför också motiverade ur ett rent hälsopolitiskt perspektiv.

Inom hälso- och sjukvården kan man i sitt individ- och gruppinriktade förebyggande arbete förstärka sina insatser inom hälsoupplysningen kring kostvanor, rökning, förändring i arbetslivet och det sociala livet i övrigt. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör ta tillvara alla tillfällen i samband med patientarbetet att bedriva sådan hälsoupplysning. Man kan också gå ut i ett mera samhällsinriktat arbete och tillsammans med bl a folkrörelseorganisationerna sprida kunskap om riskfaktorer och möjligheter att påverka dem såväl på samhällsplanet som på det individuella planet.

Hälso- och sjukvården har unika möjligheter att påvisa riskfaktorn högt blodtryck och föreslå motåtgärder, eventuellt i form av läkemedelsbehandling. Det bör läggas fast att man vid i princip varje patientkontakt inom hälso- och sjukvården bör mäta blodtrycket eller kontrollera att mätning utförts inom viss tid, så att varje tillfälle tas att motverka denna riskfaktor. Däremot bedöms det inte rimligt att anordna särskilda massundersökningar av stora befolkningsgrupper enbart för att påvisa förhöjt blodtryck.

4.6 Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen – det sektoriella riskperspektivet

Som angetts i avsnittet 4.3 har inom HS 90:s utredningsområde "Hälsopolitik – förebyggande insatser" också prövats ansatsen att översiktligt beskriva de hälsorisker som finns inom en viss samhällssektor och därmed bidra med underlag om de hälsomässigt betingade krav och önskemål som kan finnas på verksamheten och utvecklingen inom samhällssektorer utanför hälso- och sjukvården. Det är en form för den utvidgade tvärsektoriella samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer som utgör en del av intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och världshälsoorganisationens hälsopolitiska strategi.

I det följande redovisas kortfattat innehållet i de underlagsrapporter som utarbetats under den gemensamma rubriken "Hälsopolitik i samhällsplaneringen" (SOU 1984:44).

4.6.1 Hälsopolitiska aspekter på boendemiljön

Bostadspolitiken hade under den tidigare delen av 1900-talet en stark och tydlig hälsopolitisk prägel. Det gällde i hög grad att komma till rätta med tunga bostadshygieniska problem, bl a trångboddhet, kyla, fukt och låg sanitär standard som hade samband med förekomst och spridning av olika sjukdomar, framför allt infektionssjukdomar som tuberkulos.

Många av dessa problem har starkt minskat eller t o m eliminerats. Men det finns kvarvarande problem. Uppmärksamheten har ökat på risker för olycksfall och andra skador i bostäder, i bostadens närmiljö och inom vårdinstitutioner samt på den sociala boendemiljöns samband med psykiska hälsoförhållanden. Nya hälsoproblem i boendemiljön har tillkommit som har samband med nya byggnadstekniker och kraven på energibesparande åtgärder med ökad täthet och minskad luftomsättning i byggnader. Det finns därför viktiga hälsomässigt betingade krav och önskemål på utvecklingen inom bostads- och byggnadssektorn. I underlagsrapporten behandlas dock inte de vårdpolitiska aspekterna på boendet beträffande t ex handikappades och andra långtidssjukas behov. Dessa frågor behandlas bl a i en särskild interdepartemental arbetsgrupp vars första delrapport kommer att redovisas under hösten 1984.

Fysisk boendemiljö

I framför allt daghemslokaler förekommer mycket klagomål över diffusa hälsoeffekter som huvudvärk och irritation i ögon och luftvägar. Begrepp som "dagissjukan" och "sjuka hus" har utvecklats. Mycket talar för att mögelbildning ökat som problem i bostäder och kan ha bidragit till allergiska besvär, förutom obehaglig lukt i t ex kläder. Det är angeläget att man inom hälso- och sjukvården i patientarbetet uppmärksammar sådana tänkbara orsaker till hälsoproblem och söker samverkan med miljö- och hälsoskyddsnämnderna för att lösa dem. Från hälsomässiga utgångspunkter måste man

kräva att byggnadsmaterial, byggnadstekniker och ventilationssystem är väl förhandsprövade även från hälsoskyddssynpunkt innan de används storskaligt i byggnationen.

Den radioaktiva ädelgasen radon kan uppnå höga koncentrationer i rumsluften i byggnader av visst byggnadsmaterial eller genom insugning från marken. Mycket talar för att sådan radonexponering kan orsaka lungcancer. Det är hälsopolitiskt väl motiverat att vidta åtgärder för att sänka radonhalterna i bostäder och andra byggnader med förhöjda halter. Radonproblemet måste ses som ett viktigt hälsoproblem i det svenska bostadsbeståndet.

Bullerstörningar i bostäder är ett av de olösta miljö- och hälsoproblemen i många bostadsmiljöer i framför allt tätorter. De verkar bl a sömnförsvårande. Hälso- och sjukvården måste beakta detta när patienter söker för sömnbesvär och psykiska och psykosomatiska problem. Det är hälsopolitiskt motiverat att söka utforma lägenheter så att t ex halva antalet rum är avskilda från vägtrafikbuller och väl ljudisolerade mot andra lägenheter. Trafikplaneringen bör ta stor hänsyn till risken för hälsoproblem genom bullerstörningar.

Skaderisker i hem- och närmiljön

Hemmet och dess närmiljö är en jämförelsevis riskfylld miljö för uppkomst av skador framför allt bland äldre och bland barn. Det gäller t ex fallolyckor efter snubbling samt fall i trappor, halkningar, cykelolyckor och annat i bostadens närmiljö. Det gäller också förgiftningsrisker, brand- och drunkningsrisker. Detta ger ett brett spektrum av skaderisker som tillsammans gör att skador i hemmet och dess närmiljö svarar för en mycket stor andel av det samlade skadepanoramat och behovet av sjukvårdsinsatser.

Åtgärder mot skaderisker i hem- och närmiljön kräver en bred samverkan mellan de många myndigheter som har delansvar för och möjligheter att begränsa eller eliminera skaderiskerna. Hälso- och sjukvården kan själv bedriva hälsoupplysning kring skaderisker i sin hälsoövervakande verksamhet bland barn, föräldrar och äldre. Socialtjänsten bör i sin äldreomsorgsverksamhet uppmärksamma de många skaderiskerna i hemmiljön. Hälso- och sjukvården kan initiera och genomföra kartläggningar av skadehändelser och skaderisker, medverka i information och utbildning och initiera en tvärsektoriell samverkan mellan t ex de trafikansvariga, lekplatsansvariga, miljö- och hälsoskyddsförvaltningen, skolhälsovården och andra intressenter som kan minska skaderiskerna inom boendemiljön.

Social boendemiljö och psykisk ohälsa

Det finns samband mellan den fysiska bostadsmiljöns utformning, den sociala boendemiljön och förekomsten av psykisk ohälsa bland de boende. Segregationsprocesser på bostadsmarknaden och negativa hälsoeffekter i samband med flyttningar och strukturomvandling har också sådana samband. För att motverka psykisk ohälsa bör boendemiljön tillgodose psykologiska behov, ge en social gemenskap som skydd och motsvara krav på att kunna kontrollera sina livsvillkor i boendemiljön.

Det finns hälsomässiga utgångspunkter för att ställa krav på att boendemiljön skall ge förutsättningar för social gemenskap genom en fysisk planering som ger närhet, kontakttillfällen och gemensamma utrymmen. Det behövs ett allsidigt lägenhetsutbud med olika lägenhetsstorlekar och upplåtelseformer och serviceboende m m för att minska behov av flyttning vid ändrade bostadsbehov. Det behövs en bostadsplanering som leder till en allsidig befolkningssammansättning med avseende på åldrar, socioekonomiska grupper etc. Det behövs förvaltningsformer där problem kan lösas av de boende själva i gemenskap och former för kollektiv verksamhet bland de boende med barnomsorg, äldreomsorg, matlagning, hobbyverksamhet, idrottsverksamhet etc.

Det behövs förutsättningar för psykisk utveckling av nya färdigheter som bl a omfattar en fysisk miljö som stimulerar till upptäckande och lek, kollektiva resurser för lek, idrott, studier, musik, konsthantverk etc och som undanröjer hinder för verksamhet med att påverka och förvalta det egna boendet.

Det behövs förutsättningar för kontroll och inflytande som bl a omfattar förvaltningsformer där makt och inflytande över den egna bostaden och närmiljön är kopplad till boendet och inte till ägandet och där den enskilda individen ensam och tillsammans i mindre granngrupper kan påverka miljö och verksamheter i sitt boende.

4.6.2 Hälsopolitiska aspekter på arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik

Samband ohälsa – arbetslöshet

Det finns ett ökande antal forskningsrapporter som visar att arbetslöshet kan orsaka ohälsa och vara ett bidragande skäl till tidig död, d v s också måste betraktas som en hälsorisk. Det är i första hand personer med dålig hälsa som drabbas av arbetslöshet. Men omvänt synes också arbetslöshet i sig kunna försämra hälsan. Hos arbetslösa och hos dem som hotas av arbetslöshet kan man påvisa fysiologiska förändringar i form av ökning av "stressubstanser" i kroppen och blodtrycksförhöjning. Ledbesvär och magkatarr ökar med ökande sjukvårdskontakter och läkemedelskonsumtion som följd. Psykiska besvär och passivitet uppkommer. Självmord och självmordsförsök och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar ökar. Familjen drabbas av konflikter, skilsmässor och skolsvårigheter för barnen.

Forskningen kring arbetslöshet och ohälsa har bedrivits enligt tre huvudlinjer. Man har studerat vilka hälsomässiga handikapp som leder till arbetslöshet. Man har analyserat hur brist på arbetstillfällen påverkar enskilda människors hälsa; den ekonomiska bristsituationen får förklara att hälsan försämras till följd av bristande resurser för boende, kläder och mat etc. Den idag dominerande forskningslinjen studerar också effekter på individens hälsa vid arbetslöshet, men lägger tyngdpunkten vid arbetets icke-ekonomiska värden – arbetets betydelse för att ge identitet och kontakter och delaktighet i samhällelig gemenskap.

Inom ramen för HS 90-projektet har utförts en studie med svenska data av professor Harvey Brenner om sambanden mellan makroekonomiska förhållanden – ändring i inkomst per capita, arbetslöshet, antal företagskonkurser – och dödlighet och sjuklighet på nationell nivå med beaktande av faktorer som alkohol- och tobakskonsumtion m m.

I Brenners studie framkommer att ökad arbetslöshet samvarierar med ökad total dödlighet för män i de flesta åldrar och för kvinnor i vissa åldrar. Dessa samband noteras dels med en kort tidsfördröjning på tre år, dels med en längre på mellan sju till 16 år. Ökad arbetslöshet samvarierar med ökad dödlighet bland män i bl a hjärtinfarkt, slaganfall, elakartade tumörer, skrumplever och självmord.

Den typ av analyser som bl a Brenner utvecklat ger dock ännu ej något säkert underlag för att fastställa i vilken utsträckning de samvariationer som redovisas kan tolkas som direkta orsakssamband.

Förvånansvärt nog finns endast få undersökningar om relationen mellan arbetslöshet och drogmissbruk. Det finns dock studier som visar att de som har alkoholproblem innan de blev arbetslösa löper risk att utveckla kraftigt missbruk under arbetslösheten.

Från tillgängliga undersökningar kan man dra slutsatsen att särskilda riskgrupper för ohälsa vid arbetslöshet är personer som redan har långvarig sjukdom, ensamstående män, främst medelålders och äldre, invandrare och alkoholmissbrukare. Människor med starkt engagemang i sitt arbete är mer känsliga för förlust av arbetet. De negativa effekterna är klart mer uttalade bland dem som tvingas gå arbetslösa under lång tid.

Hälsopolitiska krav på arbetsmarknadspolitiken

Från hälsomässiga utgångspunkter gäller ett allmänt krav att arbetslösheten måste hållas så låg som möjligt. Samtidigt måste framhållas att även vid låg arbetslöshet kvarstår en stor del av arbetslöshetens effekter eftersom de i hög grad är relaterade till de svagaste grupperna på arbetsmarknaden. Det behövs vidare en långsiktig trygghet i anställningen. Redan hot om arbetslöshet är sannolikt lika ogynnsamt ur hälsosynpunkt som öppen arbetslöshet. Det behövs riktade insatser för de särskilda riskgrupperna för ohälsa vid arbetslöshet. En förbättrad arbetslöshetsförsäkring skulle minska riskerna för att arbetslöshetsproblemet medikaliseras genom sjukskrivning och förtidspensionering med dess förstärkning av ogynnsamma hälsoeffekter.

Hälso- och sjukvårdens medverkan

Hälso- och sjukvårdssektorn på olika nivåer skall medverka i samhällsplaneringen bl a genom att redovisa sina erfarenheter och kunskaper om t ex arbetslöshetens hälsomässiga konsekvenser och därigenom bidra med underlag för arbetsmarknadspolitiken.

Detta betyder att socialstyrelsen bör sammanställa kunskapsöversikter som görs tillgängliga inom och utom hälso- och sjukvården. Styrelsen bör verka för att hälso- och sjukvårdsstatistiken blir så utformad att den också belyser arbetslöshetens konsekvenser och sammanställs och analyseras så att dessa aspekter tydliggörs.

På den regionala nivån kan de samhällsmedicinska enheterna på motsvarande sätt producera och tillhandahålla allmänt kunskapsunderlag och speciella beskrivningar av regionens arbetslöshetsproblem i vad avser dess hälsomässiga konsekvenser. Man kan också påverka länets sysselsättningsplanering genom landstingets roll i länsstyrelsen och genom att utveckla samarbetsformer med länsarbetsnämnden. Landstinget påverkar också starkt i sin egenskap av mycket stor arbetsgivare sysselsättningen inom sitt län, speciellt den kvinnliga.

På den lokala nivån – genom primärvården och företagshälsovården – bör man i patientarbetet understödja rehabilitering och omskolning som lösning vid arbetslöshet i stället för förtidspensionering. Man kan överväga en uppsökande verksamhet med särskild hälsoövervakning som erbjuds de ovan nämnda riskgrupperna för ohälsa vid arbetslöshet. Det innebär också att primärvården bör medverka med en kartläggning av arbetslöshetens hälsoeffekter lokalt.

I allt patientarbete, vid journalskrivning etc bör man vid analysen av yrkesförhållanden klarlägga perioder av arbetslöshet och dokumentera dessa så att en epidemiologisk analys kan göras.

I samband med företagsnedläggningar eller massavskedanden mister de anställda vanligen sin företagshälsovård. Det är då viktigt att primärvården tidigt etablerar ett samarbete med företagshälsovården. I första hand bör man verka för att företagshälsovården bibehålls även för de arbetslösa. I andra hand bör primärvården förbereda att ta över patientansvaret och journaler. Det är viktigt att företagshälsovårdens kännedom om speciella riskgrupper förs över till primärvården.

4.6.3 Hälsopolitiska aspekter på arbetsmiljön

Insikten om att arbetsmiljön kan innebära svåra hälsorisker är mycket gammal. Detta ledde till att det tidigt infördes en särskild lagstiftning och en särskild tillsynsorganisation för att motverka hälsoriskerna i arbetslivet – arbetarskyddet. Det var ett viktigt led i den socialpolitiska utvecklingen. På senare tid har utvecklats en företagshälsovårdsorganisation med teknisk och medicinsk och ibland även en särskild psykosocial funktion. Denna är under stark utbyggnad.

Arbetsmiljösektorn är på ett ovanligt tydligt sätt ett hälsopolitiskt område som också till stora delar kan ses som en del av hälso- och sjukvårdssektorn i samhället. Det är därför särskilt naturligt med en djupgående samverkan mellan arbetsmiljösektorn och den hälso- och sjukvård som landstingen ansvarar för. De stora skillnaderna mellan olika yrkesgrupper och risker för ohälsa gör det angeläget att ägna arbetsmiljöns betydelse för hälsa ökad uppmärksamhet.

Hälsorisker i arbetslivet

Trots en kontinuerlig nedgång i antalet arbetsolyckor med dödlig utgång är dessa fortfarande en betydande hälsorisk i många näringsgrenar och branscher. Det ställer krav på fortsatta förebyggande åtgärder, där högriskbranscherna särskilt måste uppmärksammas. För landstingens del

ställer det krav dels på att medverka i det förebyggande arbetet och dels på akut sjukvård och rehabiliteringsinsatser vid inträffade skador.

Fysikaliska faktorer som buller och vibrationer är hälsorisker i många arbetsmiljöer. Många former av strålning kan vara hälsorisker och kräver uppmärksamhet. Hälso- och sjukvården måste kunna utreda hälsoeffekterna vid sådana hälsorisker och erbjuda behandlande och rehabiliterande åtgärder.

Den fysiska belastningen t ex för grovarbetare och vårdpersonal är ett annat dominerande arbetsmiljöproblem med avsevärda negativa effekter för hälsa och välbefinnande. Belastningssjukdomarnas roll har också kommit att uppmärksammas bl a i samband med införande av ny teknik. Lätta men ensidiga arbetsuppgifter har visat sig kunna medföra arbetsskador i rörelseorganen som ofta leder till långvariga sjukdomstillstånd.

Vissa kemiska hälsorisker som kvartsdamm, bly och asbest har kunnat bringas under ganska god kontroll. De har därför minskat i betydelse som hälsorisk i arbetet. Nya kemiska hälsorisker tillkommer emellertid och visar sig som t ex allergier och eksem. Biologiska miljöfaktorer som smittämnen och mögel är hälsorisker i en del arbetsmiljöer.

Hälsoeffekterna av de psykosociala förhållandena i arbetslivet har ägnats ökande uppmärksamhet. Mycket talar för att t ex risken för hjärt- och kärlsjukdom ökar i arbeten som är monotona, har ett lågt beslutsutrymme och samtidigt hög kravnivå. De hälsomässiga konsekvenserna av arbetslöshet har berörts i det föregående avsnittet.

När det gäller arbetsmiljöns hälsorisker pågår en perspektivförskjutning från den tidigare starka betoningen av den fysiska miljön, specifika hälsorisker i arbetsmiljön och speciella "yrkessjukdomar" till en mera helhetspräglad syn på arbetsmiljöns betydelse ur hälsosynpunkt och en betoning även av de psykosociala aspekterna. Det innebär även att man inte enbart ägnar sig åt arbetsmiljöfaktorer som hälsorisk, d v s deras skadliga effekter, utan också åt frågan om arbetsmiljön som en hälsofrämjande faktor för individen.

Samverkan mellan landstingen, arbetsmiljösektorn och företagshälsovården

När det gäller arbetsmiljörelaterade hälsoproblem har landstingen vissa givna uppgifter som knappast innebär några samverkans- och samordningsproblem. Det gäller självfallet att tillgodose behovet av sluten vård vid sjukhus vid skador och sjukdomar som inträffar i arbetslivet. Det gäller behovet av specialiserad öppen vård och laboratorieservice efter hänvisning från t ex företagsläkare. Det gäller medicinsk rehabilitering. Den medicinska rehabiliteringen är ett väsentligt samverkansområde eftersom det är viktigt att företagshälsovården engageras i den yrkesinriktade rehabiliteringen och arbetsanpassningen vid patientens arbetsplats. De åtgärder som här kan bli aktuella kan vara medicinska men också tekniskt-ergonomiska, psykologiska och sociala och passar väl in i den inriktning mot förebyggande verksamhet som företagshälsovården skall ha.

Landstingen bör vidare erbjuda yrkesmedicinsk service som en stödfunktion för företagshälsovården och för särskilt kvalificerade utredningar vid

misstanke om arbetsmiljöbetingad sjukdom. Det finns skäl att samordna detta med utvecklingen av den övriga samhällsmedicinska funktionen inom landstingen. Dessa frågor har behandlats av riksdagen i budgetproposition (1980/81:100, bilaga 15, SOU 1980/81:24) och i kompletteringsproposition (1980/81:150, sid 31). Företagshälsovårdens slutbetänkande (SOU 1983:32) har ännu inte lett till förslag från regeringen.

Landstinget har ansvaret för planeringen av all hälso- och sjukvårdsverksamhet inom landstingsområdet. Det betyder att man i sin planering måste beakta omfattningen och inriktningen av den av olika huvudmän bedrivna företagshälsovården inom länet. Därför är det mycket angeläget att landstinget är representerat i yrkesinspektionsnämnden som har ett ansvar för att följa och främja utvecklingen av företagshälsovården inom sitt distrikt. Landstinget bör också tillhandahålla, mot ersättning, kvalificerad medicinsk expertis som behövs i yrkesinspektionens tillsynsfunktion.

Landstingets ansvar för att hela befolkningen får del av en god hälso- och sjukvård och en vård på lika villkor innebär att man bör vara beredd att, mot särskild ersättning, erbjuda s k extern företagshälsovård till de arbetsplatser och ensamföretagare som inte kan organisera sådan på annat sätt.

Företagshälsovården bör till övervägande del koncentrera sina insatser till det sjukdomsförebyggande och det hälsofrämjande arbetet vid arbetsplatserna samt till den yrkesinriktade rehabiliteringen och anpassningsfrågorna. Det är därför angeläget att företagshälsovårdens resurser och särskilda kompetens tas i anspråk av primärvården när det gäller rehabilitering av långa sjukfall. Landstingets primärvård och övriga vårdansvariga inom den privata sektorn bör i övrigt svara för behoven av sjukvård. I HS 90:s perspektiv bedöms primärvården bli så utbyggd och så tillgänglig att den väl kommer att kunna svara för behovet av sjukvårdande insatser för hela befolkningen inom landstingsområdet. Självfallet måste dock företagshälsovård, som har kvalificerad medicinsk personal anställd, vara beredd att ingripa vid akuta olycksfall och akuta insjuknanden på arbetsplatsen och vid behov tillse att man får vård inom primärvården eller vid sjukhus. Behovet av sådana sjukvårdsinsatser inom företagshälsoområdet är särskilt framträdande inom vissa branscher.

Det är svårt att bestämt avgränsa innebörden av begreppet "arbetsrelaterad sjukvård" och det medicinska innehållet i företagshälsovårdens verksamhetsfält. Det är därför nödvändigt med en kontinuerlig och systematisk samverkan mellan primärvården och företagshälsovården på den lokala nivån så att man gör överenskommelser om ansvarsfördelningen för hälsoövervakning, rehabilitering och sjukvårdande insatser. Primärvården bör ta initiativ till regelbundna överläggningar med företrädare för de andra vårdgivare som finns inom ett primärvårdsområde – utöver företagshälsovården även t ex skolhälsovården – där samverkans- och uppgiftsfördelningsfrågor klarläggs.

Genom yrkesinspektionens tillsynsverksamhet och inom företagshälsovården framkommer uppgifter om hälsoproblem och hälsorisker i regionens arbetsliv som kan vara av väsentlig betydelse som en del av det underlag som landstingen behöver för den behovsbaserade planeringen av hälso- och sjukvården inom landstinget. Därför behövs en samverkan mellan t ex landstingets samhällsmedicinska funktion, yrkesinspektionen och företags-

hälsovården kring gemensamma principer för registrering och redovisning av hälsodata och miljödata som kan tillföras den samlade hälso- och sjukvårdsplaneringen.

4.6.4 Hälsopolitiska aspekter på kost- och livsmedelspolitiken

Kost och hälsa

Renodlade bristsjukdomar orsakade av undernäring är numera mindre vanliga inom den svenska befolkningen, även om det kan förekomma inom speciella grupper. Användningen av livsmedelsberikning med t ex vitaminer och järn motverkar den kvalitativa undernäring som kan uppkomma bl a därför att många människor inte behöver särskilt mycket energi genom maten till följd av låg fysisk aktivitet.

I stället gäller problemen en olämplig sammansättning av kosten och för högt energiintag i förhållande till energiförbrukningen – felnäring och övergödning. Som närmare redovisats i rapporten "Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom" (SOU 1984:43) finns det ett samband mellan hög fettkonsumtion – höga blodfetter – utveckling av s k ischemisk hjärtsjukdom och därmed förhöjd risk för hjärtinfarkt. Med minskad fettandel och ökad andel omättat fett i kosten minskar risken att utveckla hjärt- och kärlsjukdom. Det finns starka misstankar att fettet i kosten medverkar till uppkomsten av vissa cancerformer, bl a bröstcancer. Högt blodtryck har ett samband med hur mycket natrium, d v s bl a koksalt, som tillförs kroppen genom livsmedlen. Uppkomsten av förstoppning beror delvis på för låg halt av fibrer i kosten. Man misstänker också att låg fiberhalt gynnar utvecklingen av tjocktarmscancer.

Sambandet mellan tandröta och kostvanor med bl a hög sockerandel är väl känt sedan länge och det har kunnat beläggas att kostupplysning kan vara en effektiv förebyggande åtgärd.

Övervikt beror i regel på att man äter för mycket speciellt av energirika näringsämnen som fett och socker. Kraftig övervikt är en riskfaktor för många typer av ohälsa som olycksfallsskador, sockersjuka och hjärt- och kärlsjukdom. Det innebär också en extra påfrestning på rörelseorganen. Det finns mycket som talar för att olämpliga kostvanor kan utlösa symtomgivande sockersjuka.

Hälsomässiga krav på kosten

Bland näringsexperterna råder sedan länge betydande enighet om vilka förändringar i kostvanorna inom den svenska befolkningen som behövs för att kosten skall vara så hälsobefrämjande och så ringa hälsoskadlig som möjligt. Dessa kostrekommendationer innebär

- att energitillförseln anpassas till energibehovet, bl a genom att den allmänna fysiska aktiviteten ökas
- att konsumtionen av fett minskas till under 35 procent av den totala energitillförseln

- att konsumtionen av socker minskas till ca 10 procent av den totala energitillförseln
- att tillförseln av nödvändiga näringsämnen ökas.

I praktiken innebär detta att man bör

- öka konsumtionen av bröd och andra spannmålsprodukter, potatis, rotfrukter och grönsaker
- öka konsumtionen av magra mjölkprodukter i stället för de fettrika, av magert kött och blodmat i stället för feta kött- och charkuteriprodukter
- minska konsumtionen av matfett, socker och sockrade produkter.

De hälsomässiga kraven på livsmedlen och kosten innebär också att vitaminer och spårämnen finns i tillräcklig mängd och koncentration och att livsmedelstillsatser som färgämnen och konserveringsmedel och föroreningar genom miljöpåverkan från smittämnen och kemiska ämnen inte leder till risker för hälsoskador. Vid beredning av livsmedel kan de ibland utarmas på sina naturliga halter av t ex järn och vitaminer. Detta kan då behöva kompenseras genom berikning med t ex järn och användning av joderat salt.

Åtgärder för hälsomässigt förbättrade livsmedel och kostvanor

Ökade kunskaper inom befolkningen om kostvanor som befrämjar en god hälsa är ett medel för kost- och livsmedelspolitiken. Därför behövs insatser inom det utbildningspolitiska området så att man inom förskola, grundskola, gymnasium och i det frivilliga studiearbetet och vid högskolorna ger hälsofrågorna och då bl a kostfrågorna, en framskjuten ställning. Detta måste då avspeglas också i utbildningen av lärarna inom berörda ämnen.

Hälsoupplysning genom centrala kampanjer, studieorganisationer, landstingens samhällsmedicinska funktion och i det löpande hälso- och sjukvårdsarbetet i samband med hälsoövervakning och andra kontakter med enskilda människor i vårdarbetet är ett etablerat medel att öka kunskapen om goda kostvanor och förbättra näringsstandarden inom befolkningen. Hälso- och sjukvården bör allmänt öka sina förebyggande insatser. Därför bör hälsoinformation om bl a kostfrågor bli ett mera regelmässigt inslag vid hälso- och sjukvårdens kontakter med de vårdsökande och vid hälsoövervakningen av olika befolkningsgrupper inom t ex barnhälsovårds- och mödrahälsovårdsverksamheten och bland de äldre.

Detta måste också få konsekvenser inom vårdyrkesutbildningen för flera kategorier av vårdpersonal där ämnen av betydelse för det förebyggande arbetet – preventiv medicin m m – måste ges en mera framskjuten ställning. I de centrala bestämmelserna om utbildningens mål och innehåll måste de förebyggande momenten framhållas och förstärkas, men framför allt måste detta få genomslag i de lokala kursplanerna vid dimensioneringen av de olika utbildningsmomenten. Det är därvid angeläget att även de praktiska momenten av utbildningen ger träning och färdighet i förebyggande arbetssätt. Även i vidareutbildningen för åtskilliga specialistområden och i

fortbildningen behövs en förstärkning av det förebyggande området. Det finns också behov av insatser för överbryggande utbildning för en del kategorier för att anpassa deras kunskaper och färdigheter till de krav på hälso- och sjukvårdsarbetets inriktning som hälso- och sjukvårdslagens intentioner innebär.

De hälsomässiga kraven och önskemålen bör vara utgångspunkten vid utformningen av samhällets livsmedels- och kostpolitik och beaktas vid ställningstaganden till prisregleringar, beskattning och subventionering av livsmedel.

Nya eller förändrade metoder för produktion och förädling av livsmedel införs inte sällan utan att de hälsomässiga konsekvenserna är tillräckligt utredda. Från hälsosynpunkt är det angeläget att sådana metoder är noga prövade innan de används storskaligt och att det finns goda resurser för livsmedelskontrollen i dess olika led.

I konsumenternas intresse bör reklamen för livsmedel vara näringsmässigt informativ och måttfull. Det kan finnas anledning att utreda om marknadsföringslagstiftningen kan tillämpas på livsmedel på samma sätt som i fråga om tobak.

Kollektiva måltider svarar för en mycket stor del av befolkningens kosthåll. Det är därför angeläget att t ex skolmåltider ges en hög näringsmässig standard och serveras så att en positiv attityd till goda kostvanor grundläggs den vägen. Hälso- och sjukvårdens egna institutioner kan föregå med goda exempel.

Forsknings- och utvecklingsarbetet inom kostområdet behöver förstärkas. Bl a behöver inrättas ett system för återkommande kostvaneundersökningar på befolkningsnivå som underlag för t ex utvärdering av effekterna av kost- och livsmedelspolitiska åtgärder.

Livsmedels- och kostfrågor handläggs inom flera departement och centrala myndigheter. Därför behövs förstärkta mekanismer för övergripande planering och samordning inom kost- och nutritionspolitiken.

4.7 Krav på utvecklingen av det förebyggande arbetet

4.7.1 Den nationella nivån

Det hälsofrämjande och det sjukdomsförebyggande arbetet spänner över alla samhällslivets områden. Det finns mer eller mindre tydliga hälsopolitiska inslag inom de flesta grenar av politiken. Därför har många departement inom regeringskansliet och många centrala myndigheter ansvar och uppgifter av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande natur.

En ganska allmän princip synes vara att ett sektororgan – departement, myndighet etc – har ett ansvar för att såväl driva och utveckla verksamheten som sådan, dess avsedda nyttigheter för den enskilde och för samhället, som att begränsa verksamhetens negativa effekter, d v s att balansera nytta-risker-kostnader. Det finns också sektororgan som mera renodlat har till uppgift att kontrollera och motverka risker och skadeverkningar av hälsonatur.

Socialdepartementet svarar, enligt departementsförordningen, inom regeringskansliet bl a för ärenden som gäller hälsoskydd, hälso- och sjukvård, tandvård och annan medicinsk verksamhet och medicinska frågor i övrigt som inte hör till något annat departement. Tyngdpunkten i socialdepartementets ansvar på det hälsopolitiska området har hittills legat inom sjukvårdspolitiken och de medicinskt präglade förebyggande insatserna, men man har också ansvar för delar av det miljöinriktade hälsoskyddet genom hälsoskyddslagstiftningen.

Ett annat departement inom regeringskansliet som mycket klart har hälsopolitiskt ansvar och uppgifter är jordbruksdepartementet. Detta departement har ansvaret för miljövården, vilket innebär att det måste beakta de hälsomässiga förutsättningarna för och konsekvenserna av de miljöpolitiska åtgärderna. Miljöskyddslagstiftningen, livsmedelslagstiftningen, lagstiftningen om hälso- och miljöfarliga varor (produktkontrollagstiftningen) och strålskyddslagstiftningen har mycket tydliga ohälsoförebyggande syften. En myndighet som statens strålskyddsinstitut, under jordbruksdepartementet, är närmast renodlat en hälsoskyddsmyndighet som har det centrala ansvaret för strålskyddet inom sjukvården vid användning av röntgenapparatur m m. Statens livsmedelsverk har skydd mot förgiftning och spridning av livsmedelsburna smittsamma sjukdomar som en av sina huvuduppgifter. Produktkontrollnämnden ger restriktioner för användning av bekämpningsmedel och andra kemiska produkter från hälsomässiga utgångspunkter. Statens naturvårdsverk och koncessionsnämnden för miljöskydd arbetar också i stor utsträckning med skyddet av befolkningens hälsa mot skadliga faktorer i den yttre miljön som utgångspunkt för sin verksamhet. Jordbruksdepartementet har också ansvaret för livsmedelspolitiken. Genom jordbruksprisregleringen och andra styrmedel påverkas befolkningens livsmedelssortiment och livsmedelskonsumtionen och därigenom hälsoutvecklingen inom befolkningen.

Arbetsmarknadsdepartementet har också ett starkt hälsopolitiskt ansvar och uppgifter genom sitt ansvar för arbetsmiljöpolitiken och då bl a företagshälsovårdsfrågorna och genom den allmänna arbetsmarknadspolitiken med bl a ansvaret för vissa rehabiliteringsfrågor. Arbetarskyddsstyrelsen är i hög grad en hälsoskyddsmyndighet för arbetslivets hälsorisker och är sektororgan för den arbetsmedicinska forskningen. Stiftelsen samhällsföretag har uppgifter av vårdpolitisk betydelse.

Kommunikationsdepartementet svarar bl a för trafiksäkerhetsfrågorna och luft- och sjötransportsäkerheten och har därigenom också ett hälsopolitiskt ansvar. Inom de flesta departement kan man finna exempel på ansvar och uppgifter av hälso- och vårdpolitisk natur.

Det är således många samhällssektorer på central nivå som medverkar i det hälsofrämjande och det sjukdomsförebyggande arbetet. Vi har inte anledning att ifrågasätta denna ordning med ett brett fördelat ansvar för dessa frågor. En gynnsam hälsoutveckling inom befolkningen främjas bäst om många har skyldighet att beakta och verka för hälsointressena i samhällsutvecklingen. En koncentration av alla hälso- och sjukvårdsfrågor till ett enda hälsodepartemet vore både principiellt och praktiskt olämpligt.

Däremot anser vi att det finns behov av en utvidgad och mer systematisk tvärsektoriell samverkan på den centrala nivån mellan hälso- och sjukvårds-

sektorn och andra samhällssektorer med hälsopolitiskt ansvar och uppgifter. Detta skulle tjäna målet "en god hälsa för hela befolkningen" och stå i samklang med den utveckling som WHO förespråkar enligt strategin "Hälsa för alla år 2000" och som vi från svensk sida anslutit oss till.

Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning skulle kunna vara ett lämpligt forum för en sådan tvärsektoriell samverkan. Genom att till vissa överläggningar inom beredningen knyta företrädare för andra samhällssektorer med hälsopolitiskt ansvar skulle beredningen kunna fullgöra funktionen som ett "nationellt hälsopolitiskt råd" för utvecklingen av de sektorövergripande hälsopolitiska frågorna i enlighet med rekommendationer av WHO. I detta forum skulle man kunna diskutera och ta ställning till de underlag för hälsopolitiska handlingsprogram för olika hälsoproblem och sektorinriktade program för hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen som förordats i det föregående. Vi föreslår således att hälso- och sjukvårdsberedningens uppgifter breddas och utvecklas i riktning mot att kunna fullgöra funktionen som ett nationellt hälsopolitiskt råd.

Även mellan de centrala myndigheter som har ansvar för tillsyn och verkställighet av de hälsopolitiska besluten, för att följa utvecklingen och för att ge statsmakterna beslutsunderlag kan finnas ett behov av en förstärkt och mer systematisk tvärsektoriell samverkan. Socialstyrelsen har ett visst övergripande myndighetsansvar inom hela det hälso- och sjukvårdspolitiska området, även om många hälsopolitiska uppgifter också faller på andra, fristående myndigheter. Det är därför naturligt att socialstyrelsen initierar och svarar för den tvärsektoriella samverkan mellan de berörda sektororganen. Styrelsen har påbörjat systematiska genomgångar med andra myndigheter med hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och vårdpolitiska uppgifter som bostadsstyrelsen, konsumentverket, livsmedelsverket och naturvårdsverket. Vi anser att denna tvärsektoriella samverkan bör drivas vidare i syfte dels att samlas kring gemensamma insatser för att bekämpa hälsoproblemen i samhället och dels klarlägga ansvarsfördelningen för det konkreta arbetet och undvika dubbelarbete och oklarheter.

Utvecklingen av de förebyggande insatserna måste baseras såväl på den politiska viljan att beakta och ta till vara möjligheterna till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder som på goda kunskaper om hälsorisker och hälsovillkor och deras fördelning inom befolkningen. Därför måste forskningspolitiken beakta behoven av resurser för sådan forskning; riksdagens idag gällande forskningspolitiska beslut ger också hög prioritet åt hälsoforskningen. Forskning av betydelse för utvecklingen av det förebyggande arbetet bedrivs inte enbart inom den traditionella medicinska forskningen vid de medicinska fakulteterna utan i hög grad också inom andra fakulteter och vid forskningsinstitut etc. Inte endast forskningsråd under utbildningsdepartementet såsom medicinska forskningsrådet utan också sektoriella forskningssponsorerande organ som arbetarskyddsfonden, delegationen för social forskning, naturvårdsverkets forskningsnämnd och styrelsen för teknisk utveckling samt icke-statliga forskningsfinansiärer som t ex Riksföreningen mot cancer – cancerfonden – är tunga intressenter i detta sammanhang. Den tvärsektoriella naturen hos detta område – underlag för förebyggande insatser – innebär att gemensamma forskningsprogram kan vara en effektiv väg att utveckla forskningsinsatserna.

Forskningsrådsnämnden har prövat sådana gemensamt finansierade program för bl a kemiska hälsorisker samt livsmedel och hälsa. Vi bedömer att detta är lämpliga former att stödja utvecklingen av den forskning som behövs som underlag för det praktiska hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i samhället.

Utbildningspolitiken måste också vara klart inriktad på att tillgodose de behov av kunskaper och färdigheter inom det förebyggande området som hälso- och sjukvårdslagens intentioner medför. Dessa behov och krav utvecklas närmare i kapitel 8 i huvudrapporten.

4.7.2 Landstingsnivån

Med hälso- och sjukvårdslagen har landstingskommunerna (motsvarande) fått ett lagfäst ansvar också för att medverka till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för befolkningen inom landstingsområdet vid sidan av det sjukvårdande ansvaret.

Delvis är detta en kodifiering av det ansvar för de medicinskt präglade förebyggande åtgärder genom t ex hälsovården för mödrar och barn som landstingen sedan länge åtagit sig. Lagen syftar till att om möjligt utvidga och förstärka sådant individ- och gruppinriktat förebyggande arbete. Men lagens krav innebär också att man förväntar sig att hälso- och sjukvården även i andra former medverkar i samhällets samlade ansträngningar att förbättra hälsovillkor och motverka hälsorisker – ett miljö- och samhällsinriktat arbete. Utgångspunkten är att hälso- och sjukvårdens löpande verksamhet – patientarbetet – och t ex de epidemiologiska studier som kan göras inom hälso- och sjukvården ger kunskaper och insikter om ohälsans fördelning och uppkomstmekanismer som kan användas i andra samhällssektorers verksamhet. Uppgiften för landstingen är således att ta till vara, sammanställa, bearbeta och förmedla sådana kunskaper.

Denna samhällsmedicinska kunskapsskapande och kunskapsförmedlande funktion måste framför allt bedrivas inom primärvården med dess närkontakt med befolkningens hälsoproblem och hälsorisker. Men som stöd för primärvårdens samhällsmedicinska funktion och för vissa av de kontakter som landstingen bör ha med andra regionala organ som medverkar i samhällsplaneringen bedöms det nödvändigt att också ha en samlad central samhällsmedicinsk enhet inom landstinget. Den behövs också för att kunna utveckla landstingens behovsbaserade hälso- och sjukvårdsplanering.

Av betydelse i sammanhanget är att staten avvecklat sin regionala resurs, länsläkarväsendet, som delvis fullgjorde funktioner inom det samhällsmedicinska området. Så mycket som möjligt av uppgifter av hälso- och sjukvårdande natur har samlats till en huvudman, landstingskommunen. I samband därmed överenskoms mellan staten och landstingen att man från landstingens sida skulle överta ansvaret för de funktioner inom omgivningshygien, miljömedicin, smittskydd m m som länsläkarorganisationerna tidigare svarat för. Beträffande smittskyddet infördes bestämmelser i smittskyddslagstiftningen om en särskild smittskyddsläkare inom landstinget.

Naturliga delfunktioner för den samhällsmedicinska enheten är en hälsostatistisk-epidemiologisk funktion inriktad på att ge underlag för landstingets hälso- och sjukvårdsplanering och dess samverkan med andra

regionala organ m m, en hälsoupplysningsfunktion för att stödja primärvårdens hälsoupplysningsarbete m m, en smittskyddsfunktion för det särreglerade smittskyddsarbetet och en miljömedicinskt präglad funktion som bl a kan tillhandahålla medicinsk expertservice till länsstyrelser och miljö- och hälsoskyddsnämnder. Det finns betydande samband mellan den samhällsmedicinska funktionen och innehållet och metodiken i det yrkesmedicinska verksamhetsområdet. En nära samverkan eller samordning mellan dessa funktioner bedöms därför vara mycket ändamålsenlig.

Utvecklingen av en samhällsmedicinsk funktion inom primärvården med stöd av en central samhällsmedicinsk enhet kan bidra till att identifiera hälsoriskerna i samhället, de otillfredsställda vårdbehoven och ge underlag för utvecklingen av en behovsbaserad hälso- och sjukvårdsplanering och resursfördelning av hälso- och sjukvårdens insatser. Den kan också ge andra samhällssektorer ökade insikter och kunskaper i vilka hälsomässiga krav som kan ställas på dessa sektorer inom ramen för en tvärsektoriell samverkan. Den samhällsmedicinska funktionen är ett medel att uppnå intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen.

4.7.3 Den lokala nivån – primärvårdens förebyggande insatser

På den lokala nivån realiseras hälso- och sjukvårdslagens förebyggande intentioner främst genom landstingens primärvård samtidigt som många andra också medverkar i det samlade förebyggande arbetet – den primärkommunala skolhälsovården, företagshälsovården, miljö- och hälsoskyddsnämnderna m fl.

I HS 90-projektet har ett särskilt delprojekt ägnats primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Projektet rapporteras i SOU 1984:46.

Det är primärvården som måste svara för huvuddelen av de olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som landstingen (motsvarande) har att arbeta med i enlighet med intentionerna i HSL. Detta gäller såväl samhällsinriktade förebyggande åtgärder, allmänt inriktade förebyggande åtgärder som mera individuellt utformade förebyggande åtgärder. Arbetet måste dock bedrivas i samverkan och samordnat med de andra instanser som också arbetar med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande uppgifter. Det behöver stödjas av samhällsmedicinska enheter i landstingen och bedrivas i samarbete med länssjukvårdens funktioner. Utvecklingen av primärvårdens förebyggande insatser – och dess andra arbetsuppgifter – kan lämpligen till viss del förläggas till "utvecklingsvårdcentraler" inom landstingen.

Samhällsinriktat arbete

I det samhällsinriktade förebyggande arbetet är det grundläggande och nödvändigt att utgångspunkter för insatserna läggs fast i form av lokala hälsobeskrivningar med samhällsprofil, hälsoriskprofil, hälsoprofil och vårdprofil för primärvårdsområdet (i regel motsvarande respektive primärkommun). De måste självfallet följas upp och revideras. Det behövs ett

betydande utvecklingsarbete för att på sikt skapa ett väl täckande underlag för sådana hälsobeskrivningar. I HS 90-rapporten "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Hälsodata som planeringsunderlag" (SOU 1984:41) ges exempel på innehållet i och metodik att ta fram lokala hälsobeskrivningar.

I det samhällsinriktade förebyggande arbetet – medverkan i samhällsplaneringen på det lokala planet – är det nödvändigt att primärvården går in i en aktiv samverkan med primärkommunala organ och organisationer. Exempel på områden som berörs i detta samhällsinriktade arbete är frågor kring boendemiljö, arbetsmiljö och arbetslöshet, trafikmiljö, kommersiell service, livsmedelsutbud etc.

Primärvårdens ansvar för ett samhällsinriktat förebyggande arbete – men också andra former av förebyggande insatser – ställer krav på att man har resurser och kompetens som också omfattar det samhällsvetenskapliga området.

Allmänt inriktat förebyggande arbete

De allmänt inriktade förebyggande åtgärder som primärvården bör svara för omfattar olika former av hälsoupplysning och den programmatiska aktiva hälsoövervakningen av olika befolkningsgrupper. Hälsoupplysningen är i första hand en integrerad del av arbetet med hälsoövervakning och den löpande sjukvården. Men det behövs också särskilda kampanjer och projekt i samverkan med andra intressenter.

Föräldrautbildningen i anslutning till barns födelse bör ingå i primärvårdens uppgifter och kan ses som hälsoupplysning i vid mening. Rådgivning i frågor som rör fertilitet och samlevnadsproblem i vidare bemärkelse bör vara en klar uppgift för den framtida primärvården. I takt med att primärvården byggs ut bör nu existerande särorganisationer inom den offentliga vården för preventivmedelsrådgivning och abortrådgivning kunna avvecklas.

Den sedan länge väl etablerade hälsovården för mödrar – mödrahälsovården – och för barn – barnhälsovården – bör fortsätta och utvecklas genom ny metodik i takt med tillkommande kunskaper. Den bör ses som en helt integrerad del av primärvården.

Primärvården bör söka former för att erbjuda en aktiv hälsovård för äldre – i första hand i åldrar över 75 år – som ges samma goda täckning som hälsovården för mödrar och barn. Man bör också genom en aktiv och uppsökande hälsovård försöka nå hälsopolitiska riskgrupper som arbetslösa, förtidspensionerade, långvarigt sjuka, ensamstående pensionärer, vissa invandrargrupper och personer med missbruksproblem. Det behöver utvecklas former för sådana insatser.

Primärvården bör svara för genomförandet av befolkningsinriktade vaccinationsprogram i den mån inte t ex skolhälsovården har att svara härför.

Primärvården bör svara för att riktad hälsokontroll avseende livmoderhalscancer erbjuds alla kvinnor i åldrarna 25-59 år med ett intervall av tre år. Allmänna hälsokontroller kan med dagens kunskap om dess värde inte rekommenderas. Övervakningen av förhöjt blodtryck, som är en hälsopoli-

tiskt angelägen åtgärd, bör ske i anslutning till befolkningens allmänna kontakter med hälso- och sjukvården för hälsoövervakning och sjukvård.

Individinriktat förebyggande arbete

Primärvården bör också svara för de mera individualiserade förebyggande åtgärder som befolkningen behöver som ett integrerat led i det löpande patientarbetet. Vaccinationer och individuell hälsorådgivning inför t ex utlandsresor bör ingå i primärvårdens serviceutbud. Hälsoupplysning och hälsoundersökningar bör kopplas till individuella konsultationer för olika hälsoproblem.

Det förebyggande arbetet inom primärvården kräver tid, en kunnig och motiverad personal för förebyggande insatser, hälsoriskorienterade journalsystem och en serviceinriktad arbetsplanering så att t ex hälsoundersökningar och vaccinationer blir lättillgängliga.

4.8 Epidemiologisk bevakning

Till HS 90 har av regeringskansliet överlämnats ett av utredningen rörande miljöproblem i vissa industriområden väckt förslag om epidemiologisk bevakning (SOU 1978:25) för beaktande i utredningsarbetet. HS 90 uppdrog åt statens miljömedicinska laboratorium (SML) att vidare utreda frågan. SML har avgett rapporten Epidemiologisk bevakning. Förslag till riktlinjer för en successiv utveckling av bevakningssystem i Sverige (SML-rapport 13/1983).

Begreppet epidemiologisk bevakning är omfattande. En epidemiologisk bevakning innebär att man samlar in en eller flera hälsouppgifter – effektdata – och en eller flera uppgifter om miljöförhållanden – exponeringsdata – beträffande en bestämd befolkningsgrupp under en längre tid. I det epidemiologiska bevakningssystemet måste vara inbyggt mekanismer för en systematisk analys av sambanden mellan miljöexponeringen och det hälsomässiga utfallet så att t ex tidiga signaler på ökad sjuklighet kan larmas.

Några väl etablerade hälsoövervakningar såsom bevakningen av missbildningar och utvecklingsstörningar, vissa smittsamma sjukdomar och vissa metallförgiftningar i arbetslivet har karaktär av epidemiologisk bevakning. En mer omfattande epidemiologisk bevakning av många hälsorisker och hälsoeffekter innebär betydande metodproblem där mycket ännu är oprövat eller inte är utvärderat. Därför måste ett fortsatt utvecklingsarbete ske där det är angeläget att landstingens samhällsmedicinska funktioner engageras även om utvecklingsarbetet måste hållas samman centralt genom insatser från SML och socialstyrelsen m fl. Det kan vara lämpligt att i första hand utveckla bearbetningen och samanalysen med andra informationskällor av de väl etablerade hälsoregistren dödsorsaksregistret och det nationella cancerregistret. Det är angeläget att den epidemiologiska bevakningen inte begränsas till fysiska exponeringsdata utan också beaktar socioekonomiska och yrkesmässiga förhållanden i sin analys.

4.9 Ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder

Som ett led i arbetet med hälsopolitiska handlingsprogram har inom ramen för HS 90 en särskild studie gjorts över ekonomiska aspekter på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Olika begrepp, angreppssätt, analysmetoder etc diskuteras med utgångspunkt i behovet av politiskt relevanta bedömningar. Mot denna bakgrund görs också en genomgång av ett antal undersökningar som på olika sätt söker analysera och värdera lönsamheten i olika slag av förebyggande insatser. I det följande ges en kort summering av denna kunskapsöversikt.

Den generella slutsats som kunskapsöversikten ger anledning till är att ekonomiska analyser kan vara ett värdefullt hjälpmedel för beslutsfattare på olika nivåer men att de måste omgärdas med betydande reservationer. Särskilt när det gäller långsiktigt förebyggande insatser blir osäkerheterna stora och analyserna kommer att innehålla väsentliga inslag av implicita ofta svåråtkomliga värderingar. Användarna av de ekonomiska analyserna måste därför vara väl medvetna om olika metoders användbarhet och begränsningar.

Både ur samhällets och den enskildes synpunkt kan förebyggande insatser betraktas som en form av investering i en framtida bättre hälsa. Det ligger i sakens natur att insatserna sällan ger några omedelbart påtagliga resultat utan att effekterna kan avläsas först i en närmare eller mer avlägsen framtid.

Detta innebär betydande analysproblem. Osäkerheten om sambandet mellan insatser och effekt ökar ju mer långsiktiga olika åtgärder är. När det gäller generella, samhällsinriktade åtgärder är det svårt att särskilja effekten av just hälso- och sjukvårdens insatser från andra förändringar i samhället. Att värdera ett utfall som materialiseras långt fram i tiden eller under en längre tidsperiod och jämföra med en omedelbart uppkommen kostnad eller utgift kräver en omräkning till en gemensam tidpunkt, diskontering. En värdering av samhällsekonomiska vinster förutsätter en bedömning av vad ett förbättrat hälsoläge betyder för olika befolkningsgrupper, uttryckt i monetära termer eller på annat sätt.

Inom hälso- och sjukvården kan samhällsekonomisk kostnads/intäktsanalys (cost-benefitanalys) eller kostnads/effektanalys (cost-effectivenessanalys) användas för att utvärdera olika investeringsprogram, t ex inom området förebyggande insatser.

Principen för de båda metoderna är att jämföra alternativa resursinsatsers positiva och negativa konsekvenser. Den fundamentala skillnaden mellan kalkylerna har sin grund i värderingen av de positiva konsekvenserna. I en kostnads-effektanalys undviker man problemet med att värdera ett programs utfall i monetära termer, vilket leder till att denna metod är lämplig vid beslutssituationer där resursförändringar på kostnadssidan är av stor betydelse och där effekterna inte behöver värderas i monetära termer. Hälsoeffekterna kan uttryckas i t ex antal inbesparade liv, levnadsår eller i minskad sjuklighet. Resultatet av en kostnads-effektanalys presenteras ofta i form av kostnader per inbesparade levnadsår.

Det finns inte någon praktiskt tillfredsställande metod för att värdera hälsoeffekterna i en samhällsekonomisk kostnads-intäktsanalys i monetära

termer som speglar de enskilda individernas eller de politiska beslutsfattarnas värderingar av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder och av övriga hälso- och sjukvårdsinsatser. Den dominerande värderingsansatsen är produktionsmetoden, där intäkterna beräknas som det produktionsbortfall som samhället sparar genom minskad sjuklighet och dödlighet.

Värdet av det beräknade produktionsbortfallet är mycket stort i flertalet samhällsekonomiska kostnads/intäktsanalyser och kan i många fall uppgå till 50-70 procent av de beräknade totala kostnaderna för vissa sjukdomstillstånd.

Som tidigare nämnts erfordras en omräkning till en gemensam tidpunkt för att kunna värdera kostnader och intäkter som är olika fördelade över tiden, diskontering.

Det värde, nuvärdet, som olika insatser åsätts genom diskonteringen blir starkt beroende av vilken diskonteringsränta som väljs. En hög diskonteringsränta gynnar kortsiktiga insatser på bekostnad av långsiktiga.

Det finns ett flertal etiska invändningar mot detta sätt att värdera hälsa utifrån marknadslöner. Människor med höginkomstyrken värderas högre än låginkomsttagare, män värderas högre än kvinnor etc. Det är mot denna bakgrund mycket angeläget att de värderingar som den samhällsekonomiska kalkylen utgår från utförligt redovisas och sätts in i ett välfärdspoltiskt sammanhang d v s relateras till de mål som gäller för den verksamhet vars nytta skall värderas.

Exempel på ekonomiska utvärderingar av förebyggande åtgärder

Studier av samhällsekonomisk lönsamhet respektive kostnadseffektivitet vid olika förebyggande insatser har gjorts relativt sporadiskt och med kraftigt varierande utgångspunkter. Resultaten av studierna blir också tämligen varierande beroende på angreppssätt och metoder. Någon enhetlig och systematisk bedömning av effekter av insatser för förebyggande verksamhet har den genomförda kunskapsöversikten följaktligen inte kunna ge. I det följande redovisas och kommenteras några av de undersökningar som söker utvärdera effekter av förebyggande insatser.

Det är få ekonomiska studier som gör det möjligt att jämföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder med akuta insatser inom hälso- och sjukvården. En sådan studie har jämfört tre program vars mål var att reducera dödligheten i hjärtinfarkt. Det mest kostnadseffektiva alternativet beräknades vara vård på en hjärtinfarktavdelning. Speciella hjärtinfarktambulanser kom därnäst och det minst kostnadseffektiva programmet var hälsoundersökning och behandling av höga kolesterolvärden.

Man har vidare jämfört olika metoder att reducera dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar hos medelålders män. Det visade sig att kärlröntgen med kranskärlskirurgi var mera kostnadseffektivt än behandling av hypertoni exklusive hälsoundersökning. Hälsoundersökning inklusive behandling av hypertoni var ännu mindre kostnadseffektivt och det minst kostnadseffektiva programmet omfattade hjärtkapacitetsprov på symtomfria patienter, isotopundersökning och kirurgi.

Vid beräkning enligt produktionsmetoden har man visat att poliovaccineringen under perioden 1958 – 1977 gav en mycket hög samhällsekonomisk

vinst. Några förklaringar till detta var förutom vaccinets höga effekt, få komplikationer, hög insjuknandefrekvens och svåra sjukdomseffekter som inte kunde behandlas på ett tillfredsställande sätt till låga kostnader.

Smittkoppsvaccinering är också lönsamt under liknande förutsättningar som i poliofallet men är inte lönsamt idag och vaccinering mot tuberkulos tyder inte på någon samhällsekonomisk lönsamhet. En samhällsekonomisk lönsamhetsberäkning enligt produktionsmetoden av vaccinering mot mässling visade på en hög lönsamhet där intäkterna är 10 gånger högre än kostnaderna.

Vaccinering mot influensa och luftrörsinfektioner i USA är kostnadseffektivt, speciellt vaccinering av personer över 65 år, vilket beror på minskade medicinska kostnader. En studie bedömer att vaccinering mot kikhosta är kostnadseffektivt och att medicinska kostnader kan sparas.

Man har visat att hälsoundersökning och behandling av barnsjukdomen PKU (fenylketonuri), som utan behandling ger upphov till kraftig utvecklingsstörning) är mycket kostnadseffektivt genom att vårdkostnader inbesparas. Ett program för hälsoundersökning och behandling av livmoderhalscancer för kvinnor i åldern 30-39 år blev kostnadseffektivare när undersökningsintervallen ökade. Det saknas entydiga epidemiologiska data om effekterna av mammografi och behandling av bröstcancer hos kvinnor vilket gör att det inte förekommer någon relevant ekonomisk utvärdering.

Hälsoundersökning och behandling av hypertoni är mindre kostnadseffektivt än undersökning och behandling av PKU och vaccinering mot influensa. Man har funnit att undersökning och behandling av hypertoni ökade de medicinska kostnaderna och att programmet förväntades spara in ungefär 20 procent av programkostnaderna. Ur kostnadseffektivitetssynpunkt var den lämpligaste strategin att satsa på uppföljning av redan berörda fall, men man anser att andra mål som social rättvisa kan leda till en annan prioritering.

Ett exempel på en allmän åtgärd utanför hälso- och sjukvårdssektorn är fluoridering av dricksvatten. En undersökning år 1980 visade på en hög samhällsekonomisk vinst. I denna undersökning framgick skillnaderna mellan kostnadsbärare och intäktsmottagare inom olika samhällssektorer. De kommunala vattenverken skulle stå för fluorideringen och landstingen skulle erhålla intäkterna i form av reducerade tandvårdskostnader vilket förutsatta förhandlingar mellan parterna. Diskussionen om medicinska och ekologiska effekter av fluoridering och etiska aspekter på den enskildes valfrihet gjorde att det inte fattades något beslut om att fluoridera dricksvattnet.

En åtgärd utanför hälso- och sjukvårdssektorn var införandet av lagbestämmelsen om bilbältesplikt för passagerare och förare 1975. Användningen av bilbälte ökade från 30–80 procent och under det första året beräknades samhället ha sparat totalt 160 miljoner kronor varav minskade sjukvårdskostnader på 70 miljoner kronor.

De beskrivna studierna bör mer tas som exempel på hur val av avgränsningar, metoder för diskontering, beräkning av intäkter etc inverkar på resultatet av olika utvärderingar än som direkt användbara rekommendationer för åtgärder inom svensk hälso- och sjukvård.

Den korta redovisningen ovan ger en mycket fragmentarisk bild av ett

viktigt och omfattande forskningsfält där stora kunskapsluckor kvarstår. Redovisningen ger dock anledning att än en gång stryka under vikten av att noggrant granska utgångspunkter och mål för olika utvärderingar för att få en rimlig och riktig bedömning av deras slutsatser.

Sjukdomarnas samhällsekonomiska kostnader

De utvärderingar av förebyggande insatser som redovisats i det föregående kan ge en något pessimistisk bild av möjligheterna att genom olika åtgärder inom detta område förbättra hälsoläget hos befolkningen.

Det finns dock goda skäl att inte utan vidare acceptera en sådan grundsyn. Dels torde utvärderingarna inte alltid avspegla hälsopolitiskt relevanta frågeställningar. Hjärtinfarktavdelningar respektive aktiva förebyggande insatser kan rimligtvis inte hälsopolitiskt vara varandra uteslutande alternativ utan bör ses som kompletterande verksamheter.

Den potential som kan påverkas genom förebyggande insatser är vidare utomordentligt stor. En beräkning av sjukdomarnas samhällsekonomiska kostnader i Sverige kommer fram till att totalkostnaden 1975 uppgick till ca 135,6 miljarder kronor i 1981 års priser, vid en antagen diskonteringsränta på 4 procent. Av dessa kostnader utgjorde enligt beräkningarna ca 41,2 miljarder direkta sjukvårdskostnader och resten kostnader för produktionsbortfall.

Cirkulationsorganens sjukdomar kostade med denna beräkningsmetod ca 20,7 miljarder kronor, sjukdomar i muskler, skelett och bindväv ca 20,5 miljarder kronor, mentala sjukdomar ca 19,9 miljarder kronor och skador genom yttre våld och förgiftning 15,1 miljarder kronor.

Mot dessa beräkningar av sjukdomarnas samhällsekonomiska kostnader kan naturligtvis samma invändningar framföras som diskuteras i det föregående. Oavsett hur beräkningarna görs är det dock otvetydigt att den potential som kan påverkas genom förebyggande insatser är utomordentligt stor och att även mycket marginella förändringar även kan få stor samhällsekonomisk betydelse.

Sett i relation till dessa potentiella intäkter i form av minskade vårdkostnader och produktionsbortfall torde förebyggande insatser i flertalet fall vara väl motiverade även om det inte går att exakt ange något utfall relaterat till en viss insats.

4.10 Sammanfattande förslag

Förbättrade hälsoförhållanden för befolkningen måste även i framtiden till mycket stor del bygga på förebyggande insatser – samhällsinriktade, allmänt inriktade och individuellt inriktade.

Därför måste hälso- och sjukvården ytterligare utveckla sitt engagemang i det hälsofrämjande och det sjukdomsförebyggande arbetet. Det måste ha primärvården som bas men stödjas av samhällsmedicinska enheter i landstingen och från länssjukvården. Det förebyggande arbetet kräver en bred samverkan från hälso- och sjukvården med de många andra vårdgivare, myndigheter och organisationer som kan medverka härtill.

Hälso- och sjukvården måste starkt uppmärksamma och vidta åtgärder för de hälsopolitiska riskgrupper som har sämre hälsoförhållanden än andra delar av befolkningen.

En väsentlig uppgift är också att verka för en ökad kunskapsspridning och metodutveckling inom hälso- och sjukvården för att i enlighet med HSL:s intentioner bättre anpassa verksamheten bl a inom primärvården till etniska minoriteters behov.

För närvarande pågår en mängd försök lokalt ute i landstingen. Dessa erfarenheter har emellertid endast i begränsad utsträckning dokumenterats och systematiserats. Det är angeläget att tillvarata den kunskap som finns lokalt i sjukvården och utveckla arbetsformer bl a inom primärvården.

Primärvården bör pröva möjligheterna att successivt kunna erbjuda en äldrehälsovård med samma utgångspunkter som idag föreligger inom hälsovården för mödrar och barn.

Hälso- och sjukvårdens ökade engagemang i det förebyggande arbetet får utbildningspolitiska konsekvenser så att utbildningen av personalen i hög grad präglas av ett förebyggande förhållningssätt och kunskaper i det förebyggande arbetets metodik. Samhällsvetenskaplig kompetens behöver tillföras hälso- och sjukvårdens planeringsfunktion och dess förebyggande arbete.

I HS 90-arbetet har tagits fram underlag för hälsopolitiska handlingsprogram mot skador och mot hjärt- och kärlsjukdomar. Detta arbete bör utvecklas vidare så att det på sikt omfattar flertalet större hälsoproblem. Det bör ledas av hälso- och sjukvårdsberedningen och bedrivas av socialstyrelsen i samverkan med bl a Spri.

Ett vidgat tvärsektoriellt samarbete – i HS 90-arbetet exemplifierat inom områdena boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och livsmedel – behöver utvecklas på den centrala nivån så att de hälsopolitiska kraven med tyngd kan vägas in i samhällsplaneringen. Hälso- och sjukvårdsberedningen bör åta sig uppgiften som ett nationellt hälsopolitiskt råd som initierar ett sådant tvärsektoriellt samarbete.

Socialstyrelsen bör även aktivt medverka till att hälsoriskrelaterade journalsystem införs och vidareutvecklas. Därigenom ökar möjligheterna att genomföra epidemiologiska analyser av orsaksfaktorer vilka kan ge kunskaper av stor betydelse bl a för det tvärsektoriella hälsopolitiska arbetet.

5 Vård på lika villkor

5.1 Hälso- och sjukvårdslagens krav

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är enligt HSL § 2 vård på lika villkor för hela befolkningen. Denna lika-villkorsprincip gäller såväl vårdens tillgänglighet som dess innehåll med avseende på t ex kvalitet.

Geografiska, demografiska, sociala, språkliga, religiösa, ekonomiska och kulturella förhållanden får inte påverka den enskildes möjligheter att erhålla vård. "Detta kan med andra ord uttryckas så att behovet av vård inom ramen för de ekonomiska resurserna ensamt skall vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär" (prop 1981/82:97, sid 27).

Hälso- och sjukvården måste vidare "eftersträva att jämna ut skillnader föranledda av olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning mellan olika patienter i den meningen att alla ges likvärdiga möjligheter att t ex förstå en diagnos eller sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd" (prop 1981/82:97, sid 113).

WHO har på samma sätt i sin strategi för hälsa för alla år 2000 slagit fast människors rätt till vård på lika villkor. Här betonas särskilt att förutsättningar för detta bl a är en resursfördelning som motsvarar behoven, medborgarnas aktiva deltagande i utformningen av hälso- och sjukvårdens verksamhet samt en ökad satsning på primärvårdens kontinuerliga kontakt med befolkningen och uppsökande verksamhet bland riskgrupper och underpriviligierade.

HSL syftar till att stärka det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvårdens utveckling. Lagen ger landstingskommunerna stort utrymme att utforma vården efter regionala och lokala behov och förutsättningar. Samtidigt stärks patientens ställning i hälso- och sjukvården. I §3 har preciserats några krav på hälso- och sjukvården som innebär en förstärkning av den enskilde patientens ställning och rättigheter

"En god hälso- och sjukvård skall särskilt

- vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
- vara lätt tillgänglig,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen."

Vidare skall vården så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall också ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

HSL § 7 ålägger landstingen att planera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård, som erbjuds av annan vårdgivare. Väsentliga utgångspunkter i denna behovsorienterade planering är de övergripande målangivelserna i HSL, däribland medborgarnas lika rätt till hälso- och sjukvård.

Det är i detta sammanhang väsentligt att göra en klar distinktion mellan begreppen "vårdbehov" och "vårdefterfrågan". Vanligen särskiljer man därvid "upplevt vårdbehov", d v s en enskild persons egen bedömning av sitt vårdbehov och "professionell medicinsk beskrivning av vårdbehov". I vad mån vårdbehoven kommer att uttryckas i efterfrågan på vård påverkas bl a av utbudet och villkoren för vård samt att individernas bedömning av sina symtom och hjälpbehov, vilken i sin tur är beroende av en rad sociala och psykologiska faktorer som utbildning, inkomst, förväntningar m m. Efterfrågan av framförallt de mest kostsamma vårdinsatserna som sluten vård och högspecialiserad vård påverkas dessutom i mycket stor utsträckning av vårdprofessionella gruppers beslut.

5.2 Vårdens tillgänglighet och innehåll

En vård på lika villkor betyder således inte bara att vården skall vara lätt att komma i kontakt med när det behövs. Det betyder också att människor skall få den vård, som motsvarar deras behov i den del av sjukvårdsorganisationen och med de åtgärder, som ger störst effekt i avseende på förbättrad hälsa, livskvalitet, trygghet etc.

Vid bedömningar huruvida befolkningen verkligen får vård på lika villkor måste man försöka belysa flera olika stadier i vårdprocessen. Icke tillgodosedda behov kan uppträda t ex genom att man inte kommer i kontakt med vården, när man enligt en lekmannamässig eller professionell bedömning behöver det eller om man kommer till fel sorts vårdgivare, får fel behandling eller behandling utan förväntad effekt.

Vårdens tillgänglighet och innehåll kan studeras på olika sätt

- Man kan studera hinder för vårdutnyttjande genom att redovisa geografiska avstånd, patientavgifter, väntetider, köbildning m m.
- Man kan studera faktiskt vårdutnyttjande (öppenvårdskontakter, vårddagar m m).
- Man kan studera behovsrelaterat vårdutnyttjande bland olika befolkningsgrupper som har samma behov av vård (ur lekmannamässig eller professionell synvinkel).
- Man kan studera vårdutnyttjandets struktur och kvalitet genom att studera vårdkontakternas fördelning på olika vårdgivare, vilka åtgärder som vidtas mot olika vårdbehov etc.
- Man kan studera vårdutnyttjandets effekt på hälsa och välbefinnande jämfört med den lekmannamässigt eller professionellt förväntade effekten.

I kapitel 2 gjordes ett försök att avgränsa hälsopolitiska riskgrupper. Därvid angavs vilka grupper som hade särskilt hög dödlighet eller hög risk för sjukdom. På motsvarande sätt är det väsentligt att identifiera vårdpolitiska riskgrupper, d v s grupper som inte erhåller den vård de behöver. Detta kan ske genom att studera vårdutnyttjandet bland olika grupper med jämförbar grad av nedsatt hälsa och funktionsförmåga. Personer, som man på detta sätt finner har ett lågt vårdutnyttjande i relation till behovet, antas löpa större risk för att inte få sina vårdbehov tillgodosedda och är därmed att betrakta som en vårdpolitisk riskgrupp.

Tillgängliga data begränsar starkt möjligheterna att generellt för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet utnyttja ovanstående mätmetoder.

Metod 2 utnyttjas ofta vid geografiska jämförelser. Denna typ av enkla beskrivningar av vårdutnyttjande är dock svårtolkade om de inte kan relateras till olika gruppers vårdbehov, vilket sällan är fallet. Ett minimikrav är att kunna ta hänsyn till variation med avseende på ålder, kön och någon socioekonomisk faktor.

Metod 3 kan också – om än i begränsad utsträckning – tillämpas genom att utnyttja levnadsnivåundersökningar. Uppgifter om upplevd ohälsa kan därvid användas som indikatorer på behov av vård.

Metod 4 har ofta använts och kan utvecklas ytterligare på basis av tillgängliga data. En förutsättning för att kunna följa upp HSL:s mål om lika villkor är att patientstatistiken kan relateras till olika befolkningsgrupper.

Metod 5 – bedömning av vårdens hälsoeffekter – är och kommer sannolikt att förbli mycket svår att genomföra med hjälp enbart av rutinmässigt insamlad statistik. Sådana bedömningar torde kräva speciella forskningsprojekt med en experimentell ansats.

5.3 Demografisk tillgänglighet

Läkarbesök är klart vanligare bland äldre än bland yngre. Om man begränsar sig till personer som p g a långvarig sjukdom har nedsatt arbetsförmåga eller svåra besvär eller till personer med rörelsehinder, försvinner dessa skillnader. Man kan t o m beträffande rörelsehindrade spåra tendenser till regelbundnare läkarkontakter i öppen vård bland yngre än bland äldre. Detta skall sättas i kontrast till det förhållandet att äldres hälsoproblem oftare är mer sammansatta och vårdkrävande. Tendensen till tätare läkarkontakter bland yngre är också klar bland dem som inte uppgivit sig ha vare sig långvarig sjukdom, rörelsehinder, ängslan, oro, ångest eller påfallande trötthet på dagarna (i tabell 5.1 kallade "utan hälsoproblem").

Av tabell 5.1 framgår också att det är vanligare med läkarkontakt bland kvinnor.

Tabell 5.1 Procentuell andel som sökt läkare för sjukdom under en tremånaders period.

	Alla	Långvarigt sjuka Med nedsatt arbetsförmåga	Med svåra besvär	Rörelse-hindrade	Utan hälso-problem
Män					
16–44 år	28	69	61	78	18
45–64 år	37	72	71	75	14
65–74 år	40	67	66	66	9
75–84 år	50	73	71	67	10
Kvinnor					
16–44 år	35	83	74	84	21
45–64 år	45	79	72	79	19
65–74 år	48	77	73	72	15
75–84 år	59	75	76	73	12

Källa: SOU 1984:40

Både bland långvarigt sjuka och rörelsehindrade är däremot besök hos distriktssköterska klart vanligare hos äldre än hos yngre. En större andel av äldre långvarigt sjuka har också vårdats i sluten vård än motsvarande grupp yngre. Totalt hade 37 procent av befolkningen sökt läkare, sju procent sökt distriktssköterska och fyra procent legat på sjukhus under en tremånadersperiod enligt ULF 1980/81.

Starkaste tendensen till färre läkarkontakter vid högre ålder uppvisar män som ej sammanbor, men som tidigare varit eller fortfarande är gifta. Dessa resultat antyder, att det kan finnas hinder i tillgängligheten till öppen läkarvård bland vissa grupper äldre.

Andelen, som har fast läkare att vända sig till vid behov, är klart större i åldersgruppen 45-84 år än bland 16-44-åringar. Inom gruppen 45-84 år finns ingen klar tendens till skillnader mellan åldersgrupper.

Bland män med svåra besvär av långvarig sjukdom är det svårt att bedöma skillnaderna mellan olika åldrar vad gäller andelarna som har fast läkare. Bland män som p g a långvarig sjukdom har nedsatt arbetsförmåga är andelen med fast läkare högre i åldersgruppen 16-64 än i gruppen 65-84 år. Klaraste skillnaden uppvisar därvidlag ej sammanboende män, som tidigare varit eller fortfarande är gifta.

5.4 Geografisk tillgänglighet

Läkarutbud och avstånd är viktiga förklaringar till de regionala skillnaderna i sjukvårdskontakter bland långvarigt sjuka.

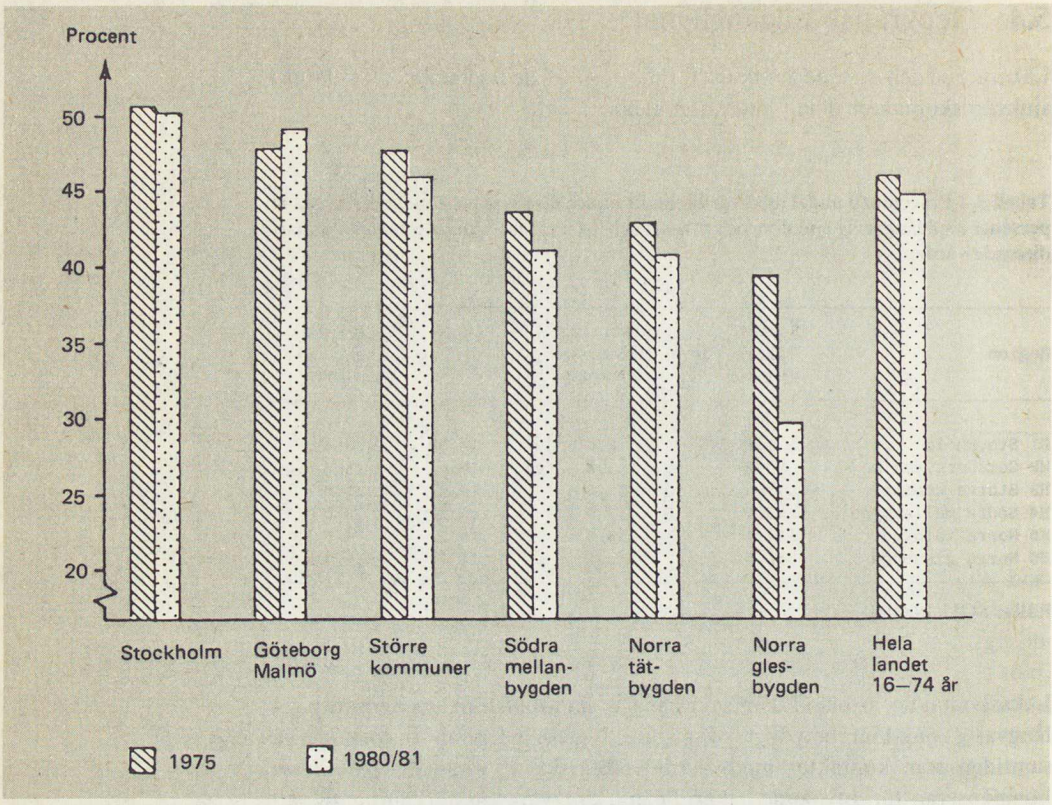
Tabell 5.2 Procentuell andel med vårdkontakt under de tre senaste månaderna bland personer med långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Ålders- och könsstandardiserade värden.

Region	Besökt läkare för sjukdom	Distrikts–sköterske–kontakt	Sluten vård	Upplevt behov men ej sökt
H1 Stockholm	75,8	12,3	14,3	18,4
H2 Göteborg, Malmö	82,8	3,5	15,9	15,8
H3 Större kommuner	75,0	12,5	17,6	17,6
H4 Södra mellanbygd	73,8	17,8	15,1	18,0
H5 Norra tätbygd	74,1	18,6	16,1	14,6
H6 Norra glesbygd	65,5	15,0	11,7	18,4

Källa: SOU 1984:40

Läkarkontakter är bland dem som har fått sin arbetsförmåga nedsatt p g a långvarig sjukdom betydligt ovanligare i glesbygden än i storstäderna samtidigt som kontakter med distriktssköterska är vanligare. Att dessa kompenserar för bristande läkartillgång kan vara en förklaring till att glesbygdsbor med nedsatt arbetsförmåga inte oftare upplever att deras vårdbehov är icke-tillgodosedda. Lägre anspråk kan också spela en roll.

Att ha en fast läkare att vända sig till vid behov har för många människor en avgörande betydelse för att kunna uppleva trygghet och kvalitet i vården. Däremot är det mera osäkert vad svaren på frågan om man har tillgång till en fast läkare egentligen avspeglar. Förmodligen är såväl läkartillgång och kontinuitet som befolkningens anspråk och förväntningar av betydelse vid tolkningen av dessa uppgifter.



Figur 5.1 Andel med fast läkare att vända sig till vid behov. ULF 1975–1981. Ålders- och könsstandardiserade värden 16-74 år.

Källa: SOU 1984:40

Medan andelen med fast läkare i storstäderna varit oförändrad eller ökat lite under 1970-talets senare hälft, har det skett en kraftig minskning i glesbygden. Detta förklaras delvis av de mycket stora skillnader som finns i den geografiska fördelningen av privat och offentlig sjukvård. Medan privat- och företagsläkare står för närmare 2/3 av de fasta läkarkontakterna i storstäderna, är motsvarande andel i glesbygden 1/6.

Den offentliga primärvårdens utbyggnad i norra Sverige har således inte lyckats kompensera den relativt högre etableringen av privat sjukvård i storstadsområdena. En anledning till detta är de stora vakansproblem man brottas med i större delen av Norrland. Norra tätbygden och glesbygden har dock kommit närmast det hälso- och sjukvårdspolitiska målet, att den offentliga primärvården skall vara den främsta primära kontaktpunkten i hälso- och sjukvården. Den befolkningsandel som där 1980/81 hade en distriktsläkare som fast läkare var ungefär dubbelt så stor som i storstadsområdena.

De regionala skillnaderna ifråga om fast läkare kvarstår delvis om man endast studerar gruppen med långvarig sjukdom och regelbunden medicinsk behandling eller svåra besvär.

Tabell 5.3 Öppenvårdskontakter fördelat på avstånd till akutmottagning, kön och ålder bland rörelsehindrade. Siffrorna anger index där nivån för alla rörelsehindrade 45-84 år=100.

Ålder	Avstånd till akut-mottagning	Besökt läkare för sjukdom		Besökt distrikts-sköterska		Upplevt behov men ej sökt	
		Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv
45–64	mindre än 5 km	107	106	36	54	112	107
	5–15 km	112	100	58	107	90	131
	mer än 15 km	89	112	94	110	144	140
65–84	mindre än 5 km	96	97	120	90	48	46
	5–15 km	86	103	150	176	73	53
	mer än 15 km	81	93	141	193	98	86
Alla rörelse-hindrade	45–84 år	100	100	100	100	100	100

Källa: SOU 1984:40

Det finns ett visst samband mellan geografiskt avstånd och vårdutnyttjande. Närhet ökar vårdefterfrågan – vid lika vårdbehov. Av betydelse för den geografiska tillgängligheten – förutom avståndet mätt i exempelvis kilometer – är möjligheterna att utnyttja olika typer av kommunikationer.

Av tabell 5.3 framgår följande intressanta förhållanden i öppenvårdskontakter bland rörelsehindrade, som torde vara en speciellt avståndskänslig grupp

- Män har en större avståndskänslighet vad gäller läkarkontakter än kvinnor.
- Distriktssköterskekontakterna ökar kraftigt med ökande avstånd till akutmottagning. Denna avståndskänslighet är lägst bland äldre män.
- Upplevt behov av vård utan kontakt ökar med avståndet, särskilt bland de äldre, som dock totalt har en lägre andel med enligt detta mått otillfredsställt vårdbehov än de yngre.

5.5 Socioekonomisk tillgänglighet

I ett internationellt perspektiv torde skillnaderna mellan socioekonomiska gruppers möjligheter att – vid lika behov – erhålla en god vård inom den offentliga svenska hälso- och sjukvården vara mycket små.

Samtidigt kan konstateras att – i ett svenskt perspektiv – den socioekonomiska tillgängligheten har förbättrats under den senaste decenniet.

Tabell 5.4 Andel i åldern 15-75 år, med läkarbesök under en tolvmånadersperiod 1968-81, fördelade på symtom- och socialgrupper.

		Symtomgr 1 (få symtom)			Symtomgr 4 (många symtom)		
		1968	1974	1981	1968	1974	1981
Läkar-	Socialgr I	33	26	32	84	87	67
kon-	Socialgr II	21	25	26	85	86	84
takt	Socialgr III	23	29	27	81	80	85
Sköter-	Socialgr I	3	8	11	25	19	15
skekon-	Socialgr II	6	9	11	18	21	31
takt	Socialgr III	4	10	12	23	24	33

Anm. De intervjuade har indelats i fyra grupper efter antal sjukdomssymtom de upgivit.

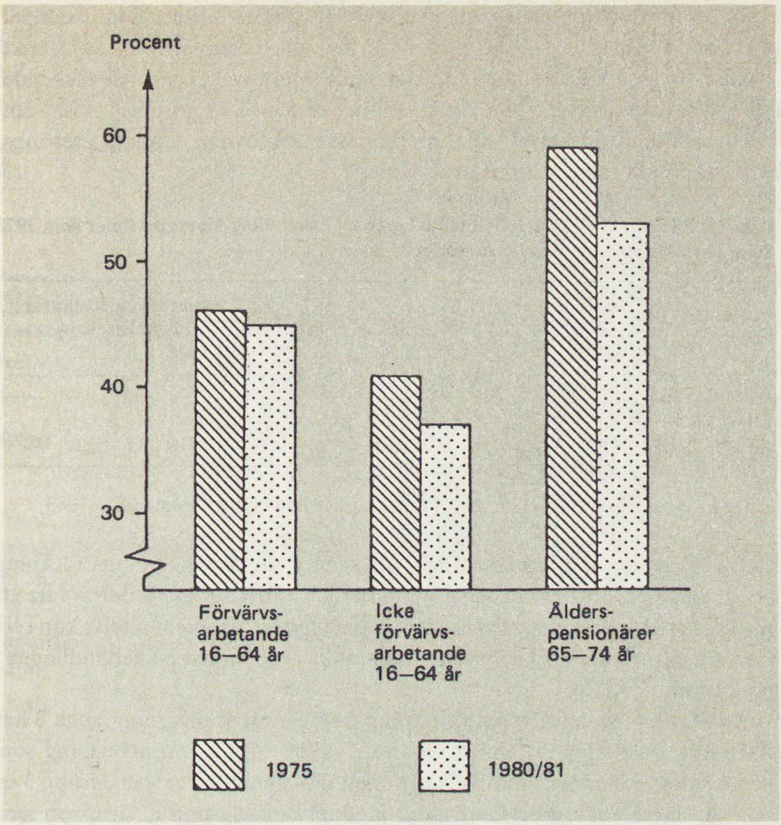
Källa: SOU 1984:40

Benägenheten att söka läkarvård hos personer med få symtom är högst i socialgrupp I. Skillnaderna mellan grupperna har dock minskat under perioden. Bland personer med många symtom var socialgruppsskillnaderna 1968 mindre. Här har skett en signifikant minskning av andelen med läkarbesök i socialgrupp I mellan 1974 och 1981. I övrigt är förändringarna i läkarkontakter små under senare hälften av 1970-talet. Däremot har andelen med sköterskekontakter kraftigt ökat även under denna period framför allt i socialgrupp II och III. Utbyggnaden av distriktsvård samt, sköterskebaserade mottagningar i primärvård och företagshälsovård har haft stor betydelse för denna utveckling.

Vid en analys av samtliga fyra symtomgrupper finner man för 1981 att såväl andelen med sluten vård som andelen med distriktssköterskebesök inom varje symtomgrupp ökar klart från socialgrupp I till II och till III. Beträffande andelar med läkarbesök är skillnaderna mellan socialgrupperna betydligt mindre.

Spri har analyserat vårdutnyttjandet enligt ULF i olika socioekonomiska grupper utifrån olika perspektiv – utbildning, arbetsmiljö, kontantmarginal m m. Därvid konstaterades att bland dem, som har långvarig sjukdom (vilket även inkluderar lättare besvär, som inte påverkar livsföringen nämnvärt), är andelen som sökt läkare högst hos personer med ekonomiska problem och psykiskt påfrestande arbete. Detta kan bero på att dessa har besvär av allvarligare typ. Enligt samma källa upplevde sig lågutbildade, ekonomiskt utsatta människor och de med påfrestande arbetsmiljö oftare ha haft behov av men inte sökt vård än högutbildade. Detta kan bero på sämre tillgänglighet. Bedömningen kan också ha påverkats av förväntningar på och erfarenheter av vården.

Mycket pekar på att tillgången till läkare för olika socioekonomiska grupper har blivit mera jämn under 1970-talet. Däremot säger de tidigare redovisade siffrorna inget om hur människor ur olika sociala skikt upplever vårdens kvalitet, om de tillgodogör sig de råd och den hjälp de får etc.



Figur 5.2 Andel i åldern 16-64 år med fast läkare. Ålders- och könsstandardiserade värden.

Källa: SOU 1984:40

En viss minskning har skett i slutet av 1970-talet av andelen med bestämd läkare, trots en mycket kraftig ökning av läkartätheten under denna tidsperiod. Förmodligen kan en stor genomströmning av unga läkare under utbildning med korta tjänstgöringsperioder (temporärt) medföra en sämre läkarkontinuitet. Även andra organisatoriska förhållanden kan spela in. Minskningen är starkast bland dem som inte förvärvsarbetar (pensionärer, hemarbetande, arbetslösa m fl). Utbyggnaden av företagshälsovården torde ha motverkat en motsvarande negativ utveckling för de anställda.

Bland dem som anger sig ha långvarig sjukdom med regelbunden medicinsk behandling föreligger ej motsvarande skillnader mellan förvärvsarbetande och övriga.

Av ULF-materialet framgår vidare att medan yrkesverksamma (särskilt tjänstemän) i första hand vänder sig till företagshälsovård eller privatpraktiker, utnyttjar pensionärer och andra icke förvärvsarbetande i högre grad den offentliga hälso- och sjukvården inom primärvård och vid sjukhus. Arbetare och företagare vänder sig oftare än tjänstemän till distriktsläkare.

I utländsk litteratur har beskrivits att socioekonomiskt mer priviligierade grupper oftare får del av förebyggande vård, oftare behandlas av specialister än av allmänläkare och inom psykiatrin oftare behandlas i öppen vård än i sluten vård.

För svenskt vidkommande finns mycket få studier härom. Som exempel kan dock nämnas en studie som omfattar alla personer som 1978 sökt psykiatrisk vård i Luleåområdet. Där fann man mycket intresseväckande skillnader i den psykiatriska vårdens innehåll för olika grupper. Även om Luleå inte nödvändigtvis är representativt för övriga landet, återfinns liknande fynd i många utländska studier.

Tabell 5.5 Procentuell andel med olika typer av behandling bland personer som 1978 sökte psykiatrisk vård i Luleå-området

	Tjänstemän	Arbetare	Förtidspensionärer, långvarigt arbetslösa
Samtalsterapi	71	52	39
Sluten vård och/eller psykofarmakabehandling	26	49	82

Källa: Eliasson R & Nygren P: Psykiatrisk verksamhet. Stockholm 1981–1983

Detta mönster, där arbetare och utslagna i mycket högre utsträckning behandlas med sluten vård och psykofarmaka, kan naturligtvis delvis vara ett resultat av att olika grupper söker för olika typer av problem. Detta kan i sin tur vara påverkat av vilka förväntningar olika grupper har på behandlingen i psykiatrin.

Av SOFI:s levnadsnivåundersökning framgår att socialgrupp 2 och 3 har fått mera regelbundna tandvårdsvanor, vilket dock är en utveckling som påbörjades redan före tandvårdsreformen. Fortfarande har socialgrupp 3 en avsevärt lägre andel med tandläkarkontakt än socialgrupp 1. Gruppen med sämre tandstatus (d v s dåligt fungerande egna tänder, inga tänder alls eller dåligt fungerande löständer) har fortfarande mycket lågt tandvårdsutnyttjande.

5.6 Kulturell tillgänglighet

Med kulturell tillgänglighet menas här språklig och ideologisk tillgänglighet d v s att alla befolkningsgrupper är informerade (på ett språk de förstår) om vart de ska vända sig och att patienter och vårdare pratar samma språk eller har tillgång till tolk. Detta är ett problem i första hand för invandrare. Vid behandlingsmetoder, som i hög grad bygger på en språklig kommunikation mellan patient och terapeut (exempelvis psykoterapi), är det emellertid avgörande för alla patientgrupper att man menar samma sak med orden och att patienterna överhuvud taget kan verbalisera sina problem. Informationen måste vara begriplig. Därvidlag finns det även betydande skillnader mellan infödda svenskar med olika klassbakgrund.

Av särskild betydelse i detta sammanhang är att lekmän och professionella delar samma kulturellt bestämda uppfattningar av vad som är hälsa och sjukdom och vilka orsakerna är till olika typer av sjukdom.

Den svenska hälso- och sjukvården är mycket differentierad och specialiserad. Det kan vara mycket svårt för människor att hitta rätt. Dessutom kan alla de ovannämnda hindren i tillgängligheten – geografiska avstånd,

avgifter, väntetider, bristfällig eller obegriplig information och språkliga hinder – leda till att personer söker på fel vårdnivå. Detta kan i bästa fall leda till att de måste remitteras "rätt" men i värsta fall till att de får en mindre ändamålsenlig vård.

Tabell 5.6 Andel med läkarbesök m m bland personer med långvarigsjukdom 16-74 år.

	Långvarigt sjuka med läkarbesök för sjukdom	Långvarigt sjuka med upplevt behov men ej sökt
Utländska medborgare	66	16
Svenska medborgare födda utomlands	63	12
Svenska medborgare födda i Sverige	58	11

Källa: Spri-rapport 82: 1982. Hur mår Du Sverige?

Av undersökningen av levnadsförhållanden erhålls en grov bild av invandrarnas kontakter med sjukvården. Bl a framgår att de utländska medborgarna har en högre andel med läkarbesök. En närmare granskning av ULF-siffrorna visar att skillnaden nästan helt utgörs av besök vid akutmottagning. De utländska medborgarna avlägger färre tidsbeställda besök i primärvård och på specialistmottagningar och utnyttjar mindre sluten vård. Detta är förmodligen uttryck för bristande information till invandrarna. Dessa söker sig dit det är lätt att hitta och alltid är öppet. Det är dock troligen en mindre ändamålsenlig vård som där erbjuds jämfört med primärvården för flertalet besök.

Betydligt större andel utländska medborgare med långvarig sjukdom än motsvarande grupp svenskar anger också att de har icke-tillgodosedda behov. Särskilt vanligt är det bland unga invandrarkvinnor. De utländska medborgarna är emellertid en grupp med mycket olika förutsättningar beroende på ursprungsland och på orsak till invandringen. Andelen med fast läkare är hög bland finska invandrare jämfört med jämnåriga i den svenska befolkningen. Den är däremot mycket lägre bland sydeuropeiska invandrare (särskilt kvinnor) trots att denna grupp till stor del är bosatt i större städer med god läkartäthet.

5.7 Orsaker till bristande jämlikhet i vården

I de föregående avsnitten har redovisats en del skillnader i vårdutnyttjande mellan olika befolkningsgrupper. Nedan diskuteras några orsaker till den bristande jämlikhet som konstaterats.

- En grundläggande orsak till skillnader i vårdutnyttjande mellan olika delar av landet är den varierande *läkartätheten*. Även om en viss utjämning skett mellan länen har storstadslänen fortfarande en läkartäthet, som är närmare dubbelt så hög som i många mer glest befolkade län. Denna skillnad kan inte förklaras enbart med hänvisning till regionsjukvårdens omfattning. Dessutom talar aktuella siffror för att klyftorna i

tillgänglighet inom länen är minst lika stora som mellan länen.

- Människor har svårigheter att veta *vart man skall vända sig* vid sjukdomsfall. Problemet är kanske störst i storstädernas mycket differentierade och specialiserade sjukvårdssystem. Endast hälften av landets befolkning har en fast läkare att vända sig till vid behov – för glesbygdsbor och ej förvärvsarbetande endast en tredjedel. Invandrare har särskilt svårt att tillgodogöra sig information om var man skall söka vård i olika situationer.
- *Geografiska avstånd* är ett ofrånkomligt problem i glesbygden men kan vara ett problem även i städerna för människor med rörelsehinder, småbarnsföräldrar m fl. Bristen på kvalificerad sjukvård i hemmet genom hembesök av läkare och sköterska spelar här en väsentlig roll liksom dåligt fungerande offentliga kommunikationer och färdtjänst.
- *Organisatoriska förhållanden* i sjukvården som telefontider, väntetider, öppethållande etc framhålls ofta som väsentliga problem. De tenderar dessutom att vara hinder som främst drabbar människor med små resurser till följd av sjukdom, trötthet, språksvårigheter m m.
- *Patientavgifter* spelade tidigare en väsentlig roll för tandvårdens tillgänglighet. Genom tandvårdsförsäkringen förbättrades tillgänglighen för stora grupper men fortfarande kvarstår markerade skillnader i vårdutnyttjandet mellan socialgrupp 1 och socialgrupp 2/3. Under senare år har det skett betydande höjningar av patientavgifter i hälso- och sjukvården, inklusive tandvård, apotek, sjuktransporter och långtidssjukvård. Den samlade effekten av dessa avgifter kan bli betydande för människor med stora vårdbehov och små inkomster.
- Sjukvårdens *begriplighet* upplevs av befolkningen som ett stort problem. De som arbetar i vården är oftast unga och välutbildade medan patienterna ofta är äldre och lågutbildade. Människors referensram, språk, möjligheter att snabbt uppfatta information och ordinationer torde variera avsevärt. Därmed blir människors möjlighet att själva påverka den vård de erhåller starkt varierande och därmed torde även effekten på deras hälsa och välbefinnande bli olika.

5.8 Otillfredsställda vårdbehov

Huvuddelen av besöken i primärvården sker vid mottagningarna. Det förekommer emellertid också en betydande verksamhet ute i bostadsområdena. Såväl läkare som annan personal, främst distriktssköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter gör hembesök i bostadsområdena, besöker ålderdomshem och andra servicelägenheter, dagcentraler och förskolor. I samarbete med företagshälsovården sker också besök ute på arbetsplatserna.

Det är angeläget att denna uppsökande verksamhet utökas i takt med att primärvården byggs ut. Särskilt viktigt är att ge ökade möjligheter till läkarbesök i hemmen främst vid akuta sjukdomsfall och hos patienter med rörelsehandikapp och svåra sjukdomar samt vid vård i livets slutskede.

Otillfredsställda vårdbehov kan orsakas av dels brist på kontakt med det

professionella vårdsystemet dels av inadekvat vård när kontakt har erhållits.

Båda dessa typer av otillfredsställda vårdbehov är dåligt kartlagda inom svensk hälso- och sjukvård. En grundläggande orsak till detta är vårdorganisationens och därmed informationens ensidiga fokusering på patienten snarare än på befolkningen i sin helhet. Alla som har ett vårdbehov förutsätts kunna/vilja uttrycka sitt vårdbehov i en efterfrågan på vård som når fram till rätt vårdgivare vid rätt tillfälle.

De studier som gjorts bl a i början på 1970-talet – och som bl a refererats i HS 90-projektets rapport "Ohälsa och vårdutnyttjande" SOU 1981:2 – pekar mot att stora otillfredsställda, professionellt definierade vårdbehov utgör en av de stora vårdpolitiska frågorna. De skillnader i morbiditet och mortalitet som tidigare redovisats för olika socioekonomiska grupper gör det än angelägnare att klarlägga, om de grupper som har de största behoven också erhåller vård efter behov. För detta krävs uppgifter både om kontakt med vårdsystemet och om vårdens kvalitet och effekt.

Utifrån de fakta som finns om vårdutnyttjande och vårdbehov torde det dock vara rimligt antaga, att de otillfredsställda vårdbehoven minskat avsevärt under 1970-talet och blivit mer jämnt fördelade mellan olika socioekonomiska grupper.

5.9 Vårdpolitiska jämlikhetsmål

Välfärdspolitiken i Sverige har liksom i många andra länder i hög grad byggt på ambitionen att minska de sociala klyftorna i samhället genom uppbyggnad av en offentlig social sektor för vård och omsorg samt olika typer av bidrag.

En geografiskt relativt jämn fördelning av de offentliga hälso- och sjukvårdsresurserna har också åstadkommits. Kvarstående och i vissa fall ökande skillnader i vårdutnyttjande beror bl a på bemanningsproblemen i glesbygden.

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är att åstadkomma en god hälsa för hela befolkningen, vilket innebär minskade klyftor i ohälsans fördelning. Som tidigare nämnts återstår mycket innan vi närmar oss detta mål. Samtidigt måste man konstatera att de nödvändiga åtgärderna i första hand ligger utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. En mycket stor del av hälso- och sjukvårdens verksamhet har karaktär av omvårdnad, tröst och lindring. Sådana aktiviteter kan inte förväntas ge påtagliga effekter på dödlighet, insjuknandefrekvens och funktionsförmåga. Detta mål kan uppdelas i exempelvis följande delmål.

- Jämlikhet i *resursutbud*. Vårdutbudet varierar f n ganska betydligt mellan olika sjukvårdsområden framförallt beroende på skattekraft.
- Jämlikhet i *vårdutnyttjande*. Vårdutnyttjande bland människor med i grova termer likvärdigt vårdbehov varierar mellan olika socioekonomiska grupper men en viss minskning av skillnader torde ha skett under 1970-talet. Glesbygdsbor, äldre och andra som står utanför arbetsmarknaden har ett lägre öppenvårdsutnyttjande än förväntat när hänsyn tas till hur de upplever sin hälsa.

- Jämlikhet i *tillgänglighet*. Hinder i sjukvårdens tillgänglighet av typ patientavgifter, avstånd, väntetider och begriplighet påverkar människor olika beroende på deras inkomst, rörelseförmåga, utbildning och språk m m.
- Jämlikhet med avseende på *vårdens effekt*. Kunskapen om hälso- och sjukvårdens effekter på olika grupper är mycket liten. Mycket talar dock för att människors möjligheter att tillgodogöra sig samtalsterapi eller att förstå och följa medicinska ordinationer m m är starkt varierande. Hälsoupplysning, som den hittills bedrivits, har också visat sig ha störst effekt på redan välutbildade.

5.10 Vårdpolitiska riskgrupper

Efter genomgången i föregående avsnitt har konstaterats att vissa grupper kan förmodas ha större svårigheter att få sina vårdbehov tillfredsställda än andra människor.

- *Äldre* har omfattande sociala och medicinska vårdbehov. Behovet av omvårdnadsinsatser från samhällets sida är för denna grupp stort – inte minst bland ensamboende. Samtidigt talar tillgängliga data för att de äldres vårdbehov i relativt hög utsträckning tillfredsställs inom sluten vård medan andelen besök i öppen vård är relativt låg. I en period av omfördelning av resurser från sluten länssjukvård till öppen vård och hemsjukvård blir det särskilt angeläget att följa de äldres situation och analysera i vilken utsträckning de får sina behov av omvårdnad tillfredsställda i en förändrad vårdstruktur.
- *Glesbygdsbor* är till följd av den alltjämt sneda läkarfördelningen och betydande avstånd en utsatt grupp. Andelen som anger sig ha fast läkare att vända sig till har varit sjunkande under senare år.
- *Invandrarna*, särskilt sydeuropeiska, har relativt sällan fast läkare. De upplever ofta behov av vård utan att söka och kan naturligt nog inte alltid känna till de möjligheter som erbjuds och söka adekvat vård. De har betydande problem på grund av språk, låg utbildning, annan kulturell bakgrund, brist på tolkservice etc.
- *Lågutbildade* människor upplever svårigheter med att komma till tals med vårdpersonal och att få förståelig information om sina sjukdomar, ordinationer och råd. Särskilt påtagliga är dessa problem för lågutbildade med annorlunda klassbakgrund än den läkare och sjuksköterskor har. Det läggs idag allt större vikt vid psykoterapeutiska arbetssätt, hänsyn tas till patientens integritet m m. Dessa strävanden är väsentliga. Det gäller dock att se till att resultaten av dessa strävanden inte bara blir förbehållna de välutbildade.
- *Förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa* är grupper som i dagens samhälle är mycket utsatta på grund av dels dålig hälsa, dels sämre materiella förhållanden och social isolering. Det kan därför finnas anledning att särskilt uppmärksamma denna grupp i hälso- och sjukvården. Behovet av uppsökande verksamhet bland människor med långvariga psykiska handikapp och rörelsehinder har visat sig betydande.

Bristen på hembesök ifrån primärvården, svårigheter i samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och behovet av särskilda boendeformer för dessa grupper är centrala frågor i detta sammanhang.

5.11 Sammanfattande förslag

- Arbetet med att åstadkomma en jämnare *läkarförsörjning* till olika delar av landet måste fortsätta. Särskilt bör läkarfördelningen inom landstingsområdena ges en ökad uppmärksamhet. Utbyggnaden av företagshälsovård har varit koncentrerad till tätorterna. Ett förverkligande av företagshälsovårdsutredningens förslag torde även ha relevans i ett jämlikhetsperspektiv. Utbyggnaden av privat läkarvård har också varit mycket ojämn över landet. För att uppnå en rättvis läkarfördelning är det väsentligt att sjukvårdshuvudmännen utnyttjar sitt ansvar och i enlighet med HSL svarar för en totalplanering av hälso- och sjukvård. Det är i detta sammanhang viktigt att man i läkarfördelningsprogram m m tar hänsyn till behovens varierande omfattning i olika sjukvårdsområden och primärvårdsområden.
- Fortsatt satsning på *utbyggnad av primärvården* är en grundläggande förutsättning för en hälso- och sjukvård med kvalitet och trygghet i kontakten och bättre tillgänglighet och kontinuitet. Genomförandet av dessa diskuteras närmare i kapitel 6.
- *Avstånd* är i första hand ett problem i glesbygden där välutvecklade offentliga kommunikationer, färdtjänst m m är av avgörande betydelse för många som inte har egen bil. Även mindre avstånd är för många äldre, handikappade, småbarnsfamiljer m fl ett väsentligt problem. Hembesök av distriktssköterska och läkare är här ett bra sätt att förbättra tillgänglighet och kvalitet i vården.
- En lång rad förslag till *organisatoriska förbättringar* av tillgänglighet har föreslagits bl a i Spri:s servicekampanj: generösare telefontider – även på kvällarna, möjligheter att lämna besked och bli uppringd, att minska väntetider genom att differentiera avsatt tid för varje patient och lägga in tider för oförutsedda patienter, att ge besked om väntetidens längd och på vilket sätt man prioriterar olika patienter vid akutmottagningarna. Därtill kommer olika åtgärder vid planering av återbesök i syfte att öka läkarkontinuiteten.
- Ökande *patientavgifter* kan i samband med sjunkande reallöner inte bara inom tandvård utan även inom hälso- och sjukvården i övrigt få ökad betydelse för människors lika möjligheter till vård. Några mätbara effekter kan inte för närvarande påvisas i tillgänglig statistik, men den samlade effekten av avgifter till läkarbesök, sjukvårdande behandlingar, läkemedel och sjuktransport torde bl a för barnfamiljer bli mycket märkbara. Ett särskilt problem gäller vårdavgiften i sluten vård. Det är av stor betydelse att ständigt bevaka dessa patientavgifters inverkan på vårdutnyttjandet, så att inte t ex negativa bieffekter uppstår genom att vårdtagare exempelvis tvingas säga upp sin permanenta bostad av

ekonomiska skäl och därmed avskära sig en viktig förutsättning för återgång till vård i hemmet. Förändrade avgifter kan t ex aktualisera översyn av gällande högkostnadsskydd för hälso- och sjukvårdens patienter.

- Att främja sjukvårdens *begriplighet* kräver insatser på många nivåer. Vårdgivarna måste anstränga sig att tala en begriplig vardagssvenska och undvika medicinska fackuttryck. Patienterna måste i ökad utsträckning få läsa sina journaler, få dem förklarade och också få stöd genom att man på olika sätt organiserar grupper av patienter med liknande sjukdomar. Inte minst för psykiska och psykosomatiska åkommor består vården av att terapeuten försöker få patienten att förstå orsaksmekanismen till sina besvär. Detta ställer stora krav på terapeutens utbildning och förståelse för levnadsvillkoren hos människor som tillhör olika åldrar, kön, klasser och nationalitet. För invandrarna är därutöver särskilda resurser i form av tolkservice m m av stor vikt.

6 En förändrad vårdstruktur

6.1 Bakgrund

I kapitlen 6 och 7 diskuteras förändringar av vårdstrukturen inom hälso- och sjukvården. Innehållet har koncentrerats på frågor som rör primärvårdens utbyggnad och länssjukvårdens långsiktiga inriktning, omfattning och kvalitet.

Sjukvårdshuvudmännen är i princip ense om att åtgärder behöver vidtas för att effektivisera och omstrukturera hälso- och sjukvården. En sådan utveckling har också påbörjats i landet genom att primärvården ges ett allt större vårdansvar för befolkningens hälsa och att länssjukvårdens roll därmed förändras. Bedömningarna om den framtida vårdutvecklingen baserar sig i huvudsak på den utveckling som redan pågår på olika håll i landet.

Storleken och komplexiteten i det framförliggande förändringsarbetet medför att detta måste pågå under en längre tidsperiod. Hänsyn måste vidare kontinuerligt tas till faktorer som har betydelse för vårdsektorns utveckling, såsom samhällsekonomiska ramar för verksamheten, samt förändringar i vårdbehov och i sysselsättningsutveckling. I det fortsatta förändringsarbetet krävs ett fortlöpande utvecklingsarbete som ett stöd för huvudmännen i deras långsiktiga arbete med att i den praktiska verksamheten omsätta den nya hälso- och sjukvårdslagens mål. Därför framläggs förslag om fortsatta åtgärder på riksplanet som kan underlätta genomförandet av en ny vårdpolitik i landet.

I direktiven "Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet inom HS-90 projektet" (SOU 1981:4), framhålls det beträffande utvecklingen av vårdstrukturen som särskilt angeläget att klarlägga

- länssjukvårdens arbetsuppgifter och organisation
- länssjukvårdens samverkan med primär- och regionsjukvård
- möjligheterna att begränsa länssjukvården för att öka förutsättningarna att säkerställa planerad utbyggnad av primärvården
- länssjukvårdens dimensionering
- orsaker till länssjukvårdens olika omfattning och hinder för att överföra resurser från länssjukvård till primärvård
- konkreta förslag till åtgärder som kan underlätta för huvudmännen att säkerställa omstrukturering
- förutsättningar och metoder för omprioritering.

6.2 Vårdens förändrade villkor och inriktning

När landstingen 1864 fick ansvaret för kroppssjukhusen var verksamheterna inom dessa ännu starkt relaterade till sängvårdplatsen. Under 1800-talet var basen i sjukhusens verksamhet sängar. Det gällde att låta den sjuke vila och ofta också att isolera honom från omvärlden. Några större möjligheter härutöver att hjälpa fanns inte. Sjukhusen var fortfarande odelade i den meningen att någon specialitetsuppdelning inte hade skett. Specialiseringen började först omkring sekelskiftet.

Vården vid kroppssjukhusen var länge landstingens helt dominerande verksamhetsområde under det att staten svarade för provinsialläkarvården, sinnessjukhusen m m. Under landstingen utvecklades kroppssjukhusen kraftigt, särskilt under det expansiva skedet efter 2:a världskriget. Till en början hade sängavdelningarna den dominerande rollen inom sjukhusen. Ännu på 1930-talet utgjorde de volymmässigt två tredjedelar av sjukhusen. Den öppna vården vid sjukhusen växte emellertid allt mer i förhållande till den öppna läkarvården utanför sjukhusen. Med hänsyn till det ringa antalet läkare var det rationellt att samla patienterna även för öppen vård till sjukhusen. Denna utveckling betingades också av att ersättningen för den öppna vården var en inte obetydlig del av lasarettsläkarnas löneförmåner.

Utvecklingen av särskilda diagnostik- och behandlingsavdelningar – med början i röntgenavdelningar – tog allt mer fart, vilket bidrog till att dra allt fler öppenvårdspatienter till sjukhusen. På 1960-talet hade härigenom sängavdelningarnas relativa betydelse minskat så att de volymmässigt inte utgjorde mer än ca en tredjedel av sjukhusen i stället för tidigare två. Vårdavdelningspersonalens andel av den totala sjukhuspersonalen har förändrats på motsvarande sätt.

Landstingens ansvar har successivt breddats. Under 1950-talet övertog de ansvaret för kronikervården (långtidssjukvården), 1963 och 1968 för provinsialläkarväsendet respektive stadsdistriktsläkarväsendet, 1967 för den psykiatriska vården och under 1980-talets första år även för de tidigare statliga undervisningssjukhusen.

Arbetet med att sammanföra huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården under landstingens ledning har pågått under en lång period. Numera finns endast några laboratorier och det rättspsykiatriska undersökningsväsendet kvar under statligt huvudmannaansvar. Förhandlingar pågår dock att även överföra vissa av dessa till landstingen. Det reformarbete på hälso- och sjukvårdens område som påbörjades på 1950-talet har följts upp bland annat genom socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1968), det nya systemet för vidareutbildning av läkare (1969), genomförandet 1970 av det nya läkarvårdsersättningssystemet (7-kr reformen) samt det år 1976 antagna principprogrammet "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (HS 80). Vidare bör understrykas den betydelse de så kallade "Samverkansutredningarna" (1978) mellan socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och Spri har haft för utvecklingen av vårdverksamheten på primärvårdsnivå.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen fastslår behovet av en förändrad vårdinriktning. Detta sker bl a genom att ett antal krav ställs på huvudmännen så att målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen kan uppnås. Hänsyn har bl a tagits till att utvecklingen i

samhället har medfört att hälsoproblematiken förändrats och kommit att omfatta nya områden, vilka ligger utanför sjukhusens traditionella verksamhet. Lagen ger helt nya planeringsförutsättningar genom att tidigare detaljerade regler om hur vården skall organiseras och administreras är borttagna. Av regeringens proposition framgår att

> "Landstingskommunernas planering av hälso- och sjukvården bör utgå från människornas samlade behov och statsmakternas övergripande prioriteringar. Den ekonomiska återhållsamhet som kommer att prägla utvecklingen under det närmaste decenniet gör detta än mer viktigt. Planeringen bör utgå från primärvården med hänsyn till att den utgör basen i hälso- och sjukvårdsorganisationen med särskilt ansvar för åtgärder i syfte att främja befolkningens hälsa. Planeringen bör även avse sådan hälso- och sjukvård, som bedrivs av andra vårdgivare än landstingskommunen. Vid planeringen förutsätts en samverkan med andra myndigheter och organisationer inom länet, främst primärkommunerna. För min del vill jag understryka angelägenheten av att planeringen av äldreomsorgen, handikappomsorgen, barnomsorgen och missbrukvården sker i samarbete mellan landstingskommuner och kommuner och mot bakgrund av ett så långt möjligt gemensamt underlag.
>
> Jag anser att uttrycket totalplanering bör kunna användas för att beskriva dels landstingskommunens planering av hälso- och sjukvården inom sitt område, dels systemet av olika plandokument, avtal och andra överenskommelser om samverkan vad gäller hälso- och sjukvården.
>
> Mot bakgrund av dagens kärva ekonomiska situation, som kan förväntas bestå under en lång följd av år, skärps kraven på landstingskommunerna att hålla tillbaka utgiftsexpansionen. Det blir enligt min mening ännu mer nödvändigt än tidigare att utvärdera befintliga verksamheter, att prioritera mellan olika hälso- och sjukvårdsinsatser samt att omstrukturera verksamheten inom ramen för befintliga resurser. Det blir också nödvändigt att i betydligt större utsträckning än för närvarande omfördela tillgängliga resurser inom hälso- och sjukvården i enlighet med en övergripande hälso- och sjukvårdspolitik. I annat fall finns risk att den avsedda inriktningen av vården inte kommer att kunna genomföras. Möjligheterna att förbättra och bygga ut den förebyggande vården, primärvården, långtidssjukvården och psykiatrin kommer då att saknas."

Sammanfattningsvis kan den vårdpolitiska inriktningen kortfattat uttryckas enligt följande

- Ett mer enhetligt huvudmannaskap och samlat planeringsansvar för hälso- och sjukvård
- Nivåstrukturering och ekonomisering
- Utbyggnad av öppen vård/begränsning av sluten vård
- Planeringen skall vara behovsinriktad och utgå från målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

6.2.1 En sjukhusdominerad vårdstruktur

Sjukvårdsstrukturen i Sverige har utvecklats så att den övervägande delen av de personella och de övriga resurserna för hälso- och sjukvårdande insatser förlagts till lasaretten och andra former av akutsjukhus samt mentalsjukhus och sjukhem. Av landstingens medel för hälso- och sjukvård anslås ca 80 procent till resurser som är knutna till sjukhusen. Det stora flertalet läkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal har sin anställning vid sjukhusen. Utbildningen av sjukvårdspersonal är till helt dominerande del förlagd till sjukhusen. Sålunda spelar sjukhussystemet en central roll i den svenska hälso- och sjukvården.

Vid en internationell jämförelse är sjukhusens dominerande ställning inom svensk hälso- och sjukvård unik. I alla andra länder är en betydligt större andel av de hälso- och sjukvårdande resurserna och insatserna förlagda till enheter utanför sjukhusen. Detta gäller särskilt länder där den öppna vården bedrivs som privatläkarvård, med eller utan finansiellt samhällsstöd.

Vid akutsjukhusen bedrivs inte endast den slutna vård av inneliggande patienter, i regel bundet till en sängplats, som är sjukhusens historiskt givna roll. Sjukhusen svarar också för en mycket stor volym öppen vård. Denna öppna vård gäller dels service till vårdsökande vid plötsligt påkommen sjukdom eller skada, dels poliklinisk eftervård av patienter som varit inneliggande, dels öppen specialistvård med eller utan krav på remiss från läkare utanför sjukhuset. Vidare svarar sjukhusen för omfattande laboratorieservice och för röntgenundersökningar m m för patienter som primärt sökt sin vård vid enheter utanför sjukhusen.

Sjukhusen svarar också för sjukgymnastik och annan medicinsk rehabilitering. Vidare leds och organiseras en del hälsoövervakande insatser för t ex barn, mödrar och andra kvinnor från sjukhuskliniker. Den helt dominerande delen av den kliniskt inriktade forskningen och utvecklingsarbetet bedrivs vid sjukhusen, särskilt de med utbildningsuppgifter. Akutsjukhusen i Sverige svarar vidare för ett mycket brett spektrum av direkta och indirekta hälso- och sjukvårdsinsatser, varav dess egentliga slutna vård av inneliggande patienter endast utgör en del. Deras nuvarande uppgifter är

- akut vård dygnet runt vid akut påkommen sjukdom eller skada
- öppen eftervård av tidigare inneliggande patienter
- öppen vård vid specialistmottagningar med eller utan remisstvång
- laboratorieservice (inkl röntgenundersökningar) av patienter hänvisade från annan öppen vård
- medicinsk behandling såsom sjukgymnastik av patienter hänvisade från annan öppen vård
- ledning och organisation av hälsoövervakning av vissa befolkningsgrupper
- sluten vård av inneliggande patienter som behöver sängplats för observation och särskilt resurskrävande diagnostik och behandling
- klinisk forskning och utvecklingsarbete
- utbildning.

Hälso- och sjukvårdsbehoven på lokal nivå för befolkningen tillgodoses genom flera olika vårdformer fördelade på skilda huvudmän. Hit hör även "egenvården", d v s att vi helt på egen hand eller med stöd av någon anhörig tar hand om uppkomna hälsoproblem utan att anlita någon professionell vårdgivare. Omfattningen av egenvården är inte närmare känd. Enstaka studier – och allmän erfarenhet – talar emellertid för att det stora flertalet hälsoproblem och sjukdomsepisoder även i ett industriland som Sverige klaras ut utan att man behöver anlita någon professionell vårdgivare. För den samlade hälso- och sjukvårdsplaneringen är det mycket väsentligt att klarlägga egenvårdens omfattning och fördelning på olika hälsoproblem. Så länge egenvården inte utgör en dålig ersättning för en bristande tillgång på professionell vård är den en del av den samlade hälso- och sjukvården som bör stimuleras och stödjas av denna. Här bör för övrigt erinras om att egenvård är ersättningsberättigad från sjukpenningförsäkringen upp till sju dagar.

Skolhälsovården, med primärkommunen som huvudman, har en typ av vårdansvar för barn i grundskola och gymnasium. För äldre studerande har studerandehälsovårdsorganisationen vid högskolorna motsvarande funktion. Vidare svarar företagshälsovården, med många olika huvudmän, för en betydande andel av vården för befolkningen i åldrarna 18 till 65 år. Inslaget av sjukvård i företagshälsovården är dock varierande. Privatpraktiserande läkare samt fritidspraktiker, i framför allt storstadsområdena, svarar också för hälso- och sjukvårdande insatser på den lokala nivån tillsammans med andra privata vårdgivare.

Det finns vidare vårdgivare som saknar samhällsauktoriserad utbildning och som bedriver sin verksamhet utan finansiellt samhällsstöd, t ex kiropraktorer, homeopater, naprapater, akupunktörer m fl.

Slutligen svarar landstingens primärvård för tillgodoseende av en del av befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Utbyggnaden av denna del av den offentliga vården har under de senaste 10 åren varit starkt prioriterad i landstingens planering. Trots detta har utvecklingen gått långsamt både vad gäller resurser för vård och service men också utbildning och forsknings- och utvecklingsarbete, som fortfarande koncentreras till sjukhusen.

6.2.2 Krav på förändring

Sett ur den enskilde vårdbehövande patientens perspektiv finns i ett län eller en region ett brett register av möjligheter att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård.

Kraven från patienterna på sjukvården förändras med tiden och avspeglar förändringarna i samhället i stort. Vi vet också att patienterna har en stark önskan att bo kvar hemma även under relativt svåra sjukdomar liksom i livets slutskede. Sedan länge finns en strävan att normalisera tillvaron för handikappade och sjuka. Medvetenheten om institutionsmiljöns negativa inverkan, framför allt när det gäller långvariga vistelser, ökar alltmer. Förutom en medveten satsning på öppnare vårdformer är det angeläget att förbättra boendemiljön och öka förutsättningarna för ett normalt socialt liv för dem som även i framtiden behöver vård vid institution.

Bostadsstandarden i samhället har, liksom konsumtionsstandarden överhuvud taget, ökat väsentligt och utjämnats. Även om nybyggnadsverksam-

heten stagnerat fortsätter moderniseringen av bostadsbeståndet genom ombyggnader. Det medför att patienternas krav på "hotellstandard" inom sjukvården ökat och fortsätter att öka. Men förändringen av bostadsstandarden har också till följd att allt färre sjuka av bostadstekniska skäl hindras att bo kvar hemma. Fortfarande återstår dock ett väsentligt förnyelsearbete för att öka bostädernas tillgänglighet t ex genom hissinstallationer.

Ett hinder för sjukas kvarboende i hemmet har ansetts vara det förhållandet att det blivit allt mer ovanligt att anhöriga på grund av arbete utom hemmet eller på grund av skilda bostadsorter och dylikt kunnat åtaga sig skötseln av sjuka i hemmet. Under högkonjunkturen med överhettad arbetsmarknad var det svårt att ersätta anhörigas insatser genom professionell arbetskraft. Behovet av sådana insatser överskattades också genom jämförelse med institutionsförhållanden, där patienternas egna resurser ofta tillvaratogs dåligt.

Uppenbart är att utvecklingen går mot väsentligt mer sjukvård i hemmet inte bara när det gäller långvarigt sjuka utan också för fortsatt vård efter akutsjukvård eller förlossning. Men en förutsättning för en sådan utveckling är förbättrad service, där läkare och annan sjukvårdspersonal finns tillgänglig vid behov även under helger och nätter.

Liksom vid alla förändringar måste man emellertid se upp med att vad som är en förbättring för många inte ytterligare framhäver olikheten eller rent av missgynnar befolkningsgrupper som inte har likartade förutsättningar. Trots alla förbättringar av bostadsstandarden kommer det säkerligen alltid att finnas hushåll, där förutsättningar för sjukas kvarboende är mycket dåliga. Vårdorganisationen och vårdpraxis måste utformas med hänsyn härtill.

Utvecklingen har gått och fortsätter att gå mot en uppluckring av gränsen mellan sluten och öppen vård. Sjukhusverksamheten framstår idag förenklat som sammansatt av tre funktioner – klinikläkarnas verksamhet med diagnosticering och behandling av patienter (i öppen, halvöppen eller sluten vård), medicinska serviceavdelningarnas verksamhet (med närvarande patienter eller med insända prover) samt en hotellfunktion (inklusive omvårdnad). Diagnos, terapi, omvårdnad, rehabilitering och resurser härför är det väsentliga. Hotellfunktionen får relativt mindre betydelse, även om sängplatsen i många fall är nödvändig för vården.

De personella och i viss mån de tekniska resurserna för verksamheten måste tillmätas större betydelse än antalet sängar. För länssjukvården innebär utvecklingen att vårdplatsbehovet minskar betydligt men samtidigt att de patienter som är omhändertagna i sluten vård får genomsnittligt större behov av kvalificerade insatser för utredning och behandling.

Det allmänt ökande intresset för sjukdomsförebyggande åtgärder och landstingens nytillkomna ansvar inom det hälsopolitiska området måste givetvis påverka även verksamheten inom länssjukvården. Visserligen är de förebyggande åtgärderna i huvudsak en uppgift för primärvården, men detta gäller i första hand befolkningsinriktade åtgärder och den generella tillämpningen av individinriktade åtgärder. När det gäller den forskningsanknutna utvecklingen och tillämpningen i speciellt komplicerade fall har länssjukvården en viktig roll liksom i orsaksuppspårande verksamhet.

Vi vet att vi betalar ganska mycket för hälso- och sjukvård. Enligt gjorda opinionsundersökningar är dock en majoritet t o m beredd att betala högre

skatt, för att få en ännu bättre hälso- och sjukvård. Man har emellertid anledning utgå från att trots denna allmänt positiva inställning finns ett starkt krav på att dess resurser skall användas effektivt och öka tillgängligheten och kontinuiteten.

För allmänheten torde det inte ha någon betydelse hur kommunalskatten och kostnaderna för vårdåtgärder fördelas mellan landsting och primärkommun. Det viktiga är att resurserna behövs och används så att inte de hjälpbehövande kommer i kläm mellan stridiga förvaltningsintressen. Den fortgående utflyttningen av vården från institutioner ut i samhället ställer krav på ordnade samarbetsformer mellan primärkommunerna och landstingen.

Allmänhetens intresse sammanfaller ofta med "lokalpatriotism" när det gäller fördelning av sjukvårdsresurser inom ett landsting eller en sjukvårdsregion. Sjukvårdsanläggningar, särskilt akutsjukhus, innebär i allmänhetens medvetande direkt sysselsättning för många människor. Därtill kommer att ett akutsjukhus anses höja ortens servicegrad och därigenom medverka till att göra orten attraktiv. Eventuella förändringar av verksamheten vid en sjukvårdsanläggning kräver därför sakligt klarläggande information i förväg om innebörd och konsekvenser för att kunna genomföras med framgång.

God hälsa är något alla önskar. Allmänt förebyggande åtgärder mot ohälsa måste därför tillmätas stor betydelse. Hälso- och sjukvården har samlade kunskaper om hur, var och när ohälsa uppstår. Kraven på att hälso- och sjukvården skall medverka till att sjukdom eller skada inte uppstår har därför vuxit sig allt starkare.

Vi anser det viktigt att de vårdsökandes behov och förväntningar i än högre grad kan tillgodoses i utformningen av 90-talets vårdstruktur. Sjukvårdshuvudmännen måste kontinuerligt kunna ompröva befintlig verksamhet och försöka hitta nya vägar till en ännu effektivare och bättre service, som kan ge patienten förtroende, kvalitet och trygghet.

I enlighet med de hälso- och sjukvårdspolitiska målen och kraven, såsom de framgår av hälso- och sjukvårdslagen, av andra uttalanden av statsmakterna och av sjukvårdshuvudmännens beslut innebär detta

- att befolkningens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser skall styra fördelningen av resurserna, såväl de sjukvårdande som de förebyggande insatserna
- att vårdinsatserna skall förläggas så nära befolkningen som möjligt i anslutning till boende och arbete
- att vårdinsatserna skall ges på lika villkor för landets hela befolkning samt
- att man skall ta tillvara möjligheterna att arbeta förebyggande genom allmänt inriktade och individuellt inriktade åtgärder samt i samverkan med andra samhällsektorer.

Dessa mål och krav leder till

- att den sjukhuslokaliserade vården bör koncentreras till sådan vård som ställer krav på tillgång till vårdplats för observation, övervakning, särskilt resurskrävande diagnostik och behandling eller utpräglat specialistkunnande

- att den decentraliserade vården byggs ut, särskilt då landstingens primärvård, så att den kan överta betydande delar av sjukhusens hittillsvarande vårdfunktioner samt
- att de lokala vårdfunktionerna från de olika vårdgivarna samordnas så att bästa möjliga resursfördelning uppnås.

6.3 En utbyggd primärvård

6.3.1 Bakgrund och inriktning

I nuläget används en betydande del av länssjukvårdens resurser för vårduppgifter som bör skötas av primärvården och socialtjänsten. Detta minskar utrymmet för den kvalificerade vård som länssjukvården är avsedd för.

- Aktuella studier av hur sjukvården utnyttjas visar att mellan 30 och 50 procent av de patienter som söker akutsjukhusens öppna vård hade kunnat tas om hand utanför sjukhusen.
- Många långtidssjuka skulle kunna skrivas ut från akutsjukhusen om det fanns tillräckliga resurser för sjukvård i hemmet och väl fungerande boendeservice. I andra fall hade en lämpligare vårdnivå varit bostäder med god tillgänglighet (t ex hiss), vård vid sjukhem eller gruppbostäder i primärvårdsområdena.
- En utbyggd primärvård i samarbete med socialtjänsten är viktig för människor med psykiska störningar. Många psykiatriska vårdinsatser kan ske inom eller i samarbete med primärvården.

För att länssjukvården skall kunna vidareutvecklas krävs därför att verksamheten i högre grad än nu kan inriktas på de arbetsuppgifter som kräver akutsjukhusets resurser. Detta förutsätter en utveckling av primärvården, som i Sverige är betydligt mindre utbyggd än i andra jämförbara länder.

Medan det i Sverige går nio sjukhusspecialister på en allmänläkare är motsvarande relationstal för USA sex, för England tre och för de nordiska länderna tre till fyra specialister per allmänläkare. Förhållandet mellan antalet allmänläkare och antalet sjukhusläkare har ändrats föga under den senaste tioårsperioden. Bristen på resurser inom primärvården har skapat uppenbara vårdproblem bl a i form av

- överbelastade akutmottagningar med många patienter som borde ha tagits omhand utanför sjukhusen,
- väntetider till vissa av sjukhusens specialiteter och vårdcentralernas mottagningar samt
- bristande kapacitet när det bl a gäller sjukvård i hemmet samt lokal sjukhemsvård.

Landstingen har således endast i begränsad omfattning kunnat erbjuda befolkningen en fungerande vårdkedja där primärvården svarar för det basala omhändertagandet.

För att bättre kunna utnyttja landstingens samlade vårdresurser krävs därför betydligt ökade primärvårdsinsatser jämfört med nuläget. De primärvårdsresurser som landstingen hittills haft att tillgå har i regel ej varit dimensionerade att klara vårdansvaret i sina upptagningsområden. I flera landsting är dock primärvården redan relativt väl utbyggd. Enligt landstingens planer förutsätts en fortsatt utveckling komma att ske under 1980- och 1990-talen.

Det finns under de följande 10-15 åren rekryteringsmässiga förutsättningar för en sådan förändring av vårdstrukturen. För närvarande utbildas bortåt 400 specialister i allmänläkarvård årligen. Allmänläkaren har sådan utbildning att denna kan svara för vård under god kontinuitet vid det stora flertalet hälsoproblem och för hälsoövervakning av olika befolkningsgrupper.

En av primärvårdens huvuduppgifter är att med en överenskommen och samordnad fördelning gentemot andra primära vårdgivare tillgodose befolkningens behov av basal sjukvård. Det måste därför finnas en hög medicinsk kompetens för att klara vården av alla de vanliga akuta och kroniska sjukdomar och besvär som befolkningen söker vård för. Sjukdomspanoramat i primärvården omfattar således ett brett spektrum av sjukdomar och funktionsrubbningar från kroppens alla organsystem. En betydande andel av patienterna har dessutom symtom eller besvär som inte direkt kan återföras till någon bestämd sjukdomsdiagnos, men där bl a psykosociala faktorer kan vara av stor betydelse. Så långt det finns kompetens hos personalen och tekniska förutsättningar för diagnostik och behandling skall patientansvaret kontinuerligt ligga kvar hos primärvården.

Primärvårdens personal möter ofta patienten upprepade gånger för olika problem under loppet av en längre tidsperiod och får därigenom en ingående kännedom både om de medicinska problemen och om de sociala villkoren. I primärvårdens vardagsarbete ingår som en naturlig del att stödja patientens egenvård.

Från ett stort antal studier från vårdcentraler vet vi att akuta infektioner, speciellt i luftvägarna, allergiska besvär, psykiska och nervösa problem, funktionsrubbningar i mag-tarmkanalen, inflammationer och förslitningar i muskler och leder samt mindre olycksfall, t ex sårskador, hör till de vanligaste problemen i primärvården. Flertalet patienter med folksjukdomar som högt blodtryck och andra hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och reumatiska sjukdomar behandlas också i mycket stor utsträckning på denna vårdnivå.

För patienter med sammansatta vårdbehov har primärvården ofta en nyckelroll när det gäller att samordna olika vårdinstansers arbete. Med tillgång till en samlad information om patientens hälsotillstånd och de olika vårdinstansernas insatser är det primärvårdens uppgift att svara för överblick och kontinuitet.

Hälsovård för mödrar och barn liksom viss gynekologisk vård är väsentliga delar av primärvårdens arbete. De hälso- och sjukvårdande insatserna i primärvården, bl a den rådgivande och uppsökande verksamheten vid vårdcentraler och distriktsmottagningar som utföres av andra personalkategorier än läkare, främst distriktssköterskorna, är omfattande.

I studien "Vårdutnyttjande, ett mått på ohälsa" (Spri-rapport 158:1983) har vårdutnyttjandet studerats inom olika kommuner i Västerbotten. Man

fann härvid ett klart samband mellan befolkningens närhet till sjukhus och den andel av läkarbesöken som gjordes på sjukhus. Man kan också visa i vissa studier att antalet läkarbesök vid sjukhus påverkas av tillgången på läkare i primärvården. Ju färre primärvårdsläkare som finns desto större andel av befolkningen vänder sig till sjukhusens mottagningar. Storleken av sjukhusens öppna vård beror därför inte enbart på närheten till sjukhuset utan även på bristande resurser i primärvården.

6.3.2 Kunskapskrav

Avgörande för primärvårdens trovärdighet och tilltro hos allmänheten är att denna vård har en hög medicinsk kvalitet och att primärvården har god kännedom om lokalsamhället och befolkningen.

- Allmänmedicin är det kunskaps- och färdighetsområde som utgör grunden för att primärt handlägga oselekterade medicinska problem och för att ansvara för hälsotillståndet i en avgränsad befolkning. I sin kliniska funktion använder allmänmedicinen diagnostiska och terapeutiska metoder från olika medicinska verksamhetsområden. Därutöver arbetar allmänmedicinen med epidemiologiska metoder för att identifiera hälsorisker och hälsoproblem i befolkningen. Primärvårdens kompetens vidgas också genom olika specialistkunskaper. Den organisatoriska anknytningen för andra specialistläkare än allmänmedicinare i primärvården bör avgöras med hänsyn till lokala förhållanden.
- Kunskaper i primärvården måste också hämtas från främst länssjukvårdens specialister. Detta kan åstadkommas genom att specialister direkt ingår i primärvården. En annan möjlighet är att knyta konsulter till primärvården, vilket ger möjligheter till betydande flexibilitet vad gäller typ och omfattning av specialistmedverkan.
- Länssjukvården har ett viktigt ansvar när det gäller att föra ut nya kunskaper och färdigheter till primärvården i respektive upptagningsområde. Vårdprogram, arbete i lokala läkemedelskommittéer och gemensamma utbildningsprogram är exempel på aktiviteter som är betydelsefulla för att höja kompetensen i primärvården. Konsultmedverkan i primärvården från specialister kan också utformas på ett sätt som ger en betydande fortbildningseffekt.

6.3.3 Vårdens tillgänglighet

Primärvårdens lokalt utbyggda servicefunktioner är av avgörande betydelse för att hälso- och sjukvården på ett medicinskt tillfredsställande sätt skall kunna svara inte bara för vardagssjukvårdens olika problem utan också för akuta ingripanden vid olycksfall och hastiga insjuknanden. Det är därför viktigt att det medicinska kunnandet inom sådana områden upprätthålls och utvecklas i primärvården.

För att vinna tilltro måste primärvården förutom en god medicinsk kvalitet vara lätt tillgänglig för områdets befolkning. Det är av stor betydelse att primärvården har tillräcklig kapacitet att klara befolkningens behov av akut vård för sådana sjukdomar och besvär som inte kräver sjukhusresurser.

Kraven på tillgänglighet i primärvården innebär att det måste vara lätt att få kontakt med vårdcentralen per telefon och lätt att få tid hos läkare eller annan personal under hela dagen. Möjligheter till besökstider även på kvällar och helger bör finnas också för icke akuta besvär. Primärvårdens tillgänglighet på likartade villkor för alla kan ökas genom utsträckt mottagningstid på kvällar, så att även personer med lång väg till arbetet eller med särskilda arbetstider har möjlighet att komma till mottagningen utan att ta ledigt från arbetet. De har då större möjligheter att upprätthålla kontakten med bostadsortens vårdcentral i stället för att söka hjälp i närheten av arbetsplatsen.

Besöksstatistik från landstingen visar att 30-40 procent av alla besök hos allmänläkare är akutbesök. Primärvårdens jouransvar gäller såväl under vanlig mottagningstid som under kvällar och helger och omfattar såväl läkare som andra personalkategorier, främst sjuksköterskor.

Det finns studier, som visar hur sjukhusens akutmottagningar i stor utsträckning fått ersätta en dåligt utbyggd primärvård. Erfarenheter från vårdcentraler med utbyggd primärvård visar att en betydande avlastning av akutsjukvården kan ske. I en studie i ett storstadsområde fann man att av samtliga akuta läkarbesök vid ett länsdelssjukhus och vårdcentralerna i samma upptagningsområde skedde två tredjedelar av akutbesöken i primärvården. Vidare fann man att en fjärdedel av akutbesöken på sjukhusets akutmottagning skulle ha kunnat klaras i primärvården. I ett av vårdcentralsområdena hade andelen av befolkningen som under ett år sökt sjukhusets akutmottagning minskat med 30 procent under en treårsperiod. I upptagningsområdet för en centralt belägen vårdcentral i en storstad med hög andel äldre visades att befolkningens utnyttjande av sjukhusens akutmottagningar minskat med upp till 40 procent sedan primärvården byggts ut 1979.

Inom primärvården har utvecklats särskilda vårdrutiner för att förbättra vårdens tillgänglighet, t ex den s k Lerummodellen för vårdplanering. Dessa rutiner som fått en stor spridning innebär bl a att vårdcentralens sjuksköterskor har öppen telefontid hela arbetsdagen. De ansvarar för tidsbokning och för en omfattande rådgivningsverksamhet. I många fall kan lämpliga råd för egenvård ersätta ett läkarbesök. Andra gånger kan mottagningssköterskorna direkt per telefon ge råd till patienten om att besöka läkarmottagningen och ange tidpunkt härför eller hänvisa patienten till annan vårdinstans, t ex länssjukvården eller socialtjänsten. Tillgängliga läkartider vid vårdcentralen bokas in efter en särskild prioriteringsordning som innebär att patienterna kan erbjudas tid hos läkare, samma dag eller senare, efter vårdbehov (brådskegrad). Olika lång tid kan också reserveras för patienter med olika behov. Systemet innebär också att mottagningen tar ett aktivt ansvar även för de patienter som behöver regelbundna återbesök genom att dessa får särskild kallelse i förväg. Genom en ändamålsenlig tidsplanering både av de akuta besöken och av återbesöken kan onödiga väntetider på mottagningarna undvikas.

Här bör understrykas den roll som primärvårdens distriktssköterskor har. Dessa har en omfattande besöksverksamhet utan någon tidsbeställning. Distriktssköterskorna kan förutom de råd och den behandling de själva ger också förmedla kontakter både till vårdcentralens läkare och till länssjukvården.

6.3.4 Kontinuitet i vården

God kontinuitet, som under lång tid varit en av de vägledande principerna för primärvårdens utbyggnad, har i den nya hälso- och sjukvårdslagen blivit ett krav som ställs på hela hälso- och sjukvården.

För många av primärvårdens patienter är det av stor betydelse att kunna få kontakt med läkare, distriktssköterska eller annan personal som de känner tillit för och i onödan slipper upprepa sin sjukdomshistoria. I primärvårdens arbete ligger att ge en personlig och kontinuerlig vård över längre tidsperioder, när det gäller flertalet av de sjukdomar och besvär som förekommer.

Möjligheterna att vid upprepade kontakter kunna träffa samma läkare, sjuksköterska eller annan personal begränsas dock, både på sjukhus och i primärvård, av en ofta hög personalomsättning och deltidstjänstgöring m m. Det måste dock, särskilt inom primärvården alltid vara en strävan att organisera verksamheten så att största möjliga kontinuitet i vården kan uppnås. Även om man inte heller i primärvården alltid har möjlighet att varje gång erbjuda samma läkare ger de oftast små mottagningarna möjlighet till vårdkontinuitet inom en liten grupp av läkare och övrig sjukvårdspersonal.

Frågor om kontinuitet i patienters kontakt med personal inom hälso- och sjukvården har under senare år ägnats stor uppmärksamhet i den vårdpolitiska debatten och i olika utredningar. Bland annat har kontinuitetsutredningens betänkande (SOU 1978:74) blivit föremål för riksdagsbehandling med anledning av propositionerna 1978/79:178 och 1979/80:116. Bland de förslag som lades fram i sistnämnda proposition och som bifölls av riksdagen, ingick anvisning av medel till Spri för utvecklingsinsatser i syfte att förbättra kontinuiteten och stimulera utbyggnaden av primärvården.

Spri-rapport 145/83 behandlar frågor och innehåller förslag som gäller dels patienters möjligheter till kontinuitet: kontakten med primärvårdens personal vid besök på mottagning, vid dagsjukvård och sluten vård vid sjukhem, dels samverkan mellan primärvård och andra vårdverksamheter när en patient behöver hjälp och stöd från olika håll.

Insatser för att öka möjligheterna till en god kontinuitet ingår som en viktig del i utvecklings- och förändringsarbetet inom primärvården. Det är nödvändigt att mer i praktisk verksamhet genomföra de åtgärder som är erforderliga för att säkerställa en god kontinuitet i vården.

6.3.5 Sjukvård i hemmet och vård vid lokala sjukhem

En utbyggd närservice av hälso- och sjukvård som innebär ökad tillgänglighet och trygghet medför större möjligheter för människor att vistas i en naturlig hemmiljö vid olika sjukdomstillstånd. Detta kan antingen gälla i den egna bostaden eller i någon serviceform i hemortskommunen. Härvid skapas möjligheter till en minskning av sluten vård och en övergång till service och stöd i en för människan normalare livssituation.

Ett av de arbetsfält där primärvårdens insatser måste utökas väsentligt är framför allt vården av de långtidssjuka i hemmen. De långtidssjuka, oftast äldre, som utgör en förhållandevis liten del av befolkningen svarar för

huvuddelen av all sjukhusvård. Dessa patienter bör i största möjliga utsträckning beredas vård i hemmen.

Från ett flertal landsting finnes nu erfarenheter av hur en ökad satsning på sjukvård i hemmet och vård vid sjukhem eller gruppbostad inom primärvården i samverkan med socialtjänsten och länssjukvården kan innebära betydande mänskliga och samhällsekonomiska vinster.

I Olofström har primärvårdens insatser för de långtidssjuka studerats inom ramen för det s k PILO-projektet. Där har etablerats en ny organisation för samarbete mellan primärvård, socialtjänst och länssjukvård (områdesgrupper). Primärvården har betydligt utökat sina insatser i hemsjukvården och i serviceboende och vid de lokala sjukhemmen. Primärvårdens befogenheter omfattar bl a in- och utskrivning vid sjukhem och beviljande av hemsjukvårdsbidrag.

I förhållande till folkmängden och åldersfördelningen i området behövde färre långtidssjukvårdsplatser utnyttjas än andra områden i långvårdskliniken upptagningsområde efter genomförandet av organisationen. En total kostnadsbesparing hade också erhållits. Erfarenheterna från Olofström redovisas bl a i Spri-rapporten 149:1983.

I ett flertal landsting pågår liknande arbeten för att öka primärvårdens insatser i hemsjukvården. Det är angeläget att olika former för sjukvård i hemmet och omhändertagandet av långtidssjuka utvecklas.

6.3.6 Lokal samverkan

Primärvården förutsätts arbeta inom geografiskt begränsade områden. Med hänsyn till den samverkan i arbetet, som erfordras med bl a primärkommunala myndigheter och andra organisationer på primärkommunal nivå, är primärkommunen i de flesta fall ett lämpligt geografiskt område. Med tanke på de skillnader som finns mellan områdena inom en storstads- respektive landsbygdskommun är det lämpligt att dela upp de större kommunerna i flera områden för primärvård.

Spri har i rapport 147:1983 (Primärvårdens organisation) redovisat landstingens möjligheter att på kommunnivå tillsätta särskilda nämnder med lokalt ansvar för hälso- och sjukvården inom kommunen. I rapporten understryks bl a kravet på att det måste finnas en primärvårdsledning, såväl på förtroendemannaplanet som på tjänstemannaplanet, som känner lojalitet med primärvårdens idé och som är beredd att arbeta för dess förverkligande. Sådana lokala primärvårdsnämnder har införts i flera landsting. Härigenom ökas kunskaperna om och närheten till hälso- och sjukvården bland de politiska beslutsfattarna. Den eftersträvade resursstyrningen mot primärvård underlättas. Den lokala kopplingen medför också att "hälsohänsyn" kan tas även utanför hälso- och sjukvårdsorganisationen. Härigenom underlättas slutligen en naturlig samverkan med annan primär service som ges till invånarna inom ett begränsat område, t ex socialtjänst, arbetsvård, skola och sådan som lämnas av lokala intresseorganisationer.

Primärvården har en rad viktiga arbetsuppgifter i samverkan med kommunen, främst socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsmarknadsinstituten (AMI) när det gäller social och medicinsk rehabilitering av bl a arbetslösa och långvarigt sjuka. I de flesta kommuner finns organiserade

former för samverkan i rehabiliteringsfrågor (bl a s k FAS- och Rehabgrupper). Det finns ett behov av ökade primärvårdinsatser på detta område.

Det behövs också en närmare samverkan mellan primärvården och företagshälsovården. Det finns således ett stort behov av sjukvårdsinsatser från primärvården för de anställda inom företagen.

Primärvårdens arbete med att systematiskt kartlägga och analysera hälsodata för befolkningen inom det egna primärvårdsområdet är en av de avgörande grunderna för dess allmänt och samhälleligt inriktade medverkan i det förebyggande arbetet. Det bildar grund för en aktiv samverkan med andra instanser i primärkommunerna – t ex miljö- och hälsoskyddsnämnden – och med ideella organisationer i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande syfte. Exempel på sådana arbetsuppgifter och arbetsformer för primärvården ges i HS 90-rapporterna med underlag för hälsopolitiskt handlingsprogram mot skador och mot hjärt- och kärlsjukdomar (SOU 1984:42 och 43), i underlagsstudien Hälsopolitik i samhällsplaneringen (SOU 1984:44) samt i Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet (SOU 1984:46).

6.3.7 Primärvårdens samverkan med länssjukvården

Hälso- och sjukvård som inte nödvändigtvis kräver akutsjukhusens specifika resurser skall heller inte förläggas dit. Vidare bör specialister inom länssjukvården kunna förlägga en del av sin verksamhet utanför sjukhuset. En avlastning av länssjukvården är nödvändig för att slutenvårdens specialistvård ska kunna fortsätta att utvecklas.

Primärvården skall se till att de patienter som behöver tillgång till länssjukvård också får sådan vård. Detta förutsätter att samarbetet mellan primärvården och länssjukvården fungerar väl. På samma sätt måste det finnas fungerande rutiner för att överföra patienter från länssjukvården till primärvården när sjukhusets resurser inte längre behövs.

Den fortsatta utvecklingen av primärvården är starkt beroende av samverkan mellan primärvård och länssjukvård. Sjukvårdshuvudmännen har hitills försökt styra och påverka verksamheten genom tilldelning av resurser. Erfarenheterna har emellertid visat att verksamheten inte kan styras och utvecklingen inte kan påverkas enbart genom anvisandet av resurser. Utökade resurser för primärvården leder inte utan vidare till ändrad fördelning av uppgifterna mellan primärvård och sjukhusvård. Det krävs därför också riktlinjer för arbetsfördelning mellan vårdenheterna. Sådana riktlinjer måste utformas i samförstånd och i samverkan. En förutsättning för arbetsfördelningen bör vara att varje vårdenhet skall ha sig tilldelat vissa vårduppgifter. Det bör därför finnas lokala överenskommelser om arbetsfördelning mellan vårdcentralerna och sjukhusens olika kliniker. I den mån vårdprogram upprättas bör dessa ange vilken arbetsfördelning som skall gälla.

En omfördelning av arbetsuppgifter mellan kliniker och primärvård förutsätter kunskaper vid respektive kliniker och vårdcentraler om hur vården fungerar. Gemensamma inventeringar av den öppna vården vid vårdcentraler och på sjukhusmottagningar är därför en viktig del av verksamhetsplaneringen i ett sjukvårdsdistrikt. Sådana gemensamma

patientinventeringar kan ge viktiga utgångspunkter för förändrad arbetsfördelning.

Sådana studier har på senare tid genomförts på olika håll i landet. I flera fall har arbetet lett fram till utarbetande av gemensamma riktlinjer för hur arbetet skall fördelas mellan primärvård och sjukhuskliniker. Exempel på sådana gemensamma riktlinjer har redovisats i Spri-rapport 148:1983.

I socialstyrelsens underlag för vårdprogram, som nu föreligger för ett flertal sjukdomstillstånd, anges ofta riktlinjer för hur arbetet kan delas upp mellan allmänläkare och andra specialister. Sådana centralt utarbetade förslag till arbetsfördelning är viktiga grunddokument för de lokala diskussioner som måste föras för att man skall kunna komma överens om hur arbetsuppgifterna skall fördelas.

6.3.8 Den teknologiska utvecklingen

Den medicinskt tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården är utomordentligt snabb. Det kommer ständigt nya hjälpmedel för diagnos och behandling. Detta gör det nödvändigt att av kostnads-, säkerhets- och kunskapsskäl koncentrera användningen av sådan apparatur. Användningen av diagnostik och behandling, som kräver dyrbar och komplicerad apparatur liksom speciella kunskaper och färdigheter hos personalen, bör koncentreras till de större sjukhusen.

Det finns dock också utvecklingslinjer som går i den riktningen att diagnostiken i större omfattning och med god precision kan utföras inom primärvården utan att sjukhuslaboratorier behöver ianspråktagas. Detta gäller t ex mikrobiologi, immunologi och klinisk kemi.

Utvecklingen av direkta kommunikationer, även med bildmedium, kan komma att innebära att man inom primärvården i framtiden kan komma att få direkt kontakt med en sjukhusbaserad specialist och för denna kunna demonstrera sjukdomsfynd i t ex hud, ögon, trumhinnor etc. EKG-signaler kan lätt överföras till specialistcentral för tolkning. Härigenom kan man snabbt få underlag för diagnos eller behandling.

Införandet av datorer och terminaler inom hälso- och sjukvården bör allmänt kunna underlätta kommmunikationerna mellan olika enheter så att den vårdsökande patienten inte behöver uppsöka mer än en vårdenhet. Inom t ex mödrahälsovården är en tänkbar utveckling att ultraljudsdiagnostik av foster och livmoder kan ske genom att signalerna överförs till en central, som direkt återför resultatet till den lokala primärvårdsenheten.

Utvecklingen av lokalt användbara och tillräckligt säkra diagnostiska metoder bör underlätta för primärvården att utöka sitt ansvar i 90-talets perspektiv, men kräver samtidigt att uppmärksamheten på sekretess- och integritetsproblemen skärps.

Den nya datortekniken med mini- och mikrodatorer skapar nya förutsättningar för registrering av sjukdomar och skador och för hälsoplanering på primärvårdsnivå.

6.4 Sammanfattning av primärvårdens ansvar och uppgifter

Mot bakgrund av det tidigare anförda sammanfattas i det följande primärvårdens uppgifter. Primärvården skall därvid

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

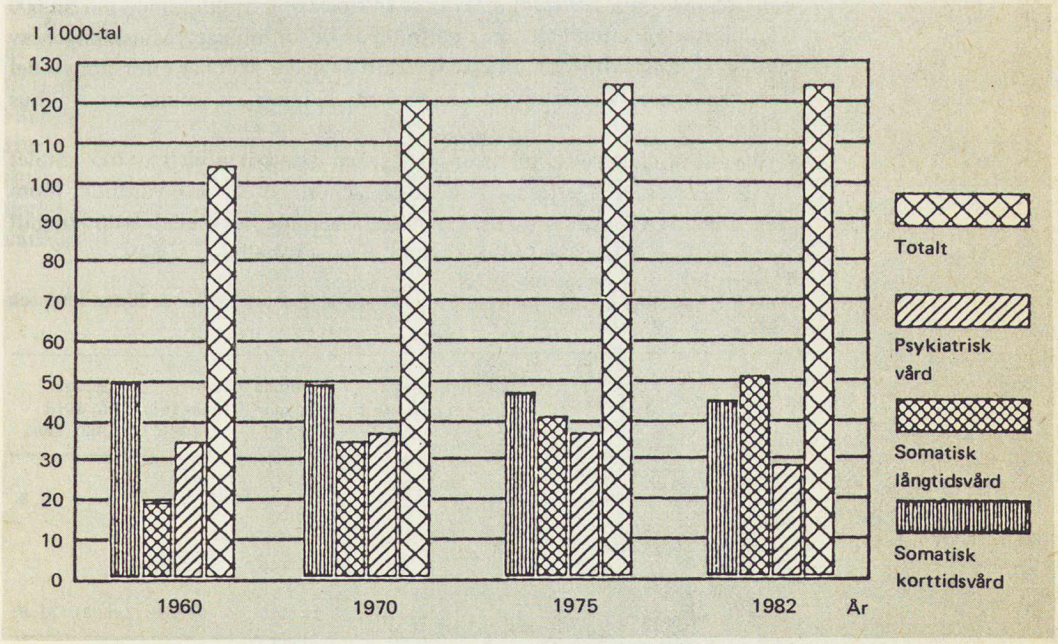
7 Länssjukvårdens långsiktiga utveckling

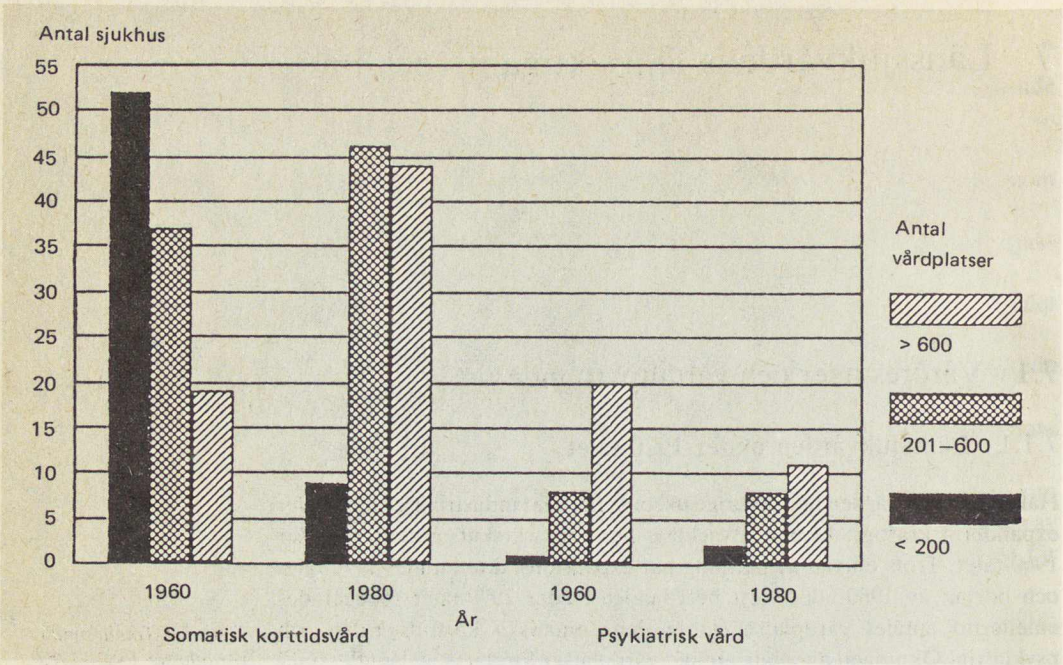
7.1 Vårdresurser och vårdutnyttjande

7.1.1 Länssjukvården under 1970-talet

Hälso- och sjukvården har i Sverige liksom i flertalet industrialiserade länder expanderat kraftigt. Denna utveckling har varit särskilt markerad under 1960-talet. Trots en viss avmattning har expansionstakten under 1970-talet och början av 1980-talet varit betydande. Under 1970-talet reducerades emellertid antalet vårdplatser inom den somatiska korttidsvården och psykiatrin. Ökningen av totala antalet vårdplatser förklaras av långtidssjukvårdens utbyggnad (Figur 7.1).

Figur 7.1 Totala antalet vårdplatser 1960–1982
Källa: SOU 1984:48





Figur 7.2 Sjukhus, antal och storlek, 1960 och 1980
Källa: SOU 1984:48

Akutsjukhusen har blivit färre men större. År 1960 fanns 52 sjukhus som hade högst 200 vårdplatser för huvudsakligen somatisk korttidsvård. 20 år senare fanns endast 9 sjukhus kvar i den storleken. Sjukhus med fler än 600 vårdplatser hade under samma period mer än fördubblats. Minskningen av antalet stora sjukhus för psykiatrisk vård är delvis skenbar eftersom en del före detta mentalsjukhus inlemmats som kliniker vid somatiska sjukhus (Figur 7.2).

Trots minskningen av antalet vårdplatser har det varit möjligt att öka antalet intagna patienter. Detta har kunnat ske genom allt kortare vårdtider inom den somatiska korttidsvården. Inom detta område har medelvårdtiden gått ner från 14,2 dagar 1960 till 8,8 dagar 1981. (Tabell 7.1).

Tabell 7.1 Antalet intagna patienter, antalet vårddagar och medelvårdtider 1960 och 1981

	Antal intagna patienter (1000-tal) 1960	1981	Antal vård-dagar (1000-tal) 1960	1981	Medel-vårdtid 1960	1981
Somatisk korttidsvård	930	1 367	13 169	11 998	14,2	8,8
Somatisk långtids-sjukvård	27	69	6 139	16 566	–	–
Psykiatrisk vård	42	125	12 446	9 261	(296,3)	(73,9)

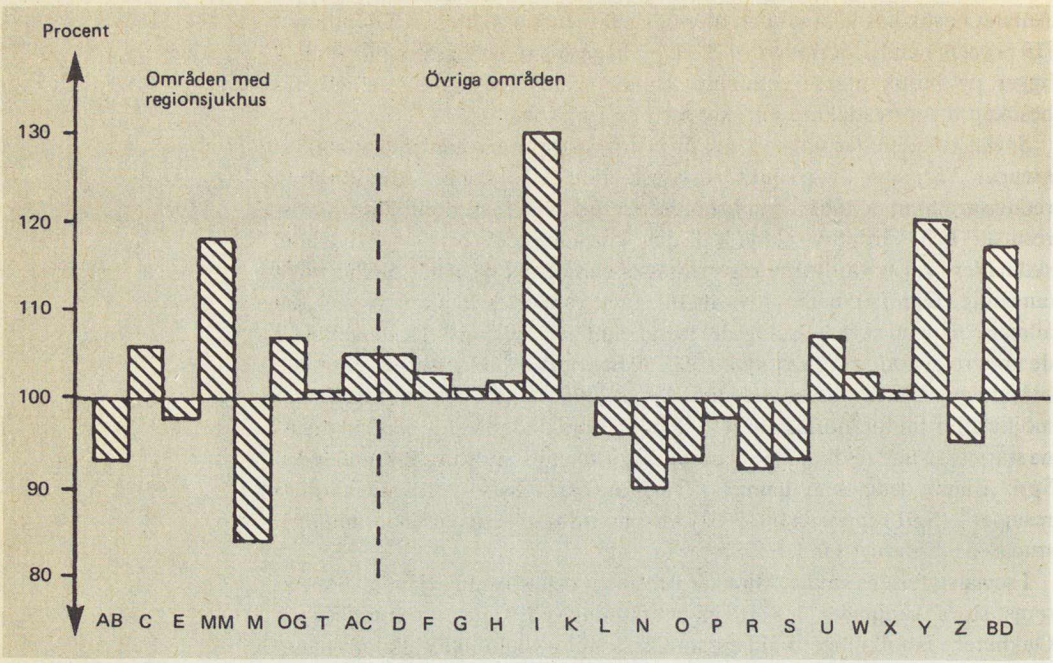
Källa: SOU 1984:48

Antalet besök hos läkare i den offentliga vården har ökat med 3,3 miljoner (19 procent) under perioden 1973–1982. Den större delen av denna ökning ligger på besök utanför sjukhus. Under samma period har emellertid besöken hos privatläkare minskat med ca 1 miljon.

Socialstyrelsen har sedan några år bedrivit ett projekt under samlingsbegreppet "Studier över sjukvårdskonsumtion". I serien Socialstyrelsen redovisar nummer 1981:1 publicerades en förstudie med titeln "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande". I den konstaterades mycket betydande skillnader i val av vårdform, resursinsatser och vårdutnyttjande mellan olika landsting. Därefter har redovisats ett antal rapporter bl a två studier om allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi samt barnsjukvård. I samband med de underlagsstudier som gjorts för HS 90 har också sjukvårdskonsumtionen behandlats. Dessa studier redovisas i en separat volym: Länssjukvården – möjligheter till förändring (SOU 1984:48). Som underlag för bedömningarna står också undersökningar och studier gjorda av Landstingsförbundet och Spri. Bland dessa kan nämnas "Hur utnyttjas hälso- och sjukvårdens resurser" (Spri-rapport 116:1983) och Landstingsförbundets konsumtionsstudie av vårdutnyttjandet 1982.

I socialstyrelsens studie "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande" konstateras stora skillnader i vårdens omfattning på sjukvårdsområdesnivå. Olikheter i befolkningens ålderssammansättning eller olika sjukdomspanorama, har inte kunnat konstateras som orsaker till dessa skillander. När det gäller ålderssammansättningen är förhållandena snarast mer gynnsamma ur vårdsynpunkt i områden med större tillgång på vårdplatser. Det har heller inte noterats några säkra belägg för avgörande skillnader ifråga om sjukdomspanorama.

Skillnader på omkring 20 procent i tillgången på vårdplatser utjämnas inte av resurser inom alternativa vårdformer. Någon kompensation för en lägre tillgång på vårdplatser inom somatisk korttidsvård i form av större antal vårdplatser inom långtidsvård har inte kunnat noteras. I HS 90:s underlagsstudie "Länssjukvården – möjligheter till förändring" konstateras att skillnaderna i vårdplatstillgång inom den somatiska korttidsvården ökat mellan 1977 och 1981 samtidigt som riksnivån minskat från 5,2 till 4,7 vårdplatser per 1 000 invånare.



Figur 7.3 Vårdplatstillgång inom somatisk korttidsvård[1]) per 1 000 invånare år 1981 efter korrigering för vårdplatser som tillkommer/avgår p g a avtal och överenskommelser i förhållande till riksgenomsnittet (=100).

Källa: SOU 1984:48

Jämförelser på sjukvårdsområdesnivå indikerar således betydande skillnader. Flera studier har också visat att konsumtionen av sluten vård inom ett enskilt sjukvårdsområde kan uppvisa betydande variationer när jämförelser görs på kommunnivå.

Även i Landstingsförbundets konsumtionsstudie av sluten vård 1982 konstateras, liksom i tidigare refererade studier, att skillnaderna i vårdkonsumtionen förmodligen inte bestäms i första hand av de medicinska behoven, utan snarare av faktorer som tillgång på sluten vård, avstånd till vårdinrättning och utbyggnaden av primär omvårdnad.

Totalt ligger Stockholms läns landsting och Göteborgs kommun högst med 11 procent respektive 10 procent över det värde som kan förväntas utifrån respektive åldersstruktur. Låga konsumtionstal har Halland samt Kristianstads, Malmöhus och Gävleborgs läns landsting. Uppgifter har även tagits fram som visar konsumtionen för kommunerna inom varje landsting. Gruppen med de högsta värdena ligger 50 procent över dem med de lägsta värdena.

I Spris tidigare nämnda analys av resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården har utvecklingen under 1970-talet analyserats fram till och med 1981. Vidare har vårdutnyttjande, hälsoproblem och kostnader år 1980 jämförts per sjukvårdsområde. Denna jämförelse visar att svensk sjukvård idag rymmer högst varierande vårdalternativ, men att utvecklingen av vårdbehov och ekonomi ställer ännu större krav på förändringar inom hälso- och sjukvården under 1980-talet än hittills. Analysen visar vidare att någon ensidig satsning på öppen vård inte skett i landstingsområdena. Möjligheten att få sluten vård är ungefär densamma som tidigare. Vårdtiderna har emellertid genomsnittligt blivit kortare. Inom den somatiska akutvården har

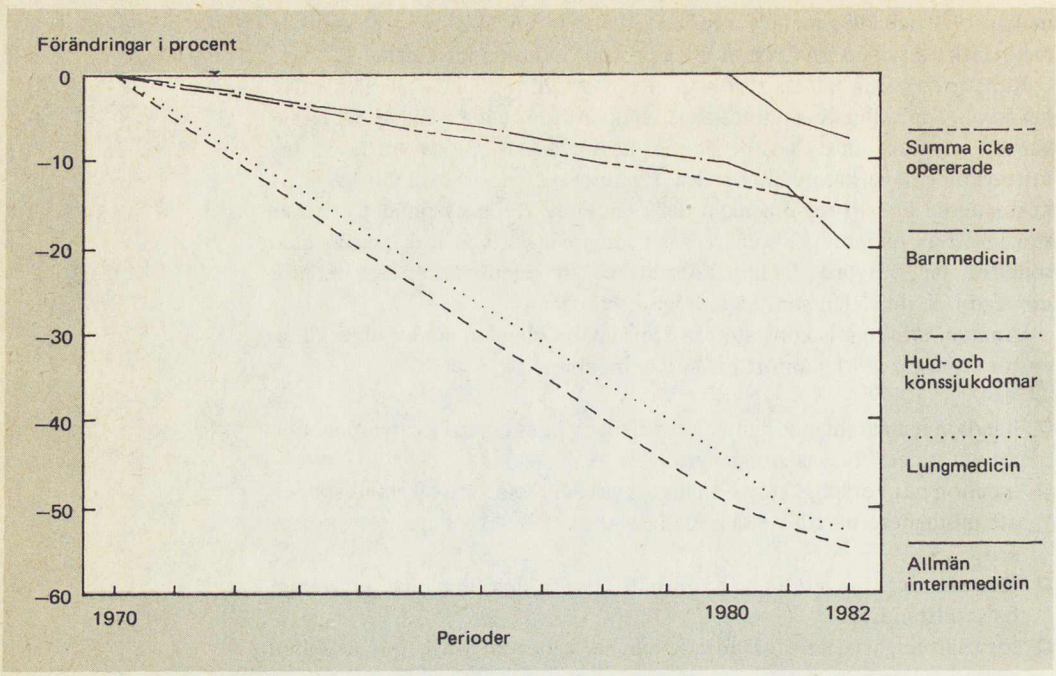
[1]Vårdplatser för medicinsk och kirurgisk korttidsvård. Exklusive "övriga platser" (allmän vård, medicinsk rehabilitering, lättvård, akutmottagning, intagningsavdelning, ej klinikfördelad vård och tekniska platser).

mellan 1970 och 1981 medelvårdtiderna förkortats med 27 procent inom de medicinska disciplinerna och med 13 procent inom de kirurgiska.

Rapporten visar på en stor variation i vårdutnyttjandet mellan olika landsting. Samtidigt konstateras att de sjukvårdsområden som har det lägsta vårdutnyttjandet inte har de lägsta kostnaderna. Dessa torde i stor utsträckning påverkas av hur vården organiseras. Faktorer som inverkar på kostnaderna är bl a regionsjukvårdens andel av vårdutnyttjandet och hur stor andel av patienterna som vårdas i somatisk korttidsvård jämfört med somatisk långtidsvård. Vidare konstateras att primärvården var mindre utbyggd i de områden som hade höga kostnader.

Sammanfattningsvis konstateras i Spris analys bland annat att utvecklingen för svenskar 1981 jämfört med 1970 inneburit att

- han/hon har samma möjlighet att vid behov bli intagen i akutvården men att vårdtiden blir väsentligt kortare,
- han/hon har betydligt större chans att vid behov få vård av en läkare och att möjligheterna till detta sedan 1980 ökat snabbast utanför sjukhusen,
- förutsättningarna att få vård förbättrats för dem som har ett sämre hälsotillstånd,
- förutsättningarna är oförändrade när det gäller att vid behov få sluten somatisk långtidsvård,
- möjligheterna att få en ålderdomshemsplats eller servicelägenhet minskat något,
- det blivit lättare att få hemsjukvård,
- hälso- och sjukvården ställt allt större krav på den enskilde som skattebetalare.



Figur 7.4 Procentuell ökning/minskning av antalet vårdplatser vid vissa kliniktyper för icke opererande somatisk korttidsvård 1970–1982 enligt den formella klinikindelningen

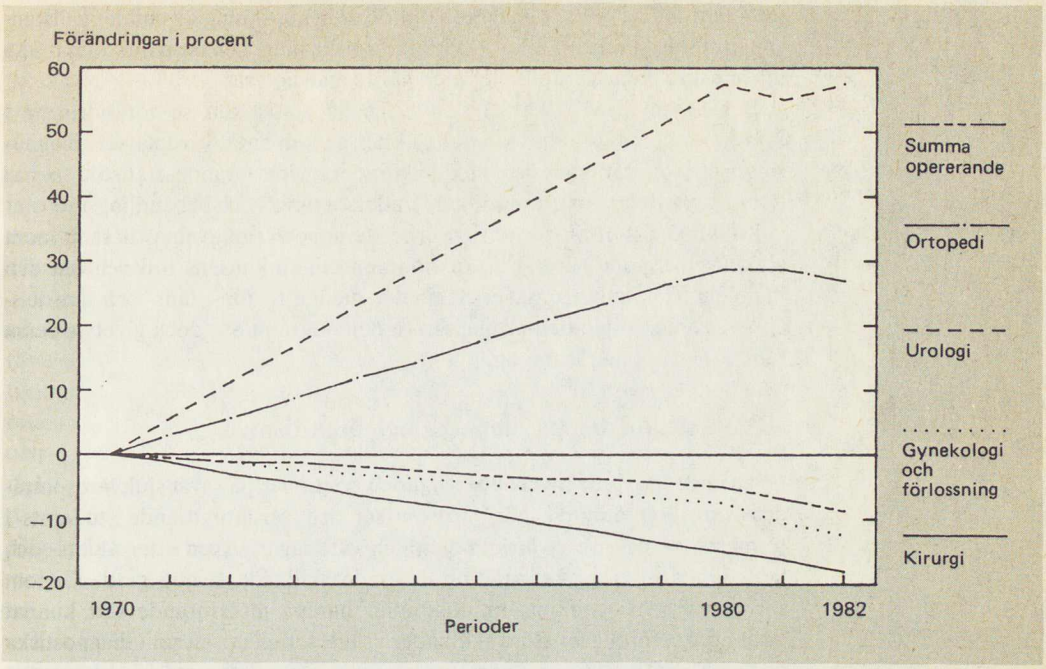
Källa: SOU 1984:48

Underlagsstudien "Länssjukvården – möjligheter till förändring" visar att den totala volymen vårdplatser inom somatisk korttidsvård var tämligen stationär fram till början av 1970-talet. Mellan 1970 och 1982 har den successivt reducerats med cirka 13 procent. Det är framför allt på gruppen icke opererande specialiteter som minskningen faller. Även om totalantalet vårdplatser inte har ändrats särskilt mycket har dock betydande förändringar skett på verksamhetsområdesnivå under den senaste 20-årsperioden.

Av denna studie framgår också att betydande nedskärningar av vårdplatsantalet har genomförts inom lung- och infektionssjukvården, i första hand genom att nästan alla tidigare sanatorier och fristående infektionssjukhus lagts ned eller fått ändrad vårdinriktning. Flertalet övriga icke opererande specialiteter fick framför allt under 1960-talet ett utökat antal vårdplatser. Medicinsk barnsjukvård och hud- och könssjukvård visar emellertid sedan början av 1970-talet en successiv vårdplatsminskning. Mellan 1980 och 1982 visar även allmän internmedicin en tämligen stor minskning. Utvecklingen framgår av figur 7.4.

De opererande specialiteternas totala vårdplatsantal har i stort sett legat på samma nivå under 1960- och 1970-talen. Mellan 1970 och 1982 redovisas en total minskning med 11 procent och betydande förskjutningar mellan specialiteterna, vilket framgår av figur 7:5. Bl a har ett stort antal vårdplatser och vårduppgifter överförts från allmänkirurgi till ortopedisk kirurgi. Den största procentuella ökningen svarar den urologiska kirurgin för.

I underlagsstudien bekräftas den generella trenden att vårdtillfällena ökar samtidigt som vårddagar och medelvårdtider minskar inom flertalet specialiteter. Vårddagsminskningen följer tämligen väl vårdplatsförändringarna.



Figur 7.5 Procentuell ökning/minskning av antalet vårdplatser vid vissa kliniktyper för opererande somatisk korttidsvård 1970–1982 enligt den formella klinikindelningen.

Källa: SOU 1984:48

Läns- och länsdelssjukhusen har under mycket lång tid svarat för huvuddelen av den svenska hälso- och sjukvårdsservicen. Under denna period har främst internmedicin och allmänkirurgi sörjt för en stor del av såväl specialistkrävande sjukvård som mer rutinbetonade sjukvårdsåtgärder. År 1982 fanns över hälften av vårdplatserna inom allmän intermedicin respektive allmän kirurgi vid länsdelssjukhusen.

Inom det internmedicinska området har den behandlingsmässiga och tekniska utvecklingen lett till en specialisering med en koncentration av många av den klassiska invärtesmedicinens patienter till specialkliniker vid de större sjukhusen. En utbyggd öppen vård utanför sjukhusen har tagit över många arbetsuppgifter, som hittills legat på medicinkliniken. Utvecklingen har också bidragit till att insjuknandet i flera svårare sjukdomar förskjutits till högre åldrar. Den utbyggda omvårdnaden av äldre har här tagit över delar av vården.

På liknande sätt har förutsättningarna för den specialiserade kirurgiska vården förändrats. Eftersom denna verksamhet ofta är resurskrävande har utvecklingen krävt en koncentration till större enheter med tillgång till kirurger med profilerade kunskaper, avancerad teknisk utrustning och en välutvecklad medicinsk service.

Samtidigt har en betydande förskjutning från allmänkirurgi till ortopedisk- och urologisk kirurgi ägt rum under 1970-talet, vilket visas i socialstyrelsens studie "Allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi – Kirurgrapporten", PM 52/83. Dessa specialiteter har också bildat egna kliniker vid flera av de större sjukhusen. I kirurgstudien konstateras bl a en betydande minskning av antalet operationer på magsäcken och antalet galloperationer. Under

perioden 1973-1979 har en cirka 40-procentig minskning av antalet gallstensoperationer skett. Även för övriga kirurgiska mag- och tarmsjukdomar kan ett minskat antal vårdtillfällen och vårddagar noteras.

Det är relativt lätt att i den officiella statistiken se förändringar i konsumtionen av sluten vård vid sjukhus genom antal vårdplatser, diagnosmönster, operationer och medelvårdtider. Motsvarande statistik saknas dock i stora delar om förändringar i undersöknings- och behandlingsmönster vid sjukhus, t ex för laboratorier, arbetsterapi och sjukgymnastik samt inom sjukhusens öppna vård. I diskussionerna om sjukhusens roll och om den lämpliga fördelningen av verksamheter mellan region-, läns- och länsdelssjukhus å ena sidan och primärvård å den andra måste dock givetvis dessa funktioner uppmärksammas.

7.1.2 Skillnader på diagnos- och åtgärdsnivå

Ovan har redovisats mycket betydande variationer på såväl sjukvårdsområdes- som kommunnivå när vårdresurser och vårdutnyttjande studerats i termerna vårdplatser, vårdtillfällen och vårddagar. Även efter ålders- och könsstandardisering kvarstår observerade skillnader i hög grad. Genom socialstyrelsens vårdkonsumtionsstudier har på motsvarande sätt kunnat visas att det föreligger stora skillnader i såväl terapeutiska som diagnostiska åtgärder när jämförelser görs mellan olika sjukvårdsområden alternativt mellan olika kliniker. Även betydande förändringar i vårdpanoramat kan iakttas i det korta perspektiv som hittills varit tillgängligt för studierna via den centrala patientstatistiken. Underlagsstudien redovisar ett flertal sådana exempel ur vårdkonsumtionsstudierna.

I förstudien (Socialstyrelsen redovisar 1981:1) visas beträffande kvinnosjukvården hur skillnader i frekvensen operationer i öppen vård har stor effekt på intagningsfrekvensen i sluten vård. Inom vissa sjukvårdsområden med relativt många gynekologiska vårdplatser görs också fler operationer i sluten vård. Gynekologiska operationer gjordes vidare i mycket växlande frekvens i olika sjukvårdsområden. Indikationerna för många typer av ingrepp befanns vara långt ifrån enhetliga.

I kirurgirapporten (Socialstyrelsens PM 52/83) konstateras att stora variationer oftast kan noteras mellan olika sjukvårdsområden när faktiskt antal vårdtillfällen ställs i relation till förväntat antal. Vård vid "akutdiagnoser" visar i regel de minsta skillnaderna, medan däremot spridningen är stor för flertalet studerade cancerdiagnoser. I vilken grad vård vid annan klinik i sistnämda fall förklarar skillnaderna har endast studerats ett år, utan att man fann att sådan vård utjämnade skillnaderna.

Medelvårdtiderna för de studerade diagnoserna visar variationer, som i vissa avseenden är anmärkningsvärt stora. En generell minskning av medelvårdtiden under perioden har noterats. Mycket stora skillnader mellan vissa sjukvårdsområden kvartstår dock för en del diagnoser, framför allt cancerdiagnoser med långa medelvårdtider. Detta förhållande är svårtolkat. Skiftande policy och praktiska förutsättningar i fråga om eftervård kan här vara en del av förklaringen. Förutom förändringar i operationsfrekvenser över tiden har anmärkningsvärda variationer noterats mellan sjukvårdsområden och mellan olika typer av sjukhus.

Ur studien om barnsjukvård kan noteras att de stora variationerna i vårdutnyttjande både totalt och för enskilda diagnoser tydligt pekar på att vårdpolicyn skiljer sig åt mellan olika områden. Detta gäller framför allt sådana diagnoser där indikationerna för inläggning kan vara relativa t ex infektionssjukdomar och vård av nyfödda. Inom vissa områden är den relativa andelen sluten vård stor för många diagnoser. Vissa barnkliniker bedöms ha ett patientunderlag som är i minsta laget med tanke på optimalt personalutnyttjande och möjligheter att bibehålla säkerhet och kvalitet i vården.

Inom det medicinska serviceområdet har hittills endast områdena röntgen-ultraljud-isotoper varit föremål för en mer ingående granskning. Av studien (Socialstyrelsens PM 41/83) framgår att den konventionella röntgendiagnostiken drar störst andel av kostnaderna för diagnostisk radiologi. 80 procent av redovisade åtgärder omfattar undersökning av skelett, rörelseorgan, lungor och hjärta. Data om undersökningsfrekvenser i landets olika sjukvårdsområden visar att det finns mycket betydande skillnader för flertalet vanliga röntgenåtgärder. Detta torde till stor del bero på skiftande kliniska rutiner. Någon annan förklaring är svår att finna till variationer på över 100 procent mellan olika sjukvårdsområden när det gäller vissa typer av undersökningar.

Köerna till den slutna vården uppvisar också stora skillnader mellan olika sjukvårdsområden och olika kliniker. Dessa kan inte förklaras av olikheter i befolkningstruktur eller vårdplatstillgång. En tänkbar förklaring förutom organisatoriska brister kan vara skiftande tillgång till andra resurser, t ex operationskapacitet, anestesipersonal och postoperativa resurser. Mycket talar för att det som kan kallas vårdpolicy, d v s personalens och kanske i första hand läkarnas bedömning av hur tillgängliga resurser bör användas, förklarar en stor del av variationerna.

Vad gäller effekten av hur vården organiseras är det särskilt tankeväckande att konstatera att den mycket snabbt ökande hjärtkirurgiska vård, som kunnat registreras vid de fyra centra som bedriver sådan verksamhet, kunnat ske med blott obetydliga resurstillskott. Denna utveckling bör jämföras med hur splittrad den tunga allmänkirurgin är i landet. I tabellen 7.2 exemplifieras fem tunga ingrepp. För fyra av dem görs högst tio ingrepp per år vid merparten av landets sjukhus. I tabellen redovisas antalet sjukhus med hänsyn till frekvenser av ingrepp år 1979.

Tabell 7.2 Antal sjukhus fördelade med hänsyn till frekvensen ingrepp vid vissa diagnoser år 1979

Diagnos	Antal ingrepp per år					Summa sjh
	0	1–5	6–10	11–19	20–w	
Cancer i magsäck	5	40	13	6	0	64
Cancer i grovtarmen	1	4	11	22	26	64
Cancer i ändtarmen	1	22	15	21	5	64
Giftstruma	10	25	14	8	7	64
Sår på tolvfingertarmen	5	27	14	11	7	64

Källa: SOU 1984:48

I kirurgirapporten konstateras att det vid relativt många sjukhus utförs endast enstaka ingrepp per år för vissa tyngre operationer. Detta medför att antalet ingrepp fördelat på antalet specialistkompetenta kiruger i landet blir mycket få. Utvecklingen innebär att ett ökande antal allmänkirurgiska specialister har fått ett minskande antal "allmänkirurgiska" operationer samt en minskande andel av ortopedkirurgiska och urologiska operationer att dela på. Detta faktum måste få konsekvenser både för framtida utbildning och för organisationen av den kirurgiska vården.

Vi anser det angeläget att säkerställa en tillfredsställande vårdkvalitet, bl a genom ett tillräckligt stort patientunderlag för verksamheten. Det är därför nödvändigt att behandlingsarbetet samordnas inom respektive sjukvårdsområde alternativt region.

7.2 Organisation och samverkan

7.2.1 Vägar till förnyelse av länssjukvården

I den fortsatta utvecklingen av länssjukvården är målet att höja kvaliteten, bland annat genom att tillföra länssjukvården mer specialiserad kunskap. Även om länssjukvårdens totala verksamhetsvolym måste begränsas finns goda möjligheter till att förverkliga detta mål. Detta till följd av att resurser kan frigöras i takt med primärvårdens utbyggnad, bland annat genom den pågående och planerade utbyggnaden av i huvudsak sjukhemsvård och sjukvård i hemmet. Detta förutsätter en delvis förändrad vårdstruktur samt ett effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser liksom en omprövning av ej prioriterade verksamheter. I underlagsstudien (SOU 1984:48) framhålls också de vinster som kan uppnås i fråga om medicinsk kvalitet och säkerhet genom en förändring och omprövning av hittillsvarande verksamhet. En viktig uppgift för huvudmännen är således att pröva flera vägar för att förnya länssjukvården. I det följande redovisas några tänkbara utvecklingslinjer.

7.2.2 Medicinska och tekniska utvecklingsbehov

Genom den omfattande medicinska forskningen och utvecklingen av behandlingsmetoder, främst vid regionsjukhusen, föreligger ständigt möjligheter till att genomföra förbättringar i diagnostik och behandling samt i det medicinska omhändertagandet.

En följd av utvecklingen är att många undersökningar, som tidigare var komplicerade, smärtsamma eller till och med omöjliga, nu kan göras relativt enkelt och skonsamt för patienten. Kända exempel på detta är datortomografen för undersökning av bland annat hjärnans hålrum och ultraljudsundersökning för fosterövervakning.

I studierna över vården inom olika sektorer har bland annat utvecklingsbehoven belysts. I programmet om rörelseorganens sjukdomar behandlas behovet av resurser för ledkirurgi och reumatiska sjukdomar. Penetrationen av den aktiva uremivården förutser en viss ökning av de totala resursanspråken. Motsvarande gäller också för den öppna hjärtkirurgin, som granskats på

liknande sätt. Inom till exemepel ögonsjukvården kan ny teknik inom glaskroppskirurgin förutsättas medföra en stegrad efterfrågan på resurser för att tillgodose behoven.

En systematisk inventering skulle ge ytterligare exempel på underförsörjda områden. En ny genomgång om 5-10 år kommer sannolikt att ge andra exempel. Till följd av den vetenskapliga och medicinsk-tekniska utvecklingen kommer det alltid att uppstå nya situationer präglade av större möjligheter och ofta större efterfrågan än vad sjukvården förmår möta. Under en begränsad anpassningstid kan den synliga följden härav bli resursbrist, organisationsdefekter och köer.

En viss del av den ökade resursefterfrågan som uppkommer till följd av ny teknik och förbättrade behandlingsmetoder kan åtgärdas genom tämligen marginella resurstillskott. Andra kommer däremot att kräva systematiska åtgärder och omfattande omdisponering av resurserna. Mot bakgrund av de hälso- och sjukvårdspolitiska ambitionerna är det nödvändigt att genomföra en ökad systematisk omprioritering av befintliga medicinska verksamheter. Läns- och regionsjukvården måste ha en ökad beredskap till omdisponering av resurserna, dels för att snabbare kunna sprida nya metoder, dels för att förhindra uppkomsten av långa och oönskade kösituationer.

Den tekniska utvecklingen har tidvis gått mycket snabbt. Under de senaste decennierna har de medicinska landvinningarna varit stora. Den tekniska utvecklingen har medfört att man behövt centralisera sjukvården inom de områden där den nya tekniken är dyrbar och kräver kontinuerlig verksamhet för att hålla kompetensen uppe hos användarna. På andra områden har den tekniska utvecklingen lett till att verksamheter kunnat decentraliseras beroende på att apparaturen förenklats och blivit förhållandevis billig.

Det är svårt att förutse i vilken takt den medicinska teknologin kommer att utvecklas. Erfarenheten visar dock att man hittills ofta varit för försiktig, när man bedömt möjligheterna till utveckling av nya metoder och ny apparatur. Detsamma gäller bedömningen av effekterna av såväl metoder och apparatur under utveckling som av vidareutveckling av redan etablerad verksamhet. För att vår hälso- och sjukvård skall kunna bibehållas på en hög nivå krävs en stor öppenhet för nya tekniska och medicinska landvinningar och en kritisk granskning av nuvarande verksamhet och utrustning.

Ett utökat utvärderings- och utvecklingsarbete inom länssjukvården är nödvändigt för att analysera problem, utveckla och utnyttja nya möjligheter samt för att ge underlag för planeringsarbete. Utvecklingsarbetet bör vara knutet till verksamheten och inriktat på att modernisera vården och tillse att nya metoder anpassas i samverkan med primärvård och regionsjukvård. Utbildningsfrågorna samt möjligheterna att genom lokala vårdprogramaktiviteter bedriva arbetet inom ramen för ett för regionen fastställt program bör därvid beaktas. En sådan utveckling bör eftersträvas särskilt när det gäller uppföljningen av patienter. Detta kan medföra att uppföljningsverksamheten skulle kunna ske lika effektivt som för närvarande och sannolikt med mindre resurser och med färre resor för patienten. Sannolikt skulle ett gemensamt utvecklingsarbete inom regionen medföra ett förbättrat kunskapsunderlag och ge nya impulser och möjligheter till effektivisering av huvudmännens verksamheter genom att åstadkomma nya rutiner och system eller väsentligen förbättra redan existerande sådana.

7.2.3 Vidgning av sjukhusens traditionella roll

Den undersökande och behandlande verksamheten är grundläggande för alla sjukhus. Länssjukvårdens kunskaper har hittills endast i begränsad omfattning utnyttjats i det hälsopolitiska arbetet, som t ex inom trafikolycksfallsområdet och inom barn- och kvinnosjukvården. Det är viktigt att länssjukvården engageras positivt i ett vidgat förebyggande arbete inom olika områden och att sjukhusens personella och tekniska resurser i ökad utsträckning används för bland annat hälsobefrämjande åtgärder och för att bedöma och påverka olika miljöfaktorer.

Genom att länssjukvården förutsätts arbeta mer orsaksuppspårande får sjukhusets personal en vidgad roll. Medverkan i hälsoarbetet förutsätts till stor del ske genom konsultverksamhet till primärvården och till de organ utanför hälso- och sjukvården, som har en stor del av ansvaret för samhällets hälsopolitiska åtgärder.

Länssjukvårdens medverkan för att skydda och förbättra hälsan måste räknas som lika viktigt som arbetet med att återställa hälsan om den skadats. Det är betydelsefullt att detta beaktas vid utformningen av den lokala organisationen.

7.2.4 Effektivare resursutnyttjande

För- och nackdelar med nuvarande klinikstruktur och specialinriktade vårdavdelningar bör allt mer ställas under debatt. I framtiden torde hotellfunktionen vid sjukhusen komma att förändras på grund av såväl ekonomiska skäl som möjligheten att bättre ta om hand patienterna. Gemensamma vårdavdelningar, där man vårdar patienter efter deras omvårdnadsbehov oavsett medicinsk åkomma, kommer att ge nya möjligheter. För framför allt den äldre befolkningen som upptar huvuddelen av vårdplatserna inom flera enheter är vårdbehovet efter den akuta sjukdomsfasen ofta likartat, oavsett om man har haft en fraktur på lårbenet, är hjärtsjuk eller har genomgått en galloperation. Målet med att förändra klinikstrukturen måste vara att bättre garantera en helhetssyn på patienten såväl medicinskt som ur omvårdnads- och rehabiliteringssynpunkt. Denna typ av organisation skapar bättre möjligheter för olika specialister att lära av varandra och att samverka kring patienten.

Speciellt vid mindre sjukhus med ett minskat vårdplatsantal där enheterna blir så små att de driftsekonomiskt inte går att försvara medger en ändrad klinikstruktur ökad möjlighet till bibehållande av verksamheten och till inläggningsmöjligheter för ett utökat antal öppenvårdsspecialiteter. Men även på större sjukhus torde det bli aktuellt att såväl utifrån patienternas situation som utifrån behovet av att effektivisera vårdplatsutnyttjandet pröva möjligheterna till samordning med andra enheter.

För att kunna genomföra denna typ av förändring krävs självfallet en annan utbildning hos personalen och ett vårdlagsarbete på vårdavdelningarna. Exempel från Västra Frölunda, som har en gemensam vårdavdelning för tio olika specialiteter, visar också på positiva sidor för personalen med att betjäna olika specialiteter genom att arbetet blir mer intressant och man undviker en ensidig specialisering.

Den undersökning som Spri genomfört av 5-dygnsvård visar att de flesta sjukvårdshuvudmän har denna vårdform i drift vid någon eller några vårdavdelningar. I storstadsområdena förekommer denna vårdform vid flera olika enheter. Bland annat danska erfarenheter visar att en god planering och framförhållning krävs för att 5-dygnsvården skall utvecklas till något positivt. Stora krav ställs på planeringen av vården och koordineringen av vårdplatsutnyttjandet. Detta innebär ytterligare effektivitetsvinster på grund av den strikt planerade verksamheten. Hittillsvarande erfarenhet tyder på att en stor del av vårdplatserna, till följd av låg beläggning på grund av kraftigt reducerad verksamhet under helger, beräknas kunna disponeras för 5-dygnsvård.

Den här tänkta övergången till en ny organisationsform för hotellfunktionen bör underlätta för de specialiteter, främst allmänkirurgi och internmedicin, som för närvarande har cirka hälften av sina vårdplatser vid länsdelssjukhusen, att genomföra den minskning av vårdplatsantalet som är nödvändig. Detta bör emellertid också gälla för kvinno- och barnklinikerna. En övergång till sådan planerad vård ger helt nya förutsättningar för den specialiserade vårdens sätt att fungera men kräver samtidigt en utveckling av planerings- och bokningssystem liksom översyn av rutiner för intagning, vårdåtgärder och vårdtidslängd.

Bland faktorer som påverkar hotellfunktionen kan nämnas

- fortsatt övergång till behandling och utredning i öppen vård
- minskade spännvidder i medelvårdtid för samma diagnos
- översyn av rutiner för intagning m m
- snabbare utslussning av klinikfärdiga patienter, speciellt långtidssjuka
- åtgärder i primärvården för att förebygga behov av sluten sjukvård
- införandet av möjlighet till tidig hemgång efter förlossning
- ökade möjligheter till vård utanför sjukhus i livets slutskede
- förbättrad eftervård utanför sjukhus
- gemensamma vårdavdelningar
- 5-dygnsvård.

I Sverige sker mer än hälften av patientbesöken vid de sjukhusanslutna mottagningarna. Detta innebär att lokal- och personalresurserna för detta ändamål är betydande vid landets sjukhus. I takt med överförandet av öppen vård till mottagningar utanför sjukhusen bör sjukhusmottagningarnas organisation och omfattning ses över.

I allmänhet är personalbemanningen, exklusive läkare, relativt konstant under hela veckan. Besöksfrekvensen varierar emellertid starkt både under dagen och mellan olika veckodagar. Detta innebär att lokaler och personal ej utnyttjas optimalt. I likhet med vad som angivits för effektiviseringen av hotellfunktionen bör olika vägar prövas för att höja utnyttjandet av mottagningsresurserna, bl a genom gemensamma enheter för flera specialiteter.

Jourverksamheten är en viktig och resurskrävande del av hälso- och sjukvården. Denna syftar till att varje patient som behöver akut sjukvård dygnet runt skall kunna erbjudas den vård som omständigheterna kräver vid varje vårdtillfälle. HSL innehåller inte några specifika bestämmelser om

jourverksamheten. Om man tillgodoser de allmänna målen för hälso- och sjukvården, kravet på god vårdkvalitet och kravet på medicinskt ledningsansvar har landstingskommunerna frihet att organisera denna liksom vården i övrigt med hänsyn till de lokala förhållandena. Just i fråga om jourverksamheten torde de lokala förhållandena – geografiska och andra – vara av särskild betydelse.

Jourservicen bör organiseras utifrån förutsättningen att minska antalet jourlinjer, att anordna samjour och att anpassa jourdimensioneringen efter belastningen under olika tidsintervaller liksom att öka joursamverkan mellan primärvård och länssjukvård så långt som det ger praktiska fördelar. Av stor betydelse för länssjukvården är en ökad beredskap inom primärvården att svara för akutsjukvård och jourtjänstgöring. En förutsättning är att primärvården får tillräckliga resurser för att under dagtid klara av det stora flertalet akut vårdsökande samt genom förlängt öppethållande på kvällarna, beredskap och särskild jourverksamhet vid jourcentraler och liknande minska tillströmningen av jourfall till sjukhusens akutmottagningar.

7.2.5 Samverkan med primärvården

En begränsning av länssjukvårdens resurser och en utbyggnad av primärvården leder inte automatiskt till en ändrad fördelning av arbetsuppgifterna mellan de båda vårdnivåerna. Det räcker således inte enbart att försöka styra och påverka verksamheten genom resursprioritering. Särskilda samverkansformer behövs med riktlinjer för arbetsfördelningen mellan länssjukvård och primärvård. Arbete med sådan samverkan sker på olika håll i landet.

För att tillförsäkra patienterna en förbättrad kontinuitet och helhet i vårdservicen bör sådana samverkanssystem utformas gemensamt av personal inom olika delar av hälso- och sjukvården. På länsplanet bör finnas en samordningsgrupp med uppgift att utveckla samverkan mellan primärvård och länssjukvård. På samma sätt bör det enskilda sjukhuset tillsammans med de i upptagningsområdet ingående primärvårdsområdena etablera ett fast organisatoriskt samarbete. Tillskapandet av övergripande regler för samverkan mellan länssjukvårdens och primärvårdens personal är således av central betydelse för den fortsatta utvecklingen.

Ett samverkanssystem kan bl a innefatta

- utarbetande av lokala överenskommelser om arbetsfördelningsprinciper mellan olika vård-, behandlings- och laboratorieenheter – hit räknas också rekommendationer om läkemedelsval m m av läkemedelskommittéer
- utarbetande av vårdprogram med riktlinjer gällande innehållet i och organisationen av den vård och service som skall erbjudas människor med viss sjukdom
- praktiska regler för omhändertagande i primärvård av inom länssjukvården färdigbehandlade patienter och former för remittering av patienter i båda riktningarna
- formerna för konsultmedverkan såväl avseende vård som utbildning och omfattning av denna.

Hälso- och sjukvårdens budgetsystem är vidare av stor betydelse för möjligheterna att påverka verksamheten i önskvärd riktning. En utvecklingslinje är en övergång till system med primärvårdsbudgetering. Ett sådant system innebär att den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten i princip ställs till primärvårdens förfogande, som utöver det primära vårdansvaret därvid också ges ett totalt ekonomiskt ansvar för invånarnas vårdutnyttjande. Primärvården betalar således enligt ett givet system för den vård som sker utanför primärvårdens egna resurser, i likhet med det system som idag gäller för utnyttjandet av regionsjukvård och utomlänssjukvård.

Utveckling av budget- och redovisningssystem som ger stöd för en omstrukturering bör genomföras både som centrala utredningar och lokal försöksverksamhet. En viktig utgångspunkt är Landstingsförbundets nya förslag till kontoplan. Redovisning av prestationer är ett annat område där centrala insatser redan initierats genom Spri.

7.2.6 Sjukvårdsregional samverkan

Länssjukvårdens möjligheter till en höjd vårdstandard är i hög grad beroende av en regional samverkan. Regionsjukvårdsutredningen uttalade bland annat att en betydande uppgift för regionsjukvården i framtiden är konsultverksamhet gentemot länssjukvården. Realiserandet av regionsjukvårdsutredningens förslag om nya och utvidgade samarbetsformer mellan vårdnivåerna skulle medföra en ökad möjlighet att ge patienter en fortsatt vård inom länssjukvården. Den ekonomisering som ett sådant samarbete skulle kunna innebära skapar samtidigt sannolika möjligheter till en ökning av vårdvolymen.

Av speciellt intresse är således att vid sidan av den reguljära regionsjukvården kraftigt satsa på en konsultverksamhet gentemot länssjukvården, vad gäller såväl patientvårdande som utbildande verksamhet. Likaså bör läkare och annan personal i ökad utsträckning kunna få inhämta kunskaper och vidgade erfarenheter samt träning vid införande av nya behandlingsmetoder i länssjukvården genom tjänstgöring vid regionsjukhusen.

En grund för utvidgad regional samplanering har lagts genom tillskapandet av samverkansnämnderna inom regionsjukvården. På samma sätt som mellan länssjukvård och primärvård bör övergripande överenskommelser om samverkan träffas beträffande konsultverksamhet, remisser, utbildnings- och utvecklingsverksamhet, regionala vårdprogram och utgångspunkter för ett gemensamt handlingsmönster.

7.3 Vårdstruktur och ansvarsområden

7.3.1 En vårdkedja

Den strukturmodell som HS 80 redovisade innebär att hälso- och sjukvården byggs upp av tre funktionsområden, som vardera har ett särskilt ansvarsområde. Detta innebär att de mest frekventa sjukvårdsbehoven tillgodoses inom primärvården. Sjukvårdsbehov som är mindre frekventa och som ställer större krav på specialiserad kunskap och teknisk utrustning tillgodoses inom

länssjukvården samt de i dessa avseenden mest krävande men samtidigt relativt sällsynta sjukdomstillstånden hänvisas till regionsjukvården. Några skarpa gränser finns inte och bör inte heller finnas mellan dessa vårdnivåer. All hälso- och sjukvård bör ses som en sammanhängande verksamhet, en vårdkedja, där de olika länkarna är sammankopplade med varandra. Arbetsfördelningen i vårdkedjan skall i första hand syfta till att ge rätt vård på rätt vårdnivå.

Det är befolkningens behov av vård som skall vara avgörande för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser. Därför ges hög prioritet åt utbyggnaden av sjukvården utanför sjukhusen i form av hemsjukvård, lokala sjukhem, öppen vård m m, inordnade i en lokal primärvårdsorganisation. Samtidigt krävs emellertid ett bibehållande och utvecklande av kvalificerad vård på läns- och regionnivå vad avser bland annat medicinsk säkerhet och särskilt krävande diagnos- och behandlingsmetoder. Utvecklingen går därför dels mot en utbyggnad av närsjukvård och omvårdnad när det gäller primär hälso- och sjukvårdsservice dels mot en större koncentration av de särskilt kostnads- och teknikkrävande vårdresurserna.

Enligt utredningsdirektiven skall HS 90 huvudsakligen behandla den somatiska korttidsvården inom länssjukvården. Beträffande den psykiatriska vården kan bl a med ledning av den nyligen av Landstingsförbundet, socialstyrelsen, Spri och Svenska kommunförbundet gemensamt framtagna "Psykiatri i samverkan" konstateras följande.

Av det nya synsättet på psykiatrin följer att det psykiatriska arbetsområdet behöver avgränsas. Den tidigare inriktningen av psykiatrin att långvarigt ta hand om psykiskt sjuka och avvikande personer inom en egen särorganisation måste brytas. Psykiatrin bör ha samma ställning som övriga länsspecialiteter vad gäller kontakter och samverkan med primärvård och med andra organ i samhället som socialtjänst, arbetsvård m fl.

Länssjukvårdens huvudsakliga psykatriska arbetsuppgifter omfattar de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och kompetenser som primärvården inte förfogar över, inkluderande bland annat psykiatrisk dygnet-runt-vård. I vissa fall är kravet på behandlingskontinuitet av särskilt stor betydelse inom psykiatrin, vilket kan göra att behandling i öppen vård behöver fortsätta inom länssjukvården även mellan upprepade perioder av psykiatrisk slutenvård.

I flera landsting har en utveckling påbörjats med att en vårdenhet inom länssjukvården får det samlade psykatriska vårdansvaret för ett avgränsat upptagningsområde (sektorisering). Inom några landsting har man prövat en organisation med viss psykiatrisk personal i primärvården. I ett landsting avser man att organisera de psykiatriska öppenvårdsteamen i primärvården fristående från länssjukvårdens psykiatri. Organisationen bör även fortsättningsvis avgöras med hänsyn till huvudmännens lokala förutsättningar.

Vad gäller den somatiska långtidssjukvården faller endast en mindre del av denna inom länssjukvården. Från länssjukvården bör patienterna – vare sig de är omhändertagna i öppen eller sluten vård – överföras till primärvården, så snart sjukhusens speciella personella eller tekniska resurser inte längre behövs. Primärvården förutsätts då kunna ta hand om patienterna i öppen vård, hemsjukvård eller på sjukhem. Länssjukvårdens resurser för somatisk långtidssjukvård är i första hand avsedda för utrednings- och behandlings-

insatser, där den omedelbara närheten till övriga resurser inom länssjukvården är av central betydelse. Denna verksamhet är i princip tidsbegränsad och inriktad på att pröva möjligheterna till en sådan förbättring av patientens tillstånd och funktionsförmåga att fortsatt boende i en mera öppen och hemlik vårdmiljö är möjlig.

7.3.2 Primärvården

I kapitel 6 har redovisats pågående och önskad utbyggad av primärvården. I detta avsnitt skall endast beröras några faktorer som är av särskild betydelse vid en diskussion om omstrukturering mellan länssjukvård och primärvård och avgränsningen mellan dessa vårdområden. Primärvården är redan relativt väl utbyggd i flera landstingsområden och enligt planerna förutsätts en fortsatt utveckling komma att ske under 1980- och 1990-talen. Huvudsyftet är att säkerställa en närservice och hög tillgänglighet inom verksamhetsområden som sjukhemsvård, sjukvård i hemmet, dagvård och öppen vård. Primärvården skall tillgodose sådana för patientens trygghet viktiga faktorer som helhetssyn, innebärande hänsynstagande till den totala situationen och kontinuitet. Detta innefattar också en ökad tillgänglighet i form av hembesök, förlängt öppethållande och jourtjänst.

Primärvårdens utspridda funktioner är som tidigare angivits av avgörande betydelse för att hälso- och sjukvården på ett medicinskt tillfredsställande sätt skall kunna svara inte bara för vardagssjukvårdens olika problem och flertalet akut vårdsökanden utan också snabba ingripanden vid olycksfall och dylikt. Det är därför viktigt att det medicinska kunnandet inom sådana områden upprätthålls och utvecklas i primärvården. Kravet på primärvården att utveckla en egen profil och ta det totala ansvaret för befolkningens hälsa förutsätter att läkarinsatserna till stor del utförs av allmänläkare. Primärvårdens kompetens vidgas också genom olika specialistkunskaper. Den organisatoriska anknytningen för andra specialistläkare än allmänmedicinare i primärvården bör avgöras med hänsyn till lokala förhållanden.

Primärvårdens roll har understrukits i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen. Primärvården skall således svara för primärt omhändertagande och för hälsotillståndet hos befolkningen. Tillfälligt – när primärvårdens resurser kunskapsmässigt eller tekniskt är otillräckliga för de åtgärder som fordras för en viss patient – övergår ansvaret till länssjukvården – eller regionsjukvården. Primärvården kommer således att ha det primära ansvaret för kommuninnevånarnas hälsa.

En utbyggd närservice av hälso- och sjukvård innebärande ökad tillgänglighet och trygghet medför i sin tur större möjligheter för människor att vistas i en naturlig hemmiljö vid olika sjukdomstillstånd. Likaså ges förutsättningar för en övergång till en ny vårdinriktning, som på längre sikt, genom utveckling av hälsobefrämjande åtgärder, kan åstadkomma en förbättrad hälsa för invånarna. Ett sådant vårdutvecklingsarbete kan och bör ske samordnat med andra samhällsfunktioner och rikta sig till såväl individen, som till närmiljön och samhällsmiljön.

Primärvårdens till omfattning största verksamhet finns på omvårdnadssidan. Genom ökade insatser bör omvårdnaden i hemmen utvecklas. Patienter av alla kategorier, långvarigt sjuka och handikappade, förlösta mödrar med

tidig hemgång och nyinsjuknade m fl bör kunna få hjälp av vårdlag med dygnet-om-service samt såväl planerade besök som akutbesök av bl a distriktsläkare.

Den utbyggnad som sker av omvårdnad i hemmet har medfört och bör fortsättningsvis medföra en utveckling av nya vårdformer. Bland annat gäller detta utnyttjandet av sjukhemsplatser. Dessa kan utnyttjas för kortare vårdepisoder såsom för

- avlastning av anhörig vårdare,
- komplettering av sjukvård i hemmet/rehabilitering,
- bedömning av rätt omhändertagandeform,
- eftervård och
- observation.

En planering för enbart sluten långtidssjukvård är därför föråldrad, vilket bör medföra att generella rekommendationer om antal vårdplatser ej bör ges. Detta även med hänsyn till den lokala utformningen av sjukvården i hemmet. I och med en övergång till en allt större andel vård i hemmet måste dock behovet av avlastningsplatser beaktas. Grundtanken är bl a att på ett flexiblare sätt utnyttja sjukhemmen inom ramen för primärvården (primärvårdsplatser). Avsikten är inte att ta hand om patienter som behöver länssjukvårdens speciella resurser.

7.3.3 Regionsjukvården

Regionsjukvårdens omfattning och verksamhet har relativt nyligen varit föremål för utredning och beslut (SOU 1978:70 och proposition 1980/81:9). Regionvårdsavtal har träffats. Den nya regionsjukvårdsindelningen gäller från 1984-01-01.

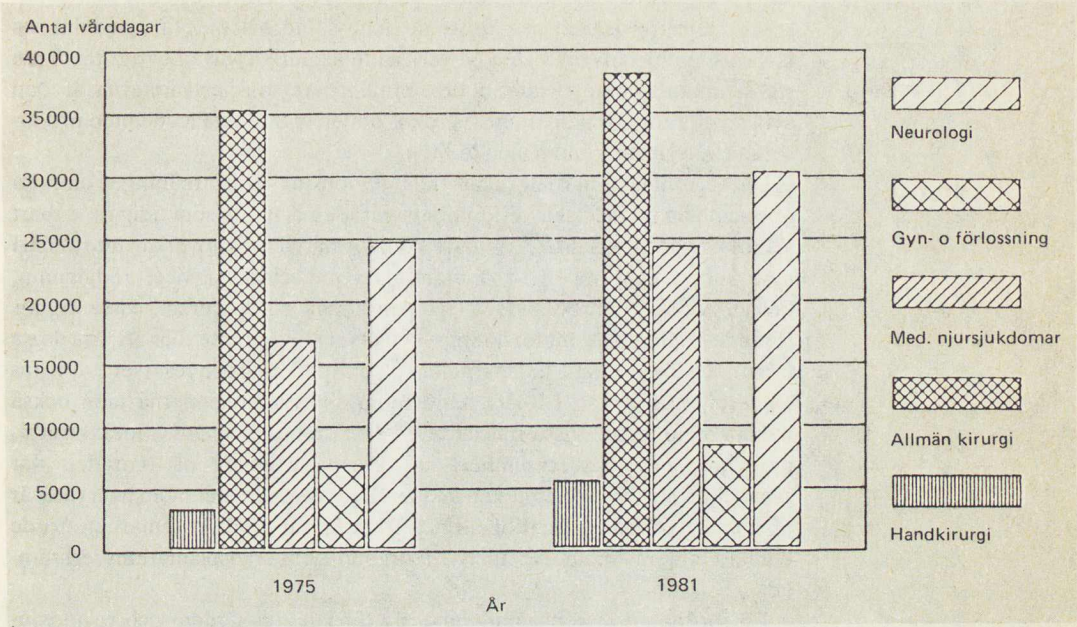
Regionsjukvårdsutredningen anförde i sitt betänkande att den allt bättre tillgången på läkare och den pågående förkortningen av läkarnas arbetstid medför att läkarantalet kommer att öka vid sjukhusen, även om den öppna vården utanför sjukhusen prioriteras. Detta förhållande bör utnyttjas för att tillföra länssjukvården fler läkare med mer differentierade kunskaper än som hittills varit möjligt. En sådan ökad kunskap i länssjukvården syftar inte enbart till att höja kvaliteten utan också till att kunna ta hand om flera patienter närmare hemorten, utan att därför någon formalisering av nya specialiteter görs.

En sådan utveckling mot ökad specialisering och kompetens inom länssjukvården pågår. Under 1970-talet har sådan resursökning varit särskilt påtaglig. Som en konsekvens har vissa huvudmän redovisat ett successivt minskande behov av resurser utanför det egna sjukvårdsområdet.

Regionsjukvårdsutredningen bedömde att den slutna regionsjukvården totalt sett skulle minska i måttlig grad framför allt betingat av den snabba resurstillväxten inom länssjukvården under mitten och andra hälften av 1970-talet.

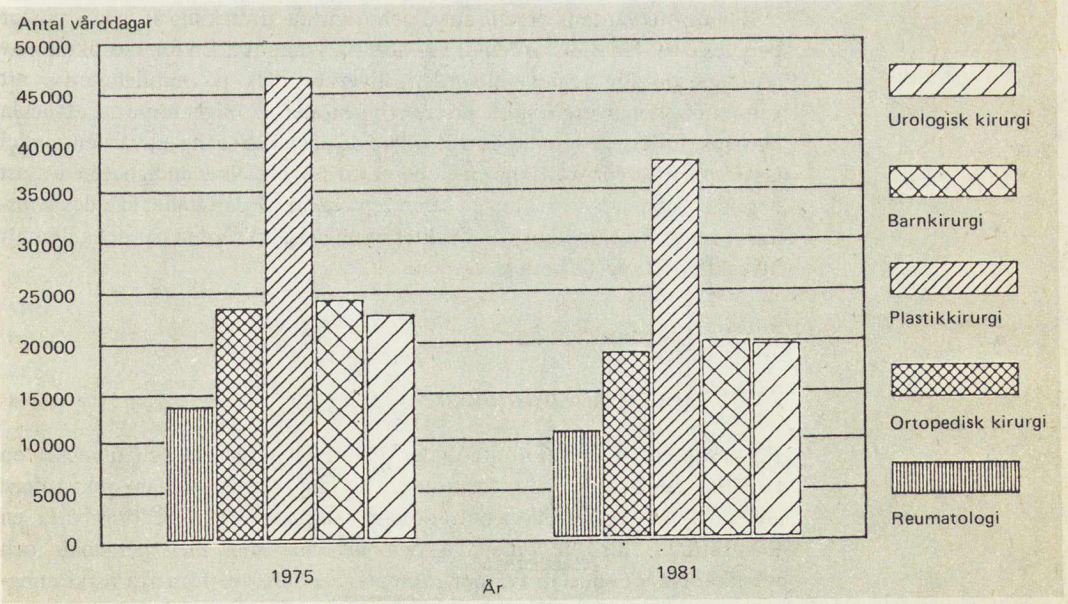
Utvecklingen på verksamhetsområdesnivå är självfallet mycket växlande jämfört med totalsiffrorna. En detaljerad kartläggning gjordes i anslutning till regionsjukvårdsutredningen i mitten av 1970-talet. En begränsad sådan kartläggning upprepades under 1981. Data på verksamhetsområdesnivå

redovisar störst ökning inom regionsjukvårdsnivån för handkirurgi och allmänkirurgi respektive medicinska njursjukdomar, obstetrik och gynekologi och neurologi (Figur 7.6).



Figur 7.6 Antalet vårddagar för utomlänspatienter vid fem av regionsjukhusens kliniker år 1975 och 1981. Källa: SOU 1984:48

En väsentligt minskad region/utomlänsvård registreras för reumatologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, barnkirurgi respektive urologisk kirurgi (Figur 7.7).



Figur 7.7 Antalet vårddagar för utomlänspatienter vid fem av regionssjukhusens kliniker år 1975 och 1981. Källa: SOU 1984:48.

Förändringarna för övriga specialiteter är begränsade. Den stora överraskningen torde vara allmänkirurgins ökade regionsjukvård. Detta är tvärtemot såväl regionsjukvårdsutredningens som medverkande experters bedömningar. Ytterligare undantag är neurologi, hudsjukdomar, obstetrik och gynekologi, som uppvisar en icke förutsedd ökning. I förhållande till utredningens konklusioner är utvecklingen på verksamhetsområdesnivå i övrigt tämligen väl sammanfallande. Frånsett de renodlade regionspecialiteterna är den avtalsreglerade specialistremissvårdens andel av den totala volymen producerade vårddagar genomgående liten.

Det regionala samarbetet skall enligt regionsjukvårdsutredningen omfatta i princip alla medicinska verksamhetsområden och inte som tidigare enbart vissa s k regionspecialiteter. Vidare skall formerna för samverkan inte enbart avse sluten och öppen vård utan även medicinsk service, rådgivning, konsultationer, utarbetande av gemensamma vårdprogram, vissa frågor rörande utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete. För att lösa dessa frågor och för att skapa balans mellan patientunderlag och resurser erfordras planeringssamverkan i första hand inom sjukvårdsregionerna men också mellan regionerna. Vissa specialiteter, t ex brännskadevård, thoraxkirurgi, njurtransplantationsverksamhet, är aktuella exempel på områden där samordningen av verksamheten mellan flera regioner eller inom hela riket är nödvändig. Även internationellt och framför allt nordiskt samarbete torde kunna etableras inom exempelvis morgondagens transplantationsverksamhet.

En fördjupad regional samplanering för länssjukvårdens och regionsjukvårdens utveckling är också nödvändig, då det finns risk för att specialiseringen av länssjukvården kan drivas för långt. Detta med hänsyn till det tidigare angivna kravet på tillräckligt patientunderlag för att kunna upprätthålla en ur kvalitativ synvinkel tillfredsställande vård. Även av kostnadsskäl är det fördelaktigt att samordna och koncentrera vissa verksamheter regionalt.

Regionsjukvårdens organisation och framtida utveckling är också av stor betydelse för länssjukvården ur ekonomisk synpunkt. En fortsatt ökning av kostnaderna för regionsjukvården inverkar dels på möjligheterna att genomföra den övergripande prioriteringen, dels möjligheterna att utveckla länssjukvården, genom att en allt större del av hälso- och sjukvårdens andel tas i anspråk för vård på regionsjukvårdsnivå. Nödvändigheten av att begränsa kostnadsutvecklingen inom regionsjukvården ställer således ytterligare krav på kompetens och kvalitet inom länssjukvården när det gäller att utveckla den specialiserade vården.

7.3.4 Länssjukvården

Anpassning av vårdstrukturen

En vårdpolitisk ambition att under 1990-talet bibehålla och utveckla en kvalificerad länssjukvård förutsätter en anpassning av länssjukvårdens struktur. En fortsatt koncentration av länssjukvården bedöms vara en förutsättning för att bibehålla och utveckla den mer personal- och teknikkrävande specialistvården samt att snabbare överföra nya verksamhe-

ter och metoder från regionsjukhusen. En sådan utveckling bör medföra kvalitetsmässiga vinster när det gäller vårdens innehåll och säkerhet men även i fråga om utbildning. Ekonomiska vinster uppnås genom en minskad utspridning av resurskrävande funktioner på länsplanet. Av likartade skäl kan en regional fördelning mellan länssjukhus såväl inom ett huvudmannaskapsområde som mellan flera områden öka möjligheterna att upprätthålla kvalificerad vård inom olika delar av landet. Inte minst torde samarbetet över länsgränserna inrymma en hittills föga utnyttjad utvecklingspotential, som – vid sidan av den egentliga regionsjukvården – kommer att kunna tillvaratas under den framförliggande planeringsperioden.

Den mindre resurskrävande länssjukvården kan utformas på olika sätt beroende på de lokala förutsättningarna. HSL:s stadganden om tillgänglighet bör vara utgångspunkt för planeringen av specialistservicen i länsdelarna. Redan idag pågår en tyngdpunktsförskjutning från sluten till öppen specialistvård vid länsdelssjukhusen. Denna utveckling är angelägen att fullfölja under planeringsperioden. Länsspecialiteter, vilka har en något så när frekvent öppen vård, bör etablera sådana funktioner i form av fasta öppenvårdtjänster. Andra länsspecialiteter med mindre frekvent öppen vård bör medverka i konsultverksamhet såväl vid länsdelssjukhus som vid vårdcentraler.

Syftet med en nivåstrukturering är att kunna behålla patienten i den lokala vårdorganisationen och erbjuda en god kontinuitet i vården. En ökad nivåstrukturering av länssjukvården kräver en sektorsvis planering av de olika länssjukvårdsspecialiteterna. En sådan planering bör ske utifrån hela landstingsområdets behov och i mindre grad utifrån varje sjukhus upptagningsområde. Detta tillgodoser lagens krav på totalplaneringsansvar och en vård på lika villkor.

En viktig del i länssjukvårdens ansvar för den decentraliserade vården är att tillse att det finns en tillfredsställande organisation som snabbt och med tillräcklig kunskap kan svara för akut omhändertagande. Såväl primärvården som länssjukvården måste i framtiden disponera resurser och kunnande inom detta område. Detta omhändertagande syftar i första skedet till att avhjälpa den akuta situationen och tillse att första hjälpen ges på ett tillfredsställande sätt. Detta innebär bl a att lindra smärta och att ombesörja att patienten blir transportabel till det sjukhus som skall svara för fortsatt vård. Transportorganisationen och adekvat utbildad personal är här en viktig förutsättning för ett effektivt omhändertagande.

Länssjukhuset skall svara för att länsbefolkningen tillförsäkras en kvalificerad vård med hänsyn till krav på kvalitet och säkerhet och en vård på lika villkor. Länssjukhuset skall i princip utgöra länssjukvårdscentrum och vara bas för specialistvården på länsplanet i form av kvalificerat kunnande och avancerad teknik. Länssjukhuset skall vidare svara för specialiserade kunskaper och för insatser och resurser inom olika servicefunktioner samt stödja primärvården med sitt kunnande och teknik.

Länsdelssjukhuset är en serviceinstitution, som på grund av geografiska förhållanden och närhetsaspekter utgör en bas för den lokala vården och vars vårdfunktioner inriktas mot en begränsad befolkningsandels behov av närhet till akut omhändertagande och specialistvård. Dagens länsdelssjukhus är av mycket varierande storlek och utgör inte en enhetlig grupp. Vissa av dem

innehåller resurser som mer motsvarar länssjukhusen. Dessa bör därför i fortsättningen också benämnas länssjukhus och utvecklas för att fylla en sådan funktion. De mindre länsdelssjukhusen däremot bör anpassas till en mera basal sjukvård i takt med den fortgående koncentrationen av den specialiserade vården och primärvårdens utbyggnad.

Som tidigare påpekats finns det skäl att anta att stora delar av nuvarande klinikorganisation svårligen kan förenas med rimlig driftsekonomi i framtiden med hänsyn till bemanning och vårdutnyttjande. På vilket sätt och i vilka former organisationsutvecklingen bäst gagnar vårdutvecklingen bör förutsättningslöst prövas i det fortsatta utredningsarbetet. En utveckling mot gemensamma vårdavdelningar och samarbete mellan olika sjukhus möjliggör och kräver en smidigare organisationsform än dagens kliniker.

Utvecklingslinjer för länsdelssjukhus

Exempel på hur den mindre resurskrävande vården kan utformas på olika sätt beroende på lokala förutsättningar finns inom olika delar av landet. Mariestadsmodellen, med sin observationsavdelning med 5-dagarsvård, utgör liksom Värmlandsmodellen – med tillgång till vårdplatser veckans alla dagar – sådana exempel. Eksjö-Nässjö-modellen med samverkande sjukhus med den kvalificerade dygnet-runt-beredskapen samlad till en enhet och Lysekil-Strömstadsmodellen utgör exempel på andra samverkansformer med uppdelad ansvars- och arbetsfördelning mellan olika enheter. Exempel på omfattande samarbete över länsgränserna finns från Göteborgsområdet. En sådan samverkan kan underlätta omstrukturering och effektivisering och bör utvecklas under planeringsperioden. Olika lösningar i landet bör också studeras. Inom alla landsting och vid flertalet sjukhus finns exempel på förändringsåtgärder, som utgör led i en pågående anpassning och effektivisering av vården.

En uppföljning och utveckling av dessa tendenser i landet bör vara en viktig utredningsuppgift för Spri i samråd med huvudmännen. För att öka kännedomen om sådana förändringar kan det vara lämpligt att Spri genomför studier om länssjukvården på liknande sätt som skett för primärvården. Dessa studier bör främst inriktas på att analysera sambanden mellan länsdelssjukhusen och primärvården, att förtydliga kravet på en omvandling av mindre länsdelssjukhus till primärvårdsenheter och en vidareutveckling av modellen för ett framtida länsdelssjukhus.

De lokala förvaltningarna för Eksjö/Nässjö, Mariestad och Västra Frölunda har beskrivit och översiktligt utvärderat de utvecklingsmodeller som dessa representerar. I det följande redovisas kortfattat dessa exempel för att åskådliggöra

- samverkan mellan två sjukhus
- alternativ i primärvården till länsdelssjukhus
- alternativ/komplement till sjukhus i storstadsregion.

Samverkan mellan två länsdelssjukhus

Exempel härpå hämtas ur verksamheten inom östra sjukvårdsdistriktet (115 000 inv) i Jönköpings län. Tidigare hade man där sedvanlig akutsjuk-

vård vid sjukhusen i Eksjö och Nässjö (avstånd mellan orterna 23 km). 1975 beslöts att den somatiska akutsjukvården i distriktet, som kräver dygnet-runt-beredskap inom kirurgi och medicin skulle samlas till en enda enhet belägen i Eksjö.

Den beslutade samordningen av länssjukvården i Eksjö-Nässjö-området förutsatte gemensamma klinikledningar, omfattande

- anestesiologi
- medicin
- kirurgi/ortopedi/urologi
- röntgendiagnostik
- långvårdsmedicin samt
- gynekologi/obstetrik.

I allt väsentligt har den organisation, som genomfördes under åren närmast efter landstingsbeslutet, bibehållits. Av de två tidigare normallasaretten med full akutberedskap vid båda enheterna men med bristfälliga personella och materiella resurser i såväl Eksjö som Nässjö, har bildats en enhet, som idag förfogar över goda resurser såväl materiellt som personellt. Den egentliga akutsjukvården är helt förlagd till Eksjöklinikerna. Nässjöklinikerna utnyttjas däremot för öppen och sluten planerad vård och eftervård.

Den nya organisationens mest påtagliga konsekvens var inledningsvis, att ett stort antal väl kvalificerade läkare inom ett flertal olika specialiteter kunde rekryteras. Detta påverkade självfallet också rekryteringsmöjligheterna när det gällde andra yrkesgrupper. Härigenom har de olika klinikerna fått möjlighet till en värdefull profilering bland sina medarbetare (kardiologi, neurologi, hematologi, lungmedicin, urologi, kärlkirurgi och gastroenterologi etc). Tillskapandet av en ortopedisk klinik utgör det främsta exemplet härvidlag. Även för anestesi- och röntgenklinikerna har en motsvarande utveckling ägt rum. Den nya organisationen har således inneburit betydelsefulla förändringar såväl kvalitativt som kvantitativt. De samlade resurserna vid Eksjö-Nässjö lasarett synes för närvarande väl svara mot efterfrågan inom distriktet. För medicinklinikens del planeras, främst som följd av primärvårdens utbyggnad (sjukhem, hemsjukvård etc), en minskning av antalet vårdplatser.

Hos allmänheten är den nya organisationen sedan länge väl inarbetad och på de allra flesta håll accepterad. I Nässjö kan dock fortfarande kritiska synpunkter förekomma mot vad som uppfattas som en alltför stor koncentration av resurser till Eksjö. För såväl patienter som anhöriga kan också överflyttning av patienter från Eksjö- till Nässjö-klinikerna för eftervård, ibland uppfattas negativt.

Sammanläggningen av de medicinska klinikerna vid Eksjö och Nässjö lasarett till en klinik har således förbättrat rekryteringsläget, skapat möjligheter till en mer differentierad vård och lett till ett bättre resursutnyttjande. Dessa förbättringar har kunnat uppnås framför allt genom att verksamhetsinriktningen från att ha varit konkurrerande övergått till att bli kompletterande.

Ett översiktligt försök till utvärdering av de ekonomiska effekterna, som endast omfattar personalkostnader och som bygger på en "standardbeman-

ning" vid två tänkta normallasarett, pekar på att kostnaderna för en sådan organisation skulle ligga minst 30 procent högre än de nuvarande.

De ekonomiska konsekvenserna kan också belysas genom att jämföra kostnadsutvecklingen vid Eksjö-Nässjö lasarett mellan åren 1974 och 1981 med kostnadsutvecklingen vid lasaretten i Jönköping och Värnamo under samma period och för vissa jämförbara verksamheter.

	Kostnader 1974	Kostnader 1981	Förändring	
Jönköping	41,4	129,6	+ 88,2	+ 313%
Värnamo	16,4	65,3	+ 48,9	+ 398%
Eksjö-Nässjö	30,6	94,2	+ 63,6	+ 308%
(milj kronor)				

Tabellen visar att kostnadsutvecklingen i Eksjö-Nässjö varit något lägre än i Jönköping och klart lägre än i Värnamo. Samtidigt har, som ovan framhållits, verksamheten i Eksjö-Nässjö genomgått en kraftig utveckling såväl kvantitativt som kvalitativt. En helt ny klinikfunktion, ortopedi, har tillkommit under perioden.

Alternativ i primärvård till länsdelssjukhus

Detta exempel är hämtat från bassjukhuset i Mariestad, ett tidigare länsdelssjukhus som år 1973 omändrades till en primärvårdsanläggning i nybyggda lokaler. Här finns 125 s k primärvårdsplatser (sjukhemsplatser). Härutöver finns 25 vårdplatser vid en observationsavdelning. Denna utnyttjas för korttidsvård och hålls öppen måndag-fredag. De 25 platserna disponeras gemensamt av lokalt verksamma specialister i kirurgi och internmedicin.

Läkare finns inom specialiteterna intermedicin, barnmedicin, långvårdsmedicin, allmän kirurgi, gynekologi, öron, ögon och röntgen. Under två dagar per vecka betjänas operationsavdelningen av anestesiolog från kärnsjukhuset i Skövde. Verksamhetens upptagningsområde täcker tre kommuner med cirka 41 000 invånare. Specialistläkarna medverkar inte i någon form av jourverksamhet. Däremot finns vid sjukhuset en jourcentral som är öppen dygnet runt och betjänas av 12 distriktsläkare. Utmärkande för den s k Mariestadsmodellen kan sägas vara

- att internmedicinare och kirurger m fl gemensamt disponerar ett relativt litet antal vårdplatser
- att verksamheten har karaktären av 5-dagarsvård samt
- att specialisterna inte har något jouransvar och att verksamheten i mycket stor utsträckning avser planerad vård.

Omsättningen på personal, såväl läkare som övrig personal, är låg. Detta ger god kontinuitet i vården. Personalen har adekvat utbildning för sina tjänster. För att bibehålla dessa kunskaper förekommer såväl tjänstgöring vid kärnsjukhuset i Skövde som internutbildning. För att läkarnas kompetens skall hållas på hög nivå är de inordande i de länsövergripande medicinska specialiteterna. Inom dessa bedrivs kvalificerad fortbildning. En av orsakerna till att Mariestadsbornas vårdkonsumtion ligger lägre än jämförbara kommuner i länet kan vara att det speciella utbudet av vård väl tillgodoser invånarnas behov.

I Mariestad finns ett utbud av hälso- och sjukvård som på många punkter skiljer sig från övriga kommuner i länet. Vid jämförelse med andra kommuner i länet avseende invånarnas sjukvårdskonsumtion är Falköping den kommun som brukar användas. Båda kommunerna är gamla sjukhusorter. I Falköping förändrades dock sjukvårdsutbudet inte på samma sätt som i Mariestad. Där finns fortfarande ett länsdelssjukhus och Falbygdens psykiatriska sjukhus. Antalet invånare är i Mariestad ca 24 000 och i Falköping ca 31 500. Åldersstrukturen är relativt likartad.

Vid en mätning av vårdkonsumtionen år 1976 konstaterade socialstyrelsen (Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande, Socialstyrelsen redovisar 1980:1) att konsumtionen av somatisk korttidsvård per 1 000 invånare mätt i vårdtillfällen och vårddagar minskat i Mariestads distrikt från 1970 till 1976. Detta förhållande kvarstår för Mariestads kommun även vid en beräkning år 1980. För Falköpings del visar materialet att en ökning av konsumtionen skett mellan åren 1970 och 1976. Även denna ökning består år 1980 för Falköpings kommun.

Beträffande konsumtionen av öppen vård kan konstateras att man i Mariestad i högre grad söker allmänläkare än i Falköping, medan man i Falköping i högre grad söker specialistvård vid sjukhus. Totalt sett är konsumtionen av specialistläkarbesök relativt lika i kommunerna.

Skillnaden i slutenvårdskonsumtion är betydande mellan Mariestads och Falköpings invånare. I den underlagsdel inför landstingets verksamhetsplanering som gäller vårdkonsumtionen år 1980 beräknades totalkostnaden av hälso- och sjukvård per invånare och kommun till

Kostnad per invånare år 1980

Kommun	Akutvård	Långvård	Läkarbesök	Övrigt	Totalt
Falköping	2 464	1 737	731	470	5 402
Mariestad	1 953	1 014	816	400	4 183
Länssnitt	2 089	1 378	756	419	4 642

Kostnadsmässigt motsvarar detta en merkostnad per invånare i Falköping med ca 1 220 kronor per år eller totalt ca 40 milj kronor. Skillnaden markeras speciellt i konsumtionen av akutpsykiatri, allmän kirurgi och internmedicin, där Falköping har större resurser och en markant högre konsumtion än Mariestad.

Alternativ/komplement till sjukhus i storstadsregion

Som exempel härpå har valts Västra Frölunda sjukhus. Detta ligger i en av Göteborgs västra stadsdelar och är i huvudsak avsett att betjäna ett upptagningsområde, som idag omfattar ca 100 000 invånare. Inom distrikt Väster sker ett fortlöpande arbete på att samordna olika vårdformer som allmänläkarvård, specialiserad vård och långtidssjukvård. Västra Frölunda sjukhus har för närvarande 23 läkartjänster. Sjukhuset tjänar som primär remissinstans för distriktsläkare, företagsläkare och privatläkare. Viss akutsjukvård förekommer även.

Det förekommer ett omfattande samarbete med framför allt inremitterade distriktsläkare. Vidare finns det också ett aktivt samarbete mellan sjukhusets specialister och klinikerna på framför allt Sahlgrenska sjukhuset. Många av sjukhusets läkare har en mindre del av sin arbetstid disponibel för att delta i verksamheten vid någon klinik på detta sjukhus. Detta får ses som en mycket viktig funktion. Det leder bland annat till gemensamma utredningsrutiner och korta och smidiga konsultvägar. Sammanlagt antal besök per år på de olika mottagningarna är ca 90 000.

Västra Frölunda sjukhus kan i mycket liknas vid ett "läkarhus", kompletterat med en operationsavdelning och en vårdavdelning. Operationsavdelningen är öppen måndag-fredag under kontorstid, varför möjligheter att operera på kvällar och nätter inte föreligger. Vårdavdelningen öppnar måndag morgon och stänger lördag kl 12.00. Denna vårdform erbjuder bland annat följande fördelar

- Genom att alla läkare har s k "lasarettsläkarkompetens" och samma status kan sjukhuset erbjuda effektiv och kompetent sjukvård med god kontinuitet.
- Sjukhusets lilla format, personalens arbetstider, stängningar över lördag-söndag ger en arbetsplats med mycket låg personalomsättning varav följer hög kompetens, flexibilitet och effektivitet på alla nivåer.
- Nära kontakter med inremitterande läkare och kliniker på Sahlgrenska ger möjligheter för gemensamma rutiner och smidigt samarbete.
- Konsultverksamheten kan lösas på ett effektivt och kostnadsbesparande sätt genom bland annat gemensamma mottagningar.
- Genom att tyngdpunkten ligger på selektiv verksamhet kan arbetet på vårdavdelningen och operatiosavdelningen tidsplaneras och organiseras på ett effektivt sätt.
- Stängning av vårdavdelningen över lördag-söndag skapar korta vårdtider, hög flexibilitet och hög patientgenomströmning.
- Tillgången till vårdavdelningen medger att en omfattande ambulant operativ verksamhet kan bedrivas.

Allmänna utvecklingslinjer

Länsdelssjukhusen, som är av mycket varierande storlek, kommer i flera fall i den framtida vårdorganisationen att fylla en annan roll än för närvarande. Orsakerna härtill är främst

- den pågående minskningen av vårdplatsantalet inom korttidsvården,
- koncentrationen av den resurskrävande länssjukvården till följd av den fortgående specialiseringen samt den medicinska och tekniska utvecklingen,
- primärvårdens utbyggnad, som i allt högre utsträckning avses kunna erbjuda närsjukvård i form av sjukvård i hemmet, sjukhemsvård, dagvård, allmänläkarvård, öppen specialistvård etc, samt
- det förändrade vårdbehovet och servicekravet med hänsyn till befolknings- och samhällsutvecklingen.

Med den tämligen långtgående reduktion av platserna vid medicin- och kirurgklinikerna som kommer att bli nödvändig, är det ofrånkomligt att länsdelssjukhusens uppgifter och arbetsformer prövas för att undvika avsevärda driftsekonomiska nackdelar. Det finns också kvalitativa skäl som talar för att man bör ta upp de minsta akutsjukhusens roll till diskussion. Otillräckligt patientunderlag kan, som påpekats i underlagsstudien, leda till att personalens kunskaper och yrkesfärdighet inte kan upprätthållas.

Den eftersträvade koncentrationen och begränsningen av länssjukvårdens resurser för somatisk korttidsvård förutsätter att olika lösningar måste prövas till effektivisering av verksamheten. Tidigare har redovisats sådana förändringsmöjligheter som bland annat medger att man med organisatoriska medel begränsar vårdplatsantalet. Detta gäller t ex när man vid gemensamma vårdavdelningar vill höja det genomsnittliga vårdplatsutnyttjandet och med 5-dygnsvård åstadkomma en begränsning av de platser som på grund av permissioner och av andra skäl står tomma. Ytterligare alternativ till en begränsning är att de minsta länsdelssjukhusen omstruktureras till primärvårdsanläggningar.

De framtida länsdelssjukhusen, bl a under hänsynstagande till ändrade driftsekonomiska förutsättningar, måste i nya organisationsformer tillgodose behovet av

- akutvårdsinsatser med närhetsbehov
- planerad medicinsk och kirurgisk korttidsvård
- bas för öppen specialistvård
- stödjepunkt för primärvården samt
- lokal utbildningsverksamhet.

En principmodell för ett sådant länsdelssjukhus skulle i så fall vara följande

Inriktning

Akut omhändertagande
Observation
Utredning och behandling
Begränsad op-verksamhet
Rehabilitering
Orsaksspårande verksamhet
Eftervård
Medicinsk service
Lokal utbildningsbas

Organisation

Gemensamma vårdavdelningar
Vårdplatser för 5-dygnsservice
Samordnad jourverksamhet
Fast specialistteam (medicin, kirurgi, långvård)

Öppen specialistvård

T ex medicin, kirurgi, långvård, psykiatri, gynekologi, barnmedicin, ortopedi, öron, ögon, hud (beroende på geografiska och lokala hållanden).
Samordning med övrig verksamhet inom specialiteten
Konsultverksamhet från länssjukhuset
Konsultverksamhet till primärvården.

7.4 Förändrad resursfördelning

7.4.1 Resursfördelningen

Av såväl HS 90:s underlagsstudie (SOU 1984:48) som socialstyrelsens, Landstingsförbundets och Spris konsumtionstudier framgår att det är valet av vårdorganisation och tillgången på resurser för sluten vård som tycks ha störst betydelse för vårdkonsumtionens och driftkostnadernas storlek. Sådana faktorer som sjukdomspanorama, levnadsvanor, attityder till vård, sociala, demografiska och geografiska förhållanden synes generellt vara av mindre betydelse för att förklara registrerade skillnader i utnyttjandet av sluten vård på sjukvårdsområdesnivå.

Av underlagsstudien framgår den varierande vårdplatstillgången mellan landets olika sjukvårdsområden. Detta framgår av tabell 7.3. I tabellen har korrektion gjorts för erhållen/meddelad vård, bl a regionsjukvård, som fördelats på huvudmännen efter utnyttjandegrad.

Tabell 7.3 Vårdplatser per 1 000 invånare inom somatisk korttidsvård rangordnade från MIN till MAX år 1981 efter korrektion för erhållen/meddelad vård

Sjukvårdsområde		Somatisk korttidsvård exklusive ''Övrig vård'' 1)
M	Malmöhus	4,20
N	Halland	4,39
R	Skaraborg	4,50
O	Göteborg och Bohus	4,51
S	Värmland	4,51
AB	Stockholm	4,54
Z	Jämtland	4,61
L	Kristianstad	4,66
E	Östergötland	4,75
P	Älvsborg	4,76
K	Blekinge	4,85
T	Örebro	4,90
G	Kronoberg	4,92
X	Gävleborg	4,93
H	Kalmar	4,96
W	Kopparberg	5,01
F	Jönköping	5,02
AC	Västerbotten	5,12
D	Södermanland	5,13
C	Uppsala	5,16
OG	Göteborgs kommun	5,21
U	Västmanland	5,28
BD	Norrbotten	5,71
MM	Malmö kommun	5,75
Y	Västernorrland	5,82
I	Gotlands kommun	6,33

Källa: SOU 1984:48

Av redovisningen framgår att det förelåg en skillnad på 2,0 vårdplatser per 1 000 invånare mellan de sjukvårdsområden som hade det högsta respektive lägsta antalet vårdplatser. (En vårdplats per 1 000 invånare innebär omräknat för landet totalt ca 8 350 vårdplatser). Om hela landet hade samma antal vårdplatser som det sjukvårdsområde som har det lägsta antalet skulle det totala antalet platser i landet vara cirka 8 000 färre.

Ett annat exempel är de inventeringar i Stockholms läns landsting som visar att ca 10 procent av den somatiska korttidsvårdens platser var belagda med patienter hemmahörande i andra vårdformer. En beräkning visar att om sådana patienter kunde skrivas ut tidigare skulle detta motsvara drygt 4 000 vårdplatser.

Med uppgifter från Landstingsförbundets konsumtionsstudie av vårdutnyttjandet 1982 med uppgifter från fem lågkonsumerande (vårddagar) landsting respektive tio kommuner kan i räkneexemplets form visas att

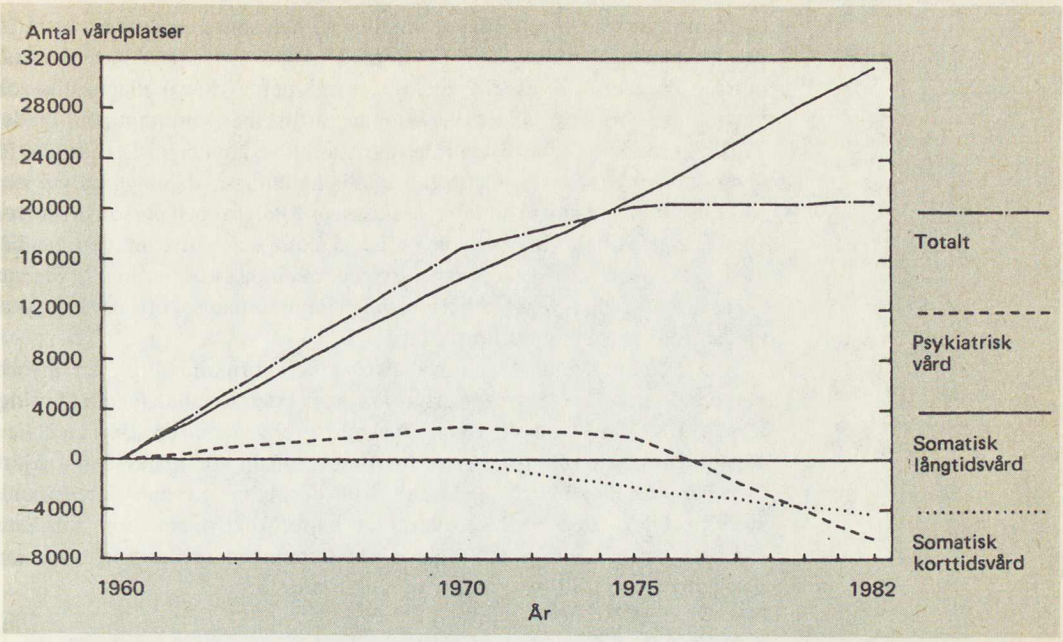
- om Sverige vore de fem landsting som utnyttjar minst akutsjukvård skulle detta innebära en minskning med 2 300 vårdplatser
- om Sverige vore de tio kommuner som utnyttjar minst akutsjukvård skulle detta innebära en minskning med 13 200 vårdplatser
- om alla landsting hade de kortaste medelvårdtiderna inom medicinsk och kirurgisk korttidsvård skulle detta innebära en minskning med 5 900 vårdplatser.

Av ovannämnda studier framgår att de regionala skillnaderna i vårdkonsumtion i allt väsentligt sammanhänger med tillgången på och närheten till vårdresurserna. Även inom det enskilda sjukvårdsområdet har samma företeelse konstaterats. Det finns således mycket betydande skillnader i vårdutbudets storlek och utnyttjande. HS 90 anser att sådana inte uppenbart motiverade skillnader måste reduceras under planeringsperioden.

7.4.2 Vårdplatsutvecklingen

Inom korttidsvården har under perioden 1973–1982 en minskning skett med 3800 platser eller 400 platser per år. Det kan konstateras att den faktiska minskningen är betydligt kraftigare än den planerade. LKELP 77 visade på ett planerat antal vårdplatser för korttidsvården år 1982 uppgående till 43 521 (inkl. tekniska platser) medan det faktiska förhållandet blev 40 677. Skillnaden mellan den minskning som huvudmännen planerade enligt LKELP och vad som sedan faktiskt genomfördes var så stor som 2 800 vårdplatser.

Samtidigt som korttidsvården reducerats har utbyggnaden av äldreomsorgen varit kraftig under 1970-talet. Bland annat har en ökning skett av antalet vårdplatser för huvudsakligen sjukhemsvård med ca 14 000 under perioden 1973–1982. Enligt LKELP planeras en ytterligare utbyggnad med cirka 900 platser per år fram till 1988, d v s sammanlagt cirka 20 000 platser. Om dessa planer förverkligas ökar möjligheterna till avlastning av den somatiska korttidsvården. Dessutom kan nedläggning av gamla sjukhusbyggnader som används för långvård bli möjlig. Genom den kraftiga utbyggnaden av framförallt sjukhemsplatser har det totala antalet vårdplatser inte minskat trots neddragningar inom den psykiatriska vården och somatiska korttidsvården, vilket framgår av figur 7.8.



Figur 7.8 Ökning/minskning av antalet vårdplatser inom tre olika typer av vård

Källa: SOU 1984:48

År 1982 uppgick antalet vårdplatser för medicinsk och kirurgisk korttidsvård i landet till 38 600 (exklusive tekniska platser), vilket innebär 4,7 vårdplatser/1 000 invånare. Landstingens planer visar på en fortsatt minskning till 37 200 år 1988, motsvarande 4,5 vårdplatser/1 000 invånare.

Inom den psykiatriska vården planeras en fördubbling av den årliga minskningen jämfört med föregående plan. Planerna närmar sig nu den faktiska årliga nedskärningen under perioden 1973–1982. Mellan 1982–1988 planerar huvudmännen för en minskning med drygt 5 400 platser, vilket innebär att det 1988 skulle finnas cirka 19 500 vårdplatser för psykiatrisk vård.

7.4.3 Utvecklingen för olika specialiteter i 90-talets perspektiv

Ett uttryck för den starka sjukhusinriktningen inom den svenska sjukvården är att antalet vårdplatser blivit det viktigaste kapacitetsmåttet. För länssjukvården med dess dominerande slutna vård spelar vårdplatsantalet alltjämt en viktig roll. I nuläget är emellertid driftskostnaderna det viktigaste problemet inom sjukvårdspolitiken. Tyvärr är i statistiken sambandet mellan driftskostnader, verksamhet och resurser otillräckligt belyst. Användningen av långtidssjukvårdens vårdplatser och övriga resurser har också stor betydelse för utvecklingen av de totala kostnaderna.

I det följande görs en översiktlig bedömning av vårdplatsutvecklingen för flertalet verksamhetsområden med utgångspunkt från det underlag som redovisas i underlagsstudien "Länssjukvården – möjligheter till förändring". Återigen måste här framhållas att vårdplatsmåttet i sig är utomor-

dentligt grovt både vad gäller resurstillgång och som grundval för att mäta prestationer och effektivitet. Till detta kommer att sängen successivt fått mindre betydelse i vården. En allt större del av såväl diagnostik som behandling görs i öppna och halvöppna vårdformer samtidigt som medelvårdtiderna i sluten vård kontinuerligt sjunkit sedan länge. Ett uttryck för denna utveckling är att diagnostik- och behandlingsavdelningarna vid våra sjukhus tar en allt större andel av sjukhusens totalytor och personalresurser. Dessa reservationer till trots görs i brist på andra och bättre mått en spegling av utvecklingen i 90-talets perspektiv genom en diskussion om vårdplatsutvecklingen för olika verksamhetsområden inom somatisk korttidsvård. Även medicinsk service berörs kortfattat.

Som tidigare framhållits tar dagens alkoholbruk/missbruk en mycket betydande andel av vårdresurserna i anspråk. I den följande texten görs inga försök att ta hänsyn till effekten av lyckade förebyggande insatser. Ej heller i övrigt beaktas de offensiva hälsoprogram som kan komma avseende hjärt- och kärlsjukdomar och olycksfall och ej heller en mer intensifierad suicidprofylax. Den hittills registrerade hälsoförbättringen, som förväntas fortsätta, tas ej heller med i underlagsbedömningen då andra faktorer som t ex fler personer i högre åldrar ej heller vägs in.

Allmän internmedicin, endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi, njurmedicin och invärtesmedicinsk allergologi

Frånsett enstaka tjänster för läkare med vidareutbildning i kardiologi och njurmedicin vid några få länssjukhus företräds ovannämnda verksamhetsområden formellt av allmän internmedicin vid läns- och länsdelssjukhus. Inom klinikstaberna – särskilt vid länssjukhusen – finns läkare med randutbildning alternativt dubbel specialistkompetens eller behörighet i någon/några av nämnda verksamhetsområden.

Utvecklingen kommer sannolikt att präglas av en fortsatt strävan att bygga upp ett differentierat kunnande inom länssjukvårdens medicinkliniker utan någon långtgående formalisering av nya specialiteter vid sidan av allmän internmedicin. Flera skäl talar för detta. Kunskapsexplosionen, restriktioner att utnyttja regionsjukvården samt en allmän strävan att bibehålla och om möjligt öka det lokala serviceutbudet underblåser en fortsatt differentiering av det internmedicinska kunnandet inom länssjukvården. Behovet av att hålla samman verksamheten under jourtid motverkar formellt etablerande av nya specialiteter. Sammantaget görs bedömningen att arbetsfördelningen mellan region- och länssjukvård i stort torde bli oförändrad.

Ökade möjligheter till konsultationer vid regionsjukhusen i öppna och halvöppna former, t ex genom förstärkta och lättillgängliga patienthotellresurser med god komfort och säkerhet (trygghetslarm och tillsyn av sjukvårdsutbildad personal), liksom ytterligare förkortning av medelvårdtiderna leder sannolikt till att antalet vårddagar för regionsjukvård minskar något. Därmed minskar också behovet av vårdplatser. Det totala antalet remitterade patienter torde däremot inte ändras påfallande mycket. Förskjutningar mellan olika verksamhetsområden blir vanliga men växlande beroende på förändringar i utvecklingsfronterna. Nu aktuella områden i expansion är kirurgisk behandling av kärlkramp och aktiv uremivård.

Verksamhetens framtida omfattning vid medicinklinikerna är i hög grad beroende av primärvårdens förmåga att ta ett väsentligt utökat ansvar för främst de äldres behov av hälso- och sjukvård samt omvårdnad. Om den utveckling kommer till stånd, som kort beskrives i avsnitt 12.4 i underlagsstudien, torde dimensioneringen av medicinklinikerna påverkas i mycket hög grad. Huvuddelen av de klinikfärdiga patienterna återfinnes vid dessa. En betydande del av vårdplatsskillnaderna mellan landsting med relativt sett flest respektive minst antal platser inom somatisk korttidsvård svarar medicinklinikerna för. Till detta kommer effekterna på intagningen av äldre i en situation, då primärvården i samverkan med primärkommunen förfogar över en fullständig lokal vårdkedja. Detta innebär att medicinklinikernas akutintag inte behöver – som ofta varit fallet hittills – vara den enda instans som är tillgänglig då patienten inte klarar av att vara hemma.

Fler äldre – särskilt i högre åldrar – leder till fler patienter med komplexa sjukdomsbilder i behov av somatisk korttidsvård. Å andra sidan har hälsoläget bland pensionärer successivt förbättrats. År 1982 disponerade allmän internmedicin och övriga ovannämnda specialiteter ca 10 400 vårdplatser. Hälften av platserna fanns vid länsdelssjukhusen.

Om man utgår från att närmare hälften av samtliga långvårdsanmälda patienter samt att en betydande del av "vårdplatsöverskottet" inom medicinsk korttidsvård finns vid de internmedicinska klinikerna representerar detta mer än 3 000 vårdplatser eller cirka 1/3 av den totala vårdplatsvolymen. Sannolikt är medicinklinikernas andel större. Till detta skall adderas en minskande volym intagningar av främst äldre genom att primärvården har ansvar för att alla i det egna upptagningsområdet erbjuds adekvat omhändertagande på lokal nivå när problem uppstår. Inledningsvis har vidare berörts utvecklingen inom regionsjukvården som med stor sannolikhet kommer att konsumera mindre volym vårddagar. Vidare har visats att en del av nuvarande sluten vård vid medicinklinik kan bedrivas vid vårdenheter modell Mariestad, Kungsbacka, Lysekil och Västra Frölunda etc. I avsnitt 12.4 i underlagsstudien har också förutskickats att den reorganiserade psykiatrin skulle kunna avlasta den somatiska korttidsvården motsvarande cirka 700 vårdplatser.

I 90-talets perspektiv torde det därför inte vara orealistiskt att planera för en betydande reduktion av vårdplatserna inom allmän internmedicin, endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi, njurmedicin och invärtesmedicinsk allergologi.

Infektions- och lungsjukvård

Jämfört med 1960 är lungmedicinens vårdplatsvolym 1982 mindre än 1/4 medan infektionsmedicinens halverats. Totalt förfogade dessa två specialiteter över drygt 3 000 vårdplatser 1982, vilka nästan uteslutande var lokaliserade till läns- och regionsjukhus.

Infektion respektive lungmedicin har mycket specifika och i vissa avseenden synnerligen krävande diagnostik- och behandlingsuppgifter. Båda specialiteterna har blivit allt viktigare konsult- och samarbetspartner för en rad andra verksamhetsområden inom såväl läns- som regionsjukvård. Tillgången på vårdplatser varierar dock tämligen starkt när olika sjukvårdsområden jämförs.

Verksamheten inom dessa båda specialiteter präglas dock liksom internmedicinen av en stor andel äldre patienter. Många av dessa har sammansatta problem och en hel del tas i nuläget in därför att inget annat alternativ finns vid svikt i patientens hemmiljö. I områden som får sin primära slutenvårdservice vid länsdelssjukhus ser man i rätt hög grad samma typ av patienter vid dessas medicinkliniker. I länssjukhusens och regionsjukhusens upptagningsområden fördelas sålunda äldre patienter med mer eller mindre sammansatta problem till kliniker för allmän internmedicin, lung- och infektionssjukvård (samt neurologi). I vilken grad detta betingas av tillgången på allmänvårdplatser vid infektions- och lungklinikerna vid sidan om de specifika vårdplatsresurserna som dessa kliniktyper normalt har är svår att bedöma. Med hänsyn till vad som sagts ovan är det tämligen vanligt med långvårdsanmälda patienter vid dessa kliniker.

Den avtalsreglerade regionsjukvården totalt i landet motsvarade för både infektions- och lungsjukvård cirka 4 procent av den formella vårdplatsresursen. Förändringar i denna har således ingen större betydelse. Sannolika skäl talar f n ej för någon minskning. Eftersom en betydande andel av vårdplatserna används för sådan vård som bedrives vid medicinkliniker är det rimligt att lägga samma bedömning på dessa båda verksamhetsområden som gjorts ovan för allmän internmedicin dock med beaktande av de specifika observations- och utredningsplatserna.

Hud- och könssjukvård

Även denna specialitets vårdplatsvolym har sedan länge successivt reducerats. Vårdplatstillgången växlar starkt i landets olika delar. Nulägets skiftande utseende indikerar möjligheter att göra en reduktion i likhet med vad som sagts ovan. Som tidigare framhållits har regionsjukvården inte minskat, vilket torde sammanhänga med att frekvensen komplexa och svåra hudreaktioner i behov av mycket avancerat kunnande och sofistikerad teknik för adekvat handläggning inte minskar.

Neurologi

Den dominerande delen av de formella vårdplatserna finns vid regionsjukhusen. Endast ett fåtal länssjukhus har kliniker eller formella sektioner för neurologi. Alla övriga sjukhus vårdar dock patienter med neurologiska problem vid sina medicinkliniker.

Regionsjukvården ökade i omfattning mellan 1975 och 1981 vilket var tvärtemot vad som förväntades. Förklaringen torde delvis vara att länssjukhusen inte tillförts tjänster för neurologer i den omfattning som tidigare förutsatts. Samtidigt har datortomografi vid regionsjukhusen i sig resulterat i fler remitterade patienter. Genom att sådana resurser håller på att etableras generellt vid länssjukhusen torde regionsjukvårdsvolymen framledes komma att minska. Här måste dock göras en reservation för de effekter som den nya NMR-tekniken (Nukleo-Magnetisk-Resonans) kan föra med sig.

En mycket betydande neurologisk vårduppgift utgöres av patienter med hjärnblödning/propp i hjärnans kärl. Positiva resultat genom att uppspåra och behandla personer med högt blodtryck i primärvårdens regi har stor

betydelse för storleken på nyssnämnda patientgrupp i neurologisk vård. Vidare har en välfungerande primärvård stor betydelse för de patienter som behöver längre tids rehabilitering/alt sjukhusvård efter den akuta vårdepisoden.

Sammantaget görs bedömningen att en viss reduktion av nuvarande volym neurologiska vårdplatser borde kunna genomföras.

Onkologi

Antalet nyanmälda tumörfall har ökat kontinuerligt sedan cancerregistret startade 1959. Ökningstakten har dock avtagit under senare år. I allt högre grad har traditionell sluten vård kompletterats med öppna och halvöppna vårdformer. Patienthotell har visat sig vara effektiva kompletterande resurser. Etablerandet av regionala vårdprogram i kombination med en framväxande konsultverksamhet ut i regionen har skapat förutsättningar att i viss omfattning decentralisera vården. Däremot har tillskapandet av tjänster för specialister i allmän onkologi vid länssjukhusen gått långsamt.

Den samlade bedömningen blir att onkologins vårdplatsvolym behöver bibehållas bl a för att möta en förväntad incidensökning av cancersjukdomar.

Medicinsk rehabilitering och reumatologi

Båda dessa verksamhetsområden är ojämnt etablerade i landet. För båda ses en utveckling mot öppna och halvöppna vårdformer. För dessa är tillgång till arbetsterapi och fysikalisk terapi i olika former, bassängträning och verkstäder mycket betydelsefulla. I vissa avseenden är nämnda resurser av samma karaktär, som en aktiv rehabiliterande långvård också behöver repliera på. Konsultverksamhet riktad mot såväl länsdelssjukhus som primärvård är synnerligen betydelsefulla.

Lokalisationen av en del av nuvarande vårdplatser - särskilt inom reumatologien – kan ifrågasättas. Viss omdisponering kan vara önskvärd. Behovet av ytterligare traditionella vårdplatser torde vara tämligen begränsat och borde lätt kunna tillgodoses inom ramen för befintliga medicin- eller långvårdskliniker. Kompletterande resurser för dagvård bör likaså kunna anordnas inom befintliga vårdplatsresurser. I vad mån resurser för terapi och rehabilitering behöver utökas har dock ej analyserats i detta sammanhang.

Barnmedicin

På många håll i landet torde barnklinikernas slutenvårdsresurser vara något för stora med hänsyn till inträffade förändringar i barnpopulationens storlek och nativitetens nedgång. I första hand bör dessa disponibla resurser utnyttjas för att ta över omvårdnaden av barn från vuxenkliniker typ kirurgi, ortopedi, infektion, öron och ögon, vilket sekundärt ger större möjligheter att reducera vårdplatser inom nämnda discipliner. På vissa håll torde det därutöver finnas vissa möjligheter att minska antalet vårdplatser inom barnmedicinen särskilt inom områden med flera barnkliniker. Det är vidare viktigt beakta att kvarvarande barnkliniker har tillräckligt patientunderlag för att bibehålla säkerhet och kvalitet i vården.

Regionsjukvården förväntas komma att visa en viss ytterligare minskning av antalet vårddagar samtidigt som den kommer att allt mer präglas av korta vårdepisoder ofta av mycket komplex karaktär.

Allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi

Hittillsvarande trender beräknas kvarstå. Detta innebär en ytterligare reduktion av icke malign allmän kirurgi samt en viss ökning av patienter som är föremål för kirurgisk behandling av tumörsjukdom. Den ökande volymen kärlkirurgi tillsammans med tumörbehandling torde ej kompensera för nedgången inom övriga delar av allmänkirurgin. Fortfarande finns vissa köproblem inom ortopedisk kirurgi samtidigt som akutverksamheten ökar bl a genom fler höftledsfrakturer och amputationer. En ytterligare förkortning av medelvårdtiderna torde minimera behovet av vårdplatstillskott. Inom urologin ökar prostatakirurgin genom vidgad tillämpning av den s k TUR-tekniken. Även inom denna specialitet finns skäl att räkna med förkortade medelvårdtider.

Kunskapsprofileringen främst vid länssjukhusen beräknas fortsätta genom att kirurger med erfarenheter även från andra fält t ex plastikkirurgi och handkirurgi rekryteras. Härigenom förbättras servicen inom dessa områden. Fler specialister med ortoped- respektive urologkirurgisk kompetens anställs i länssjukvården. Den sannolika effekten visavi regionsjukvården bör bli en viss reduktion i förhållande till nuläget.

Här behandlade tre specialiteter disponerade 1982 cirka 11 900 vårdplatser av totalt ca 20 400 för kirurgisk korttidsvård. Största delen av skillnaden mellan sjukvårdsområden med flest respektive minst antal vårdplatser för kirurgisk korttidsvård (motsvarar cirka 2 300 vårdplatser) torde finnas här, och då särskilt inom allmänkirurgin. Hittills kvarstående stora skillnader dels i åtgärder per 100 000 invånare dels i medelvårdtider för samma tillstånd/operation talar för vissa överresurser. Till detta kommer att erfarenhetsmässigt omkring 10 procent av platserna är belagda med klinikfärdiga patienter. Med beaktande av hittillsvarande utveckling inom allmänkirurgin och möjligheterna att bedriva delar av den kirurgiska vården vid differentierade öppenvårdsenheter med observations- och allmänvårdplatser typ Mariestad, Lysekil, Västra Frölunda, Falkenberg etc bör det vara möjligt att väsentligt minska antalet vårdplatser i 90-talets perspektiv. Särskilt betydelsefullt att beakta vid denna omstrukturering är att lågfrekventa men samtidigt resurskrävande tillstånd samlas till färre enheter än idag för att skapa underlag för god säkerhet och kvalitet i vården. Även typiska allmänkirurgiska akuttillstånd är genomgående lågfrekventa, vilket också måste beaktas vid planeringen av akutsjukvårdens organisation.

En samordning av den kirurgiska vården inom varje enskilt sjukvårdsområde torde vara nödvändig för att uppnå en säker vård med bra behandlingsresultat i rimligt rationella resursformer. Länssjukhusen med sina stora medicinska serviceresurser bedöms få en ökad betydelse i framtiden. Verksamheten vid kvarstående mindre sjukhus bör i första hand inriktas på frekventa tillstånd som ej förutsätter omedelbar tillgång till t ex klinisk patologisk service eller mer omfattande intensivvård. Kirurgerna vid dessa sjukhus bör ha en bred utbildning som täcker delar av den traditionella

allmänkirurgin och stora delar av ortopedin. En del av läkarstaberna bör ha urologisk profilering alternativt bör urologteam resa ut till länsdelssjukhusen.

Kvinnosjukvård

Tämligen betydande skillnader finns i vårdplatstillgången i relation till befolkningsunderlaget i landets olika sjukvårdsområden. Även inom denna specialitet har registrerats stora skillnader i åtgärdsfrekvens respektive medelvårdtider vid olika vanliga gynekologiska tillstånd vilket ger underlag för att justera antalet gynekologiska vårdplatser. Den snabbt sjunkande nativiteten under senare år liksom nu aktuell trend att underlätta tidigare hemgång efter förlossning motiverar en fortsatt reduktion av de obstetriska resurserna.

Även om regionsjukvårdens omfattning i vårddagar ökat måttligt mellan 1975 och 1981 är omfattningen av denna ändock så liten att den inte kan ha någon större betydelse för dimensioneringen av länssjukvården. Regionsjukvårdens utveckling är svårbedömd med hänsyn till vilken omfattning in vitro-fertilisering ("provrörsbarn") kommer att få.

Mellan 1970 och 1982 minskade antalet vårddagar inom kvinnosjukvården med 17 procent. En fortsatt likartad utveckling torde vara möjlig i 90-talets perspektiv. Med hänsyn till behovet av tillräckligt patientunderlag för en säker vård av god kvalitet samt behov av nära samverkan med barnkliniker torde en avveckling av mindre enheter vara naturlig i de fall ej särskilda geografiska skäl talar mot sådan åtgärd.

Ögonsjukvård

Tillgången på vårdplatser varierar tämligen starkt mellan landets olika sjukvårdsområden. Vidare förekommer betydande skillnader i medelvårdtider. Ögonsjukvården har sedan 1970-talet präglats av en mycket snabb teknisk utveckling inom ögonkirurgin med starkt förkortade medelvårdtider som följd. En betydande ökning av antalet behandlade patienter ses. För närvarande ändras behandlingstekniken vid grå starr radikalt genom att en konstgjord lins inplanteras i stället för den biologiska linsen. Resultatet blir att synen hos den opererade patienten närmast är jämförbar med den hos en medelålders person i behov av traditionella läsglasögon. Effekten har blivit en mycket påtagligt ökad efterfrågan på sådan starrkirurgi. Vissa kliniker har redan nu minskat vårdtiderna för denna typ av kirurgi till enstaka dagar. Kraven på operationsmöjligheter ökar emellertid. Även den s k glaskroppskirurgin är under uppbyggnad främst vid regionsjukhusen.

Genom att ögonkirurgin blivit alltmer tekniskt krävande ökar kraven på tillräckligt patientunderlag för ögonkirurgerna. Alla ögonläkare kan ej ägna sig åt ögonkirurgi med hänsyn till kvalitet och säkerhet. Viss del av ögonkirurgin bör koncentreras till regionklinikerna dels av säkerhetsskäl dels för att uppnå rimligt gott utnyttjande av alltmer sofistikerad och dyrbar teknik.

En minskning av vårdplatserna kan genomföras om "MIN-områden" tas som riktpunkt. Förkortningen av medelvårdtiderna kommer att fortsätta ytterligare vilket ger underlag för viss ytterligare reduktion. Samma effekt

skulle överflyttning av barn till barnklinik få. Hänsyn måste dock tas till förväntad expansion av ögonkirurgin. Jämfört med 1970 har vårddagarna 1982 minskat med 12 procent. En likartad fortsatt utveckling är trolig.

Mindre ögonkliniker bör bli föremål för särskild prövning eftersom ögonkirurgi bör bedrivas med rimligt stort patientunderlag för god säkerhet och tillräckligt gott utnyttjande av operationsresurserna. Däremot bör självfallet övriga delar av ögonsjukvården vara väl decentraliserad. Nödvändigt utrymme för utredning av ögonpatient i sluten vård på sjukhus som ej bedriver ögonkirurgi bör lämpligen kunna disponeras på någon av lokalt tillgängliga kliniker t ex medicinklinik.

Öron-, näs- och halssjukvård

Även inom denna specialitet finns betydande skillnader i vårdplatstillgång, operationsfrekvenser och medelvårdtider då olika sjukvårdsområden jämförs. Antalet vårddagar har sjunkit med 17 procent om 1982 jämförs med 1970. En likartad fortsatt utveckling bedöms trolig i synnerhet om MIN-områden får vara "riktpunkt". Liksom hittills kommer tumörvården att ha sin tyngdpunkt i regionsjukvården, som ej bedöms genomgå någon större volymförändring.

Barn-, hand-, neuro-, plastik- och thoraxkirurgi

Dessa renodlade regionfunktioner behandlas tillsammans då de totalt representerar knappt 1 200 vårdplatser, koncentrerade till ett fåtal sjukhus.

Barnkirurgins underlag har minskat något genom nedgången i nativiteten. En viss anpassning har redan skett genom indragning av en klinik i Stockholm medan man på andra orter gjort eller planerar en anpassning till rådande situation. Häri ingår givetvis en prövning om kirurgisk vård av barn inom vuxenklinik kan överföras till disponibelt utrymme vid barnkirurgisk klinik. Frånsett nativitetsförändringen finns f n ingenting som talar för ändrade vårduppgifter för barnkirurgin.

Handkirurgin har haft en ökad efterfrågan efter 1975. Härtill bidrar kravet på effektivare olycksfallsvård samt större volym reumakirurgi. En fortsatt hög efterfrågan verkar trolig. Denna bör dock kunna balanseras genom att i handkirurgi randutbildade ortopeder i länssjukvården kan handlägga mer på lokal nivå.

Neurokirurgin har under senare år bl a genom mikro-kirurgisk teknik och stereotaktiska ingrepp kunnat erbjuda effektivare behandling. Effektivare och tidigare diagnostik har resulterat i fler regionsjukvårdsremisser. Ett betydande utvecklingsarbete görs också för att finna medel att behandla hittills obotliga former av hjärntumörer. Samtidigt har medelvårdtiderna förkortats så att volymen vårddagar ligger kvar på tämligen stationär nivå. Nu iakttagen utveckling bedöms prägla 80-talet.

Thoraxkirurgin präglas f n av den öppna hjärtkirurgins mycket snabba expansion genom nu aktuell kirurgisk behandling av vissa former av kärlkramp. Från 1982 års volym på drygt 2 000 operationer är det fråga om en fördubbling på några få år. Samtidigt förkortas medelvårdtiderna. Övriga

former av thoraxkirurgisk vård bedöms kvarligga på oförändrad nivå. Eftersom den öppna hjärtkirurgin är den mest resurskrävande verksamheten vid de thoraxkirurgiska klinikerna krävs samordnade insatser för att snabbt åstadkomma önskad kapacitet. Genom systematisk eliminering av flaskhalsar kan resurstillskottet begränsas. Relativt marginella vårdplatsökningar är aktuella. Däremot krävs rätt betydande personaltillskott vid de thoraxkirurgiska klinikerna (operation, intensivvård och vårdavdelning) men också för anestesiservice samt vid de kliniker/avdelningar som är direkt engagerade i vården (kardiologi, röntgen, klinisk fysiologi, blodcentral, medicinsk teknik) krävs resurstillskott. Materialkostnaderna är tämligen stora.

Medicinsk service

Utbyggnaden av medicinsk service i enlighet med HS-80 är med få undantag fullföljd. Den tidigare kontinuerliga volymökningen har för flertalet specialiteter upphört. I vissa avseenden har förenklade tester medfört att vissa undersökningar – i varje fall av screeningkaraktär – har kunnat decentraliseras mer än tidigare. I samma riktning har en samordnad laboratorieverksamhet ledd från länssjukhusens medicinska serviceavdelningar med ansvar för länsdelssjukhus och primärvård verkat. Vid huvudlaboratorierna har automatiseringen och datoriseringen fortsatt. En allt större andel av resurserna har avsatts för kompletterande och oftast mycket kvalificerade undersökningar. Resultatet är en allt bättre diagnostik och säkrare terapi. En fortlöpande höjning av kvalitets- och ambitionsnivån har sålunda inträffat vid såväl region- som länssjukhusens laboratorier. Denna utveckling bedöms fortsätta och torde bl a medföra att kapitalbehoven för reinvesteringar och ny teknik ökar.

Röntgenområdet präglas av en snabb teknisk utveckling inom en totalt sett något sjunkande volym undersökningar. Ultraljudteknik, isotopundersökningar, olika former av endoskopi samt datortomografi är nu viktiga delar i röntgenavdelningarnas verksamhet vid sidan om den traditionella röntgendiagnostiken. Många tidigare mycket viktiga, resurskrävande och potentiellt riskfyllda undersökningar har minskat påtagligt genom ovannämnda nya tekniker, som i flertalet avseenden är bekvämare och förenade med mindre risk för patienterna. Återigen uppstår problemet med låg frekvens av åtgärder vid många sjukhus, vilket äventyrar säkerheten och ger mindre diagnostisk träning för undersökande team samtidigt som kostnaderna blir höga. Mot denna bakgrund torde det bli nödvändigt att strukturera specialundersökningarna på ett konsekvent sätt inom varje sjukvårdsområde i första hand till läns- och regionsjukhusen. Hittillsvarande utveckling bedöms fortsätta d v s alltmer förfinad teknik tas i bruk varav en del är mycket sofistikerad, dyrbar och krävande typ NMR medan annan teknik som ultraljud tillåter en långtgående decentralisering.

Eftersom rutindiagnostiken svarar för 80 procent av undersökningarna och huvuddelen av kostnaderna torde det finnas ett tämligen stort utrymme att frigöra resurser för alternativ användning om den höga undersökningsvolymen i vissa sjukvårdsområden begränsas till riksgenomsnittets nivåer.

Ytterligare vinster borde kunna göras om nuvarande stela gränser mellan diagnostisk radiologi, klinisk fysiologi och patientbunden isotopdiagnostik luckrades upp. Många undersökningar inom dessa områden kompletterar

alternativt ersätter varandra. En utveckling mot gemensamma avdelningar för patientbunden diagnostik borde vara fördelaktigt. På regionsjukhusen borde också innefattas klinisk neurofysiologi. På motsvarande sätt torde det finnas vissa samordningsvinster även inom övriga laboratoriediscipliner i huvudsak inriktade på analys av prover av olika slag.

Effekterna genom ökade preventiva insatser via primärvården är svåra att överblicka. En viss ökad efterfrågan av medicinsk service är trolig.

Långtidssjukvård och psykiatri

Långtidssjukvård som länssjukvårdsfunktion har ett särskilt ansvar för att bedriva aktiv rehabiliterande vård, att vara en utbildningsresurs och att ge primärvården konsultservice. Under förutsättning att sjukhemsvård i princip skall vara decentraliserad till primärvården blir länssjukvårdens kliniker för långtidssjukvård små enheter.

Idag finns en ganska stor grupp äldre patienter som uppvisar symtom på mental insufficiens och som löper risken att inte få adekvat utredning och behandling, åtminstone inte i tid. Denna grupp utgörs dels av patienter med ett normalt åldrande men vilkas situation komplicerats till följd av en somatisk sjukdom (t ex hjärtsvikt) eller skada (t ex collumfraktur) eller att deras psykosociala miljö ändrats. Vidare ingår i denna grupp patienter med genomblödningssjukdomar och primära degenerativa sjukdomar som leder till mental avtrubbning. Deras symtombild liknar den som den normalt åldrande gruppen har. För samtliga gäller att symtomen kan variera från stormigt förvirringstillstånd till hämmad intellektuell förmåga. Inom länssjukvården bör etableras en utrednings- och samordningsfunktion för denna patientgrupp. Det bör ske i samverkan mellan psykiatrin, somatisk långtidssjukvård och delar av den somatiska korttidsvården. Denna enhet har bl a till uppgift att utreda och utforma behandlingsplan för varje patient. Patienten kan därefter överflyttas till exempelvis sjukhem, långvårdsklinik eller sitt eget hem för fortsatt vård där. Det är också viktigt att denna enhet sprider sina kunskaper till andra delar inom länssjukvården och primärvården. Med rätt behandling i tid kan patienter undgå att stämplas som "senildementa" med risk för inadekvat behandling ledande till förlängd sjukhusvård och onödig blockering av resurser.

7.4.4 Sammanfattande bedömning

Som framgår av underlagsstudien SOU 1984:48 förfogar allmän internmedicin och allmän kirurgi över de största vårdplatsresurserna inom korttidsvården. En fungerande långtidssjukvård i kombination med en utveckling av nya vårdformer inom primärvårdens sjukhemsvård, hemsjukvård och dagvård torde ge avsevärd avlastning främst för medicinklinikerna. Allmänkirurgin har under 1970-talet präglats av en minskande verksamhetsvolym. Det är därför naturligt att dessa båda verksamhetsområdena blir föremål för den kraftigaste omstruktureringen. Eftersom mer än hälften av vårdplatserna finns vid länsdelssjukhusen, som antalsmässigt utgör cirka 2/3 av akutsjukhusen, måste med nödvändighet konsekvenserna bli särskilt stora för dessa sjukhus.

Något objektivt mått på erforderligt antal vårdplatser går inte att fastställa. Detta måste baseras på de sjukvårdspolitiska prioriteringarna om hur vårdbehoven skall tillgodoses inom givna ekonomiska ramar. Vid den framtida dimensioneringen av den slutna somatiska korttidsvården måste hänsyn tas till rådande skillnader i omstruktureringsgrad och skiftande utbyggnad av primärvården i landstingsområdena. Vissa utgångspunkter finns i den planerade och faktiska utvecklingen. Om primärvården utvecklas enligt den tidigare angivna inriktningen bedöms en fortsatt reducering av vårdplatserna kunna ske enligt den faktiska utvecklingen under perioden 1977–1982, som var cirka 550 platser per år. Detta skulle vid slutet av planeringsperioden ge under 29 000 vårdplatser. I underlagsstudien "Länssjukvården – möjligheter till förändring" görs en specialitetsvis bedömning av vårdplatsutvecklingen. Enligt denna expertbedömning är det möjligt att minska vårdplatserna inom somatisk korttidsvård med cirka en fjärdedel. Detta skulle innebära under 30 000 vårdplatser vid slutet av HS 90:s planeringsperiod.

Man kan bedöma att dimensioneringen för medicinsk och kirurgisk korttidsvård, mätt i vårdplatser, kommer att ligga inom en vårdplatsram med spännvidden 4,0-2,5 vårdplatser/1 000 invånare mot slutet av HS 90:s planeringsperiod. Vid ett antagande av ett värde på 3,5 vårdplatser/1 000 invånare erhålls ca 29 500 vårdplatser. Om huvudmännen genomför den enligt LKELP planerade minskningen till 1988 (37 200 vpl) innebär detta en fortsatt reducering till planeringsperiodens slut med omkring 7 700 platser.

Ovan har i första hand diskuterats förändringar inom områdena medicinsk och kirurgisk korttidsvård, vilka år 1982 disponerade närmare 40 000 vårdplatser. Till detta kan komma en reduktion av ett antal vårdplatser för intagningsvård, postoperativ vård, intensivvård m m, vilka i regel är resursintensiva. En reduktion inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård på ovan redovisade grunder måste med nödvändighet påverka storleken av ovan nämnda typer av resurser.

Omkring hälften av alla patient-läkarkontakter i Sverige sker vid sjukhusens öppna mottagningar. Detta är långt mer än i jämförbara länder. Även den öppna vården är således starkt sjukhuscentrerad i Sverige. Följaktligen sker en mindre andel av läkarbesöken hos allmänläkare i primärvården. I England liksom i Danmark och Norge sker däremot flertalet läkarbesök hos allmänläkare. Antalet läkarbesök i öppenvård i landet uppgick 1982 till drygt 22 miljoner eller 2,6 besök per invånare och år. Av dessa skedde cirka 3 miljoner inom privatläkarvården.

Sjukvårdshuvudmännen planerar enligt LKELP 84 att under perioden 1984-1988 öka antalet läkarbesök med 1,2 miljoner. Av dessa hänför sig 94,2 procent till läkarstationer och vårdcentraler. Trots detta kommer inte besöken inom den offentliga vården utanför sjukhus att omfatta mer än 49,4 procent år 1988.

Vid en jämförelse med länder, som har likartade hälsoproblem som Sverige och med jämförbar standard och kvalitet i vården, kan konstateras att dessa i högre grad löser vårdfrågorna genom en större andel öppen vård utanför sjukhusen. Detta visar att en sådan utveckling är rimlig och möjlig även för den svenska sjukvården.

Allmänheten har ett självklart krav på bästa möjliga medicinska omhändertagande nära hemorten och på en lokalt utbyggd omvårdnad av äldre. För att detta skall kunna genomföras måste sådant hälso- och sjukvårdsarbete, som kan utföras i en lokal primärvårdsorganisation, erhålla kraftiga resurstillskott. Redan i huvudmännens femårsplaner markeras en betydande resursförstärkning för omvårdnaden av äldre och den öppna vården. Således kommer det enligt planerna att finnas cirka 54 000 platser för långtidssjuka, i jämförelse med korttidsvårdens omkring 37 000. Härtill kommer resurser för en utbyggd sjukvård i hemmet. Den offentliga och privata öppna vården utanför sjukhusen beräknas 1988 utgöra mer än hälften av denna vårdform. Det bör observeras att resursökningarna i flera fall är kopplade till omstruktureringen genom nedläggningar av mentalsjukhusen, de stora centrala långvårdsenheterna och andra reduceringar inom länssjukvården. Primärvårdens utbyggnad måste även fortsättningsvis kopplas till vårdens förändring liksom till förändringarna inom den primärkommunala äldreomsorgen. Förutsättningarna för en sådan koppling är för närvarande goda med hänsyn till pågående omstruktureringsarbete.

Det är nödvändigt att under 1990-talet fortsätta satsningen på en utbyggd lokal sjukhemsvård och utökad sjukvård i hemmet liksom en ökad andel öppen vård, dagvård samt olika former av förebyggande verksamheter. För att kunna erbjuda en sådan lokal hälso- och sjukvårdsservice erfordras att primärvården på sikt kommer att disponera en stor andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser.

En avgörande faktor för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling och ekonomi är förändringen av länssjukvårdens dimensionering och struktur. Genom länssjukvårdens storlek ger även en ganska måttlig begränsning av denna ett utrymme för tillväxt inom andra områden.

De ekonomiska bedömningarna kan inte begränsas till hälso- och sjukvårdens eller landstingens ekonomi. Det betyder att differentierade former för vård och omhändertagande utanför institutionerna behöver byggas upp. Det gäller t ex bostäder med förbättrad tillgänglighet, resurser för kollektivt boende, inackorderingshem, små sjukhem och resurser för hemtjänst och sjukvård i hemmet.

Bostädernas tillgänglighet för alla grupper har en viktig roll i regeringens nyligen presenterade ROT-program (reparation, ombyggnad och tillbyggnad), men det är inte det enda område där bostadspolitik och vårdpolitik påverkar varandra. T ex bestäms möjligheterna till kvarboende respektive flyttning till en modernare och mer ändamålsenlig bostad för många äldre av bostadstilläggens utformning.

7.5 Sysselsättningsmässiga och regionalpolitiska konsekvenser av utredningens förslag

7.5.1 Sysselsättningens betydelse

Planeringen av hälso- och sjukvården kan inte ske utan hänsynstagande till samhällsutvecklingen. Förändringar inom hälso- och sjukvården får också konsekvenser för andra samhällssektorer. Förändringarna berör både sysselsättningen i landet och den regionala utvecklingen.

Det kan konstateras att den nuvarande utvecklingen av landstingens

verksamhet inte är av samma betydelse för sysselsättningen som under 1970-talets expansiva år. Nya arbetstillfällen kommer främst att tillkomma inom primärvården, som är otillräckligt utbyggd. Det är framför allt möjligt att öka omfattningen av personal inom hemsjukvården och området för omvårdnad. Genom den personalintensiva verksamheten ger även små förändringar i servicegraden relativt stora utslag i sysselsättningen. Verksamheten är dessutom i hög grad decentraliserad, vilket framför allt har stor betydelse för glesbygdens befolkning och de mindre kommunerna. Primärvårdens utbyggnad är nära förenad med utvecklingen inom primärkommunala verksamheter. Det är särskilt den pågående utvecklingen inom äldreomsorgen som berörs.

Behovet av omdisponering av personal från slutna till öppna vårdformer förväntas också bli betydande. Detta förutsätter utbildning av personal inför nya arbetsuppgifter. En ökad satsning på fort- och efterutbildning av personalen kan ge – i och för sig bara temporära men ändock – väsentliga sysselsättningsökningar genom vikariebehov.

I många kommuner ger hälso- och sjukvården sysselsättning åt fler människor än någon annan sektor. Särskilt i Norrland har den fått stor regionalpolitisk betydelse och bidragit till en höjd förvärvsfrekvens för kvinnorna i glesbygdskommunerna.

7.5.2 Sysselsättningseffekter av hälso- och sjukvårdens utbyggnad

Det är därför av särskilt intresse att belysa hur långsiktiga strukturförändringar inom hälso- och sjukvården kommer att påverka den lokala sysselsättningen. Det måste närmast ses som en förutsättning för en realistisk planering att de vårdpolitiska målen på ett rimligt sätt kan förenas med de sysselsättnings- och regionalpolitiska målen.

En särskild expertrapport har därför gjorts på uppdrag av HS 90 och regionalpolitiska utredningen, "Vården och sysselsättningen – lokala sysselsättningseffekter av hälso- och sjukvårdens utbyggnad i fem landsting" (SOU 1984:49). Där har sysselsättningen inom hälso- och sjukvården i Norrbottens, Västerbottens, Kopparbergs, Älvsborgs och Skaraborgs läns landsting studerats.

Sysselsättningen har ökat mycket snabbt inom hälso- och sjukvården i de fem studerade länen, men ökningstakten har avtagit väsentligt under de senaste åren. Den alldeles övervägande delen av sysselsättningstillskotten har gått till sjukhusen, vilket har lett till en kraftig stimulans av de större kommunernas utveckling. I vissa län har också en snabb ökning skett i de mindre kommunerna, där särskilda satsningar gjorts på primärvården. Regeln är dock att primärvården stått för en jämförelsevis långsam sysselsättningsökning under senare år.

En nyorientering har emellertid börjat ske. Detta återspeglas i landstingens flerårsplaner. Inom ramen för en planerad relativt måttlig sysselsättningsökning avser man att satsa speciellt på primärvården. Planerna innebär ändå inte någon utveckling mot regional decentralisering i större omfattning. Anledningen är att primärvården i första hand avses byggas ut i de större kommunerna, där det finns sjukhus. En inte obetydlig satsning planeras också på flera länsdelssjukhus.

Konsekvenserna för sysselsättningen av de vårdstrukturella förändringarna har belysts med hjälp av några räkneexempel. Dessa har baserats på en princip om en lika fördelning av resurserna mellan primärvård och länssjukvård. Räkneexemplen visar att primärvården i sjukhuskommunerna skulle behöva byggas ut med viss omfattning. Den sysselsättningsökning, som härav följer, kompenserar då i stor utsträckning den tänkta minskningen inom länssjukvården. I allmänhet är dock inte denna kompensation tillräcklig för att en viss sysselsättningsnedgång skall kunna undvikas i kommuner där en radikal förändring av länssjukvården kan bli aktuell. Den förespråkade vårdstrukturen innebär emellertid inga eller i få fall mer kraftiga sysselsättningsbortfall på sjukhusorterna.

I de mindre kommunerna innebär en förändrad vårdstruktur i allmänhet en viss sysselsättningsökning genom primärvårdens utbyggnad. Skillnaderna är här ganska stora mellan olika län. I de nordligare länen sker, på grund av primärvårdens redan ganska stora omfattning i småkommunerna, en relativt måttlig sysselsättningsökning. I några av de sydligare länen blir sysselsättningstillskotten utanför sjukhusorterna ganska stora.

Företagshälsovården täcker f n 60 procent av de anställda. I företagshälsovårdsutredningen har föreslagits att en utbyggnad skall ske inom en tioårsperiod till att omfatta alla arbetstagare. Denna utbyggnad avses också medföra en viss sysselsättningsökning.

7.5.3 Vård- och regionalpolitiska mål

Syftet med den av riksdagen fastställda regionalpolitiken kan i korthet sägas vara att skapa förutsättningar för en balanserad befolkningsutveckling i landets olika delar och att ge människor tillgång till arbete, service och en god miljö, oavsett var de bor i landet, (Program för regional utveckling och resurshushållning, prop 1981/82:113 sid 8 ff). Konkret innebär dessa mål följande.

Allsidigt sammansatta decentralicerade samhällen med närhet mellan arbetsplatser, bostäder, service och fritidsmöjligheter bör eftersträvas i hela landet. Snabba och omfattande befolkningsomfördelningar mellan och inom länen bör undvikas.

Regionalpolitiken ses också som ett medel att uppnå ökad jämställdhet mellan män och kvinnor. De regionala skillnaderna mellan kvinnornas förvärvsfrekvenser är avsevärt större än mellan männens. Genom spridning av arbetstillfällen räknar man därigenom med en utjämning och förbättring av kvinnornas möjligheter till förvärvsarbete.

Förslagen innebär inte någon mer omfattande regional spridning av arbetstillfällena inom hälso- och sjukvården i förhållande till nuläget. Det står dock fullt klart att förslagen innebär en satsning på de mindre kommunernas sysselsättning både om man jämför med dagens förhållanden och med de studerade landstingens flerårsplaner. Dessutom följer av dessa principer en inomkommunal decentralisering, vilket i en del glesbygdskommuner kan ha ett regionalpolitiskt värde.

På minuskontot finns de negativa sysselsättningseffekter, som kan uppstå i vissa kommuner med länsdels- och mentalsjukhus samt centrala sjukhem. Som påvisats i nedan nämnda utredning är emellertid dessa effekter i

allmänhet av överkomligt slag, beroende på att neddragningen av sjukhusvården kompenseras av en betydande sysselsättningsökning inom primärvården.

Mot denna bakgrund kan följande principer för en vård- och regionalpolitik i samverkan formuleras

- En kraftig utbyggnad av primärvården bör stimuleras.
- Regionalpolitiska insatser krävs för att skapa ny sysselsättning på orter, där en stark neddragning av länssjukvården sker.

7.5.4 Vård-, regional- och arbetsmarknadspolitik i samverkan

Operativa medel för att förverkliga de ovan angivna målen disponeras naturligtvis i första hand av landstingen. Viktiga funktioner i olika avseenden har emellertid också andra organ både på central och regional nivå.

Den föreslagna strukturomvandlingen inom hälso- och sjukvården innebär att en omfördelning måste ske av befintliga resurser. Det är naturligtvis svårare att genomföra en sådan omfördelning, då resurserna totalt sett, vilket kan förväntas, ökar långsamt än då de, vilket tidigare har skett, ökar snabbt. Landstingen kommer med all sannolikhet vid upprepade tillfällen under de närmaste åren att ställas inför dilemmat att vårdpolitiska ambitioner kolliderar med sysselsättningsmässiga hänsyn.

Det är mot denna bakgrund angeläget att betona landstingens primära ansvar för vårdens utveckling. Intentionerna för hälso- och sjukvårdens framtida inriktning kan inte förverkligas, om landstingen av sysselsättningsskäl avstår från strukturåtgärder som är angelägna ur vårdpolitisk synpunkt. Detta innebär givetvis inte att landstingen skall underlåta att ta sysselsättningshänsyn i sin planering. Det kan göras genom att sysselsättningsminskning inom länssjukvården genomförs i sådan takt att rådrum ges för omplacering av de anställda.

I de, som det här bedöms, relativt sällsynta fall då hälso- och sjukvårdens strukturutveckling kan leda till stora lokala förluster av arbetstillfällen har landstingen vissa möjligheter att också skapa ny sysselsättning. Viktigast är att framhålla sysselsättningseffekten av en utbyggd primärvård. I övrigt består möjligheterna i att förlägga tillkommande verksamheter, som inte är beroende av det lokala befolkningsunderlaget till de berörda orterna. Naturligtvis är dock dessa sistnämnda möjligheter begränsade.

Arbetsmarknadspolitiken disponerar stora och ökande resurser i form av beredskapsarbeten inom byggsektorn och andra sektorer, arbetsmarknadsutbildning m m. Den framtida inriktningen och utformningen av arbetsmarknadspolitiken är för närvarande under debatt. Starka krav har framförts om att förenkla regelsystemet kring arbetsmarknadspolitiken och att ge den en sådan inriktning att den tillgodoser både kortsiktiga sysselsättningsmål och långsiktiga strategiska mål. AMS håller f n på att i sitt serviceprogram arbeta för en effektivare arbetsförmedling och ett förenklat regelsystem.

I det pågående förändringsarbetet är det viktigt att uppmärksamma möjligheterna till samverkan mellan arbetsmarknads- och vårdpolitiken. De arbetsmarknadspolitiska medlen bör kunna anpassas så att de medverkar till att den förordade utvecklingen av primärvården förverkligas. Några huvudlinjer som här bör kunna följas är följande

- Arbetsmarknadspolitiska resurser ställs under konjunkturnedgångar till landstingens förfogande för tidigareläggning av fasta tjänster inom prioriterade områden. Det betyder att den stödform, varom riksdagen beslutade inför budgetåret 1983/84, även i fortsättningen kan komma att tillämpas. Frågan utreds för närvarande inom AMS, som bildat en arbetsgrupp i vilken kommunförbunden ingår. Detta arbete gäller hela den kommunala sektorn.
- Under 1970-talet anordnades beredskapsarbete och arbetsmarknadsutbildning (BAMU) inom bl a vårdområdet och barnomsorgen. Därvid fick ordinarie personal tillfälle att genomgå yrkesutbildning inom arbetsmarknadsutbildningens ram samtidigt som beredskapsarbetare anställdes som ersättare. Dessa behövde dock inte direkt ersätta den personal som genomgick utbildning. BAMU-verksamheten upphörde vid utgången av år 1980. Under budgetåret 1983/84 har arbetsmarknadsstyrelsen medgivit kommunerna att anställa beredskapsarbetare som ersättare för personal som utbildas av kommunen.

Också regionalpolitiken är för närvarande under förändring. Också här gäller att möjligheterna till samverkan med vårdpolitiken bör uppmärksammas. Samarbetet bör kunna ta sig följande uttryck

- I det regionalpolitiska arbetet görs bedömningar av utvecklingsförutsättningarna för olika orter och anges mål för den regionala utvecklingen. Detta arbete bör göras med klar kännedom om landstingens planer för vårdens regionala utveckling. Likaså måste landstingens planering ske under beaktande av de regionalpolitiska målen.
- De regionalpolitiska medlen kan med nuvarande konstruktion i ringa utsträckning användas för att ersätta sysselsättning som bortfaller på grund av hälso- och sjukvårdens strukturomvandling. Den regionalpolitiska utredning, som nu är i arbete, bör överväga vilka möjligheter som finns att effektivisera regionalpolitiken på denna punkt.

En klar arbetsfördelning mellan olika organ i en samordnad sysselsättnings- och vårdpolitik är av stor betydelse. En bestämd uppdelning av ansvaret är en förutsättning för en fungerande samverkan. I princip bör de olika parterna själva utarbeta formerna för en sådan samverkan. Viktigast är här att de olika intressenterna på ett naturligt sätt kommer till tals med varandra och att samarbetet därigenom får ett verkligt innehåll.

Slutligen kan följande sammanfattande synpunkter anföras

- Den föreslagna strukturen hos hälso- och sjukvården sammanfaller med de regionalpolitiska målen om konsekvenserna för en decentraliserad samhällsstruktur.
- Primärvården behöver byggas ut kraftigt på sjukhusorterna. Därmed skapas sysselsättning som kompenserar neddragningar inom länssjukvården. Särskilda sysselsättningsskapande åtgärder kan dock behövas på ett mindre antal sjukhusorter.
- Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den lokala sysselsättningen. Vårdens fortsatta utbyggnad bör ske i organiserat samarbete mellan

företrädare för sjukvårdhuvudmän samt vård-, regional- och arbetsmarknadspolitik.

- Landstingens primära ansvar gäller vårdens utbyggnad. Strukturåtgärder som är angelägna ur vårdpolitisk synpunkt bör genomföras även om detta kan leda till övergående lokala sysselsättningsproblem.
- För att lösa lokala sysselsättningsproblem i samband med hälso- och sjukvårdens strukturomvandling bör i första hand samhällets regional- och arbetsmarknadspolitiska medel utnyttjas. En del av dessa medel bör också kunna användas för att driva fram en vårdstruktur som i ökad utsträckning baseras på primärvården.

7.6 Genomförande av en ny vårdstruktur

7.6.1 Hinder för förändring

Sjukvårdshuvudmännen har i princip varit ense om att omstrukturera verksamheten och stödja en utveckling av prioriterade områden som en decentraliserad öppen vård och långtidssjukvård inom primärvården. Utvecklingen har emellertid gått långsamt. I Spri:s projekt "Avveckling för utveckling" (Spri-rapport 116:1983) konstateras att prioriteringen av den öppna vården misslyckats under 1970-talet, om man därmed menar att en allt större andel av resurserna skall fördelas till sådan vård. Detta gäller också den eftersträvade omfördelningen mellan sjukhusansluten vård och icke sjukhusansluten öppen vård.

Kopplingen mellan sjukvårdspolitiska beslut och faktiska förändringar är inte alltid så stark. Bidragande orsaker härtill är bristen på ett allsidigt beslutsunderlag och metoder att förverkliga gjorda prioriteringar. Besluten om vilka mål som skall tillgodoses och vilka åtgärder som skall vidtas görs i en politisk bedömning. Målen är oftast allmänt utformade och kräver beslut i flera organ och medverkan från ett flertal intressenter innan de kan förverkligas.

En viktig faktor som motverkar organisatoriska och strukturella förändringar är sjukhusens viktiga roll för sysselsättningen på många orter. Beslut om kraftiga förändringar och eventuella nedskärningar är svåra politiska beslut som medför motstånd från starka lokala opinioner. De ansvariga beslutsfattarnas information om innebörden av förändringarna är ofta otillräcklig och då den ofta lämnas sent leder detta till att massmedia förstärker den lokala opinionen.

Köer inom hälso- och sjukvården används som ett argument för att resurserna är otillräckliga i förhållande till sjukvårdsbehovet. I stället för att vidta adekvata organisatoriska eller strukturella förändringar, som skulle innebära en mer långsiktig lösning av köproblemet, har man i regel valt den mer kortsiktiga metoden att förstärka resurserna. Detta har kommit att utgöra ett hinder för förändring av vårdstrukturen i avsedd riktning.

Den historiska utvecklingen och starka vårdtraditionen har också verkat som hinder för en snabbare anpassning av vårdstrukturen till de nya kraven. Hälso- och sjukvården har låg förändringsbenägenhet vad gäller strukturella förändringar. En på ett flertal läns- och länsdelssjukhus, med relativt

självständiga kliniker, uppdelad vård har också försvårat omfördelningar inom organisationen. Resurserna har inte kunnat omdisponeras på ett flexibelt sätt. En viss intern organisatorisk anpassning har visserligen skett genom bl a sammanslagning av kliniker till storkliniker eller klinikblock och genom att överläkartjänster för flera specialiteter liksom även för öppen vård numera kan ingå i en klinik. Någon påverkan på hälso- och sjukvårdens övergripande struktur har detta dock inte inneburit.

Vårdideologiska åsiktsskillnader och olika professionella intressen har medfört att någon enhetlig syn på inriktningen inte uppnåtts. Det kan ifrågasättas om inte för stor hänsyn till starka professionella intressen allt för länge har fått fördröja förändringar. Detta har fått till följd en varierande vårdpolicy och bedömning av hur tillgängliga resurser bör användas. Detta trots att det rått politisk enighet om den övergripande utvecklingen.

En otillräckligt utbyggd primärvård bidrar vidare till att konservera den bestående organisationen, genom att vårdbehoven inte på det sätt som avsetts kan tillgodoses i primärvårdsorganisationen. Osäkerheten om vad primärvården kan och bör klara i vårdkedjan, i form av t ex sjukvård i hemmet och öppen vård, har också bidragit till att överförandet av vården till "rätt vårdnivå" ej genomförts i tillräckligt snabb takt. Startandet av nya primärvårdsverksamheter har också uppskjutits eller försenats till följd av brist på adekvat utbildad personal. Bristen på allmänläkare har bl a medfört att verksamheten i betydande omfattning fått upprätthållas av läkare under utbildning. Täta byten av läkare och bemanning av läkare med begränsad erfarenhet har vidare lett till att primärvården ej fått den kvalitet och förtroende som varit avsikten. Detta har medfört tveksamhet inför en snabb och långtgående omstrukturering av vårdorganisationen.

7.6.2 Stöd för förändringsarbetet

Från och med 1 januari 1983 har den nya hälso- och sjukvårdslagen trätt i kraft. I underlaget till riksdagens beslut understryks nödvändigheten av att tillgängliga resurser omfördelas för att den avsedda inriktningen av vården skall kunna genomföras och slås fast att huvudmännen måste utgå från primärvården i sin planering. Den nya lagen skapar ett nytt utgångsläge för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården. I och med HSL:s ikraftträdande föreligger behov av ett planeringsarbete, som utgår från den nya lagstiftningen och således förutsätts bli hälsopolitiskt orienterat. Den tidigare detaljrikt och huvudsakligen på sjukhusverksamheten inriktade lagstiftningen har ersatts av en lag med formulerade mål och med vida möjligheter för landstingskommunerna att friare organisera sin verksamhet efter lokala behov och förhållanden. De centrala organen skall stödja huvudmännens utvecklingsarbete med råd för uppfyllande av lagens mål.

En förutsättning att påverka resursstrukturen inom hälso- och sjukvården är att mer kortsiktiga beslut kan inordnas i en långtsyftande förändring. För att få effekt måste t ex fördelningsbeslut röra större och mer avgränsade enheter där resurser frigörs och kan utnyttjas för andra ändamål. Sådana förändringar kan i allmänhet inte initieras och genomföras i det löpande arbetet utan måste sättas in i en strategisk planering.

Information är ett av de viktigaste instrumenten i förändringsarbetet.

Frågan om ändrade attityder och synsätt i enlighet med HSL:s hälsopolitiska inriktning ställer stora krav på information om de skall vinna gehör och få genomslagskraft. Informationen måste på ett övertygande sätt klargöra nödvändigheten av en kursändring från sjukvårdspolitik till hälsopolitik, av primärvårdens och länssjukvårdens förändrade roller liksom av den ändrade relationen mellan patienter och vårdpersonal. Personalens engagemang i förändringsprocessen är av största betydelse för utvecklingen men torde till stor del vara beroende av den information och utbildning som de erhåller. Informationsmaterial om innebörden av utvecklingen inom hälso- och sjukvården och behovet av en ny vårdstruktur bör upprättas för målgrupper som allmänheten, politiska och fackliga organisationer, personal, massmedia och andra lokala opinionsgrupper.

Utbildningen måste tidigt ge kunskap om utvecklingen inom vårdsektorn. Den måste vidare användas som instrument för att göra de anställda delaktiga av förändringsprocessen och för att hos personalen grundlägga en god kunskap om en ny vårdinriktning. Vissa av tröghetsfaktorerna återfinns och kan åtgärdas inom området för personal- och utbildningsplanering. Utbildningen fyller därvid en dubbel funktion genom att dels förbereda för den verklighet som kan förutses, dels skapa en beredskap hos den studerande att själv initiera förändringar. Betoningen av förebyggande åtgärder och annan primär vårdservice, strävan att bredda personalens arbetsuppgifter och utveckla omvårdnads- och grupparbete samt behovet av samverkan med primärkommunerna ger sammantaget underlag för betydande förändringar av utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta gäller i första hand den personal som skall arbeta inom primärvården. Det påverkar emellertid också övrig hälso- och sjukvårdspersonal. I många avseenden saknas kunskaper, metoder och former för hälsopolitiskt arbete och nya arbetssätt. Utbildningen utgör därmed ett viktigt instrument för att förverkliga den offentliga hälsopolitiken. Den tid det tar från det att initiativ tas till förändring i utbildningssystemet till dess att förändringen påverkar vården är mycket lång. I synnerhet gäller detta förändringar i grund- men också vidareutbildningar. Betydligt snabbare resultat kan vanligen nås med hjälp av fort- och efterutbildningsinsatser. I stället för att som hittills i flera avseenden ha varit en konserverande eller återhållande faktor bör personalplaneringens och utbildningssystemets olika delar i framtiden i stället utnyttjas för att påverka förändringsarbetet. Ett väl samordnat arbete med utbildningsmyndigheten är nödvändigt om de eftersträvade målen skall kunna uppnås.

Statens huvudmannaskap för forskning innefattar ett särskilt ansvar för att landets samlade och löpande forsknings- och utvecklingsarbete står i överensstämmelse med de övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målen. Socialstyrelsen ansvarar för att identifiera, formulera och samordna hälso- och sjukvårdens krav på forsknings- och utvecklingsinsatser. Socialstyrelsen svarar också för att dessa krav framförs till forskningsansvariga myndigheter. Sjukvårdshuvudmännen har också ett stort intresse av resurser för forskning och utveckling då detta har stor betydelse för förbättring och förnyelse av vårdservicen. Inom utvecklings- och forskningsarbetet måste det ske en fortsatt omprioritering till förmån för nya utvecklingsområden.

Individen har självklart intresse av att hälso- och sjukvården är av god

kvalitet och har hög säkerhet. Vårdservicen bör därför vara utformad på ett sådant sätt att dessa krav på ett rimligt sätt tillgodoses. Socialstyrelsen bör underlätta en medicinsk rationalisering och ställa upp kriterier för vad som är medicinskt godtagbart samt bl a utforma centrala vårdprogramunderlag för att påverka den medicinska vårdstrukturen och kvaliteten.

Staten har ett överordnat ansvar för landets välfärdspolitik, vilket även innefattar hälso- och sjukvården. Staten medverkar också i betydande omfattning till hälso- och sjukvårdens försörjning med ekonomiska resurser. Då vårdsektorn dessutom tar så stor del av samhällsresurserna i anspråk är det nödvändigt att tillse att resurserna organiseras och utnyttjas effektivt. Dessa resurser bör inom ramen för statsbidrag, skatteutjämning och sjukförsäkring m m fördelas med hänsyn till hälsopolitiska mål.

7.6.3 Förslag till åtgärder

Det utvecklingsarbete som bedrivs på hälso- och sjukvårdens områden har i allt väsentligt präglats av enighet i fråga om inriktning och prioriteringar. En omstrukturering av vårdresurserna i önskad riktning har också kommit igång. Att man ännu inte nått längre beror på vissa hinder bland annat på systemets tröghet och på det allt kärvare ekonomiska läget. Nya verksamheter förutsätter omfördelning av befintliga resurser, d v s nedskärning på ett håll för att en utvidgning skall kunna ske på ett annat.

Inledningsvis har konstaterats att förändringen av vårdstrukturen är av mycket komplicerad natur och bedöms pågå under en längre tidsperiod. För att åstadkomma en förändring av hälsosystemet under planeringsperioden, måste fortsatta åtgärder på riksnivå vidtas. Dessa bör bl a inriktas på att stödja sjukvårdshuvudmännens långsiktiga arbete med att förverkliga den nya hälso- och sjukvårdslagen och att förändra vårdstrukturen. Med hänsyn till bland annat ansvarsuppdelningen inom hälso- och sjukvården måste ett sådant arbete bedrivas väl samordnat.

Vi anser att socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Spri genom aktiva åtgärder gemensamt bör stödja huvudmännens omstrukturerings- och utvecklingsarbete. Detta skall ske bl a genom att utforma medicinska och organisatoriska system till stöd för förändringsarbetet.

Planerings- och utvecklingsarbetet bör inriktas mot att

- utarbeta råd och anvisningar till stöd för huvudmännens handlande
- klarlägga förutsättningarna för och utformningen av hälsopolitiskt orienterade hälso- och sjukvårdsplaner till stöd för förverkligandet av HSL och vårdstrukturen
- utarbeta utvecklingslinjer för länssjukvårdens organisation och struktur samt metoder för att effektivisera verksamheten i enlighet med vad som beskrivits i avsnittet om organisation och samverkan, samt andra åtgärder av liknande art som kan stödja huvudmännens arbete
- utveckla underlag för primärvården bl a med avseende på samarbete med primärkommunal verksamhet som socialtjänst m m
- utarbeta utvecklings- och forskningsprogram med utgångspunkt från de övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målen.

Informations- och utbildningsarbetet bör inriktas mot att

- utforma och bedriva informationsåtgärder gällande HSL/HS 90 innefattande informationsmaterial och utbildningsmaterial om innebörden av utvecklingen inom hälso- och sjukvården och behovet av förändringar i vårdstrukturen
- i samråd med berörda myndigheter initiera fortsatta åtgärder vad gäller personal- och sysselsättningsplanering, liksom grund- och vidareutbildningsåtgärder.

Arbetet med vårdprogramunderlag bör inriktas mot att utforma system för medicinsk normering, bland annat avseende vårdmässiga och ekonomiska aspekter på olika undersöknings- och behandlingsmetoders lämplighet samt för effektivisering av den befintliga verksamheten. Vidare bör de statliga ekonomiska/finansiella påverkansmedlen ges en utformning som svarar mot det hälsopolitiska innehåll som här har skisserats och för att ge en ram för verksamhetens innehåll, inriktning och dimensionering.

8 Personal för framtidens hälso- och sjukvård

8.1 Några utgångspunkter

Inom hälso- och sjukvården arbetar omkring 380 000 personer eller 8,5 procent av samtliga yrkesaktiva. Personalkostnaderna utgör 75 procent av huvudmännens totala utgifter för hälso- och sjukvård.

Under den snabba utbyggnadsperioden under 1960- och 1970-talen hade hälso- och sjukvården stora problem att i tillräcklig omfattning rekrytera personal med adekvat utbildning. Speciellt kom detta att gälla vissa prioriterade vårdområden såsom primärvård, psykiatri och långtidssjukvård samt vissa personalkategorier, framför allt läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Rekryteringssvårigheterna var särskilt påfallande i glesbygdsområden.

Mot denna bakgrund har under de senaste decennierna stora insatser gjorts för att utöka vårdutbildningarna. Tillgången på vårdpersonal växer nu snabbt.

Till följd härav och av den uppbromsning av utbyggnadstakten inom hälso- och sjukvården som skett under de allra senaste åren har förutsättningarna avseende personalplaneringen inför den kommande perioden radikalt förändrats. Den tidigare generella bristen på personal har vänts till förmån för en bättre balans mellan tillgång och efterfrågan på personal. På vissa håll i landet finns t o m ett överskott av personal i förhållande till antalet tjänster. Framför allt gäller detta för vårdbiträden och undersköterskor. I viss mån gäller detta även för personal med längre utbildning såsom vissa sjuksköterskekategorier och assistenter.

Betydande rekryteringssvårigheter kvarstår dock fortfarande för några personalgrupper bl a läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor särskilt inom vissa glesbygdsområden och verksamhetsområden. Generellt föreligger också stora säsongmässiga variationer när det gäller möjligheterna att rekrytera personal till hälso- och sjukvården.

Personal- och utbildningsplaneringen tillhör de viktigaste instrumenten för att styra utvecklingen inom hälso- och sjukvården i enlighet med de krav som bl a hälso- och sjukvårdslagen ställer. Personalplaneringen och den till denna knutna utbildningsplaneringen är av strategisk betydelse ur bl a följande aspekter.

En genomtänkt personal- och utbildningsplanering är viktig därför att tidscykeln från det att ett initiativ tas till förändring i utbildningssystemet (kvalitativt eller kvantitativt) till dess att denna påverkar vården vanligtvis är

mycket lång. I synnerhet gäller detta förändringar i grundutbildningen. Något snabbare resultat nås av förändringar i förekommande vidareutbildningar. De snabbaste resultaten nås dock med hjälp av fortbildningsinsatser.

I den nya hälso- och sjukvårdslagen betonas patientens rätt och integritet, det förebyggande arbetets betydelse och behovet av samverkan inom hälso- och sjukvården och mellan denna och närstående verksamheter. En förändring av hälso- och sjukvårdens struktur med en reduktion av den somatiska korttidsvården och en utbyggnad av i första hand sjukvård i hemmet, övrig primärvård och decentraliserad psykiatrisk vård skärper kraven på långsiktig personalplanering och utbildningsplanering samt på samordning av dessa med vårdplaneringen. Den samhällsekonomiska situationen och arbetsmarknadsläget aktualiserar även en personalplanering som är nära samordnad med den ekonomiska planeringen och sysselsättningsplaneringen.

Personalpolitik och utbildningspolitik är viktiga instrument för att verkställa en ny hälsopolitik. Vill man förändra hälso- och sjukvårdsarbetet måste utbildningen påverkas liksom fördelningen och utnyttjandet av personal. Utbildningen används vidare som medel för att göra de anställda delaktiga av nya kunskaper och för att grundlägga förståelse för behovet av förändringar och för inriktningen av dessa. Utbildningen fyller därmed en dubbel funktion genom att dels förbereda personalen för nya arbetssätt och arbetsformer, dels skapa en beredskap hos personalen för framtida nya förändringar och en förmåga att själv initiera sådana.

Tillgången på utbildad personal bestämmer till stor del möjligheterna att uppfylla vårdpolitiska prioriteringar. Personalens sammansättning utgör huvudkomponenten i hälso- och sjukvårdens inre organisation. Personalens kunskaper, färdigheter och attityder är avgörande för vårdarbetets inriktning och kvalitet och därmed också för patienternas säkerhet och trygghet.

Fördelningen av personal har vidare avgörande betydelse för möjligheterna att erbjuda medborgarna rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Samtidigt utgör personalkostnaderna den dominerande delen av kostnaderna för hälso- och sjukvården. Personalplaneringen är därför en viktig del av hälso- och sjukvårdsplaneringen och den ekonomiska planeringen.

Betoningen av förebyggande åtgärder och primärvård, strävan att bredda personalens arbetsuppgifter och utveckla omvårdnads- och grupparbete samt behovet av samverkan med primärkommunerna innebär förändrade krav på personalgruppernas sammansättning samt på personalens arbetsuppgifter och kompetens. De höjda vårdpolitiska ambitionerna i kombination med en snabbt växande kunskapsmassa och ny teknik gör det nödvändigt med en höjning av utbildningsnivån inom hela hälso- och sjukvården. Personalplanering och den till denna knutna utbildningsplaneringen utgör därmed viktiga instrument för att förverkliga en offensiv hälsopolitik.

Hälso- och sjukvården har en stor betydelse för sysselsättningen i landet inte bara med hänsyn till dess omfattning utan även på grundval av dess fördelning regionalt. Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna stått för en väsentlig del av sysselsättningsökningen i landet. Således ökade antalet sysselsatta inom den totala landstingskommunala verksamheten (hälso- och sjukvård, tandvård, omsorger om psykiskt utvecklingsstörda

m m) under perioden 1965-1980 från omkring 170 000 till omkring 450 000 personer.

Huvuddelen av dem som arbetar inom vården är kvinnor. Den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården och förändringarna inom denna verksamhet får därmed stor betydelse när det gäller att sysselsätta kvinnlig arbetskraft men också – delvis i motsatt riktning – i strävandena att utjämna könsskillnaderna på arbetsmarknaden.

I riktlinjerna för HS 90-arbetet betonas bl a den betydelse som personalplaneringen och utbildningsplaneringen har för att förverkliga en offensiv hälsopolitik. I riktlinjerna anges att det är väsentligt att söka klarlägga bl a hur personalsammansättningen påverkas av de vårdpolitiska mål som uppställs för hälso- och sjukvården och hur relationen mellan olika personalgrupper förändras. Tidsperspektiven för dessa analyser bör vara 10-20 år och omfatta olika grupper av personal. Speciella motiv finns enligt HS 90:s riktlinjer för att särstudera utvecklingen när det gäller den långsiktiga efterfrågan på läkararbetskraft.

Resultaten av dessa analyser som bör göras med alternativa antaganden om ekonomiskt utrymme, sysselsättningsgrad och arbetstider, bör enligt riktlinjerna bl a omfatta

- redovisningar av efterfrågan på personal av olika kategorier
- redovisningar av förväntad tillgång på personal samt
- förslag till åtgärder som underlättar rekryteringar av personal till olika områden.

Inom HS 90-projektet har det bedömts nödvändigt att belysa vårdpersonalens och därmed utbildningens betydelse för att utveckla och förändra hälso- och sjukvårdens verksamheter i ett något bredare perspektiv.

I det följande behandlas därför personalfrågorna utifrån två olika aspekter, dels kvalitativa, dels kvantitativa. De kvalitativa personal- och utbildningsfrågorna behandlas i avsnitt 8.2 och de kvantitativa frågorna med tillgångs- och efterfrågeprognoser och därtill hörande avstämningar i avsnittet 8.3. I avsnitt 8.4 diskuteras inriktningen av ett erforderligt fortsatt utredningsarbete.

Övervägandena i både de kvalitativa och kvantitativa delarna sker i första hand utifrån hälsopolitiska utgångspunkter.

8.2 Kvalitativa aspekter – utbildning för utveckling

Genom utbildningspolitiska reformer och förslag under den senaste 5-årsperioden har en grund lagts för förändringar av olika vårdutbildningar i enlighet med det synsätt som HS 90-projektet också är ett uttryck för.

Gemensamt för pågående förändringsarbete inom de olika grundutbildningarna är att de utgår från en hälsopolitisk och primärvårdsinriktad ansats. Det tar emellertid avsevärd tid innan dessa förändringar får fullt genomslag inom hälso- och sjukvården. Skälen härtill kan vara flera. De sammanhänger bl a med den långa tid som i enlighet med vad som ovan angivits åtgår innan en förändring av grundutbildningen ger effekt på arbetsmarknaden.

Ett annat skäl är att de som från utbildningen kommer ut i arbetslivet varje år och således är bärare av det nya utbildningsinnehållet/kunskapsstoftet utgör endast en mycket begränsad del av den totala hälso- och sjukvårdspersonalen – kanske högst 5 procent.

Ett tredje skäl är att en betydande del av flertalet vårdutbildningar utgöres av praktiktid. För flertalet vårdutbildningar omfattar denna 50-60 procent av den totala utbildningstiden. Praktiken är i hög grad upplagd som "lärlingsutbildning", d v s man lär sig genom att se hur andra gör. I ett system som snabbt förändras är det ett problem genom att praktiken på så sätt ofta blir en konserverande faktor. Samtidigt finns inte heller några etablerade förebilder för de studerande inom de verksamheter som är under uppbyggnad. Under praktiken sker merparten av handledningen av den ordinarie sjukvårdspersonalen. Denna har en äldre utbildning och kan ha en attityd till vårdarbetet och hälso- och sjukvården, som inte står i samklang med de "idéer", som förs ut i den teoretiska delen av utbildningen.

Effekterna av grundutbildningen kan därför avta relativt snabbt efter avslutad utbildning. Detta verkar dämpande på möjligheterna att genom förändring i enbart grundutbildningen på ett påtagligt sätt förändra hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter och innehåll.

Vad som nu sagts gäller i stora delar även de vidareutbildningar, som kan vara aktuella.

För mer genomgripande förändringar av hälso- och sjukvårdspersonalens attityder, kunskaper och färdigheter är det därför nödvändigt att parallellt med förändringar av grund- och eventuellt vidareutbildning också genomföra systematiserade utbildningsinsatser för den redan yrkesverksamma personalen. Till allra största delen är det ju också denna personal som skall ges i uppgift att förverkliga de nya intentionerna.

Fortbildning/efterutbildning av den redan yrkesverksamma personalen är därför en förutsättning för att befintlig personal skall kunna fungera i nya roller i framtidens hälso- och sjukvård.

All utbildning är i grunden framtidsinriktad. De kunskaper, färdigheter och attityder som utbildningsväsendet förmedlar är den grund som de studerande skall bygga på i framtida familje-, samhälls- och yrkesroller. Utbildningstiden är också den period då unga människor i stor utsträckning formar sin personlighet, sina värderingar och sina attityder. Utbildningen är en av de faktorer som i hög grad bidrar till att påverka framtiden. Samtidigt måste vårdutbildningen anpassas till de krav som vi idag kan förutse att samhället och arbetslivet kommer att ställa i ett längre perspektiv. Ungdomar som får sin utbildning i gymnasieskolan under 1980-talet kommer att vara aktiva i samhällsarbetet och i yrkeslivet flera årtionden in på 2000-talet.

Självfallet går det inte att i detta tidsperspektiv med några anspråk på definitiv säkerhet uttala sig om hälso- och sjukvårdens eller om arbetsmarknadens utveckling och samhällsutvecklingen i stort. Med utgångspunkt i tendenser i dagens samhälle och de ambitioner som präglar hälso- och sjukvårdens planering fram mot sekelskiftet finns det emellertid skäl att anta att omvandlingen och förändringstakten även i fortsättningen kommer att gå snabbt. För närvarande präglas denna utveckling av dels en snabb teknisk och medicinsk-teknisk utveckling, vilken ger nya förutsättningar för vård och

behandling, dels krav på en förnyelse av hälso- och sjukvårdens inriktning till förmån för ett offensivt hälsopolitiskt synsätt och en förskjutning av vårdens tyngdpunkt från traditionell sjukhusvård till en decentraliserad primärvård.

8.2.1 Förändringar av grund- och vidareutbildningen

Under de senaste åren har en rad genomgripande förslag framlagts och förändringar vidtagits vad gäller grund- och vidareutbildningen för olika kategorier av vårdpersonal. De viktigaste reformerna avser en ny utbildning för läkare och för de personalgrupper som utbildas inom den kommunala högskolan. Nya utbildningsplaner gäller fr o m 1982 för de medellånga vårdutbildningarna och fr o m 1983 för läkarlinjen. Härigenom har utbildningarna successivt anpassats till de förändrade krav som utvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer. Ett betydande arbete läggs också ner av vårdutbildningsansvariga på skilda nivåer att följa och analysera hälso- och sjukvårdens utveckling och förändrade kunskapsbehov.

Innehåll

För att påskynda utvecklingen vad gäller hälso- och sjukvårdens inriktning mot en offensiv hälsopolitik är det väsentligt att de förutsättningar till förnyelse av vårdutbildningarnas innehåll och uppläggning, som de under senare år fastställda utbildningsplanerna ger, verkligen tas till vara och utnyttjas.

De krav på nya eller fördjupade kunskapsområden som successivt ställs bör kunna tillgodoses inom ramen för de utbildningsplaner som föreligger.

Flertalet grundutbildningar inom vårdområdet är emellertid fortfarande starkt inriktade på korttidsvårdens problem. Stora delar av undervisningen är inriktad på enskilda organ, symtom eller tekniker. Mindre utrymme ägnas åt hela människan och denna i relation till omgivningen. Huvuddelen av studierna inom bl a läkarutbildningen är inriktad på kvalificerad diagnostik och behandling och försiggår inom sjukvårdens mest specialiserade delar – vid region- och undervisningssjukhusen. En mindre del ägnas förebyggande insatser och praktisk patientvård inom primärvården. Det är väsentligt att en bättre balans uppnås i all vårdutbildning mellan de traditionella vårduppgifterna och de hälsopolitiskt prioriterade uppgifterna.

För att skapa en vidgad medvetenhet om de sociala och miljöbetingade faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom är en förstärkning av kunskapsområden som epidemiologi, miljömedicin, statistik och sociologi, särskilt angelägen. För att ett meningsfullt förebyggande arbete skall kunna bedrivas fordras dessutom vissa pedagogiska och psykologiska kunskaper hos all personal liksom kännedom om det samhälle och dess struktur inom vilken man lever och verkar. Mer av undervisning bör därför t ex ges av lärare med särskilt intresse och kunskaper i förebyggande arbete och hälsoplanering.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bör också vara informerad om samhällets resurser för att kunna bedöma vilka instanser det är viktigt att samarbeta med

och för att kunna initiera kontakt med berörda organ och samarbeta med dessa. Kunskapen bör dels vara översiktlig och generell, dels baseras på lokala förhållanden och de förändringar som dessa ständigt genomgår.

Vårdutbildningens roll

Möjligheten att förlänga utbildningen för att kunna rymma nya eller utökade kunskapsområden i takt med de krav som ställs är begränsade. Samtidigt är det vanligen mycket svårt att utmönstra äldre eller traditionella utbildningsmoment för att ge plats för de nya. Dessa problem är välkända och återfinns såväl inom gymnasieskolans vårdutbildningar som inom högskoleutbildningarna.

Inte minst gäller detta undersköterskeutbildningen/skötareutbildningen på gymnasieskolans vårdlinje, vilken redan nu är en i hög grad komprimerad utbildning. Krav ställs från skilda utgångspunkter på att rymma ytterligare moment i denna. Hit hör t ex en gemensam inledande del med socialt utbildningsinnehåll, moment som har att göra med det förebyggande hälsopolitiska arbetet, socialmedicinskt stoff, kulturkunskap m m. Erfarenheten visar att kunskaperna i vissa allmänna ämnen som matematik, kemi och engelska och i vissa yrkesspecifika ämnen borde fördjupas. Utbildningen på vårdlinjen i enlighet med pågående försöksverksamhet och gymnasieutredningens intentioner kommer att ge en bred, men relativt grunt utbildad undersköterska/skötare.

I prop 1983:84 framhålls angående gymnasieskolan att kraven på nya kunskapsområden innebär att inte minst de yrkesinriktade utbildningarna riskerar att bli överbelastade. Det blir alltså svårt att på sikt upprätthålla kraven på att gymnasieutbildningen skall ge såväl yrkesförberedande som högskoleförberedande utbildning och därtill ge en plattform för de studerandes fortsatta liv ute i samhället. I propositionen framhålls nödvändigheten och önskvärdheten av att flera yrkesinriktade utbildningar i framtiden organiseras så att delar av de rent yrkesförberedande momenten ges i form av arbetsplatsförlagd utbildning. Det i propositionen anförda resonemanget äger självklart giltighet inte minst för hälso- och sjukvårdens del.

Breda basutbildningar

Sjukvården i vårt land är generellt sett av mycket hög kvalitet. Denna vårdkvalitet har uppnåtts bl a med hjälp av en hög grad av specialisering, betydande teknisk utveckling och medicinska landvinningar.

Den nya hälso- och sjukvårdslinjen inom den kommunala högskolan ger en brett utbildad sjuksköterska med en referensram inom de medicinska, samhälls- och beteendevetenskapliga områdena. Vissa av linjens sex olika inriktningar är emellertid relativt starkt specialiserade.

Liksom fallet är nu kommer primärvården även i framtiden att ta hand om patienter med såväl somatiska som psykiska problem. I en utbyggd primärvård förutsätts att flertalet problem skall kunna lösas inom primärvårdens ram. Remiss till specialiserad psykiatrisk eller somatisk vård skall höra till undantagen. Personer med psykiska problem och störningar kommer sannolikt att utgöra en ökande grupp patienter inom primärvården. Till detta kommer att patienter med senil demens som tidigare vårdats vid

psykiatriska enheter i betydande utsträckning överförs till primärvårdens lokala sjukhem.

För att den vårdkvalitet som uppnåtts skall kunna bibehållas krävs även i fortsättningen en relativt hög grad av specialisering, som innebär att man får många olika personalkategorier och utbildningsvägar. Samtidigt är det dock uppenbart att en alltför hårt driven specialisering inte är odelat positiv för vare sig personal eller patienter. Därför finns numera en klar strävan att inte ytterligare dela upp kunskaperna i allt smalare sektorer.

Ökad samverkan mellan olika vårdutbildningar

Behovet av samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården och mellan denna och t ex socialtjänsten är stort. Behovet av samverkan ökar också i takt med att kravet på helhetssyn och kontinuitet i vårdarbetet växer sig starkare. Till följd av bl a de förändrade arbetsformer med ökat lagarbete av skilda slag som vinner inträde inom hälso- och sjukvården ökar också behovet av samverkan mellan olika personalkategorier.

För ett gott samarbete där var och ens specifika kompetens och erfarenhet tas till vara på bästa sätt fordras en grundläggande kunskap och kännedom om varandras arbetsområden och de förutsättningar som gäller för dessa verksamheter. Ett sätt att befrämja samarbetet och förståelsen för angränsande verksamheters arbetsuppgifter är att integrera delar av olika utbildningar.

Studieorganisationen inom den kommunala högskolan erbjuder numera goda förutsättningar för detta speciellt inom respektive linje. Det är angeläget att förutsättningar skapas för en ytterligare samverkan mellan skilda utbildningar och då i första hand mellan läkarutbildningen och de kommunala högskoleutbildningarna. I utredningen om ett regionalt hälsouniversitet i Linköping finns ett exempel på hur en sådan samordning skulle kunna se ut. Det är emellertid angeläget att olika modeller i denna riktning prövas. Internationellt finns också förebilder för detta att hämta.

Praktikfrågan m m

Sedan lång tid har vårdutbildningarna varit en expanderande sektor med ökande krav på tillgång till praktikplatser. Behovet av praktikplatser eller "studieutrymme" inom vårdorganisationen har dessutom påtagligt ökat genom de generella utbildningspolitiska reformer som har beteckningar som yo, pryo, prao etc. Utbildningsanordnare, lärare och studerande ger i allmänhet hög prioritet åt praktikplatser inom den traditionella slutna vården. För att både kunna möta de ökande kraven och svara mot de vårdpolitiska ambitionerna är det av såväl kvantitets- och kvalitetsskäl nödvändigt att fördelningen av praktikplatserna ändras till förmån för öppnare vårdformer och vård i eget hem. Praktikplatserna vid de mer specialiserade enheterna bör reserveras för de utbildningar, där sådan praktik är ett oavvisligt krav.

Ett problem i detta sammanhang har varit och är bristen på kompetenta handledare inom primärvården. Det är nödvändigt att primärvårdens möjligheter att ta hand om elever och bedriva en målmedveten utbildning för

studerande på samtliga grundutbildningsnivåer tas tillvara. Förutsättningarna härför ökar i takt med att primärvården byggs ut.

Generellt inom alla utbildningar gäller att utrymmet för särskilda projekt, specialarbeten, temata etc ökar. Det är angeläget att dessa verksamheter så långt möjligt tar sin utgångspunkt i de förhållanden som gäller inom primärvården och sätts in som en del i det pågående förändringsarbetet.

Påbyggnadsutbildningar med primärvårdsinriktning

På några håll i landet har påbyggnadsutbildningar i form av enstaka kurser startats med sikte på att bygga upp särskilda kompetenser för kunskapsområden som är relevanta för en utvecklad primärvård. Detta är självklart en tendens som ligger i linje med det synsätt som präglar förevarande arbete. En ytterligare utveckling av sådana utbildningar rekommenderas därför.

För att tillgodose önskemålet om samverkan mellan skilda delar av vårdområdet är det önskvärt att dessa utbildningar så lång möjligt hålls öppna för olika personalkategorier. Primärvårdens utveckling och det förbyggande, hälsopolitiska arbetet berör självklart de flesta personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

Vissa utbildningar av denna karaktär kan också med fördel bedrivas i samverkan med personal från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

Läkarnas vidareutbildning

Krav har sedan länge framförts på en reformering av läkarnas vidareutbildning för att bättre anpassa denna till de förändringar som skett och som även i fortsättningen kommer att ske inom hälso- och sjukvården. Genom framför allt den starka och redan från början låsta differentieringen efter allmäntjänstgöringen (AT) på mer än 40 olika specialiteter och till dessa knutna särskilda behörighetslinjer (särskilda behörighetsämnen) upplevs dagens vidareutbildning som ett relativt stelt och rigit regelsystem. De nuvarande vidareutbildningsreglerna skapar också svåra bemanningsproblem på vissa kliniker och vårdinrättningar.

Även om det kan vara nödvändigt att omedelbart genomföra vissa ytterligare förbättringar och kompletteringar av den nuvarande vidareutbildningen är det på längre sikt nödvändigt att få till stånd sådana förändringar, som gör det möjligt att på ett lättare och mer flexibelt sätt inordna vidareutbildningen och till denna knutna behörighetsregler till hälso- och sjukvårdens utvecklingssituation. En mer genomgripande översyn av läkarnas vidareutbildning synes därför idag mer angelägen än tidigare.

Kravet på översyn av läkarnas vidareutbildning innebär inte något avsteg från principen att grundutbildningen för läkarna – liksom eventuellt också AT – skall vara gemensam för samtliga läkarstuderande. Det sagda skärper istället kravet på att grundutbildningen skall vidgas i riktning mot mer primärvårdsbetonade moment.

8.2.2 Fort- och efterutbildning som förändringsinstrument

Intresset för grund- och vidareutbildningarna som förändringsinstrument har hittills naturligt nog varit mycket stort och dominerat både diskussioner om och resursutrymmet för vårdutbildningarna. Stora förhoppningar ställs med rätta på de förändringar i vårdutbildningar som nu successivt genomförs. Det är dock inte tillräckligt att enbart förändra grund- och vidareutbildningarna. Parallellt med dessa förändringar är det nödvändigt att även genomföra systematiserade utbildningsinsatser för den redan yrkesverksamma personalen för att kunna uppnå den önskvärda utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Fortbildningen i förändringsprocessen

Den successiva förändringen och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och samhället i övrigt gör att de flesta som idag är verksamma inom vårdområdet kommer att behöva återkomma till utbildning flera gånger under sin yrkesverksamma tid. Med de omställningar som kan förutses kommer ständigt nya kunskaper att efterfrågas. Det är väsentligt ur den enskildes synpunkt att möjlighet ges att vid upprepade tillfällen få förnya sin utbildning när utvecklingen gör gamla kunskaper föråldrade och nya kunskaper blir nödvändiga. Sådana utbildningsinsatser är självklart angelägna för personal inom såväl läns- och regionsjukvården som primärvården.

Ur samhällets och de för hälso- och sjukvården ansvarigas synpunkt är det väsentligt att fort- och efterutbildningen utnyttjas som ett medel att dels förändra verksamhetens inriktning mot ett mer hälsopolitiskt synsätt, dels underlätta och påskynda den strukturförändring som förutsatts. Det är ju i huvudsak den redan anställda personalen som har till uppgift att genomföra dessa förändringar.

Fort- och efterutbildning aktualiseras även för att möjliggöra en höjning av baskompetensen inom hälso- och sjukvården från vårdbiträdes- till undersköterskekompetens. Formerna härför bör närmare diskuteras mellan företrädare för staten och landstingen liksom möjligheterna att kombinera arbetsmarknads- och vårdpolitiska motiv.

Fortbildningen i dagsläget

Fort- och efterutbildning sker idag inom en rad olika områden och i varierande omfattning för olika yrkesgrupper. Bl a beroende på fortbildningens karaktär och syfte varierar huvudmannaskapet för denna utbildning. Bland utbildningsanordnarna märks t ex Landstingsförbundet, de enskilda landstingen, socialstyrelsen, AMS, KOMVUX, olika fackliga organisationer och specialistföreningar m fl. Någon egentlig samordning och enhetlig målinriktning förekommer sällan. Deltagandet i fort- och efterutbildningen sker oftast på den enskilde anställdes eget initiativ.

Några mer exakta uppgifter om fort- och efterutbildningens omfattning finns inte. Vissa uppskattningar har gjorts i olika utredningar som behandlar fort- och efterutbildningsfrågor. Uppgifterna här pekar på att mellan 20-30 procent av de anställda inom hälso- och sjukvården får del av någon typ av utbildningsinsats under ett år.

I den utredning om landstingens framtida personalutbildning (den s k PUR-utredningen), som Landstingsförbundet genomförde under 1978–1981, framkom bl a att det ofta saknas en långsiktig planering av fortbildningsinsatserna. Några uppgifter i landstingens femårsplaner om planerad fortbildning finns inte. Det konstaterades också att det i många fall saknas en samlad syn på hur personalutbildningen skall kunna användas i omstruktureringssammanhang samt att det behövs en bättre samordning mellan verksamhetsplanering och utbildningsplanering för att fortbildningen skall kunna sättas in i ett långsiktigt sammanhang.

Höjd baskompetens

För att genomföra målsättningen att undersköterskenivån skall vara den grundläggande kompetensen för framtidens hälso- och sjukvårdspersonal behövs särskilda utbildningsinsatser för biträdes- och skötargrupperna. Av den totala biträdesgruppen på ca 120 000 personer som idag är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården saknar en betydande del grundläggande vårdutbildning. Förutom att ge denna grupp erforderlig utbildning behöver utbildningsinsatser även sättas in för att successivt höja kompetensen hos gruppen utbildade vårdbiträden.

I perspektivet fram till sekelskiftet torde knappast grundutbildningens resurser inom gymnasieskolan räcka till för att klara genomförandet av en sådan omfattande utbildningsinsats. Det finns därför skäl att i olika former utnyttja fort- och efterutbildningens resurser som komplement till grundutbildningen för att successivt genomföra den önskvärda kompetenshöjningen. Detta innebär att en större del av fortbildningsresurserna än vad som hittills varit aktuellt skulle behöva riktas mot biträdes- och skötargrupperna. Sådana utbildningsinsatser kan också vara av betydelse från sysselsättningssynpunkt.

För att tillgodose detta utbildningsbehov kan också nya modeller för genomförande av utbildningen behöva prövas. I stället för att som nu genomgå en utbildning i en sammanhållen kurs bör ett system kunna utformas som möjliggör etappvisa studier. Härigenom skulle de studerande kunna få tillfälle att i organiserad form pröva att arbeta i andra verksamheter än de där de har sin tidigare arbetslivserfarenhet. Behovet av traditionella praktikplatser skulle på så sätt också kunna minska.

Fortbildning för förändring

Det årliga nytillskottet av vårdpersonal är relativt litet i förhållande till den totala personalkåren inom hälso- och sjukvården. För att genomföra den offensiva hälsopolitiken är det därför inte tillräckligt att enbart förlita sig till den nytillkommande personalen. Större delen av 1990-talets personalkår kommer trots allt att utgöras av den personal som redan idag finns anställd och som har sin grundläggande vårdutbildning i de utbildningsformer som gällde under 1960- och 1970-talen. Fort- och efterutbildning blir för denna stora personalgrupp ett väsentligt instrument för att få till stånd de nödvändiga kunskaps- och attitydförändringar som behövs.

Satsningen på primärvård samt omstrukturering och koncentration av länssjukvården kommer att innebära ett fortsatt behov av personal med såväl

breda baskunskaper i sin vårdutbildning som specialkunskaper för särskilda verksamheter. Om koncentrationen medför en reducering av vårdplatserna inom länssjukvården medför detta även en minskning av viss personal. Detta får till följd att en del personal måste flyttas över till andra verksamhetsområden och arbeta med annorlunda och i många fall nya uppgifter. För att klara en sådan omställning krävs särskilda utbildningsinsatser. En del av denna utbildning får givetvis ske inom ramen för den reguljära grundutbildningen. Särskilda fortbildningsinsatser kommmer också att bli nödvändiga i detta sammanhang.

På olika områden finns behov av ett ökat kunskapsflöde mellan primärvården och länssjukvården. Det kan gälla utvecklandet av nya diagnos- och behandlingsmetoder eller utvecklingen av det förebyggande arbetet m m. Ett sådant kunskapsflöde bör i framtiden också kunna ske i fortbildningens olika former genom att personal från primärvården och länssjukvården i högre utsträckning än vad som för närvarande är aktuellt möts i gemensamma aktiviteter. På så sätt kan de delge varandra nytt kunskapsstoff samt informera om de attityder och värderingar som präglar arbetet inom respektive verksamheter.

På motsvarande sätt bör fortbildningen kunna användas för att öka kunskapsflödet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I en alltmer decentraliserad vårdstruktur finns det behov av gemensamma fortbildningsaktiviteter mellan i första hand primärvården respektive psykiatrin å ena sidan och den sociala hemtjänsten å andra sidan.

Organisatoriska synpunkter

En strategisk utgångspunkt för inriktningen på den framtida fort- och efterutbildningen bör, som nämnts, vara att dessa utbildningsinsatser skall kunna bidraga till den erforderliga kompetenshöjningen inom hälso- och sjukvården och stödja den pågående omstruktureringen. Insatserna bör ses som viktiga komplement till en fortgående praktisk kunskapsuppbyggnad i arbetet. Detta ställer krav på en aktivare planering av fortbildningsinsatserna. En ökad samordning behöver komma till stånd i fråga om planering och genomförande av grund- och vidareutbildning respektive fort- och efterutbildning bl a för att nå ett rationellare utnyttjande av lärare, lokaler och läromedel. I planeringen av framtida fortbildningsinsatser bör även uppmärksammas möjligheterna att åstadkomma en bättre samordning av utbildningsinsatserna mellan olika utbildningsanordnare t ex mellan KOMVUX, AMU och landstingens egen fort- och efterutbildning.

En förutsättning för att här relaterade fortbildningsinsatser skall få full genomslagskraft är att fortbildningen ses som en del av arbetets innehåll. Kursbunden undervisning bör därvid bl a ses som ett komplement till ett fortgående kunskapsinhämtande i arbetet. Att delta i utbildningsaktiviteter bör snarare ses som ett åliggande än som en förmån. I annat fall är risken uppenbar att utbildningsinsatserna inte i första hand kommer dem tillgodo som bäst behöver dem. Under förutsättning att krav på deltagande ställs kan utbildning och ledigheter också bättre struktureras och planeras inom ramen för varje vårdenhet. Hänsyn till nödvändiga fortbildningsinsatser måste då tas i den lokala personalplaneringen. Här bör också erinras om den betydelse

som fortbildningsinsatser kan ha ur arbetsmarknadssynpunkt. Det kan sålunda vara lämpligt att öka insatserna av fortbildning i perioder med stor arbetslöshet. Härigenom kommer behovet av vikarier att öka, vilket skapar nya arbetstillfällen och kan motivera arbetsmarknadspolitiska insatser.

8.3 Kvantitativa aspekter – tillgång och efterfrågan på vårdpersonal

8.3.1 Allmänt

Inom ramen för HS 90:s projekt om personal- och utbildningsplanering har bl a tillgång och efterfrågan på personal fram mot år 2000 analyserats. Vissa räkneexempel i prognosform har tagits fram. Dessa gör inte anspråk på att ge exakta svar på kommande tillgång och efterfrågan. De bör dock kunna avspegla den kommande utvecklingen under vissa givna förutsättningar.

I beräkningarna har personalen inom hälso- och sjukvården uppdelats i fyra huvudgrupper, nämligen

personal med *lång* vårdutbildning: läkare

personal med *medellång* vårdutbildning: sjuksköterskor, assistenter, arbetsterapeuter och sjukgymnaster

personal med *kort* vårdutbildning: undersköterskor, skötare och vårdbiträden

personal med *annan* utbildning än vårdutbildning: psykologer och kuratorer, teknisk och administrativ personal samt ekonomipersonal.

Såväl tillgångs- som efterfrågeberäkningarna har koncentrerats till de tre förstnämnda grupperna. I gruppen med kort vårdutbildning har beräkningarna i huvudsak begränsats till personal med undersköterske- och skötarkompetens.

De mått som använts i beräkningarna är

- antal arbetstimmar
- antal yrkesverksamma personer
- antal personer totalt inom respektive kår.

Projektet har avgränsats till att endast gälla personalen inom hälso- och sjukvården. Personal inom omsorgerna för psykiskt utvecklingsstörda respektive tandvården behandlas således inte.

8.3.2 Arbetstidsförhållanden m m

För att kunna beräkna vilken arbetstidsvolym som en viss personaltillgång ger och hur många sysselsatta personer som erfordras för att utföra en viss given arbetsvolym behövs antaganden om arbetstidens längd, frånvarons och deltidstjänstgöringens omfattning m m. Vad gäller deltidstjänstgöringens och frånvarons utveckling befinner vi oss för närvarande i en brytningspunkt. Årsarbetstiden per sysselsatt har under en lång följd av år kontinuerligt sjunkit, bl a som en följd av förändrad arbetstidslagstiftning, ökad semester och vidgade möjligheter till ledigheter av skilda slag. Det finns nu emellertid tecken på att vissa deltidstjänstgörande inom hälso- och sjukvården ökar sin tjänstgöringsgrad samtidigt som frånvaron minskar. Detta har för de två senaste åren lett till en viss ökning av årsarbetstiden per sysselsatt. Sådana eventuella trender är svåra att för närvarande dra några bestämda slutsatser av. Dessa kan bedömas först om några år.

I den nyligen publicerade långtidsutredningen, LU 84 (SOU 1984:4), diskuteras bl a arbetstidens framtida utveckling. Även om LU 84:s resonemang hänför sig till arbetsmarknaden i stort och inte tar hänsyn till skiftande förhållanden inom enskilda arbetsmarknadssektorer kan det finnas skäl att som ett underlag för beräkningarna även för hälso- och sjukvårdens framtida arbetstidsförhållanden utgå från LU 84:s diskussioner och beräkningar.

LU 84 utgår från att deltidsarbetet kommer att öka i omfattning även under 1980- och 1990-talen, dock i mer dämpad takt än under 1970-talet. Den korta deltiden förutsätts också komma att öka om än i svagare takt än tidigare, bl a till följd av den överenskommelse om begränsning av den korta deltiden som träffats mellan arbetsmarknadens parter. Kvinnorna beräknas enligt LU 84 svara för en ökning av den långa deltiden. Medelarbetstiden för såväl män som kvinnor förutsätts sjunka men i betydligt lugnare takt än under 1970-talet.

För prognosperioden antar LU 84 en fortsatt ökning av både sjukfrånvaron och annan frånvaro. Ökningstakten härvidlag förutsätts dock av LU 84 komma att dämpas. Årsarbetstiden per sysselsatt beräknas enligt LU 84 till följd av bl a ändrad frånvaro, befolkningsutveckling och en fortsatt ökning av antalet deltidssysselsatta sjunka med ca 5 procent mellan 1980 och 1990 och ytterligare ca 2,5 procent till år 2000.

Vad gäller den generella veckoarbetstiden konstaterar LU 84 att flertalet av de politiska partierna samt arbetstagarorganisationerna har deklarerat att det långsiktiga målet är en 30 timmars arbetsvecka, som skall uppnås genom en sänkning av den dagliga arbetstiden.

LU 84 erinrar även om att en flexibel arbetstid i vidare mening också diskuterats. Med flexibel arbetstid avses att perioder av arbete och ledighetsperioder varvas av arbetstagarna under en längre tid. För ett mer flexibelt arbetsliv talar behov av återkommande utbildning, barnledighet etc.

För att belysa effekterna av en arbetstidsförkortning har LU 84 antagit att den lagstadgade veckoarbetstiden under perioden 1980-1990 reduceras från 40 timmar till 37,5 timmar (d v s 6,25 procent). I beräkningarna har med stöd av erfarenheterna från den senaste arbetstidsförkortningen antagits att

förändringen i arbetstidslagen endast marginellt påverkar de deltidsarbetande och då främst under en övergångsperiod. Till viss del torde denna effekt enligt LU 84 uppvägas genom att övertidsarbetet också ökar åren efter förkortningen. Den sammantagna minskningen av arbetstiden har därmed beräknats till 5 procent. Någon ytterligare förkortning av den generella arbetstiden mot år 2000 diskuteras inte i LU 84.

En beräkning av antalet arbetstimmar per sysselsatt år 2000 inom hälso- och sjukvården i enlighet med den beräkningsmodell och de antaganden som görs i LU 84 leder till att antalet arbetstimmar vid bibehållen generell veckoarbetstid skulle minska med 7,5 procent fram till år 2000 för samtliga grupper. (Något resonemang om den ökande frånvarons fördelning på olika personalgrupper förs inte i LU).

I HS 90 redovisas prognoser om såväl tillgång som efterfrågan på personal utifrån två huvudalternativ vad gäller arbetstid, nämligen ett med bibehållen generell arbetstid på 40 timmar per vecka och ett med 37,5 timmars arbetstid per vecka.

För båda alternativen gäller att arbetstiden för läkare förutsätts komma att normaliseras fram till år 2000. Detta baseras bl a på den överenskommelse som träffats mellan Sveriges läkarförbund och Landstingsförbundet om en normalisering av läkarnas arbetstider. I realiteten innebär detta således en sänkning av de heltidsarbetande läkarnas genomsnittliga arbetstid från ca 43 timmar per vecka till 40 respektive 37,5 timmar. På denna grupp får således arbetstidsförkortningen full effekt. För övriga grupper med en väsentligt lägre sysselsättningsgrad har däremot arbetstidsförkortningen en något mer begränsad effekt.

Vid en generell arbetstidsförkortning enligt LU 84:s modell skulle antalet årsarbetstimmar sjunka med ca 5 procent. Effekten av såväl förändringar i deltidstjänstgöring, frånvaro och arbetstid enligt LU 84:s alternativ framgår av tabell 8.1.

Tabell 8.1 Antalet årsarbetstimmar i genomsnitt per sysselsatt 1980 och år 2000.

Personalgrupp	År 1980	Modell enligt LU 84 År 2000	
		40 timmar/vecka	37,5 timmar/vecka
Läkare	1 730	1 590	1 510
Övrig personal	1 280	1 185	1 125

8.3.3 Tillgångsprognos

Tillgången på yrkesverksamma personer och antalet arbetade timmar för dessa år 1980 inom privat och offentlig hälso- och sjukvård utgör utgångsvärden för beräkning av antalet yrkesverksamma och antalet arbetstimmar per personalkategori 1983 (tabell 8.2).

Tabell 8.2 Tillgång på yrkesverksamma personer samt antalet arbetade timmar år 1980 och 1983

Kategori	Antal yrkesverksamma		Milj arbetstimmar	
	1980	1983	1980	1983
Lång vårdutbildning	17 900	20 800	31	36
Medellång vårdutbildning	74 000	86 000	93	109
Kort vårdutbildning	ca 173 000	173 000	221	222
varav undersköt/skötare	53 000	53 000	67	67
Utan vårdutbildning	ca 95 000	98 000	125	128
TOTAL	360 000	378 000	470	495

Källa: SoS register över hälso- och sjukvårdspersonal, kommunförbundens marsstatistik, Nationalräkenskaperna m m

Tillgångsprognoserna bygger i princip på att de värden som idag gäller beträffande utbildningsdimensionering, yrkesverksamhetsgrader etc även gäller år 2000. I enlighet med förutsättningarna i LU 84 har årsarbetstiden per sysselsatt till följd av bl a ändrad frånvaro m m antagits komma att sjunka med 5 procent under 1980-talet och ytterligare 2,5 procent under 1990-talet. Som ett alternativ till en bibehållen veckoarbetstid på 40 timmar har en beräkning gjorts även för en generell arbetstidsförkortning till 37,5 timmar. Även relativt små förändringar ifråga om de antaganden som gjorts kan påverka resultatet av tillgångsprognoserna. Men det har visat sig att de prognoser som olika instanser gjort i stort sett hamnar på samma tillgångsnivå. De antaganden som gäller för prognoserna framgår av tabell 8.3.

Tabell 8.3 Utgångspunkter och antaganden som ligger till grund för HS 90:s tillgångsprognos

Vårdutbildningens längd	Lång	Medellång	Kort (undersköt/skötare)
Beräkn kår 1983 < 65 år	21 200	107 000	74 000
varav yrkesverksamma	20 800	86 000	53 000
Utbildningsdimensionering	846*	5 700	12 300
Antagn ålder i genomsnitt	25	ca 22	ca 23
Studietid	6,25	2	2
Bortfall**	8%	10%	17,5%
Från utlandet	50	(inkl ovan)	–
Avgång från kåren snitt/år	ca375	ca 1 400	ca 5 500***
Yrkesverksamhetsgrad	95%	78%	70%
Arbetstimmar/år i genomsnitt per yrkesverksam			
år 2000 40 tim/vecka	1 590	1 185	1 185
37,5 tim/vecka	1 510	1 125	1 125

* fr o m 1985/86
** Till följd av obesatta platser samt avhopp under studietiden.
*** Varav till kommunal högskoleutbildning 4 450.

Som framgår av tabell 8.3 har endast ett marginellt tillskott av personal från utlandet beräknats. Bl a kan dock den gemensamma nordiska arbetsmarknaden komma att ändra dessa siffror och därmed den framtida tillgången på personal.

Utifrån dessa antaganden kan antalet yrkesverksamma personer med vårdutbildning beräknas i enlighet med vad som framgår av tabell 8.4. Antalet yrkesverksamma läkare beräknas således öka med drygt 7 000 under perioden 1983-2000 vilket motsvarar ca 35 procents ökning eller ca 2 procent per år. Motsvarande siffror för yrkesverksamma personer med medellång vårdutbildning är 50 000 eller 58 procent (ca 3 procent per år) och för undersköterske/skötarkollektivet 65 000 eller 123 procent (ca 6 procent per år) beräknat på antalet utbildade undersköterskor/skötare. Det är alltså betydande volymer vårdutbildad personal som utifrån dagens förutsättningar kan tillföras hälso- och sjukvården under perioden.

Tabell 8.4 Prognos över tillgång på vårdutbildad personal samt beräknat antal arbetstimmar år 2000

Variabel	Lång	Medellång	Kort
Kår år 2000	29 600	174 000	168 000
varav yrkesverksamma	28 100	136 000	118 000
Antal arbetstimmar (milj)			
vid 40 tim/vecka	44,7	161,0	140,0
37,5 tim/vekca	42,4	153,0	133,0

Med de antaganden och utgångspunkter som gäller för dessa prognoser kommer antalet yrkesverksamma läkare att öka även efter år 2000 och nå ett maximum omkring år 2005. Därefter sjunker antalet successivt och uppgår tio år senare till ca 26 000.

8.3.4 Efterfrågan på personal

Valet av modell för efterfrågeprognoser styrs förutom av syftet (användningen) med prognosen även av vilken tidshorisont som gäller för prognosarbetet.

Kortsiktiga efterfrågeprognoser måste utgå från dagens personalstruktur m m. I långsiktiga efterfrågebedömningar – 15-25 år – behöver som regel inte någon större hänsyn tas till olika bindningar som finns i form av exempelvis byggnader och redan gjorda investeringar. I sådana efterfrågebedömningar finns således en hög grad av valfrihet.

I det tidsperspektiv – 10-15 år – som är aktuellt i HS 90-arbetet måste, utöver hälso- och sjukvårdens utveckling, hänsyn även tas till vissa grundläggande förutsättningar/faktorer som antas komma att påverka efterfrågeutvecklingen. Den främsta är därvid den samhällsekonomiska utvecklingen. Hänsyn måste givetvis tas även till sysselsättningsutvecklingen och hälso- och sjukvårdens utveckling.

I huvudsak finns två principiellt olika sätt att beräkna den framtida

efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården nämligen dels en programmatisk framskrivning, dels en trendframskrivning. Ingetdera av dessa tillvägagångssätt kommer att utvisa den "sanna" efterfrågan allra minst i ett så långt tidsperspektiv som till år 2000.

I de programmatiska efterfrågeprognoserna anges vad ett förverkligande av en vissa hälso- och sjukvårdspolitik kräver bl a i fråga om tillgången på personal. För de programmatiska prognoserna är det önskvärt att bedömningarna om efterfrågan på personal kan göras utifrån väl underbyggda program för de olika områdena av hälso- och sjukvården, som också är förankrade i en fastställd hälso- och sjukvårdspolitik. Denna förutsättes i sin tur vara relaterad till accepterade samhällsekonomiska och arbetsmarknadspolitiska ramar.

Ett helt annat sätt att göra bedömningar av efterfrågan är trendprognoser. Härvid analyseras utvecklingen under en viss förfluten period, varefter iakttagna trender skrivs fram. I prognoser kan vissa hänsyn tas till förändringar som kan antas påverka utvecklingen under prognosperioden. Trendmässiga prognoser kan givetvis med minskande grad av säkerhet göras för längre perioder än 10-15 år.

I HS 90-arbetet har det hittills endast varit möjligt att ta fram trendmässiga efterfrågeberäkningar utifrån några olika förutsättningar. Det har inte i detta läge bedömts vara möjligt att redovisa några programmatiska efterfrågebedömningar, som bygger på någorlunda relevanta förutsättningar vad gäller arbetsvolym och personaltäthet m m som följd av de i HS 90-projektet skisserade förändringarna i hälso- och sjukvårdens omfattning och struktur. För att läggas till grund för sådana överväganden fordras ett fortsatt och mera fördjupat analysarbete än vad som hittills kunnat åstadkommas.

I här redovisade trendmässiga beräkningar uttrycks efterfrågan i första hand i antalet arbetstimmar. Dessa omräknas därefter till efterfrågan på yrkesverksam personal med hjälp av de bedömningar av genomsnittligt antal arbetstimmar per sysselsatt som diskuterats ovan. Utgångspunkten är den arbetsvolym uttryckt i timmar som beräknats för år 1983. Något tillägg har här inte gjorts för icke tillgodosedd efterfrågan t ex i form av vakanser.

Trendprognos

Utvecklingen av antalet arbetstimmar har gått snabbt inom hälso- och sjukvården under den senaste tioårsperioden. Totalt utfördes ungefär 370 miljoner arbetstimmar 1974. Motsvarande tal för 1980 var 470 miljoner arbetstimmar. För 1983 har antalet arbetstimmar beräknats till 495 miljoner timmar. Detta motsvarar i genomsnitt 4 procent årlig ökning under perioden 1974–1980 och 1,8 procent per år under perioden 1980–1983.

I trendprognoserna har olika tillväxtalternativ antagits vad gäller volymutvecklingen inom hälso- och sjukvården – och därmed arbetstidsvolymens utveckling under perioden 1983–2000. Samtliga alternativ understiger den faktiska tillväxttakt som gällt under den senaste tio-årsperioden. De alternativ som valts är 0,5 procent, 1,0 procent respektive 2,0 procent årlig tillväxt av antalet arbetstimmar fram till år 2000. Till detta har fogats beräkningar som bygger på långtidsutredningens, LU 84, kalkyler.

Utvecklingen av arbetsvolymen inom hälso- och sjukvården bedöms i hög

grad vara beroende av den ekonomiska utvecklingen i landet. Den svenska ekonomins utveckling fram till år 1990 har utförligt analyserats i LU 84. I utredningen behandlas också ett längre perspektiv fram till år 2000 även om detta sker mer översiktligt. Det bör dock påpekas att LU 84 inte skall betraktas som en egentlig prognos över den framtida utvecklingen. Syftet har i stället varit att med utgångspunkt från vissa ekonomisk-politiska mål (bl a full sysselsättning samt balans i utrikeshandeln och i statsbudgeten m m) beskriva vilka krav som ställs på den ekonomiska politiken och ekonomins funktionssätt för att målen skall uppnås. Ett viktigt sådant krav är att inflationen dämpas kraftigt under de närmaste åren.

Förutsatt att dessa krav blir uppfyllda presenterar utredningen olika alternativ för möjliga resursfördelningar. LU 84 har därvid gjort en uppdelning av den offentliga konsumtionen på delområden. Denna har emellertid närmast ett illustrativt syfte, då det inte har varit utredningens uppgift att förutse politiska prioriteringar. Någon fördelning på hälso- och sjukvårdens vårdgrenar och personalkategorier har dock inte gjorts. Uppgifterna för 1990-talet avser dessutom endast total offentlig konsumtion. Allt detta gör att LU:s kalkyler i första hand belyser den möjliga resurstillväxten i samhällsekonomin med fördelning på offentlig och privat sektor. Dessa kalkyler kan därmed endast i mindre grad ge vägledning för bedömningar av utvecklingen på sådana delområden som hälso- och sjukvård.

I LU 84 diskuteras den samhällsekonomiska utvecklingen under perioden 1980–1990 i två huvudalternativ (LU 1 resp LU 2). LU:s alternativ 1 under 1980-talet innebär en starkare inriktning på privat konsumtion och näringslivet. I detta alternativ förutsätts den offentliga konsumtionen inte öka mer än vad som behövs för att bibehålla nuvarande konsumtionsstandard. I alternativ 2, som har en starkare inriktning på offentlig konsumtion, ges ett visst utrymme för ytterligare utbyggnad av den offentliga sektorn utöver alternativ 1.

Med utgångspunkt från bl a LU 84:s sysselsättningskalkyler och antaganden kan arbetsvolymen uttryckt i arbetstimmar inom hälso- och sjukvården beräknas öka med 1,5 procent respektive 2,5 procent per år beroende på alternativ under perioden 1983–1990 (LU 1 och LU 2).

För perioden 1990–2000 för LU 84 en översiktlig diskussion med utgångspunkt från alternativet LU 1 enligt ovan. Även för denna period diskuteras alternativa utvecklingslinjer. Om arbetstidsvolymens utveckling under perioden 1990–2000 skulle beräknas analogt med utvecklingen enligt ovan för 1980-talet skulle under 1990-talet antalet arbetstimmar öka med en 1,5 procent respektive 2,0 procent per år beroende på alternativ (LU 1A och LU 1B). Som påpekats ovan bygger dessa kalkyler på en rad antaganden, som måste infrias för att den samhällsekonomiska utvecklingen skall medge detta expansionsutrymme.

Beräkningarna av den totala arbetstidsvolymen år 2000 enligt de av HS 90 använda alternativen redovisas i tabell 9.5. Av tabellen framgår även vad de olika alternativen betyder, omsatt i antal yrkesverksamma, vid dels bibehållen 40-timmars generell veckoarbetstid, dels en veckoarbetstid på 37,5 timmar.

Tabell 8.5 Antalet arbetstimmar åren 1980, 1983 och 2000 inom offentlig och privat hälso- och sjukvård vid olika tillväxtalternativ

	Miljoner arbetstimmar år						
	1980	1983	2000 vid en tillväxt enligt				
			0,5%/år	1,0%/år	2,0%/år	LU1A	LU1B
Arbetstimmar	470	495	540	585	690	635	670
Antal sysselsatta i tusental							
40 tim/vecka	360'	378'	446'	484'	570'	525'	554'
37,5 tim/vecka			470'	509'	600'	552'	583'

Jämfört med 1983 års värde blir det totala tillskottet på arbetstimmar vid en årlig ökning på 0,5 procent, 1,0 procent och 2,0 procent knappt 10, 20 respektive 40 procent fram till år 2000. De båda LU 84 alternativen ger en årlig ökningstakt på i genomsnitt 1,5 procent respektive 1,8 procent.

Inom den totala ramen för volymutvecklingen inom hälso- och sjukvården kan olika alternativ tänkas vad gäller arbetstimmarnas fördelning på skilda personalgrupper.

En utgångspunkt för fördelning av den totala arbetstidsvolymen år 2000 på olika personalkategorier kan vara den fördelning som gäller år 1983. Denna fördelning för de ovan redovisade alternativen framgår av följande tabell.

Tabell 8.6 Fördelning av arbetstidsvolymen år 2000 i enlighet med 1983 års fördelning

Personalgrupp	1983		Miljoner arbetstimmar år 2000				
	milj tim	Andel	0,5%	1%	2%	LU 1A	LU 1B
Lång	36	7,3%	39	43	50	46	49
Medellång	109	22,1%	119	129	153	140	148
Kort	222	44,8%	242	262	309	285	300
Annan	128	25,8%	140	151	178	164	173
Totalt	495	100 %	540	585	690	635	670

Sedan lång tid tillbaka har grupperna med lång och medellång vårdutbildning ökat snabbare än övriga personalgrupper. Mellan åren 1980–1983 ökade sålunda antalet årsarbetare med lång respektive medellång utbildning med totalt 15,8 procent respektive 17,7 procent. Ökningarna för de två övriga grupperna var avsevärt lägre, nämligen 0,3 procent för personal med kort vårdutbildning respektive 2,2 procent för personal med annan utbildning än vårdutbildning.

Liksom inom andra verksamheter vidtas inom hälso- och sjukvården successivt rationaliseringar och effektivitetshöjande åtgärder. Tack vare bl a den medicinsk-tekniska utvecklingen och metodutveckling har härigenom

t ex vårdtiderna för de flesta patientgrupper kunnat förkortas väsentligt i jämförelse med situationen för ett par decennier sedan. Rationaliseringar och andra effektivitetshöjande åtgärder kommer naturligtvis att även ske i perspektivet fram mot år 2000. Mot bakgrund av den besvärande ekonomiska situationen som hälso- och sjukvården kommer att befinna sig i finns det skäl att tro att rationaliseringsarbetet kan komma att bli än mer uttalat de närmaste åren. Till rationaliseringsbefrämjande åtgärder inom det personalpolitiska området hör t ex översyn av joursystem, uttag av ledigheter, fördelning av arbetsuppgifter m m.

Det finns skäl som talar för en ökad personaltäthet. Till dessa skäl hör bl a följande. Patientsammansättning på kvarvarande vårdplatser kommer att förändras och patienterna kommer genomsnittligt sett att vara äldre. Det finns behov av en höjd omvårdnadsstandard inom såväl den somatiska som den psykiatriska långtidssjukvården. En ökad satsning på rehabilitering och aktivering är nödvändig för att få bättre genomströmning inom den slutna vården och för att patienterna i större utsträckning än hittills skall kunna få sina vårdbehov tillgodosedda i den öppna vården. Hemsjukvården har hittills haft en mycket låg personaltäthet. Ökade insatser är befogade då verksamheten etableras som ett reellt alternativ till sjukhusvård.

För en personalförtätning och högre kompetens inom hälso- och sjukvården talar även att komplexiteten i vårdarbetet sannolikt kommer att öka ytterligare, att en alltmer välutbildad personal kommer att krävas för att dels handha och förstå teknisk apparatur och dess risker samt för att man skall kunna bedriva ett meningsfullt såväl individ- som samhällsinriktat förebyggande arbete. Detta liksom ökade krav på handledning och fortbildning leder till att en ökad andel personal med lång och medellång vårdutbildning synes vara motiverad. Slutligen bör framhållas att hälso- och sjukvården givetvis inte bör ha en lägre utbildningsprofil än vad som gäller generellt i samhället eller för andra arbetsuppgifter med motsvarande svårighetsgrad.

Ett antagande om en viss fortsatt personalförtätning kan därför vara befogad. Storleken av denna är naturligt nog svårt att uttala sig om. I tabell 8.7 redovisas en fördelning av den år 2000 totalt tillgängliga arbetsvolymen under förutsättning att personalförtätningen av grupperna med lång och medellång vårdutbildning följer samma mönster fram till sekelskiftet som var för handen under tio-årsperioden 1974–1983.

Tabell 8.7 Fördelning av arbetstidsvolymen år 1983 samt år 2000 med hänsyn till en fortsatt förtätning av vissa personalkategorier

Personalgrupp		Miljoner arbetstimmar år 2000				
	1983	0,5%	1,0%	2,0%	LU 1A	LU 1B
Lång	36	41	47	60	53	57
Medellång	109	122	136	168	150	161
Kort	222	240	257	296	277	290
Annan	128	137	145	166	155	162
Totalt	495	540	585	690	635	670

De ovan i tabell 8.6 och 8.7 redovisade efterfrågealternativen på skilda personalfördelningar vid en given total volym skall givetvis endast ses som exempel. Ett ytterligare alternativ är att antalet arbetstimmar för personalgruppen med annan utbildning än vårdutbildning hålls konstant vid 1983 års nivå medan övriga grupper delar på det tillkommande utrymmet. Ett sådant alternativ är av intresse då vårdens struktur nu förändras och de stora institutionerna med en jämförelsevis stor grupp personal med annan utbildning än vårdutbildning reduceras.

Som framgår av tabell 8.8 spelar dock olika antaganden om personalstrukturförändringar förhållandevis mindre roll för bedömning av personalbehovet i framtiden än storleken på den totala volymtillväxt som står till förfogande för hälso- och sjukvården.

Tabell 8.8 Efterfrågan på arbetstimmar år 2000 för olika personalkategorier i enlighet med ovan diskuterade alternativ

Personalgrupp		Lång			Medellång			Kort		
Tillväxt	Alternativ	1983	I	II	1983	I	II	1983	I	II
0,5 %		39	41	40	119	122	123	242	240	249
1,0 %		43	47	45	129	136	137	262	257	276
2,0 %		50	60	55	153	168	168	309	296	339
LU 1A		46	53	49	140	150	150	285	287	307
LU 1B		49	57	53	148	161	161	300	290	325

Anm: 1983: avser bibehållen relativ fördelning mellan de olika kategorierna. I: avser fortsatt utveckling i enlighet med perioden 1974–1983. II: avser konstanthållande av gruppen med *annan* utbildning än vårdutbildning på 1983 års nivå.

8.3.5 Avstämning

I det följande görs en avstämning mellan tillgångs- och efterfrågeprognoserna för personal med lång, medellång respektive kort vårdutbildning. Avstämningen, som avser den nationella nivån, åskådliggörs i figurer vilka för varje kategori redovisar miljoner arbetstimmar och 1 000-tal yrkesverksamma personer.

I avstämningen ställs den beräknade tillgången vid en bibehållen arbetstid på 40 timmar per vecka mot fem olika efterfrågealternativ med utgångspunkt från den utveckling som skett under perioden 1974–1983 (alt I i tabell 8.8). Dessa alternativ utgöres för det första av trendprognosernas alternativ för 0,5 procent, 1,0 procent och 2,0 procent årlig utveckling av antalet arbetstimmar. Därutöver redovisas alternativ LU 1A som innebär en årlig ökningstakt på 1,5 procent och LU 1B som innebär en årlig ökningstakt på 1,8 procent.

Redovisningen sammanfattas i tabell 8.9 samt i figurerna 8.1-8.3 för de olika personalgrupperna. I dessa figurer medtas dock inte alternativet LU 1B som ju ligger strax under 2-procentsalternativet.

Den redovisade efterfrågan på personal utgår från en bibehållen generell arbetstid. Konsekvenserna av en eventuell arbetstidsförkortning till 37,5 timmar per vecka kommenteras särskilt för respektive personalgrupp. I princip betyder en sådan arbetstidsförkortning en minskad tillgång på arbetstimmar med 5 procent, eller omvänt ett ökat behov av personal i motsvarande storleksordning, förutsatt att effekterna av arbetstidsförkortningen kompenseras fullt ut.

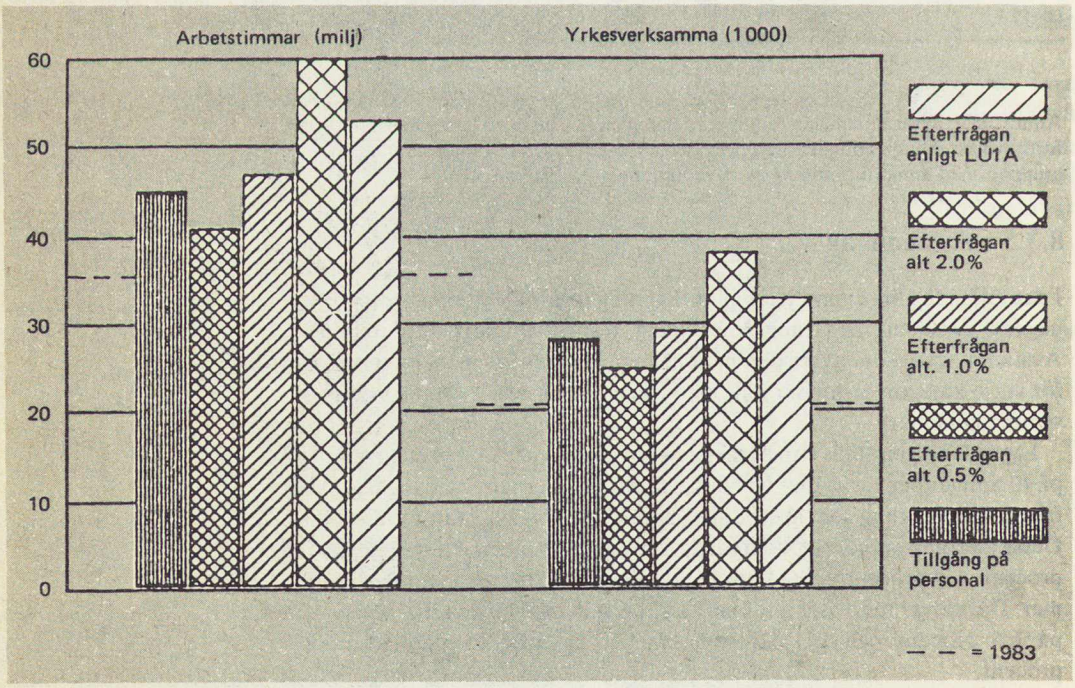
Lång vårdutbildning

Till denna kategori hör endast läkarna. Som framgår av figur 8.1 motsvarar tillgången år 2000, med hänsyn till av riksdagen nyligen fastställd utbildningsdimensionering, i stort sett en förväntad efterfrågan strax under 1 procents volymutveckling. Vid en högre volymutvecklingstakt än 1 procent kommer inte tillgången med de förutsättningar som här angivits att stå i paritet med efterfrågan på läkare.

Vid en arbetstidsförkortning till 37,5 timmar räcker den yrkesverksamma delen av läkarkåren i princip till att uppfylla den efterfrågan som är resultatet av 0,5 procentsalternativet.

En sådan arbetstidsförkortning skulle innebära ett behov av ytterligare ca 2 000 yrkesverksamma läkare i de olika alternativen.

Figur 8.1 Tillgång och efterfrågan på personal med lång vårdutbildning år 2000



Med nuvarande utbildningsdimensionering ökar antalet läkare fram till ungefär år 2005 då en topp kan förväntas, varefter antalet till följd av bl a pensionering avtar mot en lägre nivå. Antalet yrkesverksamma läkare kommer då år 2015 att uppgå till omkring 26 000. Detta kan jämföras med att läkartätheten i Stockholms län år 1982, omräknat till riksnivå motsvarade ca 23 000 yrkesverksamma läkare.

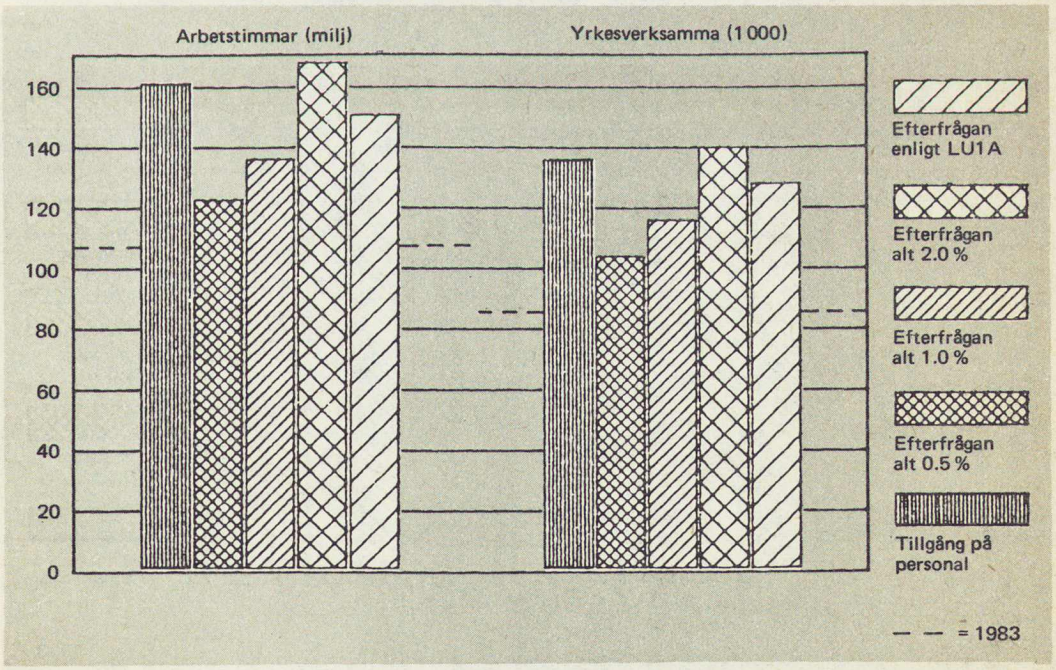
Medellång vårdutbildning

Till denna kategori hör sjuksköterskor, medicinsk-tekniska assistenter, laboratorieassistenter, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, d v s personal med i huvudsak kommunal högskoleutbildning.

Av figur 8.2 framgår att tillgången på personal med medellång vårdutbildning år 2000 i stort sett motsvarar efterfrågealternativet 2,0 procent per år vid en bibehållen generell arbetstid. För samtliga övriga aktuella alternativ överstiger tillgången den beräknade efterfrågan. Härvid bör dock erinras om att vissa områden, där personal med medellång vårdutbildning har sin yrkesverksamhet, inte täcks av dessa prognoser.

Detta gäller t ex vårdlärare inom utbildningsområdet, anställda vid forskningslaboratorier m m, skolsköterskor samt sjukgymnaster och sjuksköterskor inom viss företagshälsovård. Uppskattningsvis är antalet yrkesverksamma utanför den egentliga hälso- och sjukvården omkring 10 000 personer. Detta motsvarar ca 12 miljoner arbetstimmar.

Figur 8.2 Tillgång och efterfrågan på personal med medellång vårdutbildning år 2000



Tillgången på personal med medellång utbildning ökar snabbast under de närmaste 10 åren, varefter ökningen successivt blir lägre på grund av att pensionsavgången ökar från en nivå om ca 1 000 per år till närmare 2 000 per år. Trendprognosens 1-procentsalternativ pekar på en kommande efterfrågan av omkring 115 000-125 000 yrkesverksamma personer med medellång vårdutbildning inom hälso- och sjukvården.

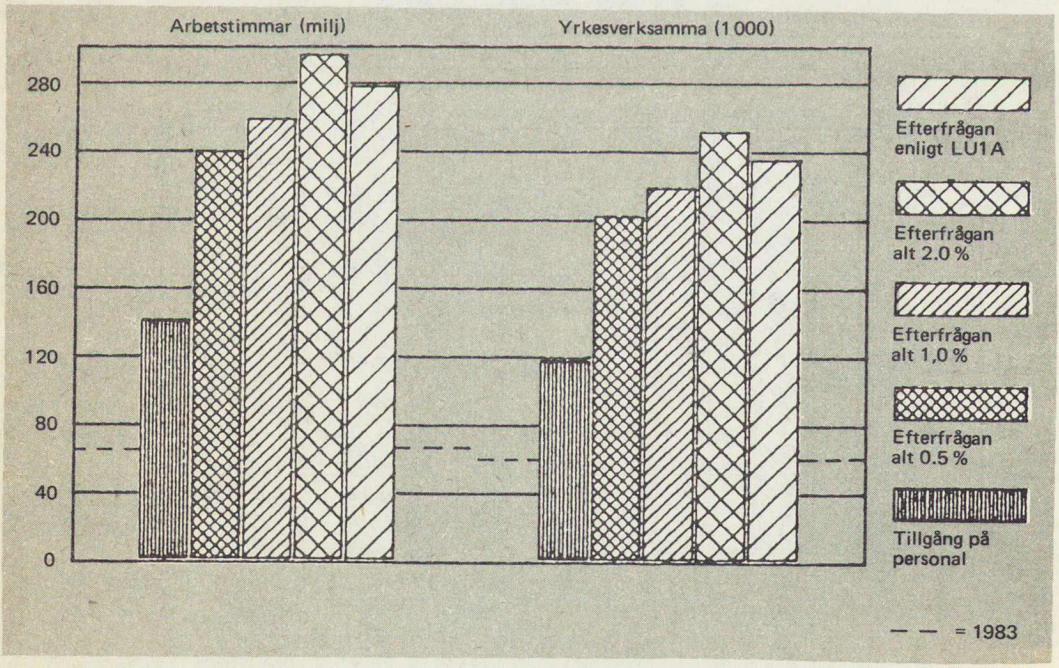
Kort vårdutbildning

I denna grupp ingår undersköterskor, skötare och vårdbiträden av olika slag. Tillgångs- och efterfrågeprognoserna omfattar dock endast de två förstnämnda kategorierna. Det har ju också tidigare framhållits såsom önskvärt att samtlig personal inom hälso- och sjukvården år 2000 innehar åtminstone undersköterske- skötarkompetens. Som framgår av figur 8.3 överstiger den beräknade efterfrågan betydligt tillgången på undersköterskor/skötare. Detta oavsett vilket efterfrågealternativ som väljs.

I detta sammanhang bör erinras om att den totala personalgruppen med kort vårdutbildning, d v s inklusive vårdbiträden, för närvarande utgör ca 173 000 yrkesverksamma personer med en sammanlagd arbetstidsvolym på ca 220 miljoner timmar.

Efterfrågan av yrkesverksam personal med undersköterske-/skötarkompetens synes i ett längre perspektiv ligga omkring 210 000-230 000 personer vid en volymutveckling omkring 1 procent per år. Med en antagen yrkesverksamhetsgrad på 70 procent motsvarar detta ca 300 000-330 000 utbildade på denna nivå. En förkortad arbetstid till 37,5 timmar motsvarar ett behov av ytterligare drygt 10 000 yrkesverksamma oberoende av alternativ.

Figur 8.3 Tillgång och efterfrågan på personal med kort vårdutbildning, (d v s med undersköterske- skötarkompetens) år 2000



Med utgångspunkt från nuvarande totala tillgång på personal med kort vårdutbildning är den förväntade ökningen fram till år 2000 förhållandevis måttlig.

För att uppnå målet om undersköterskekompetens som lägsta kompetens inom hälso- och sjukvården fordras emellertid under ett uppbyggnadsskede betydande utbildningsinsatser för redan verksam vårdbiträdespersonal.

Avslutande kommentar

Det är givetvis förenat med betydande problem att förutse vilken efterfrågan på personal som hälso- och sjukvården kommer att ha på 15 års sikt. Likaväl som nu kommer även i framtiden denna efterfrågan att i hög grad styras av den då aktuella tillgången på personal. Tillgång och efterfrågan är således delvis beroende av varandra; något som givetvis komplicerar den nu aktuella bedömningen.

Utvecklingen av framtida personalefterfrågan utifrån beräknat antal arbetstimmar inrymmer flera svårbedömda faktorer. De största svårigheterna erbjuder bedömningen av framtida yrkesverksamhetsgrad, deltidsarbetets och frånvarons utveckling samt utvecklingen av den framtida generella arbetstiden.

Av dessa faktorer har i beräkningarna endast alternativa antaganden gjorts beträffande den generella arbetstiden. Såväl yrkesverksamhetsgrad och aktivitet inom hälso- och sjukvården som i viss mån även deltidsfrekvens är beroende av de möjligheter, som står till buds för olika yrkesgrupper att få arbete inom hälso- och sjukvården. Frånvaroutveckling och en eventuell förändring av den generella arbetstiden är däremot i första hand beroende av förändringar i de regler och överenskommelser som styr arbetsmarknaden i stort. De är alltså en följd av förutsättningar inom arbetslagstiftning och sociallagstiftning m m.

Med utgångspunkt från nu kända förhållanden och de beräkningar som gjorts tidigare i kapitel 8, redovisas i tabell 8.9 den tillgång och efterfrågan på yrkesverksam personal inom hälso- och sjukvården år 2000, som kan beräknas utifrån redovisade alternativ vad gäller arbetsvolymens utveckling.

Tabell 8.9 Yrkesverksam personal år 1983 och 2000 enligt olika alternativ (1000-tal) vid bibehållen generell arbetstid 40 tim/vecka

Personalgrupp Alternativ	Lång	Medellång	Kort	Annan	Totalt
Basår 1983	21	86	53 (173) *	98	380
Tillgång år 2000	28	136	118	–	–
Efterfrågan år 2000					
0,5 %	25–26	101–104	203–210	ca 110	446
1,0 %	27–30	109–116	217–233	ca 120	484
2,0 %	31–38	129–142	250–287	ca 140	570
LU 1A	29–33	119–127	234–259	ca 130	525
LU 1B	31–36	125–136	245–274	ca 135	554

* inkl vårdbiträden

De trendmässiga efterfrågeberäkningar, som här redovisats, visar en betydande spännvidd mellan de högsta och lägsta alternativen. Det avgörande för de olika alternativen är i grunden den samhällsekonomiska utvecklingen. Här har inte kunnat tas ställning till vilket av de angivna efterfrågealternativen, som i dag kan bedömas vara mest realistiskt utifrån hälsopolitiska utgångspunkter. I den slutliga avvägningen av utbildningskapacitet m m måste härutöver även andra faktorer vägas in.

Det går därför inte att gå längre i övervägandena än att redovisa angivna trendmässiga efterfrågealternativ. De beräkningar som framtagits bör dock kunna utgöra ett led i att ta fram underlag – tillsammans med annat material – för politiska ställningstaganden om den framtida dimensioneringen av vårdutbildning m m.

I enlighet härmed är det dock nödvändigt att fortsätta att följa upp personalutvecklingen och att analysera de förändringar i personalresursernas omfattning, fördelning och utnyttjande som sker. Dessa kunskaper bör läggas till grund för fortsatta efterfrågebedömningar m m. Ovan redovisade personalprognoser förutsätts därmed utgöra inledningen till ett fortsatt och rullande prognosarbete.

För närvarande pågår arbete med att ta fram en underlagsstudie om personal- och utbildningsplanering. I denna kommer de ovan redovisade tillgångs- och efterfrågeberäkningarna att ytterligare fördjupas och konkretiseras samt kompletteras utifrån en programmatisk ansats. Detta är inte minst angeläget i en situation, där hälso- och sjukvårdens struktur förväntas komma att påtagligt förändras. Underlaget för sådana programmatiska beräkningar för perioden fram emot år 2000 skall givetvis så långt möjligt utgöras av material från de samlade HS 90-studierna. Dessa kompletterande beräkningar planeras kunna redovisas under hösten 1984 för hälso- och sjukvårdsberedningen.

8.4 Fortsatt arbete

De förändringar i hälso- och sjukvården som på olika sätt beskrivits i HS 90-arbetet ökar kraven på en aktiv personal- och utbildningsplanering. Omstruktureringarna i vården, de nya uppgifterna inom det förebyggande arbetet samt behovet av samordnade insatser såväl inom hälso- och sjukvården som mellan hälso- och sjukvården och andra verksamhetsområden i samhället utgör exempel på förändringar, som på olika sätt får konsekvenser för personalen. Som tidigare beskrivits kan det gälla innehållet i utbildningarna, sättet att arbeta, arbetsuppgifternas fördelning, personalsammansättningen och tillgången och efterfrågan på personal.

Beskrivningen av personal- och utbildningsfrågorna har av naturliga skäl fått göras på en relativt översiktlig nivå och i första hand med utgångspunkt från den nationella nivån. Utifrån ett helhetsperspektiv har antytts problem och angetts vissa frågeställningar, som behöver belysas genom fortsatta och fördjupade studier på vissa områden.

I den fortsatta personal- och utbildningsplaneringen på såväl central som regional och lokal nivå finns behov av en rad insatser för att klarlägga förutsättningarna för kommande förändringsarbete och precisera åtgärder. Sådana insatser behöver göras för att närmare analysera personalfrågorna från såväl kvalitativa som kvantitativa utgångspunkter inom olika verksamhetsområden. Därvid kan även behov finnas av analyser av enskilda yrkesgruppers förhållanden.

Formerna för personal- och utbildningsplaneringen behöver utvecklas. Härvid behöver särskild uppmärksamhet ägnas behovet av närmare samverkan mellan vårdplanering, personalplanering och utbildningsplanering. Olika insatser behövs också för att utveckla ett bättre informationsunderlag som grund för beskrivningar av personalsituationen och bedömningar om den framtida personalutvecklingen.

En förändring av vårdstrukturen mot primärvård och mot decentraliserade vårdformer förordas i HS 90-arbetet. Det är också väsentligt att en bättre balans uppnås i all vårdutbildning mellan de traditionella vårduppgifterna och de hälsopolitiskt prioriterade uppgifterna. Det är här fråga om att bibringa kunskap där mer vikt måste läggas på primärvårdens uppgifter. Mer av undervisning och kunskap i förebyggande arbetssätt och hälsoplanering bör ges. Det är också väsentligt att ökade insatser görs för att stärka primärvårdens möjligheter att ta hand om elever och bedriva en systematisk utbildning för studerande på samtliga grund- och vidareutbildningsnivåer.

Konsekvenserna av den förändrade vårdstrukturen och de hälsopolitiska målsättningarna vad gäller såväl vårdpersonalens arbetsuppgifter och kunskapskrav som vårdutbildningarnas anpassning härtill behöver ytterligare analyseras i ett fortsatt utredningsarbete.

Av särskilt intresse för den här föreslagna utredningen är att konkretisera förändringarna i arbetsuppgifterna för personal inom länssjukvården och primärvården mot bakgrund av den nya vårdstruktur, som föreslagits. För personal inom primärvården är det därvid bl a fråga om nya och vidgade uppgifter vad gäller exempelvis äldreomsorg, psykiatrisk vård och hemsjukvård liksom nya relationer till både länssjukvården och socialtjänsten. För länssjukvården måste kraven från den fortgående specialiseringen och

medicinsk-tekniska utvecklingen tas i beaktande. Det gäller såväl relationer mellan olika personalgrupper som kompetensen hos varje yrkesgrupp. Mot denna bakgrund är det angeläget att arbetet med att utvärdera de nyligen reformerade vårdutbildningarna prioriteras i det fortsatta arbetet med utbildningsfrågorna.

Det behövs således ett fortsatt och tvärsektoriellt utredningsarbete genomförs inriktat på dessa frågeställningar och med utgångspunkt från HS 90-studierna. I ett sådant utredningsarbete är det angeläget att särskilt uppmärksamma hur personalen genom olika utbildningsinsatser såväl på grund- och vidareutbildningsnivå som i fort- och efterutbildning skall kunna få en vidgad medvetenhet om de sociala och miljöbetingade faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom samt ökade kunskaper ifråga om hälsopolitiska uppgifter. Därutöver behöver behovet av pedagogisk förnyelse och påverkan av attityder och synsätt också ägnas särskild uppmärksamhet liksom frågan om hur en ökad samverkan mellan olika vårdutbildningar kan komma till stånd utan att för den skull ändra hela studieorganisationen.

Det föreligger också behov av en översyn av läkarnas vidareutbildning i syfte att få till stånd sådana förändringar som gör det möjligt att på ett lättare och mer flexibelt sätt anpassa vidareutbildningen till hälso- och sjukvårdens utveckling. En särskild utredning bör snarast tillsättas för att analysera de aktuella problemen och framlägga förslag till lösningar.

I det fortsatta arbetet med de kvantitativa personalfrågorna är det angeläget att följa upp personalutvecklingen och analysera de förändringar i personalresursernas omfattning, fördelning och utnyttjande som sker. Det är därvid också nödvändigt att ta fram ett bättre underlag för att bedöma personalsituationen och för att beskriva utvecklingen inom olika geografiska områden och verksamhetsområden liksom för olika personalgrupper. Denna typ av kunskapsunderlag behövs dels för att ge aktuella lägesbeskrivningar, dels som utgångspunkt för olika personalprognoser. De redovisade personalprognoserna förutsätts därmed utgöra inledningen till ett fortsatt rullande prognosarbete. På grundval härav bör det senare bli möjligt att successivt anpassa inriktning av och nivån på utbildningsinsatser m m med hänsyn till de nya kunskaper och erfarenheter som tas fram vid det fortsatta prognosarbetet.

Från olika utgångspunkter och i olika sammanhang har i denna rapport framhållits det angelägna i en närmare samverkan av verksamhetsplanering, personalplanering och utbildningsplanering. Det är dock inte bara på central nivå som en sådan samverkan behövs. Även på landstingsnivå och lokal nivå behöver detta ske. Det bör därför vara en angelägen uppgift för landstingen att såsom huvudmän för både vårdverksamhet och vårdutbildning inom sina ramar samordna dessa planeringsaktiviteter.

En sådan samverkan ifråga om personal- och utbildningsfrågorna på den lokala nivån behövs också mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Här bör olika former av lokala fördjupningsprojekt kunna prövas i syfte att utveckla modeller för det fortsatta samarbetet.

Tidigare har vikten av en satsning på fort- och efterutbildning för olika personalgrupper framhållits. Inom detta område bör det finns utrymme på den lokala nivån för att hitta modeller för genomförande av sådan utbildning.

Likaså är det angeläget att finna former för lokal samordning av grund- och vidareutbildning med fort- och efterutbildning.

I riktlinjerna för HS 90-projektet angavs bl a att en viktig förutsättning för arbetet med personal- och utbildningsplanering är att förbättra vårdpersonal- och utbildningsstatistiken så att den i ökad utsträckning kan utgöra underlag för personalprognoser av skilda slag. Dessa frågor berörs i kapitel 9.

9 Utveckling av hälso- och sjukvårdsstatistik

9.1 Inledning

Genom den starka markeringen i HSL av att planeringen och genomförandet av hälso- och sjukvårdens insatser skall utgå från befolkningens behov och leda till en vård på lika villkor ökar kraven på den statistik och övrigt informationsunderlag som hälso- och sjukvården förfogar över. Från hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkter är det därför angeläget att på sikt utveckla denna statistik.

Behoven av hälso- och sjukvårdsstatistik och av annan sammanställd information belyses i flera delrapporter och underlagsstudier, särskilt i delrapporten "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Hälsodata som planeringsunderlag" (SOU 1984:40).

Principiellt berör hälso- och sjukvårdsstatistikbehoven tre huvudområden

- befolkningens hälsoförhållanden i avseende på de hälsorisker människor utsätts för och det faktiska utfallet i form av sjukdomar och skador. Detta kan sammanfattas med beteckningen hälsodata eller egentlig hälsostatistik.
- hälso- och sjukvårdssystemets resurser och
- dess vårdåtgärder och verksamheter i övrigt.

Hälso- och sjukvårdsstatistiken kan således delas in i områdena hälsostatistik, resursstatistik och verksamhetsstatistik. I HS 90-arbetet har tonvikten lagts vid den egentliga hälsostatistiken. Samtliga delområden är emellertid viktiga och hänger samman på olika sätt. För t ex hälso- och sjukvårdsekonomiska analyser är det nödvändigt att kunna relatera resurs- och prestationsuppgifter till behov och effekter så som de framgår av hälsostatistiken, så att produktivitets-, effektivitets- och sammanvägda kostnads-nytto-analyser kan göras.

9.2 Vissa utvecklingsbehov

Det hälso- och sjukvårdsstatistiska området är omfattande och delvis svåravgränsbart. Som exempel kan nämnas att hälsoriskstatistik också hör till det miljöstatistiska området. Resursstatistik har vidare karaktär av ekonomisk statistik. Hälso- och sjukvårdsstatistiken måste därför ses i

relation till flera andra statistikområden. Det finns därmed också betydande samordningsbehov och -problem.

Det finns många motiv för att utvidga hälso- och sjukvårdsstatistiken, bl a för att förbättra planerings- och uppföljningsunderlaget och för forskningen. Av såväl resursskäl – insamling, sammanställning, bearbetning och publicering kan kräva betydande resurser – som sekretess- och integritetsskäl krävs emellertid en hård prioritering vid valet av områden och metodik för hälso- och sjukvårdsstatistikens olika grenar. Vidare måste omläggningen av statistiksystem begränsas till få tillfällen.

Statistikutredningen (SOU 1983:74) har nyligen framlagt sitt förslag beträffande den framtida statistiken. Därvid har en särskild arbetsgrupp i en rapport (DsC 1983:11) redovisat förslag om vissa utvidgningar av hälsostatistiken. Bl a föreslås som nya statistikområden patientstatistik från öppen vård, statistik från privat sjukvård och statistik från företagshälsovård liksom en detaljerad redovisning av sjukvårdskostnader. Vidare föreslås en hälsoriskstatistik. Detta är angelägna områden för utvecklingen av hälso- och sjukvårdsstatistiken. De berörs något i de följande förslagen.

Den datainsamling som bildar grund för statistiska sammanställningar kan alternativt utformas som kontinuerligt pågående totalundersökningar, som urvalsbaserade men återkommande undersökningar eller som mera tillfälliga inventeringar. Det senare får då ofta karaktär av ett forskningsprojekt.

En heltäckande löpande datainsamling och statistikproduktion är sammantaget alltid mycket resurskrävande. Denna metodik inom hälso- och sjukvårdsstatistiken bör därför begränsas till några få områden där det inte kan råda någon tvekan om det nödvändiga eller självklara i att använda denna form. Sålunda måste t ex dödsorsaksstatistiken alltid vara heltäckande. Resurs- och prestationsstatistiken enligt LKELP kan heller inte begränsas till att vara urvalsbaserad. Abort- och steriliseringsstatistiken, den medicinska födelseregistreringen och cancerstatistiken är andra exempel på statistikområden, där samlade skäl klart talar för en fortsatt heltäckande och kontinuerlig insamling och statistikproduktion.

Allmänt bör man emellertid sträva efter att så långt möjligt urvalsbasera statistikproduktionen inom hälso- och sjukvården. I delrapporten "Att förebygga skador" (SOU 1984:42) föreslås att en intensifierad registrering av olycksfallsskador, som leder till kontakt med hälso- och sjukvården genomförs under begränsade perioder i enbart några landstingsområden. På sikt förutsätts dock hela landet och alla säsonger täckas in. Härigenom bedöms ett tillräckligt underlag kunna erhållas för förebyggande insatser och viss vårdplanering. Samma princip torde kunna tillämpas för att bedöma åtskilliga andra hälsoproblem och hälsorisker. De samhällsmedicinska enheterna bör kunna fylla en betydelsefull funktion för att initiera och leda sådana undersökningar. Ett centralt initierings- och samordningsansvar bör emellertid naturligen falla på socialstyrelsen och Spri.

Den epidemiologiska forskningen har getts högsta prioritet i riksdagens forskningspolitiska beslut (prop 1983/84:107 m m). Det finns därför anledning att förvänta sig att forskningsinriktade studier om ohälsans fördelning inom befolkningen och dess uppkomstmekanismer i ökande omfattning kommer till stånd den vägen. Sådana studier, som är representativa och kan generaliseras, kan utgöra en del av det hälsostatistiska underlaget för hälso-

och sjukvårdens verksamhet. Det är angeläget att resultaten från sådana avslutade och pågående studier blir kända och spridda bland dem som svarar för hälso- och sjukvårdsplaneringen. Det är därför värdefullt att socialstyrelsen och Spri gör översikter av den epidemiologiska forskning, som belyser hälsorisker och ohälsans fördelning. Detta innebär bl a att man kan identifiera problemområden där särskilda forskningsinsatser kan behöva göras – ett underlag för forskningsprioriteringen.

En både breddad och fördjupad bild av fördelningen av hälsorisker och ohälsa, så att hälso- och vårdpolitiska riskgrupper klarare kan identifieras och hälso- och sjukvårdsplaneringen göras mera behovsinriktad, kan erhållas genom en intensifierad analys och samtidig bearbetning av flera hälsostatistiska informationskällor. Genom samanalys av uppgifter ur dödsorsaksstatistik, folk- och bostadsräkningar, slutenvårdsstatistik och ULF-undersökningar m fl källor kan fördelningen av ohälsan på socioekonomiska och yrkesmässiga grupper erhållas. Vissa sådana studier har utförts inom HS 90-arbetet och av Spri. Det är angeläget att man fortsätter sådana studier och vidareutvecklar den tillämpade metodiken samt att de statistikproducerande organen söker samverka med forskarna i sådana projekt. Det bör vara möjligt för de samhällsmedicinska enheterna att på landstingsnivå, och i vissa fall också på primärvårdsområdesnivå, genomföra sådana studier som underlag för den regionala och lokala hälso- och sjukvårdsplaneringen.

Det saknas idag reguljär statistik beträffande t ex besöksorsaker och sjukdomspanorama inom hela den öppna vården, även den sjukhusanslutna öppna vården. Enskilda vårdcentraler m m har genomfört projekt och prövat olika system för datainsamling. I Spri-rapporten "Basdata om kontakter i primärvården" (142:1983) har behov och problem analyserats. Där ges också rekommendationer beträffande innehåll och tekniska system för patientstatistik i primärvården.

Det är angeläget att ett enhetligt system för patientstatistik i primärvård tillämpas inom alla landsting. Därvid kan den nämnda rapportens rekommendationer vara vägledande. På detta sätt erhålles för alla landsting gemensamma grunddata och tilläggsdata, som dock i enskildheter kan variera mellan olika landsting. Landstingens primärvård är emellertid endast en del av den förstahandsvård som befolkningen inom landstinget erhåller. Det är viktigt att även den öppna vård som är förlagd till sjukhusen inordnas i samma patientstatistiska system som den egentliga primärvården. Detta är nödvändigt för att man skall kunna erhålla den samlade bild av hälsoproblemen, som behövs för hälso- och sjukvårdsplaneringen.

Annan vård av primärvårdskaraktär inom landstingsområdet lämnas i olika former av företagshälsovård, skolhälsovård och privatläkarvård m m samt vårdgivare utanför försäkringskassesystemet. Mot bakgrund av landstingens övergripande planeringsansvar är det nödvändigt att landstingen får tillgång till patientstatistik även från de nämnda andra formerna av hälso- och sjukvårdande verksamhet inom landstingsområdet. Företagshälsovården har för sin del i regel behov av vissa specifika hälsodata relaterade till den aktuella arbetsmiljön. När det gäller den individinriktade hälso- och sjukvården torde det ligga i företagshälsovårdens intresse att erhålla samma typ av hälsodata som inom landstingens primärvård. Genom t ex de samhällsmedicinska enheterna bör man på sikt försöka förmå övriga primära

vårdgivare att inrätta patientstatistiska system med samma innehåll som i landstingens system, så att aggregerade uppgifter periodiskt kan tillföras landstingens samlade patientdatabas eller motsvarande hälsostatistiska system.

Den årliga ULF-undersökningen, SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden, omfattar för närvarande ett representativt urval av 8 000 individer av befolkningen i åldern 16-84 år och innehåller ett hundratal intervjufrågor om olika levnadsnivåkomponenter, bl a hälsoförhållanden. Undersökningen belyser således upplevda och självbedömda hälsoförhållanden och hälso- och sjukvårdsbehov. ULF-materialet är en av de få regelbundna och representativa källorna när det gäller upplevda hälsoförhållanden. Den är därför mycket värdefull från hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkter. Det är angeläget att den i fortsättningen omfattar minst den nuvarande storleken. Flera av de hälsoproblem, som kommer fram i ULF-intervjuerna och som kan vara av väsentlig hälsomässig betydelse, är relativt ovanliga – kring enprocentsnivån. Det behövs därför en viss minsta urvalsstorlek för att fördelningen av sådana hälsoproblem på t ex socioekonomiska grupper skall kunna analyseras.

För närvarande kan inte ULF-materialet med statistiskt meningsfullt utfall brytas ned på landstings- eller lokal (kommunal, primärvårdsområde) nivå. Det är därför angeläget att närmare utreda möjligheten att från ULF-materialet skatta den sannolika fördelningen inom t ex ett primärvårdsområde av olika hälsoproblem med fördelning på ålder, kön, samboende, socioekonomisk grupp och nationalitet. SCB bör erhålla möjlighet att genomföra en sådan studie, som skulle kunna ge resultat av väsentligt värde för hälso- och sjukvårdsplaneringen.

Ett viktigt motiv att vidmakthålla ULF:s urvalsstorlek är att den tillåter en nedbrytning på de hälso- och vårdpolitiska riskgrupper, som bl a redovisats i kapitel 2 och 5. Dessa omfattar befolkningsgrupper motsvarande 3-10 procent av hela befolkningen.

Ur hälso- och sjukvårdspolitisk synvinkel är vissa kompletteringar av ULF-frågorna angelägna. ULF innehåller en öppen fråga om långvarig sjukdom och ett mindre antal fasta svarsalternativ för specificerade sjukdomsbesvär. Flera specificerade frågor om symtom och funktionsnedsättningar bör ingå. Även funktionsnedsättning och handikapp bland de allra äldsta inom befolkningen, som svarar för en stor andel av sjukvårdens rehabiliterande och omvårdande insatser, bör fångas in i ULF genom att den med t ex fem års intervall inkluderar även de högsta åldersgrupperna. Vidare bör frågor som närmare belyser upplevt vårdbehov och vårdtillfredsställelse inkluderas i ULF så att olika typer av behovsrelaterat vårdutnyttjande därmed kan belysas.

I syfte att värdera ULF-frågornas medicinska tillförlitlighet har statistikutredningen föreslagit att de vart femte eller tionde år kompletteras med en medicinsk hälsoundersökning på en del av urvalet. Detta är angeläget för att öka ULF:s värde som planeringsunderlag för hälso- och sjukvården. Denna fråga bör därför utredas vidare, bl a med stöd av försöksverksamhet.

För att kunna identifiera hälsopolitiska och vårdpolitiska riskgrupper inom befolkningen som ett led i en behovsorienterad hälso- och sjukvårdsplanering är det angeläget att hälsostatistiken inte begränsas till en redovisning av

diagnoser och andra medicinska uppgifter utan också redovisar sociala, ekonomiska och yrkesmässiga uppgifter. Socialstyrelsen bör periodiskt analysera och redovisa data om hälsoförhållanden och vårdutnyttjande i olika befolkningsgrupper avgränsade med hjälp av dessa uppgifter. Till en del kan detta göras genom att utnyttja befintliga system, exempelvis samköra hälsoregister med FoB eller liknande befolkningsregister.

Det är även angeläget att successivt komplettera landstingens patientdatabaser med socioekonomiska bakgrundsdata. I ett första steg gäller det att utöka den redan befintliga heltäckande slutenvårdspatientstatistiken med t ex yrkes- sysselsättningsuppgifter. Det är vidare angeläget att socioekonomiska variabler från början kan ingå i den registrering från den öppna vården, som efterhand kommer att inkluderas i landstingens patientdatabaser. Det är många gånger naturligt att vid en hälso- och sjukvårdskontakt efterfråga och notera vissa sociala bakgrundsvariabler. En del sådana data bör alltså finnas i hälso- och sjukvårdsinformationssystemet oavsett om någon statistik över dem förs eller ej. Ett intensivt utvecklingsarbete beträffande registrering från öppen vård pågår hos många huvudmän. Det är väsentligt att sådan försöksverksamhet kommer igång i alla sjukvårdsområden. Socialstyrelsen bör i samarbete med Landstingsförbundet och Spri nära följa denna verksamhet och även utarbeta allmänna råd för registrering från öppen vård.

Även personalstatistikunderlaget behöver på sikt utvecklas. Inriktningen bör dock vara att den erforderliga statistiken inhämtas inom ramen för befintliga statistiksystem och att således inte helt nya system inrättas. För att förbättra underlaget för prognosverksamhet behöver personalstatistiken utvecklas i fråga om möjligheterna att beskriva yrkesverksamhet och aktivitet hos de olika personalkategorierna. Det behövs tillförlitligare uppgifter om utbildningsbakgrund, bortfall och genomströmningar i de olika utbildningarna. För vissa yrkesgrupper är personalstatistiken särskilt bristfällig. Det gäller främst de yrkesgrupper som inte har legitimations- eller motsvarande behörighetskrav och de med kort vårdutbildning. Även för yrkesgrupper verksamma inom privat hälso- och sjukvård är statistiken bristfällig. Det är angeläget att socialsektorns statistikdelegation uppmärksammar dessa problem och initierar ett utvecklingsarbete mellan de berörda centralt ansvariga – SCB, socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

En offensiv inriktning av hälso- och sjukvården präglad av att om möjligt förebygga uppkomsten av ohälsa innebär krav på att befolkningens hälsorisker och dess fördelning blir kända. Sådana uppgifter finns inom olika statistikområden såsom miljöstatistik, arbetsmiljöstatistik m m. ULF-statistiken ger uppgifter om hur befolkningen upplever hälsorisker i sin boende- och arbetsmiljö och vissa uppgifter om t ex kost- och rökvanor.

Det finns emellertid ett behov av att utveckla det statistiska underlaget när det gäller de hälsorisker som befolkningen utsätts för. På så sätt förstärks underlaget för en offensivt präglad hälso- och sjukvård. Det behövs en mera samlad bild, grundad på representativa undersökningar över längre tidsperioder, om de kemiska, fysikaliska, biologiska och psykosociala hälsorisker som finns i samhället och deras fördelning på olika befolkningsgrupper. Delvis kan en mera samlad bild erhållas genom att befintlig statistik och liknande informationskällor samlas till en sammanhållen beskrivning.

Därutöver behöver statistiken utvecklas när det gäller hälsorisker som alkohol, rökning och skadliga kostvanor.

Det är vidare angeläget att Sverige aktivt stödjer det utvecklingsarbete inom WHO som pågår för att vidareutveckla det internationella klassifikationssystemet för olika sjukdomar så att det även omfattar beskrivningar av sjukdomens konsekvenser i t ex termer av nedsatt funktionsförmåga. Genom en sjukdomsklassificering som också fångar upp vissa konsekvenser av sjukdom kan en bas skapas för att beskriva förbättringar t ex genom rehabiliterande och miljöinriktade insatser även i de fall sjukdomen i sig ej eliminerats. Ett beskrivningssystem som på detta sätt kan beskriva förändringar i sjukdomens konsekvenser ökar i hög grad möjligheterna att planera och utvärdera insatser för att öka den enskildes möjligheter att trots handikapp p g a sjukdom klara vardagslivet.

9.3. Hälsoutvecklingen i Sverige – periodisk sammanställning

Det hälso- och sjukvårdsstatistiska området är omfattande. Uppgifter som i statistiska termer belyser resurser, vårdprestationer och andra verksamheter samt förekomsten av hälsorisker och sjuklighet insamlas, ställs samman och publiceras av många organ. Det kan därför vara svårt att få en samlad bild härav i arbetet med hälso- och sjukvårdsplaneringen. Denna svårighet torde vara särskilt markant i det lokala och i det på landstingsnivå bedrivna arbetet. Redan en ganska enkel förteckning över den hälso- och sjukvårdsstatistik som regelbundet produceras med elementära uppgifter om huvudman, huvudsakligt innehåll, publikationsform etc, torde vara av stort värde för dem inom landstingen som svarar för hälso- och sjukvårdsplaneringen och för den tvärsektoriella samverkan med andra samhällssektorer. Det är därför angeläget att socialstyrelsen regelbundet publicerar sådana förteckningar över informationskällor av hälso- och sjukvårdsstatistisk natur som behövs i hälso- och sjukvårdsplaneringen och i uppföljningen och utvärderingen av de hälso- och sjukvårdande insatserna.

Det behövs också en samlad bild av hälsoutvecklingen – de resurser som läggs ned på hälso- och sjukvårdande insatser i samhället, utförda prestationer samt hälsorisker och sjukligheten inom befolkningen. Från de många grundläggande informationskällor som finns och kommer att finnas, t ex LKELP, dödsorsaksstatistik, ULF, skadestatistik, cancerstatistik etc, bör en sammanställning och analys göras t ex vart tredje år. En sådan rapport, där den mera långsiktiga utvecklingen belyses och analyseras, torde kunna utgöra ett värdefullt underlag för övervägandena om inriktningen av den framtida hälso- och sjukvårdspolitiken. Man bör pröva möjligheterna till ett samarbete mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet för en gemensam publicering med den nuvarande statistiska årsboken för landstingen.

Det är angeläget att en sådan periodiskt återkommande samlad redovisning av hälsoutvecklingen i Sverige tas fram. Det är bl a en betydelsefull form av underlag för central statlig planering och tillsyn enligt intentionerna i prop 1979/80:120.

10 Forsknings- och utvecklingsarbete

10.1 Nuläge, några framlagda förslag m m

Bakgrund

Forsknings- och utvecklingsarbete är nödvändigt för att förbättra och förändra hälso- och sjukvårdens verksamheter. FoU inom hälso- och sjukvården domineras för närvarande av medicinsk forkning och närstående odontologisk och farmaceutisk forskning. Denna kan uppdelas i grundforskning och mer tillämpad (klinisk) forskning. Den bedrivs till största delen vid högskoleinstitutioner och undervisningssjukhus och finansieras med medel över statsbudgeten samt av stiftelser m m. Statens huvudmannaskap för forskning och forskarutbildning innefattar ett särskilt ansvar för att landets samlade och löpande forsknings- och utvecklingsarbete står i överensstämmelse med de övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målen. Omfattande medicinsk forskning bedrivs också inom industrin, framför allt läkemedelsindustrin.

Den svenska medicinska forskningen har en internationellt sett mycket aktad ställning. Inom vissa forskningsområden finns inom vårt land en tradition och en vetenskaplig miljö, som gett underlag för forskningsinsatser, som inneburit betydelsefulla diagnostiska och terapeutiska framsteg liksom förebyggande insatser. Det är angeläget att vidareutveckla svensk medicinsk forskning så att den även framledes kan hävda sin ställning internationellt.

I sitt beslut om forskningspolitiken m m 1982 (prop 1981/82:106) angav riksdagen att stor vikt måste läggas vid forskning som rör problem inom social- och hälsovårdsområdet. Bland de områden som därvid särskilt borde prioriteras under den då närmaste femårsperioden nämndes alkohol- och narkotikaforskning, epidemiologi och forskning om sjukvården som system. Det fanns vidare enligt föredragande statsrådet starka motiv att prioritera bl a primärvårdsforskning och forskning i ämnet socialt arbete samt forskning rörande effekterna av sociala och hälsopolitiska reformer. Miljömedicinsk forskning i bred bemärkelse ansågs vidare vara mycket angelägen.

I regeringens proposition om forskning till årets riksmöte (1983/84:107) föreslås de långsiktiga områdesprioriteringar, som angavs i 1982 års proposition om forskning, fortfarande i huvudsak gälla. Härutöver betonas forskningsinsatser rörande de sociala konsekvenserna av utvecklingen inom

arbetslivet samt forskning inom socialförsäkringsområdet liksom inom socialt behandlingsarbete, miljömedicin och primärvård. Föredraganden erinrar om att bristen på kompetenta forskare liksom på handledare inom socialforskningssektorn är stor. I propositionen föreslås därför fortsatta åtgärder för att rekrytera forskare till området och bygga upp kompetens som grund för en tillämpad forsknings- och utvecklingsverksamhet.

Hälso- och sjukvårdsforskning

Under senare år har vid sidan om den rent medicinska forskningen utvecklats en FoU-verksamhet, som direkt syftar till att underlätta planeringen och utvärderingen av hälso- och sjukvården – hälso- och sjukvårdsforskning. Denna har dock hittills varit av liten omfattning i vårt land. Uppgiften för hälso- och sjukvårdsforskningen kan sägas vara att beskriva och förklara hälso- och sjukvårdssystemet och dess funktioner i förhållande till hälsoproblemen bland befolkningen och till människornas levnadsförhållanden och miljö. Den kräver samtidiga insatser från olika vetenskapliga discipliner; medicin, samhälls- och beteendevetenskaper och teknik. Den har en klar praktisk inriktning och syftar till att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivisera utnyttjandet av dess resurser.

Omvårdnadsforskning

Ett särskilt forskningsområde är numera omvårdnadsforskningen. Den är inriktad på att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och därvid tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återvinna hälsa liksom att tillgodose behov av vård i livets slutskede. Omvårdnadsforskningen studerar således processen, situationen och den miljö där omvårdnad ges samt de hjälpmedel som används samt relationer och samspel mellan personal, patienter och deras anhöriga.

Behovet av samverkan mellan omvårdnadsforskningen och den medicinska forskningen har uppmärksammats genom den nära kopplingen i det praktiska arbetet. Det rör sig dock om två olika discipliner med olika forskningsfält, kunskapsmål och delvis olika teoretisk bakgrund. Självständigheten gentemot medicinen har i vissa sammanhang varit svår att hävda. Områdets tillkomst bottnar framför allt i den reformering av högre utbildning som genomförts i och med att de medellånga vårdutbildningarna fördes in under högskolan.

Delegationen för social forskning (DSF)

Ett par av delegationen för social forskning (DSF) tillkallade initiativgrupper för dels hälso- och sjukvårdsforskning, dels socialtjänstens samt hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen har nyligen sett över forskningen inom dessa områden och framlagt förslag till åtgärder.

Initiativgruppen för hälso- och sjukvårdsforskning belyser i sin rapport "Att forska om vård och hälsa" det starkt ökade intresse, som internationellt ägnas denna forskning, och redovisar pågående forskningsaktiviteter i Sverige. Gruppen konstaterar att denna forskning dock i vårt land hittills varit av begränsad omfattning. Detta är enligt gruppen förvånande, särskilt

som hälso- och sjukvården sedan andra världskriget byggts ut mycket kraftigt och idag svarar för en tiondel av landets totala produktion av varor och tjänster.

Initiativgruppen har enligt direktiven begränsat sitt arbete till att gälla hälso- och sjukvårdsforskning med utgångspunkt i ett socialt och samhälls- och beteendevetenskapligt perspektiv. Gruppen anser att det från såväl välfärdspolitiska som samhällsekonomiska utgångspunkter finns stark anledning att utveckla en FoU-verksamhet, som har till syfte att följa, analysera och utvärdera hälso- och sjukvården som system samt bedöma effekterna av hälspolitiska reformer och den långsiktiga utvecklingen av befolkningens hälsa.

Gruppen går igenom olika problemområden inom hälso- och sjukvården, som är särskilt betydelsefulla för förstärkta forskningsinsatser. Som ett resultat härav anges följande fem nyckelområden (utan inbördes rangordning), inom vilka man bör initiera forsknings- och forskarutbildningsinsatser, nämligen

- forskning om hälsa och befolkningens hälsoproblem,
- forskning om vårdbehov och vårdmönster,
- forskning för att utvärdera hälsovårdande och sjukvårdande insatser,
- hälsoekonomisk forskning samt
- forskning om inflytande samt om vårdorganisation och planering.

Initiativgruppens förslag om lämpliga åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdsforskningen berör högskoleorganisationen. Gruppen anser det nödvändigt att ge denna forskning en fastare bas inom denna organisation och där utveckla kreativa forskarmiljöer som möjliggör en mer långsiktig kunskaps- och kompetensuppbyggnad. Vidare diskuteras forskningsrådens insatser på området. Gruppen anser en utbyggd samverkan mellan de berörda forskningsråden nödvändig. DSF bör vidare initiera och finansiera forskargrupper inom minst två av de tidigare nämnda områdena, inrätta gästforskar- och arbetsstipendier inom området samt anordna symposier. Gruppen finner det också angeläget att landstingen uppmärksammar behovet av utvecklings- och försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdsforskningens område samt följer, analyserar och utvärderar sina egna insatser i syfte att främja hälsan hos befolkningen och att effektivisera hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Initiativgruppen för socialtjänstens samt hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen konstaterar i sin rapport att det är angeläget att socialsektorn ännu mer aktivt kan medverka i samhällsplaneringen i syfte att reducera väsentliga hälso- och sociala problem samt för att därigenom stärka välfärden i samhället. Följande FoU-områden prioriteras av gruppen

- fördelningspolitik och segregation,
- demokratiutveckling,
- utveckling av planeringsprocesser – teori, metod och samverkan,
- utveckling av forskning om främst lokala förhållanden,
- arbetsmarknadens sociala och medicinska effekter,
- utveckling av yrkesroller och kompetens samt
- forsknings- och utvärderingsmetodik.

De förslag till DSF-initiativ som gruppen framlägger gäller långsiktig teori-, metod- och kompetensuppbyggnad, utbildning för FoU, tvärvetenskaplig forskning och internationella kontakter, lokal och regional verksamhet med forskningskaraktär, dokumentation, erfarenhetsspridning och information samt inrättande av initiativgrupper och prioriteringskommittéer.

Annan verksamhet

Som framgår av det ovan anförda har det svenska forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet en stark inriktning på medicinsk grundforskning och klinisk forskning. Verksamheten har alltjämt en tung förankring i universitetsinstitutioner och -sjukhus. Det finns dock klara strävanden att starkare anpassa verksamheterna till den hälsopolitiska inriktning, som HS 90-projektet är en förespråkare för, och att därmed också lokalisera FoU-aktiviteter utanför den traditionella universitetsorganisationen. Dessa förändringar har dock hittills skett i en mycket långsam takt.

En mer utförlig redovisning av de FoU-aktiviteter, som står i samklang med HS 90-tankegångar, har lämnats i den ovan nämnda rapporten "Att forska om vård och hälsa". Här kan bl a erinras om den forskning, som pågår inom högskoleinstitutionerna för socialmedicin och allmänmedicin (f n tre), inom medicinska forskningsrådets enhet för hälso- och sjukvårdsforskning, inom forskningsenheterna i primärvård i Dalby, Tierp och Vilhelmina, inom temaforskningsenheten i Linköping samt inom den hälsoekonomiska enheten i Stockholm med en adjungerad professor, som utvecklats i samarbete mellan Karolinska institutet och Spri. Dessa verksamheter har en klar hälsopolitisk profil.

Vidare må erinras om de utvecklingsenheter inom primärvården som olika landsting tillskapat enligt en rekommendation av Landstingsförbundets kongress 1982. Exempel på sådana enheter kan ses i Sollentuna och Olofström samt inom Skaraborgs läns landsting. En sammanställning över utvecklingsenheterna har nyligen publicerats av Spri. Av denna framgår att det finns ett stort intresse att satsa på sådana enheter.

10.2 Utvecklingsbehov

Forsknings- och utvecklingsarbete är tillsammans med vårdutbildning ett av de viktigaste medlen för att påverka hälso- och sjukvårdsarbetet och dess framtida inriktning. Framtagning, utveckling och spridning av nya kunskaper genom FoU är av central betydelse härför. Den medicinska forskningen ger underlag för nya framsteg, nya arbetsformer och förbättrad kvalitet när det gäller förebyggande arbete, utredning, behandling och rehabilitering. Samtidigt får hälso- och sjukvårdsforskningen allt större betydelse för att analysera hälsoproblemen bland befolkningen, för att planera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov och för att kontrollera och utvärdera effekterna av dess insatser. Kunskaper om samhället och miljöförhållanden m m, kunskaper om människorna och deras beteenden liksom kunskaper om den tekniska utvecklingen ger härutöver en nödvändig bas för att bedöma sambanden mellan å den ena sidan sjukdomar och skador och å den andra människornas levnadsförhållanden och miljö. Därmed ges också underlag

för ett långsiktigt beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Krav på ett vidgat forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården följer också av det ökade intresse, som finns för omvårdnad, samt för en helhetssyn på människan och hennes problem.

FoU:s förankring i hälso- och sjukvården

Det är angeläget att ansvaret för FoU inom hälso- och sjukvården också förankras inom hälso- och sjukvårdssektorn. Detta innebär att de som inom samhället svarar för hälso- och sjukvård måste i större utsträckning än för närvarande engagera sig i övergripande forskningsfrågor och skaffa sig kunskaper om forsknings- och utvecklingsarbetets omfattning, inriktning och förutsättningar. För att få till stånd en meningsfull dialog med forskningens företrädare om de breda utvecklingslinjerna krävs att hälso- och sjukvårdspolitikerna formulerar och konkretiserar problem för FoU med angivande av deras från hälsopolitiska utgångspunkter önskvärda avgränsningar och inriktningar. Mot denna bakgrund är det angeläget att även FoU-frågor kan behandlas i hälso- och sjukvårdsberedningen.

Detta gör det också nödvändigt att få fram ett informationsunderlag som på ett bättre sätt än hittills belyser omfattning och inriktning av FoU-insatser om och inom hälso- och sjukvården och deras fördelning på olika tillämpningsområden. Hälso- och sjukvårdsstatistiken bör i enlighet härmed också bättre anpassas till de krav som ställs från en på hälso- och sjukvård inriktad FoU-verksamhet.

I olika sammanhang – bl a i underlaget till riksdagens beslut om hälso- och sjukvårdslag m m – har understrukits behovet av att FoU-verksamheten starkare inriktas på föreliggande utvecklings- och planeringsproblem inom hälso- och sjukvården.

FoU:s anpassning till en förändrad hälso- och sjukvård

En slutsats av HS 90-arbetet är att det är nödvändigt att förändra och anpassa forsknings- och utvecklingsarbetet och dess inriktning i enlighet med de utvecklingssträvanden som HS 90 ger uttryck för. Det krävs en omstrukturering och därmed omfördelning av FoU-verksamheten. Omstruktureringen måste följa den omstrukturering som sker inom hälso- och sjukvården. De nya kunskaper och den nya normbildning som dessa kunskaper kan frambringa måste i starkare utsträckning än hittills förankras i den basala hälso- och sjukvården, d v s inom primärvården och länssjukvården. Normgivningen bör således inte enbart som för närvarande grunda sig på det FoU-arbete som sker inom universitetsinstitutioner och sjukhus.

Med primärvården som bas och med en kompletterande länssjukvård inom de enskilda landstingen bör FoU-arbetet ske i direkt anslutning till de problem som finns inom vården och det patientarbete som bedrivs på ovannämnda vårdnivåer. Vårdens krav måste i starkare utsträckning göra sig gällande. Utvecklingsinsatserna måste främst gälla de prioriterade områden inom hälso- och sjukvården, där också behovet av kunskapsutveckling är stort. Forskning måste läggas till grund för utvecklingsinsatserna men också användas för att ta fram metoder för att följa och utvärdera dessa.

Forsknings- och utvecklingsarbete får inte betraktas som avslutat förrän resultaten spritts i önskvärd omfattning. HS 90-dokumenten kan ses som exempel på hur kunskaper kan tas fram och redovisas – i detta avseende givetvis utifrån ett samhällsinriktat perspektiv.

Av betydelse är också den tvärsektoriella aspekten på problembeskrivningar etc för FoU. Därmed bör bl a uppmärksammas behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst när det gäller äldre, handikappade och missbrukare m fl. Vidare finns anledning att betona ett tvärdisciplinärt angreppssätt. Detta kräver samverkan mellan medicin, samhälls- och beteendevetenskaper, teknik och andra vetenskapsområden.

Detta innebär att den påbörjade förändringen av inriktningen av den medicinska forskningen mot bl a mer förebyggande insatser, mot allmänmedicin och andra decentraliserade vårdverksamheter samt mot psykiatriska och långvariga sjukdomar bör fortsätta och påskyndas. Detta gäller också den pågående utbyggnaden av hälso- och sjukvårdsforskningen och den till denna och till den medicinska forskningen anknutna omvårdnadsforskningen. Detta berör områden som allmänmedicin, långvårdsmedicin, psykiatri, miljömedicin, socialmedicin och epidemiologi.

DSF:s initiativgrupp för hälso- och sjukvårdsforskning har förordat att den medicinska forskningen bör kompletteras med andra typer av forskningsinsatser. Det är viktigt att det inom högskoleinstitutionerna finns kreativa forskarmiljöer, som möjliggör en långsiktig kunskaps-, kompetens- och metoduppbyggnad. Analys av hälsoproblem, hälsorisker, vårdbehov och vårdmönster samt av resurser, verksamhet, produktivitet och effektivitet inom vården behövs som underlag för fortsatta vårdpolitiska överväganden. Dessa forskningsinriktningar ryms under begreppen social epidemiologi och hälsoekonomi. Av betydelse är vidare hälsopolitiskt inriktad forskning inom sociologi, statsvetenskap, psykiatri och pedagogik. För att tillgodose dessa inriktningar krävs bl a omfördelningar inom rådande resursramar.

I fortsättningen måste dock – som tidigare anförts – forskningsinsatserna mer kraftfullt knytas an till hälso- och sjukvårdens praktiska problem. Detta innebär en stark förankring av forskningen till primärvård och länssjukvård.

Enligt HSL och det synsätt som vidareutvecklats inom HS 90-projektet skall vidare den enskilde patientens önskemål och behov vara styrande för insatserna av vård och omsorg. Av särskilt intresse är därvid att studera möjligheterna att vårda patienterna hemma eller i andra så hemlika former som möjligt. Den forskningsanknytning som skett av de medellånga vårdutbildningarna bör öppna nya möjligheter till FoU-arbete inom dessa områden.

Givetvis bör även andra vårdmiljöfrågor uppmärksammas av forskningen. Ett näraliggande viktigt forskningsområde rör personalens arbetsorganisation och arbetsmiljö. Hit hör också forskning om fördelning av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier och om bemanningsförhållanden inom hälso- och sjukvården.

Gynnsamma förutsättningar för FoU i Sverige

I Sverige bör förutsättningarna för att forska om hälsans villkor och om befolkningens hälsoproblem vara särskilt goda med tanke på vår omfattande befolkningsstatistik och våra relativt heltäckande register över sjukdomar och skador. Det är angeläget att forskarna även i fortsättningen får tillgång till dessa registerfunktioner, givetvis med de begränsningar i användning m m som personintegriteten kräver.

Några forskningsområden

Kartläggning av riskfaktorer för utveckling av sjukdomar och skador är av central betydelse för att få underlag för förebyggande insatser. I HS 90-arbetet har vissa riskanalyser och -värderingar gjorts i anslutning till de hälsopolitiska handlingsprogrammen mot hjärt- och kärlsjukdomar och mot skador. Hälsoriskprofiler föreslås vara ett led i utvecklingen av den behovsbaserade hälso- och sjukvårdsplaneringen, som utvecklats i HS 90-rapporten SOU 1984:40. Den riskepidemiologiska forskningen är således ett angeläget forskningsområde från hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkter. Även de hälsoekonomiska aspekterna i sammanhanget är betydelsefulla och bör bli föremål för fortsatta forskningsinsatser. De har i HS 90-arbetet något berörts i anslutning till redovisningen av de förebyggande insatserna (kapitel 4.8).

Av betydelse är givetvis att forskning ägnas mer generella sjukdoms- och skaderisker. Alkohol- och andra former av missbruk, t ex tobak, ger stora skadeverkningar. Under senare år har ökad uppmärksamhet ägnats den betydelse som kosten har för utvecklingen av ohälsa, bl a för hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Den oro som människor känner inför nya miljöfaktorer, bl a i boendet och i arbetslivet – t ex i form av nya kemiska ämnen – gör det också nödvändigt att ägna dessa frågor fördjupade analyser.

Forskningsråden har en betydelsefull roll när det gäller att inititera nya FoU-verksamheter och att ge ekonomiskt stöd till enskilda projekt, forskarstipendier och konferenser m m. Det är i första hand medicinska forskningsrådet (MFR) och delegationen för social forskning (DSF) som uppmärksammar och stödjer FoU-insatser, som ligger inom den av HS 90-projektet prioriterade hälsopolitiska referensramen.

MFR stödjer i linje härmed och utifrån sin medicinska kompetens forskning inom epidemiologi, miljömedicin, omvårdnad och primärvård liksom övrig medicinskt inriktad hälso- och sjukvårdsforskning. DSF har att utifrån sitt sociala och samhälls- och beteendevetenskapliga perspektiv uppmärksamma forsknings- och utvecklingsinsatser inom hälso- och sjukvårdsforskningen och då främst inom de problemområden som initiativgruppen för hälso- och sjukvårdsforskning angett och som ovan redovisats. Bl a bör socialepidemiologiska och hälsoekonomiska forskningsinsatser uppmärksammas. Hit hör inte minst forskning som kan belysa de skillnader mellan ohälsans fördelning, som finns i olika social- och yrkesgrupper. Av betydelse är också utvecklings- och försöksverksamhet med s k epidemiologiska bevakningssystem.

Landstingens ansvar

I landstingens vidgade ansvar för hälso- och sjukvården ingår bl a att främja hälsan hos befolkningen, att samordna hälso- och sjukvårdsinsatserna inom landstingsområdet och att se till att vårdtjänster kan erbjudas alla medborgare på lika villkor. Landstingen har också att medverka i annan samhällsplanering. Detta innebär bl a att påverka andra samhällssektorer att anpassa sina verksamheter i en hälsofrämjande riktning.

Forsknings- och utvecklingsarbete är viktiga medel i detta arbete. Landstingen måste således göra sig förtrogna med den pågående forsknings- och utvecklingsverksamheten samt precisera sina krav på förändringar av detta arbete. Utöver det grundläggande ansvar som åvilar staten för FoU så måste landstingen också själva bedriva utvecklings- och försöksverksamhet samt följa upp sina egna hälso- och sjukvårdsinsatser och utvärdera effekterna av dessa. Som tidigare nämnts finns också ett starkt växande intresse härför inom landstingen.

Landstingen har bl a att inom ramen för sina samhälls- och miljömedicinska funktioner och inom primärvården beskriva och analysera hälsoproblem och hälsorisker samt pröva nya insatser för att påverka hälsosituation och vårdverksamheter. Detta kräver i enlighet med vad nyss anförts en kunskaps- och kompetensuppbyggnad i forskningsfrågor även på landstingsnivå.

Motsvarande ansvar och uppgifter ligger givetvis också på regionsjukvårdsnivå. Denna nivå har att övergripande samordna utvecklings- och försöksverksamheterna inom regionen. Den har givetvis härutöver att svara för forsknings- och utvecklingsarbete av mer grundläggande natur och bl a därtill hörande fortbildningsinsatser.

I detta sammanhang kan hänvisas till vad som anförts om forsknings- och utvecklingsarbete på denna nivå i underlaget till riksdagens beslut om regionsjukvård m m (prop 1980/81:9). Enligt regionsjukvårdsutredningen (SOU 1978:70) rymmer sjukvårdsregionerna med deras nära relation till universitetsregionerna stora potentiella möjligheter för forskning. Kliniskt forskningsarbete måste enligt utredningen ske inom alla sjukvårdsområden och på alla vårdnivåer för att hälso- och sjukvården skall kunna utvecklas till patienternas bästa. Regionsjukvårdsutredningen pekar också på behovet av ökad samverkan i frågor om forskarutbildning mellan regionsjukhus och andra vårdinrättningar, däribland länssjukhus och vårdcentraler. Enligt utredningens mening bör det ligga i samverkansnämndernas intresse att genom beredande organ följa planeringen för FoU och genom ett ömsesidigt informationsutbyte med forskningens företrädare påverka planeringen och aktivt ta del av forskningsresultaten på de områden, som direkt berör dessa nämnders intressen.

10.3 Sammanfattande förslag

Den svenska medicinska forskningen har en internationellt sett hög kvalitet. Det är angeläget att vidareutveckla den medicinska forskningen, så att Sverige även framledes kan hävda sig internationellt sett. Forsknings- och utvecklingsarbete är tillsammans med vårdutbildning ett av de viktigaste medlen för att påverka hälso- och sjukvårdsarbetet och dess utveckling på längre sikt. FoU-verksamheten måste därför starkare än hittills inriktas på aktuella och föreliggande utvecklings- och planeringsproblem inom hälso- och sjukvården. Ansvaret för FoU inom hälso- och sjukvården bör mot den bakgrunden förutom det generella statliga ansvaret för FoU också förankras inom hälso- och sjukvårdssektorn.

En slutsats av HS 90-arbetet är att det är nödvändigt att staten och andra forskningsansvariga förändrar och anpassar forsknings- och utvecklingsarbetet och dess inriktning i enlighet med de utvecklingssträvanden som HS 90 även i övrigt ger uttryck för. Därvid bör den medicinska forskningen starkare inriktas mot bl a förebyggande insatser, allmänmedicin och andra decentraliserade vårdformer och mot psykiatriska och långvariga sjukdomar. Hälso- och sjukvårdsforskningen bör också kompletteras med en socialt och ekonomiskt inriktad forskning kring hälso- och sjukvårdens problem. Forskningsanknytning av de medellånga vårdutbildningarna bör utvecklas främst på omvårdnads- och rehabiliteringsområdet. Epidemiologisk forskning är ett annat bristområde.

FoU-verksamheterna bör starkt relateras till hälso- och sjukvårdens praktiska problem. Detta innebär också en starkare förankring av verksamheterna till primärvård och länssjukvård. Vid vakans på kliniska professurer bör berört landsting ges möjlighet att yttra sig över en fakultets förslag om en tjänsts inriktning.

Högskoleorganisationen har en viktig uppgift att tillhandahålla kreativa forskningsmiljöer och att ge möjlighet till en långsiktig kunskaps-, kompetens- och metoduppbyggnad inriktat på hälso- och sjukvårdens praktiska problem. Forskningsråden har en betydelsefull roll när det gäller att initiera FoU-verksamhet och att ge ekonomiskt stöd till enskilda forskningsprojekt, forskarstipendier och konferenser m m.

Hälso- och sjukvårdsberedningen bör behandla hälso- och sjukvårdens FoU-frågor som ett led i förankringen av dessa frågor inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Det är slutligen angeläget att landstingen uppmärksammar behovet av utvecklings- och försöksverksamhet inom hälso- och sjukvården. Detta kräver ett fortsatt och ökat intresse av dem att följa upp sina egna verksamheter och att utvärdera effekterna av dessa samt en kunskaps- och kompetensuppbyggnad i forskningsfrågor även på landstingsnivå. Av betydelse är också en förstärkt forskningssamverkan på det sjukvårdsregionala planet mellan regionssjukhus, länssjukhus och vårdcentraler m m.

11 Inriktning, sammanfattning och förslag

Utgångspunkter

Att skapa gynnsamma hälsovillkor för hela befolkningen och att sörja för att alla kan få del av en god vård och omsorg på lika villkor vid inträffad ohälsa har varit och är centrala mål för välfärdspolitiken. Det råder bred enighet om att det krävs gemensamma demokratiskt styrda samhälleliga insatser för att uppnå dessa mål. En betydande del av våra gemensamma resurser har avsatts för att genom en målmedveten social- och hälsopolitik i bred bemärkelse skapa välfärd för alla och trygghet mot och vid ohälsa.

Vi har i ett internationellt perspektiv nått långt i förverkligandet av välfärdspolitikens hälsopolitiska del. Mätt med åtskilliga av de traditionella folkhälsomåtten har vi en till stora delar gynnsam hälsosituation. Grunden härför har först och främst varit den allmänna höjningen och utjämningen av de ekonomiska och de sociala förhållandena i samhället och en höjd materiell och hygienisk standard. En aktiv bostadspolitik har undanröjt hälsorisker genom trångboddhet och dåliga hygieniska förhållanden. En aktiv jordbruks- och livsmedelspolitik har möjliggjort en god näringsstandard för den svenska befolkningen. En aktiv miljöpolitik har bringat sanitära brister under kontroll. Genom en medveten arbetsmiljöpolitik har åtskilliga hälsorisker i arbetslivet undanröjts. Genom insatser förmedlade av många samhällssektorer och genom en samordnad samhällsplanering har således förutsättningarna för en gynnsam utveckling av folkhälsan kontinuerligt förbättrats. Samtidigt har viss sjuklighet ökat på grund av negativa livsstilsfaktorer som rökning, missbruk av alkohol och narkotika samt felaktiga kostvanor.

Den ekonomiska tillväxten har gett oss möjlighet att bygga upp en hälso- och sjukvård som för flertalet säkerställer en trygg och medicinskt högtstående vård vid sjukdomar och skador samt en aktiv medicinskt förebyggande vård under olika livsskeden. Att svara för försörjningen med den hälso- och sjukvård som behövs på det lokala och det regionala planet i enlighet med av statsmakterna fastställda mål har till största delen anförtrotts åt landstingen.

Svensk medicinsk forskning har en internationellt framstående ställning och hög kvalitet och det är angeläget att den även framledes kan hävda sig väl. Den ger oss nya kunskaper om hälsorisker och om metoder att förebygga, utreda, bota och lindra sjukdomar och skador.

Våra gemensamma ansträngningar har således lett oss långt på den hälsopolitiska vägen. Vi får dock inte därför slå oss till ro i förnöjsamhet med vad som hittills åstadkommits. Stora folkhälsoproblem kvarstår och möjligheterna för olika social- och yrkesgrupper att leva ett hälsosamt liv är fortfarande mycket olika. De sociala förändringarna och den tekniska utvecklingen i samhället innebär att hälsopolitiken och därmed också hälso- och sjukvårdspolitiken kan behöva förändras och anpassas så att den bättre svarar mot dagens och morgondagens förutsättningar och krav. Nya kunskaper, nya insikter och förändrade värderingar gör det nödvändigt att kontinuerligt pröva inriktning, fördelning, omfattning och organisation av hälso- och sjukvårdens insatser. Om en del av de resurser som nu är bundna i olika former av omhändertagande vid institutioner av traditionellt slag kan frigöras för uppbyggnad av andra resurser bör förutsättningarna vara goda att skapa former för vård och omsorg som både tar hänsyn till patienternas behov av integritet och berättigade krav på fullgod service och vård. Insatserna måste också anpassas till förändrade samhällsekonomiska och arbetsmarknadsmässiga förhållanden m m.

Denna rapport är, liksom underlagsstudierna, avsedd att ge underlag för sjukvårdshuvudmännens planering samt för hälso- och sjukvårdspolitiska överväganden inom landstingen och på nationell nivå. Huvuddragen i HS 90-projektet kommer att redovisas för riksdagen. Det ankommer på landstingskommunerna (motsvarande) att planera och driva hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov och utifrån de olika regionala och lokala krav och förutsättningar som i övrigt finns inom landstingen.

Hälsopolitiska riskgrupper

Ett hälsopolitiskt problem av stor betydelse i dagens Sverige är de skillnader som finns i ohälsa och tidig död mellan olika social- och yrkesgrupper. Hälsopolitiska riskgrupper – d v s grupper som är utsatta för fler och mer frekventa hälsoproblem än befolkningen i övrigt – återfinns nästan uteslutande bland arbetare och lägre tjänstemän. Speciellt utsatta yrkesgrupper är bl a gruv- och stålverksarbetare, grovarbetare, stuveri- och lagerarbetare samt hushålls- och servicearbetare. Andra hälsopolitiska riskgrupper inom den vuxna befolkningen är arbetslösa, ensamstående och utländska medborgare.

De hälsopolitiska riskgrupperna bland barn återfinns i familjer där föräldrarna har låg inkomst, är lågutbildade och har mer eller mindre markerade sociala och psykiska problem.

En av de viktigaste hälsopolitiska uppgifterna på såväl nationell, regional som lokal nivå är att förutom generella åtgärder för att förbättra folkhälsan också speciellt uppmärksamma dessa hälsopolitiska riskgruppers situation. Hälsopolitiska jämlikhetsstrategier inriktade på att öka möjligheterna till ett hälsosammare liv för de grupper som idag utsätts för de största externa hälsoriskerna bör därför utgöra en integrerad del av folkhälsoarbetet. Detta är en förutsättning för att successivt kunna förverkliga hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa för hela befolkningen.

Vi finner det vidare angeläget att medicinskt forsknings- och utvecklingsarbete i ökad utsträckning inriktas mot att analysera och söka förklara orsaker till såväl ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning som andra faktorer bakom ohälsa.

Hälsopolitik i samhällsplaneringen

Hälsoutvecklingen i ett land kan i många avseenden jämföras med den ekonomiska utvecklingen. Båda är resultat av en nations samlade utvecklingspolitik och utgör fundament för befolkningens välfärd.

I ett historiskt och globalt perspektiv är den största hälsorisken fattigdom. Förbättringar av folkhälsan har i första hand åstadkommits genom att bekämpa fattigdom, arbetslöshet, hälsovådliga bostads-, trafik- och arbetsmiljöer samt brister vad avser möjligheterna för hela befolkningen att kunna få en fullgod kost.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är baserad på denna insikt att förbättringar av befolkningens hälsoförhållanden endast kan nås genom insatser som sträcker sig över vida områden och som berör praktiskt taget alla delar av samhället. Målet "hälsa för alla år 2000" enligt WHO:s formulering och "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" med HSL:s uttryckssätt förutsätter ett klart engagemang inom många samhällssektorer. Hälsofrågorna kan inte ensidigt lämnas enbart till en i och för sig resursstark hälso- och sjukvårdssektor. De måste beaktas i hela samhällsplaneringen och påverka hela samhällsutvecklingen.

De kunskaper, insikter och bedömningar, som kommer fram i hälso- och sjukvårdens löpande verksamhet och i forsknings- och utvecklingsarbetet om sambanden mellan befokningens hälsoförhållanden och levnadsvillkor, är nödvändiga för att samhällsutvecklingen som helhet skall kunna påverkas av välfärdsmålet "en god hälsa för hela befolkningen". Detta innebär inte att hälso- och sjukvården skall överta andra samhällssektorers ansvar. Men det innebär att hälso- och sjukvården aktivt och målmedvetet skall sträva efter att tillföra samhällsplaneringen sina kunskaper, insikter och bedömningar inom ramen för en klar ansvarsfördelning och en utvecklad tvärsektoriell samverkan. Hälsoaspekterna måste givetvis totalt sett vägas mot andra krav och begränsningar.

Flera underlagsstudier inom ramen för HS 90 tar upp aspekter på och lägger förslag om hur hälso- och sjukvården kan utveckla en tvärsektoriell samverkan i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i samhället.

Ett sektorsövergripande hälsopolitiskt angreppssätt markerades i samband med att socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning inrättades 1983. I direktiven till beredningen framhölls bl a att den tillkommit "för samråd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i syfte att åstadkomma en övergripande samordning av hälso- och sjukvården samt en samordning av denna med de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik."

Vi anser att det finns behov av en utvidgad och mer systematisk tvärsektoriell samverkan på den centrala, regionala och lokala nivån mellan hälso- och sjukvårdssektorn och andra samhällssektorer med hälsopolitiskt

ansvar och uppgifter. Den statliga hälso- och sjukvårdsberedningen, i vilken sjukvårdshuvudmännen också är företrädda, bör vara ett lämpligt forum för en sådan tvärsektoriell samverkan. Möjlighet finns också att till vissa överläggningar inom beredningen knyta företrädare för andra samhällssektorer med hälsopolitiskt ansvar, så att beredningen kan motsvara funktionen som ett "nationellt hälsopolitiskt råd" för utvecklingen av de sektorövergripande hälsopolitiska frågorna i enlighet med rekommendationer av WHO. I detta forum kan man diskutera och ta ställning till de underlag för hälsopolitiska handlingsprogram för olika hälsoproblem och sektorinriktade program för hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen som förordas i HS 90-arbetet. I beredningen bör därmed diskuteras inriktning av insatser och fördelning av resurser inom olika samhällssektorer utifrån en hälsopolitisk utgångspunkt. Vi föreslår således att hälso- och sjukvårdsberedningen utvecklas i riktning mot att kunna fullgöra funktionen som ett nationellt hälsopolitiskt råd. Även mellan de centrala statliga myndigheterna med ansvar inom det hälsopolitiska området finns ett behov av en förstärkt och mer systematisk tvärsektoriell samverkan.

I HS 90-arbetet har tagits fram underlag för hälsopolitiska handlingsprogram mot skador och mot hjärt- och kärlsjukdomar. Detta arbete bör utvecklas vidare så att det på sikt omfattar flertalet större hälsoproblem. I första hand bör underlag för hälsopolitiska handlingsprogram tas fram för rörelseorganens sjukdomar och psykisk ohälsa. Arbetet bör ingå som en del i socialstyrelsens reguljära arbetsuppgifter. Samverkan förutsätts ske med andra berörda organ.

Utveckling av landstingens förebyggande insatser

Kunskap om hälsorisker och hälsoförhållanden utgör en självklar bas för landstingens förebyggande arbete. Vi förordar att denna kunskapsbas förstärks och att man inom primärvården – med stöd från bl a de samhällsmedicinska enheterna – beskriver och analyserar hälsorisker och hälsoförhållanden inom sitt ansvarsområde.

En sådan lokal hälsobeskrivning kan omfatta dimensionerna samhällsprofil, hälsoriskprofil, hälsoprofil och vårdprofil. Samhällsprofilen kan beskriva lokalsamhällets demografiska och socioekonomiska struktur, arbetsmarknadssituation, näringsliv och historiska förutsättningar. Hälsoriskprofilen kan beskriva förekomsten av specifika hälsorisker i miljö och levnadsvanor. Hälsoprofilen syftar till att beskriva sjukdomsförekomsten i lokalbefolkningen med sjukdomskonsekvenser i form av symtom, funktionsnedsättning och handikapp. Vårdprofilen syftar till att beskriva hur hälso- och sjukvårdens resurser används för olika åtgärder och vårdnivåer. Den kan även omfatta en redovisning av sjukvårdens tillgänglighet, struktur, kvalitet och effekter för olika befolkningsgrupper. Ett betydande utvecklingsarbete krävs både på central nivå och landstingsnivå för att successivt bygga upp ett sådant kunskapsunderlag.

De ovan nämnda hälsopolitiska handlingsprogrammen realiseras till avgörande del i det lokala hälsoarbetet. Förebyggande åtgärder mot t ex skaderisker i hem- och närmiljön kräver en bred samverkan mellan de många myndigheter som har delansvar för och möjligheter att begränsa eller

eliminera skaderiskerna och en systematisk registrering av skadehändelser. Hälso- och sjukvården bör – i samverkan med socialtjänsten – bedriva hälsoupplysning kring skaderisker i sin hälsoövervakande verksamhet bland barn, föräldrar och äldre. Hälso- och sjukvården kan därvid initiera och medverka i kartläggningar av skadehändelser och skaderisker, deltaga i information, utbildning insatser i en tvärsektoriell samverkan mellan t ex de trafikansvariga, lekplatsansvariga, miljö- och hälsoskyddsförvaltningen, skolhälsovården och andra intressenter.

Det förebyggande arbetet bör vidare – som tidigare betonats – särskilt inriktas mot de hälsopolitiska riskgrupper som har sämre hälsoförhållanden än andra delar av befolkningen – ensamboende, arbetslösa, vissa riskyrken, invandrare och riskgrupper bland barn. Det är vidare mycket angeläget att vidareutveckla de förebyggande insatserna för den växande gruppen äldre över 75 år. Primärvården bör därför inriktas på att svara för behoven av en systematisk hälsovård för denna grupp enligt samma principer som för barn och mödrar. Härigenom bör viktiga livskvaliteter för de äldre kunna bli tillgodosedda.

Till stöd för utvecklingen av det lokalt förebyggande arbetet bör socialstyrelsen genom t ex allmänna råd verka för att förebyggande insatser genom t ex hälsoupplysning och en aktiv blodtryckskontroll blir ett led i den hälso- och sjukvårdande verksamheten i samband med flertalet kontakter mellan befolkningen och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör även föreskriva att information om olika riskfaktorer skall ingå i patientjournaler som grund för epidemiologiska analyser och en förstärkt samverkan med organ som behöver vidgade kunskaper i sitt hälsofrämjande och hälsoskyddande arbete.

Hälso- och sjukvårdens ökade engagemang i det förebyggande arbetet får utbildningspolitiska konsekvenser så att utbildningen av personalen i högre grad måste präglas av ett förebyggande förhållningssätt och kunskaper i det förebyggande arbetets metodik. Samhällsvetenskaplig kompetens behöver tillföras hälso- och sjukvårdens planeringsfunktion och dess förebyggande arbete, även på lokal nivå.

Vård på lika villkor

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är enligt HSL § 2 vård på lika villkor för hela befolkningen. Denna lika-villkors-princip gäller såväl vårdens tillgänglighet som dess innehåll med avseende på t ex kvalitet. Geografiska, demografiska, sociala, språkliga, religiösa, ekonomiska och kulturella förhållanden får inte påverka den enskildes möjligheter att erhålla vård. Hälso- och sjukvården måste vidare eftersträva att jämna ut skillnader föranledda av olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning mellan olika patienter i den meningen att alla ges likvärdiga möjligheter att t ex förstå en diagnos eller sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd.

Detta gäller också invandrargrupperna. I förarbetena till HSL framhålls att vården skall utformas under hänsynstagande till inte endast de rent medicinska behoven utan också till bl a vårdsökandens allmänna sociala situation och kulturella bakgrund. För att ge en likvärdig vård, som uppfyller

kvalitetskraven på medicinskt-tekniskt, psykosocialt och pedagogiskt vårdinnehåll krävs dels generella åtgärder, dels särskilda åtgärder för invandrare.

Bristande patientunderlag och bristande tillgång till språk- och kulturkompetens kan dock begränsa möjligheterna att bygga upp en vårdorganisation, som inom sig täcker alla minoritetsgruppers vårdbehov. Landstingen är emellertid skyldiga att arbeta mot lösningar, som så nära som möjligt uppfyller kraven på en likvärdig vård.

Behovsbaserad planering och resursfördelning

Landstingen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen – inom ramen för tillgängliga resurser – planera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård, som erbjuds av annan vårdgivare. I de planeringsmetoder som tillämpades under 1970-talet användes vanligtvis data om vårdutnyttjande för att bedöma den framtida vårdefterfrågan. En allvarlig svaghet i denna metod är att den erfarenhetsmässigt är starkare relaterad till det existerande utbudet av vård än till varierande vårdbehov inom olika områden/befolkningsgrupper. Detta tenderar att konservera den rådande vårdstrukturen och minska möjligheterna att – i enlighet med HSL:s krav – fördela tillgängliga resurser med hänsyn till befolkningens behov av vård.

Vi förordar därför en successiv övergång till en mer behovsbaserad planering och resursfördelning som baseras på fakta om olika befolkningsgruppers hälsoförhållanden och sannolika vårdbehov.

I dessa underlag för de demokratiska beslutsorganen kan man använda såväl direkta behovsindikatorer som upplevd ohälsa och dödlighet och indirekta indikatorer som utgår från ett känt samband mellan exempelvis ålder respektive socio-ekonomiska bakgrundsfaktorer (t ex yrkesstruktur) och ohälsa/dödlighet. Dessa typer av behovsindikatorer används redan vid resursfördelning mellan olika geografiska områden i bl a England och Norge.

Vi förordar ett fortsatt och intensifierat utvecklingsarbete vad avser metoder för behovsbaserad planering och resursfördelning såväl på nationell nivå som inom enskilda landsting. Förutom fördelning av finansiella resurser bör därvid även uppmärksammas behovet av en – utifrån befolkningens behov – jämnare läkarförsörjning till olika delar av landet.

Förbättrad tillgänglighet

Vårdens tillgänglighet kan och bör även fortsättningsvis förbättras. Den geografiska tillgängligheten bör förbättras genom ökad läkartillgång i de områden som idag präglas av brist på fast läkare samt genom en väl utbyggd primärvård.

Den ekonomiska tillgängligheten inom det offentliga svenska sjukvårdssystemet – olika befolkningsgruppers finansiella möjligheter att efterfråga den vård man behöver – är i ett internationellt perspektiv mycket god. Ökande patientavgifter vid sjunkande reallöner kan dock ånyo försvåra speciellt resurssvaga gruppers möjligheter att efterfråga den vård man behöver. Detta gäller inte enbart inom tandvård utan även inom hälso- och

sjukvården i övrigt. Den samlade effekten av avgifter till läkarbesök, sjukvårdande behandlingar, läkemedel och sjuktransporter kan därvid bli mycket kännbara. Problemen måste följas uppmärksamt.

Den kulturella och organisatoriska tillgängligheten inom hälso- och sjukvården bör vidare förbättras. Detta innebär bl a att den information som ges av läkare och annan personal måste vara begriplig för alla oberoende av patientens kulturella och utbildningsmässiga bakgrund.

Vidare återstår viktigt förändringsarbete för att underlätta kontakt med och kontinuitet inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det måste bli lättare att hitta rätt i det mycket differentierade och specialiserade systemet. I möjligaste mån måste man avveckla de hinder till kontakt som idag finns i form av begränsade telefontider och onödiga köer.Samtidigt bör man också i ökad utsträckning pröva möjligheterna till kvällsöppet och hembesök.

En fortsatt satsning på utbyggnad av primärvården är en grundläggande förutsättning för att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kontinuitet. Att tillgodose kontinuitetskravet är en mycket angelägen uppgift i synnerhet för primärvården.

I HS 90-materialet skisseras en långsiktig utveckling av vårdstruktur och vårdorganisation som ligger i linje med de senaste årens faktiska förändringar och innebär en strävan efter en organisation som är bättre anpassad efter människors vårdbehov och möjligheterna att ge en god och mänsklig vård. Visst generellt underlag ges i utredningen för utveckling och avvägning mellan olika former av hälso- och sjukvård liksom mellan små och stora sjukhus. Detta material måste givetvis kompletteras med successivt vunna erfarenheter och ställas mot starkt skiftande lokala förutsättningar. Den slutliga avvägningen måste därför ske i landstingens demokratiska beslutsprocess.

Vårdstrukturutvecklingen

De hälso- och sjukvårdspolitiska målen och kraven, såsom de framgår av hälso- och sjukvårdslagen, av andra uttalanden av statsmakterna och av sjukvårdshuvudmännens beslut, innebär som tidigare betonats bl a att befolkningens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser skall styra fördelningen av resurser för såväl sjukvårdande som förebyggande insatser. Vidare skall vårdinsatserna förläggas så nära befolkningen som möjligt i anslutning till boende och arbete. Insatserna skall ges på lika villkor för landets hela befolkning.

Behoven av förstahandskontakter med hälso- och sjukvård vid sjukdomar, skador och för förebyggande åtgärder för befolkningen tillgodoses genom flera olika vårdformer, som också kan vara fördelade på skilda huvudmän. Sjukhusen svarar t ex för närvarande för en mycket stor andel – mer än hälften – av det totala antalet läkarbesök i öppen sjukvård. Landstingen, som huvudansvariga för befolkningens behov av hälso- och sjukvård, har också att svara för samordningen inom primärvårdsområdet med övriga vårdgivare på den lokala nivån. Primärvården skall meddela sjukvård vid mottagningar, vårdcentraler, i hemmet och vid lokala sjukhem. Primärvården bör svara för behov av hembesök och kunna ha lämpligt öppethållande

och jourtjänst för flertalet vårdsökande och svara för hälsovården för mödrar, barn och äldre samt särskilda hälsoriskgrupper. Samverkan med företagshälsovården, särskilt beträffande rehabiliteringen är angelägen. Man bör vidare svara för företagshälsovårdsservice vid arbetsplatser där denna inte kan tillgodoses på annat sätt. Man skall bedriva samhällsinriktade, allmänt inriktade och individinriktade förebyggande åtgärder inom sitt primärvårdsområde. Slutligen har man att svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl och tillgodose lokala resurser för rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede.

Den slutna vården är sedan länge väl utbyggd i Sverige. Målet för länssjukvården har varit att successivt höja kvaliteten. Denna utveckling bör fortsätta. Samtidigt kan – i takt med primärvårdens utbyggnad – vissa resurser frigöras, bl a som en följd av den pågående utbyggnaden av resurser för sjukhemsvård och sjukvård i hemmet. En koncentration av länssjukvårdens resurser ger kvalitativa vinster när det gäller medicinsk kvalitet och säkerhet.

En viktig uppgift för huvudmännen är att pröva vägar för att förändra vårdstrukturen. Länsdelssjukhusen, som är av mycket varierande storlek, kommer i flera fall i den framtida vårdorganisationen att fylla en annan funktion än för närvarande.

Av vårdideologiska skäl bör en del av hälso- och sjukvårdens vårdutbud och vårdstruktur starkt förändras. Den påbörjade förändringen av den slutna psykiatriska sjukvården från en koncentration på mentalsjukhus till öppnare och lokala psykiatriska vårdinsatser måste fortsätta och fullföljas. Likaså måste utvecklingen av långtidssjukvården präglas av en i största möjliga utsträckning lokalt förankrad vård i hemlika boendeformer med primärvården som huvudansvarig. Den sjukhusanslutna långtidssjukvården bör begränsas till sådan vård som kräver särskilda utrednings- eller rehabiliteringsinsatser eller är starkt beroende av service från andra sjukhusenheter.

Med den tämligen långtgående reduktion av platserna vid medicin- och kirurgklinikerna som kommer att bli nödvändig, är det ofrånkomligt att länsdelssjukhusens uppgifter och arbetsformer prövas för att undvika avsevärda driftsekonomiska nackdelar. Det finns också kvalitativa skäl som talar för att man bör ta upp de minsta akutsjukhusens roll till diskussion. Otillräckligt patientunderlag kan som påpekats i underlagsstudien leda till att personalens kunskaper och yrkesfärdighet inte kan upprätthållas.

Allmänheten har ett självklart krav på bästa möjliga medicinska omhändertagande nära hemorten och på en lokalt utbyggd omvårdnad av äldre. För att detta skall kunna genomföras måste sådant hälso- och sjukvårdsarbete, som kan utföras i en lokal primärvårdsorganisation, erhålla kraftiga resurstillskott, främst genom omfördelning. Redan i huvudmännens nuvarande femårsplaner markeras en betydande resursförstärkning för omvårdnaden av äldre och för den lokala öppna vården.

Vi bedömer det således nödvändigt att under 1990-talet fortsätta satsningen på en utbyggd lokal sjukhemsvård och utökad sjukvård i hemmet liksom en ökad andel öppen vård vid vårdcentraler, dagvård samt olika former av förebyggande verksamheter. För att kunna erbjuda en sådan lokal hälso- och sjukvårdsservice erfodras att primärvården på sikt kommer att disponera en stor andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser.

För att åstadkoma en förändring av hälso- och sjukvårdssystemet måste fortsatta åtgärder på riksnivå vidtas. Dessa bör bl a inriktas på att stödja huvudmännens långsiktiga arbete med att förverkliga den nya hälso- och sjukvårdslagens syften och att förändra vårdstrukturen. Med hänsyn till bland annat ansvarsuppdelningen inom hälso- och sjukvården måste ett sådant arbete bedrivas väl samordnat.

Informations- och utbildningsarbetet bör inriktas mot att utforma och bedriva informationsåtgärder gällande HSL/HS 90, som innefattar informations- och utbildningsmaterial om innebörden av utvecklingen inom hälso- och sjukvården och behovet av förändringar i vårdstrukturen samt mot att initiera fortsatta åtgärder vad gäller personal- och sysselsättningsplanering samt grund- och vidareutbildningsinsatser.

Arbetet med vårdprogramunderlag bör inriktas mot att utforma system för medicinsk normering, bl a avseende vårdmässiga och ekonomiska aspekter på olika undersöknings- och behandlingsmetoders lämplighet samt för effektivisering av den befintliga verksamheten. Vidare bör de statliga ekonomiska/finansiella påverkansmedlen ges en utformning som svarar mot det hälsopolitiska innehåll, som här har skisserats för att ge en ram för verksamhetens innehåll, inriktning och dimensionering.

Uppföljning och utvärdering

Kunskaper om vårdbehov, vårdens tillgänglighet och vårdens effekter är av avgörande betydelse för att kunna erbjuda hela befolkningen en god vård på lika villkor.

Alltför ofta uttrycks redovisningar av hälso- och sjukvårdens verksamhet främst i termer av vårddagar och vårdtillfällen. Detta ger ett mycket begränsat perspektiv på verksamheten. I de fall bedömningar av produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvårdssystemet i huvudsak baseras på dessa mått finns dessutom en stor risk att förlora kopplingen till de reella målen för hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Det är – bl a mot denna bakgrund – angeläget att sjukvårdshuvudmännen som en integrerad del av sin verksamhet vidareutvecklar former och metoder för uppföljning och utvärdering. På motsvarande sätt bör en uppföljning av övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska mål ske på nationell nivå.

Detta utvecklingsarbete – vars inriktning närmare beskrivs i underlagsstudien "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" – bör bl a omfatta

- Intensifierade ansträngningar att inom ramen för den reguljära verksamheten söka belysa effekter av preventiva, behandlande och rehabiliterande insatser i termer av minskade hälsorisker, förbättrad hälsa och ökad funktionsförmåga.
- Vidareutveckling av patientstatistiken så att den omfattar såväl sluten som öppen vård och kan relateras till ålder och socio-ekonomiska bakgrundsfaktorer (i första hand yrke).
- Löpande redovisningar av vårdstrukturens förändringar speciellt vad avser utbyggnaden av primärvården och länssjukvårdens omstrukturering.

- Beskrivningar som belyser avvägningen mellan förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas möjligheter att redovisa omfattning och inriktning av hälso- och sjukvårdens individ- och samhällsinriktade förebyggande insatser inklusive ansträngningar att aktivt identifiera hälsopolitiska riskgrupper.
- Bedömningar av vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Metodutveckling för att – speciellt inom primärvården – löpande kunna följa bl a vårdens geografiska, demografiska, socioekonomiska och kulturella tillgänglighet bör ges hög prioritet. Därvid bör speciell uppmärksamhet ägnas möjligheter att identifiera vårdpolitiska riskgrupper, d v s i vilken utsträckning olika befolkningsgrupper erhåller en vård på lika villkor.

Vårdstruktur och sysselsättning

De förslag till hälso- och sjukvårdspolitik inför 90-talet som utvecklas i denna rapport innebär en fortsatt omprioritering inom hälso- och sjukvården enligt de principer som drogs upp inför planeringen under 1970-talet. Den innebär en förändring av resursfördelningen från ett starkt beroende av sjukhus och andra institutioner till en uppbyggnad av vårdresurser i mer decentraliserade och öppna former.

Förslagen är i linje med de regionalpolitiska målen och konsekvenserna för en decentraliserad samhällsstruktur. Primärvården behöver byggas ut kraftigt på sjukhusorterna. Därmed skapas sysselsättning som kompenserar neddragningar inom länssjukvården. Särskilda sysselsättningsskapande åtgärder kan dock behövas på ett mindre antal sjukhusorter. Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den lokala sysselsättningen. Vårdens fortsatta utbyggnad bör ske i organiserat samarbete mellan företrädare för sjukvårdshuvudmän samt vård-, regional- och arbetsmarknadspolitik. Strukturåtgärder som är angelägna ur vårdpolitisk synpunkt bör genomföras även om detta kan leda till övergående lokala sysselsättningsproblem. För att lösa lokala sysselsättningsproblem i samband med hälso- och sjukvårdens strukturomvandling bör i första hand samhällets regional- och arbetsmarknadspolitiska medel utnyttjas. En del av dessa medel bör också kunna användas för att arbeta i riktning för en vårdstruktur som i ökad utsträckning baseras på primärvården.

Dessa olika typer av strukturförändringar förutsätter en nära samverkan mellan ansvariga organ inom hälso- och sjukvården respektive de organ som ansvarar för arbetsmarknads- och regionalpolitiska åtgärder på lokal, regional respektive nationell nivå.

Personal- och utbildningsplaneringen

Personalen är hälso- och sjukvårdens nyckelresurs. Den kvantitativa tillgången på erforderlig personal, kvaliteten i form av personalens kunskaper och färdigheter och deras förhållningssätt till vårdarbetet är av stor betydelse för möjligheterna att förverkliga de hälso- och sjukvårdspolitiska intentionerna. Fördelningen av personal på olika geografiska områden och verksamhetsområden är grundläggande för att kunna erbjuda en vård på lika villkor för hela befolkningen. Personal- och utbildningsplaner-

ingsfrågorna är därför av strategisk betydelse för att de hälso- och vårdpolitiska målen skall kunna förverkligas.

I redovisningen pekar vi på vissa möjligheter att förändra personalens kunskaper, färdigheter och attityder genom successiva anpassningar av utbildningarnas innehåll, bredd och form. Bl a betonas behovet av nya kunskapsområden, en bättre samordning av vissa olika utbildningsgrenar samt en mer primärvårdsförankrad praktik.

Vi anser det angeläget att i ökad utsträckning anpassa innehållet i all vårdutbildning till de hälsopolitiska utvecklingssträvandena. Det behövs en bättre balans mellan utbildning för traditionella vårduppgifter och utbildning inriktad mot förebyggande arbete, omvårdnads- och grupparbete och samverkan med socialtjänsten och andra samhällssektorer.

Vi vill peka på betydelsen av kraftfulla satsningar på fort- och efterutbildning för att stärka personalens kompetens och öka beredskapen för nya och förändrade arbetsuppgifter. Huvuddelen av den personal som kommer att arbeta inom hälso- och sjukvården vid sekelskiftet har redan i dag erhållit sin grund- och vidareutbildning. Särskilda fortbildningsinsatser för denna personal måste initieras liksom fortbildningsinsatser för att höja kompetensnivån för biträden till motsvarande undersköterske/skötarkompetens.

Vi anser att konsekvenserna av den förändrade vårdstrukturen och de hälsopolitiska målsättningarna vad gäller såväl vårdpersonalens arbetsuppgifter och kunskapskrav som vårdutbildningarnas anpassning härtill ytterligare behöver analyseras.

Av särskilt intresse för den här föreslagna utredningen är att konkretisera förändringarna i arbetsuppgifter för personal inom länssjukvården och primärvården mot bakgrund av den nya vårdstruktur som föreslagits. För personal inom primärvården är det därvid bl a fråga om nya uppgifter vad gäller exempelvis äldreomsorg, psykiatrisk vård och hemsjukvård liksom nya relationer till både länssjukvården och socialtjänsten. För länssjukvården måste kraven från den fortgående specialiseringen och medicinsk-tekniska utvecklingen tas i beaktande. Det gäller såväl relationer mellan olika personalgrupper som kompetensen hos varje yrkesgrupp. Mot denna bakgrund är det angeläget att arbetet med att utvärdera de nyligen reformerade vårdutbildningarna prioriteras i det fortsatta arbetet med utbildningsfrågorna.

Vi föreslår därför att ett fortsatt och tvärsektoriellt utredningsarbete genomförs inriktat på dessa frågeställningar och med utgångspunkt från HS 90-studierna. I ett sådant utredningsarbete är det angeläget att särskilt uppmärksamma hur personalen genom olika utbildningsinsatser såväl på grund- och vidareutbildningsnivå som i fort- och efterutbildning skall kunna få en vidgad medvetenhet av de sociala och miljöbetingade faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom samt ökade kunskaper ifråga om hälsopolitiska uppgifter. Därutöver behöver behovet av pedagogisk förnyelse och påverkan av attityder och synsätt också ägnas uppmärksamhet liksom frågan om hur ökad samverkan mellan olika vårdutbildningar kan komma till stånd utan att för den skull ändra hela studieorganisationen.

Vi föreslår också en särskild utredning för att se över läkarnas vidareutbildning i syfte att få till stånd sådana förändringar som gör det möjligt att på

ett lättare och mer flexibelt sätt anpassa vidareutbildningen till hälso- och sjukvårdens utveckling.

I HS 90-arbetet har genomförts beräkningar av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal fram mot år 2000. Tillgångsprognoserna, med utgångspunkt från nu beslutad intagningsnivå till vårdutbildningarna, har kunnat göras med ganska god säkerhet. Efterfrågebedömningarna har utförts i form av några olika trendmässiga framskrivningar, vilka är baserade på antaganden om årliga volymökningar, arbetstidsförhållanden m m. Det avgörande för de olika alternativen som därvid valts är i grunden den samhällsekonomiska utvecklingen.

Vi har inte kunnat ta ställning till vilket av de angivna efterfrågealternativen, som idag kan bedömas vara mest realistiskt utifrån hälsopolitiska utgångspunkter. I den slutliga avvägningen av utbildningskapacitet m m måste härutöver även andra faktorer vägas in.

Vi går därför inte längre i våra överväganden än att redovisa angivna trendmässiga efterfrågealternativ. De beräkningar som framtagits bör dock enligt vår uppfattning kunna utgöra ett led i att ta fram underlag – tillsammans med annat material – för politiska ställningstaganden om den framtida dimensioneringen av vårdutbildningar m m.

I enlighet härmed är det dock nödvändigt att fortsätta att följa upp personalutvecklingen och att analysera de förändringar i personalresursernas omfattning, fördelning och utnyttjande som sker. Dessa kunskaper bör läggas till grund för fortsatta efterfrågeberäkningar m m. Våra personalprognoser förutsätts därför utgöra inledningen till ett fortsatt och rullande prognosarbete.

För närvarande pågår arbete med att ta fram en underlagsstudie om personal- och utbildningsplanering. I denna kommer de ovan redovisade tillgångs- och efterfrågeberäkningarna att ytterligare fördjupas och konkretiseras samt kompletteras utifrån en programmatisk ansats. Detta är inte minst angeläget i en situation där hälso- och sjukvårdens struktur förväntas komma att påtagligt förändras. Underlag för sådana programmatiska beräkningar för perioden fram mot år 2000 skall givetvis så långt möjligt utgöras av material från de samlade HS 90-studierna.

Hälso- och sjukvårdsstatistiken

HSL:s starka markering av att planeringen av hälso- och sjukvården skall utgå från befolkningens behov och leda till en vård på lika villkor ställer stora krav på att hälso- och sjukvården förfogar över statistik och annan information om bl a riskfaktorer, hälsoförhållanden och vårdutnyttjande.

Vi ansluter oss till statistikutredningens förslag att nya områden som är angelägna att utveckla är statistik som belyser befolkningens hälsosituation och hälsorisker samt patientstatistik från offentlig öppen vård, från privat sjukvård och företagshälsovård samt en mer detaljerad redovisning av sjukvårdskostnader (resurs- och prestationsstatistik).

Vi anser att man så långt som möjligt bör basera statistiken på urval. I vårt förslag om en utvecklad registrering av olycksfallsskador och dess orsaker tillämpas urvalsprincipen. Detta utesluter givetvis inte behov av särskilda löpande patientregister på såväl central som regional bas.

I Sverige är förutsättningarna att följa hälsosituationen och dess utveckling m m särskilt goda tack vare vår omfattande befolkningsstatistik och våra etablerade register över vissa sjukdomar och skador. Det är angeläget att tillgång även i fortsättningen kommer att finnas till dessa register, givetvis med de begränsningar i användning m m som personintegriteten kräver.

Det är angeläget att öka användningen och fördjupa analysen av befintlig hälsostatistik. SCB:s ULF-undersökningar behöver ur hälsopolitisk synvinkel kompletteras, utvidgas och vidmakthållas. Det behövs möjlighet att löpande kunna relatera såväl hälso- som vårdstatistik till socioekonomiska bakgrundsfaktorer och yrke såväl på lokal, regional som nationell nivå. Speciell uppmärksamhet bör ägnas möjligheter att beskriva konsekvenser av ohälsa uttryckt i t ex termer av funktionsförmåga.

Det är angeläget att vi får fram en bred och samlad periodisk redovisning med sammanställning och analyser av hälsoutvecklingen i Sverige. Man bör pröva möjligheterna till ett samarbete mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet för en gemensam publicering med den nuvarande statistiska årsboken för landstingen.

Den epidemiologiska bevakningen av befolkningens hälsorisker behöver fördjupas. Detta är en angelägen uppgift för de samhällsmedicinska enheterna att på sikt engagera sig i. Ytterligare utvecklingsarbete är dock nödvändigt för att finna former och innehåll för en mer omfattande epidemiologisk bevakning.

Det behövs en regelbunden sammanställning och analys av förändringar inom hälso- och sjukvården som underlag för regeringens ställningstaganden, som i huvudsak kan baseras på existerande planer och statistik och som årligen bör redovisas till hälso- och sjukvårdsberedningen av socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet. Innehållet i landstingens ekonomiska långtidsplaner behöver vidareutvecklas så att det i högre grad kan relateras till hälso- och sjukvårdspolitiska mål.

Forsknings- och utvecklingsarbetet

Den svenska medicinska forskningen har internationellt sett en hög ställning och det är angeläget att den även framledes kan hävda sig väl. Forsknings- och utvecklingsarbetet är vid sidan av personalutbildningen ett av de viktigaste medlen för att påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och innehåll på längre sikt.

En slutsats av HS 90-arbetet är att det är nödvändigt att förändra och anpassa forsknings- och utvecklingsarbetet och dess inriktning i enlighet med de utvecklingssträvanden som HS 90 ger uttryck för. Det krävs en omstrukturering och därmed omfördelning av FoU-verksamheten. Omstruktureringen måste följa den omstrukturering som sker inom hälso- och sjukvården. De nya kunskaper och den nya normbildning som dessa kunskaper kan frambringa måste i starkare utsträckning än hittills förankras i den basala hälso- och sjukvården, d v s inom primärvården och länssjukvården. Normgivningen bör således inte enbart som för närvarande grunda sig på det FoU-arbete som sker inom universitetsinstitutioner och sjukhus.

Med primärvården som bas och med en kompletterande länssjukvård inom de enskilda landstingen bör FoU-arbetet ske i direkt anslutning till de

problem som finns inom vården och det patientarbete som bedrivs på ovannämnda vårdnivåer.

Den påbörjade förändringen av inriktningen av den medicinska forskningen mot mer förebyggande insatser, mot allmänmedicin och andra decentraliserade vårdformer och mot psykiatriska och långvariga sjukdomar måste fullföljas. Därutöver måste också utvecklas en socialt och ekonomiskt inriktad forskning kring hälso- och sjukvårdens problem. FoU-verksamheten bör relateras till hälso- och sjukvårdens praktiska problem med förankring av verksamheterna till primärvård och länssjukvård. En utveckling av forskning relaterad till de medellånga vårdutbildningarna bör utvecklas främst på omvårdnads- och rehabiliteringsområdena. Den epidemiologiskt präglade forskningen behöver förstärkas. Särskild uppmärksamhet bör ägnas forskning inriktad mot att belysa orsaker till ohälsans omfattning och fördelning mellan olika befolkningsgrupper.

Hälso- och sjukvårdsforskningen behöver en fastare bas inom universitetsorganisationen med en hälsopolitisk profilering. Samverkan mellan MFR, DSF och andra forskningsråd kring hälso- och sjukvårdsforskningen behöver utvecklas.

Landstingen själva måste fördjupa sitt engagemang i forskningsfrågorna och bygga upp kunskaper och kompetens inom området. Hälso- och sjukvårdsberedningen bör i sitt arbete ta upp också forskningsfrågorna från hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkter.

Hälsopolitik inför 90-talet – kontinuitet och förnyelse

Vägledande i HS 90-arbetet har varit kraven på ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, en behovsrelaterad hälso- och sjukvårdsplanering och en avvägning mot samhällsekonomiska och arbetsmarknadspolitiska mål och restriktioner.

Ett offensivt hälsopolitiskt synsätt innebär att de hälsopolitiska utgångspunkterna och kraven bör ges en förstärkt plats i samhällsplaneringen. Därför måste vi utveckla mekanismer härför och förstärka den tvärsektoriella samverkan kring hälsofrågorna som en central del av välfärdsutvecklingen.

Vår analys av förutsättningar, krav och behov har lett oss fram till att föreslå en effektivisering av hälso- och sjukvården genom en kvantitativ och kvalitativ utveckling av primärvården så att den kan svara för befolkningens behov av bassjukvård och för den största delen av hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser. Vi föreslår att man satsar på en utveckling av den samhällsmedicinska verksamheten inom landstingen, till huvuddelen integrerad i primärvården och stödd av särskilda samhällsmedicinska enheter. Vi föreslår vidare att länssjukvården och regionsjukvården koncentrerar sin verksamhet till den vård där kontinuerlig övervakning, koncentrerade utrednings- och behandlingsinsatser samt tekniskt och kunskapsmässigt särskilt specialiserade åtgärder motiverar denna vårdnivå. Detta är en förutsättning för att bibehålla och utveckla specialistvården och överföra nya verksamheter och metoder från regionsjukvården.

Den samhällsekonomiska utvecklingen har en avgörande inverkan på vilka resurser som kan avdelas till hälso- och sjukvårdssektorn. En hög

ekonomisk tillväxt ger större förutsättningar att tillföra hälso- och sjukvårdsverksamheten resurser än en låg tillväxt med kraftig inflation. Möjligheterna att åstadkomma en omstrukturering av vården är dels beroende av i vilken utsträckning nya resurskrav kan finansieras via omprövning och effektivisering av befintlig verksamhet, dels vilken ekonomisk tillväxt som är för handen och de ekonomiskt politiska och budgetpolitiska ställningstagandena statsmakterna gör om hur de resurser bör fördelas som tillväxten genererar. Genomförande av olika slag av åtgärder måste sålunda anpassas till vad som är möjligt att åstadkomma genom omprioriteringar m m och till de restriktioner som följer av tillväxten i ekonomin och statsmakternas budgetpolitiska och ekonomiskt politiska ställningstagande.

Vi har i HS 90-projektet redovisat inriktningen av de förändringar av hälso- och sjukvården som vi bedömer vara erforderliga fram till år 2000 på grundval av de hälsopolitiska krav och samhällsekonomiska förutsättningar m m som i dag kan bedömas. Vi har också i form av exempel angivit olika möjliga och önskvärda förändringsmål. Det ankommer givetvis på de enskilda landstingen att i sin planering ta ställning till omfattningen av förändringarna inom sitt landsting liksom till förändringstakten på grundval av olika regionala och lokala behov och förutsättningar. Förändringarna måste självfallet ske successivt.

Våra förslag utgör en konkretisering och vidareutveckling av hälso- och sjukvårdslagens mål och intentioner. De är också i samklang med den hälsopolitiska strategi som världshälsoorganisationen förordar och som vi från svensk sida anslutit oss till.

Ett förverkligande av dessa mål och intentioner innebär inga dramatiska förändringar inom svensk hälso- och sjukvård. De förändringar som krävs för att öka hälso- och sjukvårdens möjligheter att bidra till förbättrad hälsa och god vård kommer dock att kräva ett målmedvetet arbete. Erfarenhetsmässigt vet vi att det finns ett alltför stort gap mellan plan och verklighet när det gäller att utveckla de förebyggande insatserna, omfördela resurser från länssjukvård till primärvård och förändra vårdutbildningarna i enlighet med de hälsopolitiska prioriteringarna. Det krävs därför också en målmedveten uppslutning bakom dessa mål och intentioner.

Särskilt yttrande

av Hans Rundcrantz

Syftet med HS 90-projektet är att tillhandahålla ett planeringsunderlag för utvecklingen av hälso- och sjukvården under 1990-talet. Projektet har lagt fram ett omfattande och till stora delar intressant material i form av studier och delrapporter om olika problem. Tyvärr har HS 90 dock inte lyckats sammansmälta detta material till en invändningsfri helhet. I väsentliga avseenden är huvudrapporten alltför mycket en frihandsteckning som inte ger ett fastare planeringsunderlg än den tidigare HS 80-studien.

Huvudrapportens budskap är att primärvården skall byggas ut och länssjukvården begränsas. För primärvården förutser man mycket omfattande uppgifter. Såväl öppen som sluten vård skall i betydande utsträckning flyttas över från länssjukvården, och nya arbetsuppgifter tillkommer, bl a hemsjukvård, förebyggande hälsovård, hälsoövervakning, företagshälsovård.

HS 90 gör inget försök att beräkna vilka resurser som krävs för arbetet. (I sammanhanget kan nämnas att distriktsläkarföreningen har gjort en beräkning av tidsåtgången för olika arbetsuppgifter i primärvården. Materialet har presenterats för socialstyrelsen och Spri, men synes ej ha beaktats i HS 90.) När resursproblemen berörs sker det mera i förbigående. Sålunda sägs det att en "väl utbyggd" primärvård beräknas kunna klara de nämnda uppgifterna, och att primärvården i vissa delar av landet redan är relativt väl utbyggd. I dagens debatt brukar man med termen "väl utbyggd" primärvård förstå en läkartäthet motsvarande en distriktsläkare på ca 2 000 invånare, stundom ca 3 000 invånare. Det är uppenbart att denna läkartäthet inte är tillfyllest för den arbetsbörda som HS 90 räknar med för primärvården. Om man t ex räknar med att två av tre läkarbesök skall göras i primärvården kommer varje distriktsläkare att ha 4 000 besök om året, varför enbart denna uppgift kommer att kräva den allra största delen av arbetstiden.

Det hade varit av stort värde om HS 90 hade varit klarare i denna viktiga dimensioneringsfråga, som har stor betydelse bl a för läkarfördelningsprogrammets FV-blockplanering och den personalprognos som ingår i HS 90-projektet.

Ifråga om länssjukvården har HS 90 däremot lämnat ganska detaljerade reduktionsförslag, som emellertid vilar på osäker grund. Trots att såväl själva huvudrapporten som den hithörande underlagsstudien om länssjukvården innehåller en rad reservationer om bl a svårigheterna att använda vårdplatser som ett mått på sjukvårdsutnyttjande och resursåtgång, baseras hela avsnittet på teoretiska exempel på hur antalet vårdplatser skulle kunna

minskas om hela landet anpassade sig till standarden i det landsting som har det minsta antalet vårdplatser, om s k klinikfärdiga patienter kunde flyttas till annan vårdform, om medelvårdtiderna ytterligare kunde kortas etc.

Det är beklagligt att materialet i underlagsstudierna knappast alls har använts för att bedöma behovet av slutenvård under 1990-talet. Diskussionen om hälsorisker och riskgrupper i befolkningen har inte lämnat några spår. T ex har man i underlagsstudierna behandlat kopplingen mellan arbetslöshet och ohälsa och refererat ett tidsmässigt samband som innebär att effekterna av det tidiga 80-talets arbetslöshet skulle visa sig under 90-talet. Ytterligare hälsorisker med betydelse för slutenvården skulle kunna nämnas, t ex den långsiktigt stigande fettkonsumtionen eller den ökade rökningen bland kvinnor.

Slutintrycket av huvudrapporten från HS 90 är därför att den ambitiösa ansatsen inte har kunnat fullföljas. Ifråga om primärvården har man hamnat i alltför obestämda önskelistor, medan man när det gäller länssjukvården har fört en alltför snäv nedskärningsdiskussion huvudsakligen grundad på vårdplatssiffror.

Bilaga 1

Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)

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

Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)

Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)
Vårdresurser och vårdutnyttjande (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 och Johan Mellin) samt
Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren)

Sekretariatspromemoria 1: Demografiska och socioekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz) 1981.

Sekretariatspromemoria 2: Hälso- och sjukvårdsplaneringen 1981

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)

Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4)

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft (SOU 1982:11)

Narkotika och ohälsa. En kunskapsöversikt (Orvar Olsson, Kerstin Tunving) Särtryck 1983

I serien Socialstyrelsen redovisar:

Sjukdom – ett relativt begrepp (Lisbeth Sachs) 1980:5
Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen) 1981:6

Bilaga 2

Riktlinjer för HS 90-projektet

Etapp 1 av arbetet inom projektet hälso- och sjukvård inför 90-talet har varit inriktat på att klarlägga och analysera vissa problemområden av strategisk betydelse för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund bl a av dessa underlagsstudier redovisas i det följande riktlinjer för det fortsatta HS 90-arbetet (etapp 2 – huvudstudier).

Generella utgångspunkter för arbetet med dessa huvudstudier bör vara

att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt

att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt

att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Utifrån dessa generella utgångspunkter skall det fortsatta HS 90-arbetet ses som en vidareutveckling och konkretisering av de utvecklingslinjer som redovisats i socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80). HS 90-projektets huvudstudier skall därvid inriktas på vissa avgränsade problemområden och frågeställningar. Utredningsresultat bör redovisas i sådan form att de kan utgöra ett praktiskt hjälpmedel för huvudmännens planering.

Mot bakgrund av bl a den ekonomiska återhållsamhet, som måste prägla hälso- och sjukvårdens utveckling, är det särskilt angeläget att få fram underlag som gör det möjligt att mäta effekterna av olika hälso- och sjukvårdsinsatser. Vidare bör möjligheterna tillvaratas att förebygga och motverka ohälsa samt att uppnå en för patienten obruten vårdkedja, oavsett om denna utnyttjar enbart primärvårdens insatser eller tar i anspråk också länssjukvårdens och regionsjukvårdens resurser.

Utvecklingsarbetet skall – liksom under etapp 1 – samordnas av socialstyrelsens HS 90-sekretariat i nära samarbete med Landstingsförbundet och Spri. Vidare bör ett nära samarbete etableras med landsting som bedriver utvecklingsarbete inom de problemområden som skall behandlas inom HS 90-projektet.

Mot denna bakgrund skall utredningsarbetet inriktas mot nedan angivna områden.

Hälsopolitik – förebyggande insatser

Avgörande förbättringar av folkhälsan förutsätter att orsaker till ohälsa kan reduceras eller elimineras.

I enlighet härmed betonas allt starkare hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga ohälsa. Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) föreslår att landstingens vårdansvar – som för närvarande är begränsat till sjukvård – skall omfatta såväl hälso- som sjukvårdande verksamheter. Varje landstingskommun skall enligt förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag (§ 3) bära "ett samlat ansvar för dem som är bosatta inom landstingskommunen". Vidare anges (§ 5) att "landstingskommunens planering och utveckling av hälso- och sjukvården skall bedrivas i samarbete med samhällsorgan, organisationer och enskilda". Landstingskommunen skall vid sin medverkan i samhällsplaneringen verka för en god hälsa hos befolkningen.

En av HS 90-projektets uppgifter bör vara att ange principiella utgångspunkter och riktlinjer för det hälsopolitiska arbetet enligt följande huvudpunkter

Planeringsunderlag

Hälso- och sjukvårdsplaneringen bör i ökad utsträckning baseras på kartläggningar och analyser av befolkningens hälsotillstånd och faktorer som påverkar olika befolkningsgruppers benägenhet att efterfråga vård. Därvid bör särskilt beaktas möjligheterna att genom förbättrade förebyggande, kurativa och rehabiliterande insatser reducera skillnader i ohälsans omfattning mellan olika socioekonomiska grupper.

HS 90-arbetet bör mot denna bakgrund inriktas mot att

Belysa möjligheter och begränsningar i att kartlägga och analysera befolkningens hälsotillstånd som underlag för planering och beslut avseende inriktning och fördelning av hälso- och sjukvårdens insatser. Därvid skall särskilt uppmärksammas behovet av åtgärder inom vårdområdet som ökar möjligheterna till att alla som bor i landet får del av hälso- och sjukvården på lika villkor.

Som underlag för bl a arbetet inom socialsektorns statistikdelegation belysa kraven på socialsektorns planeringsdatabas.

Planeringsmetodik/handlingsprogram

HS 90-arbetet bör inriktas på metodutveckling när det gäller att finna former för en hälsopolitisk planering. För att bistå huvudmännen bör HS 90 utarbeta planeringsunderlag som är direkt riktade mot vissa sjukdoms- och problemområden. Avsikten med detta arbete är att på grundval av en bedömning av sjukdomars omfattning, fördelning inom befolkningen samt svårighetsgrad m m konkretisera ett översiktligt handlingsprogram såväl när det gäller individuellt inriktade som samhällspåverkande åtgärder. Samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer måste särskilt beaktas.

Målet för handlingsprogrammet bör i möjligaste mån uttryckas i hälsorelaterade termer såsom reducerad förekomst av vissa sjukdomar eller ökade

möjligheter att fungera normalt trots bestående ohälsa eller handikapp.

Handlingsprogrammet förutsätts bli utformat så att det kan utgöra underlag för samhällets samlade insatser för att reducera hälsorisker. Vidare bör anges utgångspunkter för fördjupade studier för de aktuella sjukdoms- och problemområdena. Arbete med sektorsprogram ingår i socialstyrelsens reguljära arbetsuppgifter.

HS 90-arbetet enligt ovan bör inriktas på att ta fram handlingsprogram för några av de relativt tunga problemområden som omnämns i det följande: alkohol och narkotika- och tobaksbetingade sjukdomar, cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, psykiska sjukdomar, åldrandet och dess specifika sjukdomar, njursjukdomar och olyckor.

Medel i det hälsopolitiska arbetet

Hälsoupplysning och en medverkan från hälso- och sjukvården i samhällsplaneringen är viktiga medel i det utåtriktade hälsopolitiska arbetet. HS 90 bör utforma grova riktlinjer för hur arbetet inom dessa områden bör bedrivas.

Utgångspunkter för HS arbete med hälsoupplysning bör vara att den skall

- integreras som en naturlig del av i första hand primärvårdens arbetsuppgifter
- ske i nära samarbete med bl a skola, företagshälsovård och frivilliga organisationer samt
- i första hand inriktas på vissa riskgrupper såsom barn, ungdomar, vissa invandrargrupper och gravida kvinnor.

Vidare bör belysas hur man lokalt, regiona och på nationell nivå skall kunna stimulera försöksverksamhet och metodutveckling vad avser individinriktade insatser som syftar till att stimulera till en hälsosammare livsstil.

När det gäller hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen bör HS 90 belysa metoder och former för arbetet lokalt, regionalt och på nationell nivå. De kunskaper som finns inom hälso- och sjukvården om ohälsans orsaker och fördelning bör i ökad utsträckning utnyttjas vid planering och beslut inom andra sektorer vars verksamhet är av betydelse för befolkningens hälsa.

De riktlinjer för primärvårdens miljöinriktade insatser som anges i den av socialstyrelsen, kommunförbundet och Spri gemensamt utarbetade skriften "Primärvård – innehåll och utveckling" skall vara en utgångspunkt för detta arbete.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation har vidare till HS 90-projektet överlämnat för beaktande en utredning rörande miljöproblem i vissa industriområden (SOU 1978:25).

Mot bakgrund bl a av de förslag som lämnas i denna utredning skall riktlinjer utarbetas för en successiv utveckling av epidemiologiska bevakningssystem såväl inom landsting som vid centrala myndigheter.

Vårdstruktur

Socialstyrelsens principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (HS 80), utgör en utgångspunkt för den omstrukturering som för närvarande pågår inom hälso- och sjukvården. Den strukturmodell som redovisas i HS 80 innebär att hälso- och sjukvården byggs upp av tre olika funktioner, primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Vid presentationen av principprogrammet underströks att det successivt måste konkretiseras och revideras. Ett sådant utvecklingsarbete har också initierats bl a genom de s k samverkansstudier som framtagits gemensamt av socialstyrelsen, Landstingsförbundet, komunförbundet och Spri.

Inom ramen för det fortsatta HS 90-arbetet bör den ovan angivna strukturmodellen vidareutvecklas. Detta utvecklingsarbete skall i första hand gälla avvägningen melan länssjukvård och primärvård samt överväganden avseende det flerregionala samarbetet. Vidare bör HS 80:s strukturmodell vidareutvecklas så att faktorer som påverkar arbetsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdssystemet och befolkningens eget ansvar kan beaktas.

Mot denna bakgrund är det särskilt angeläget att klarlägga länssjukvårdens arbetsuppgifter, organisation och samverkan med primär- och regionsjukvården. Stor uppmärksamhet bör ägnas möjligheterna att begränsa länssjukvården för att därigenom öka förutsättningarna att inom snäva finansiella och personella resursramar säkerställa en planerad utbyggnad av primärvården. I detta arbete bör olika alternativ för länssjukvårdens dimensionering och arbetsuppgifter utarbetas. Vidare bör analyseras orsaker till länssjukvårdens olika omfattning inom skilda landsting samt hinder för att överföra resurser från länssjukvård till primärvård. Konkreta förslag till åtgärder som kan underlätta för huvudmännen att säkerställa eftersträvade förändringar av vårdstruktur och vårdinnehåll bör redovisas. Särskilt bör beaktas förutsättningar och metoder att genom omprioriteringar inom hälso- och sjukvårdssektorn genomföra olika vårdpolitiska förändringar. Därvid bör också konsekvenserna för vårdorganisationens innehåll och uppbyggnad av den medicinskt-tekniska utvecklingen analyseras.

Personal och utbildningsplanering

Tillgången på utbildad personal är en av de viktigaste förutsättningarna för att hälso- och sjukvården skall kunna utvecklas som planerat. Den ovan angivna betoningen av förebyggande insatser och av en ändrad vårdstruktur innebär förändrade krav på personalgruppernas sammansättning samt personalens arbetsuppgifter och kompetens. Detta gäller också vid en förändring av vårdarbetet mot ett mera personligt omhändertagande. I detta sammanhang bör också beaktas att den ökade andelen invandrare ställer speciella krav på förståelse för andra kulturers upplevelse av sjukdom och förväntningar på sjukvården.

Mot denna bakgrund är det väsentligt att i det fortsatta HS 90-arbetet söka klarlägga bl a hur personalsammansättningen påverkas av de vårdpolitiska mål som uppställts för hälso- och sjukvården och hur relationen mellan olika personalgrupper förändras. Tidsperspektivet för dessa analyser bör vara

10–20 år och omfatta olika grupper av personalkategorier. Speciella motiv finns att särstudera utvecklingen när det gäller den långsiktiga efterfrågan på läkararbetskraft

Resultat av dessa analyser som bör göras med alternativa antaganden om ekonomiskt utrymme, sysselsättningsgrad och arbetstider bör bl a omfatta

- redovisningar av efterfrågan på personal av olika kategorier,
- redovisningar av förväntad tillgång på personal samt
- förslag till åtgärder som underlättar rekryteringen av personal till olika områden.

En viktig förutsättning för arbetet är att förbättra utbildnings- och vårdpersonalstatistiken så att den i ökad utsträckning kan utgöra underlag för ovan angivna prognoser. Detta utvecklingsarbete bör göras inom ramen för det pågående arbetet med läkarfördelnings (LP)- och vårdpersonalprogram (VPP).

HS 90-projektets anknytning till andra utredningar och planer

Arbetet med HS 90 bör anknytas till det utredningsarbete för hälso- och sjukvården som i övrigt genomförs på central nivå bl a i samverkan mellan socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Spri

Av särskilt intresse är därvid riktlinjer för huvudmännens långsiktiga planering, samt de förändringar av LKELP-systemet, som har aktualiserats av bl a kommunalekonomiska utredningen (KEU), regionsjukvårdsutredningen, hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) samt propositionen om socialstyrelsens uppgifter och organisation m m.

Av stort intresse är vidare de olika översyner m m som för närvarande pågår av vårdutbildningar med syfte att bättre anpassa det till de vårdpolitiska utvecklingssträvandena. Hit hör pågående reformeringar av tandläkarutbildningen och de medellånga vårdutbildningarna (till sjuksköterska, sjukgymnast och medicinsk assistent m fl) på grundval av riksdagens beslut i ärendena, översynen av läkarutbildningen (inom universitets- och högskoleämbetet – UHÄ – och nämnden för läkares vidareutbildning – NLV) samt utredningen om den gymnasiala vårdutbildningen (gymnasieutredningen). Därvid bör också beaktas vad som anförts i utredningen om sjukvårdens inre organisation (SIO).

I HS 90-arbetet bör man så långt möjligt är ta del av det forsknings- och utvecklingsarbete, som bedrivs inom aktuella områden, samt också försöka ge impulser till det fortsatta arbetet härvidlag.

Utöver dessa direktiv för HS 90-arbetet har sjukvårdsdelegationen senare särskilt markerat behovet av att frågor kring invandrarna i hälso- och sjukvården beaktas.

Bilaga 3

SOU 1984:39 Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)
Huvudrapport.

SOU 1984:40 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering.
Underlagsstudie.

SOU 1984:41 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering.
Huvudbilaga 1–3.
- Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige
- Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård
- Den jämlika sjukvården?

SOU 1984:42 Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram.
Underlagsstudie.

SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram.
Underlagsstudie.

SOU 1984:44 Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost.
Underlagsstudie.

SOU 1984:45 Invandrarna i hälso- och sjukvården.
Underlagsstudie.

SOU 1984:46 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet.
Underlagsstudie.

SOU 1984:47 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet.
Huvudbilaga: Hälsoupplysning.

SOU 1984:48 Länssjukvården – möjligheter till förändring.
Underlagsstudie.

SOU 1984:49 Hälsa – vård. Samhällsekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Expertrapport.

SOU 1984:50 Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie.

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
2. Värdepappersmarknaden. Fi.
3. Domstolar och eko-brott. Ju.
4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
8. Näringstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
13. Samordnad narkotikapolitik. S.
14. RF 10:5. Ju.
15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
16. Förvärv i god tro. Ju.
17. Sveriges internationella transporter. K.
18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
21. Förenklad självdeklaration. Fi.
22. Panträtt. Ju.
23. Folkbibliotek i Sverige. U.
24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
25. Ny konsumentköplag. Ju.
26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
29. Ny Banklagstiftning. Del. 4. Föreningsbankslag. Fi.
30. LÄS MERA! U.
31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
33. Handla med tjänster. Ud.
34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.

Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11]
2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]
Tvångsmedel – Anonymitet – Integritet. [54]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälso– och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4.Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27]. 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]

KUNGL. BIBL.
1984-08-23
STOCKHOLM

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiskprodukter. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]
I rätt riktning. [55]
Invandrar- och minoritetspolitiken. [58]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommittens delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]
Datateknik och industriell förnyelse. [51]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

HS 90-Publikationer

SOU 1984:39	Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport
SOU 1984:40	Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
SOU 1984:41	Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3. ● Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige ● Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård ● Den jämlika sjukvården?
SOU 1984:42	Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
SOU 1984:43	Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
SOU 1984:44	Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Underlagsstudie.
SOU 1984:45	Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie.
SOU 1984:46	Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie.
SOU 1984:47	Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga ● Hälsoupplysning.
SOU 1984:48	Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie.
SOU 1984:49	Hälsa – vård. Samhällsekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Expertrapport. (November 1984)
SOU 1984:50	Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (November 1984)

Utdrag ur

SOU 1984:44	Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter.
SOU 1984:43	Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:43	Prevention av hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:43	Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:49	Vården och sysselsättningen.

Liber
Allmänna Förlaget

KUNGL. BIBL.
1984-08-23
STOCKHOLM

ISBN 91-38-08
ISSN 0375-250