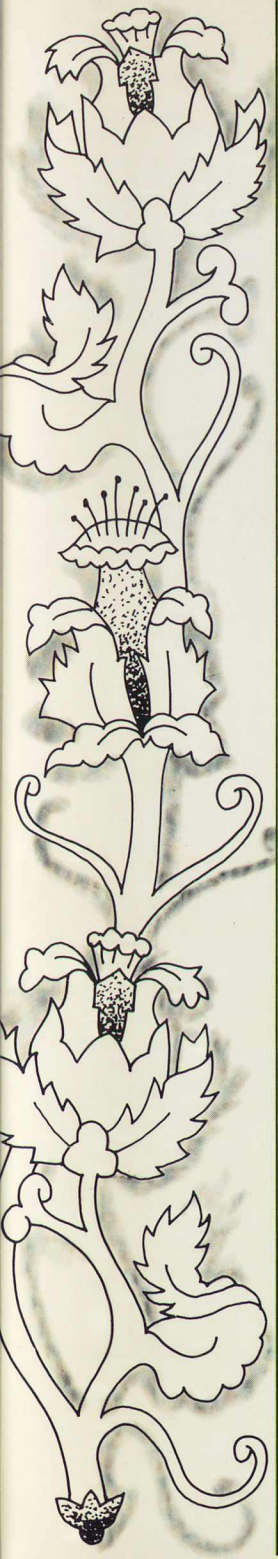
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90-TALET

LÄNSSJUKVÅRDEN

möjligheter till förändring

HS 90 UNDERLAGSSTUDIE SOU 1984:48

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90-TALET



Ref

LÄNSSJUKVÅRDEN

möjligheter till förändring

HS 90 UNDERLAGSSTUDIE SOU 1984:48

147

Statens offentliga utredningar
1984:48
Socialdepartementet

Länssjukvården – möjligheter till förändring

Underlagsstudie

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

Omslag Magnus Günther, AdSum

ISBN 91-38-08378-7
ISSN 0375-250X

minab/gotab Stockholm 1984

Förord

Denna underlagsstudie "Länssjukvården – möjligheter till förändring" har tagits fram inom ramen för HS 90-projektet – Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

HS 90:s syfte är att ge ett underlag för den hälsopolitiska utvecklingen och planeringen i perspektivet 1990 – 2000. HS 90 har genomförts inom socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (tidigare sjukvårdsdelegationen). En särskild arbetsgrupp för långsiktig planering har svarat för den direkta ledningen av projektet. Sekretariatet har varit förlagt till socialstyrelsen. Sammansättningen av hälso- och sjukvårdsberedningen, arbetsgruppen och sekretariatet redovisas i bilaga 1.

Inom ramen för den första etappen utarbetades ett antal kommenterade kunskapssammanställningar. Dessa skrifter publicerades i respektive författares namn. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 2.

Utgångspunkter och riktlinjer för HS 90:s huvudstudier har redovisats i SOU 1981:4. Generella utgångspunkter har varit

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

HS 90 innebär en utveckling och fördjupning av intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och målet "en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor". HS 90 kan också ses som en vidareutveckling och konkretisering av de utvecklingslinjer som redovisats i socialstyrelsens principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (HS 80).

HS 90-arbetet har inriktats på tre områden: hälsopolitik – förebyggande insatser, vårdstruktur samt personal- och utbildningsplanering.

En uppgift i hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska arbete är att delge andra samhällssektorer och medborgarna kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen. Hälso- och sjukvårdssektorn kan därigenom – utifrån sina erfarenheter och sitt perspektiv på hälsoproblemen – ge ett värdefullt underlag för bl a andra sektorers hälsopolitiska insatser och förändrar således inte ansvarsfördelningen mellan olika sektorer. Den

begränsar inte heller övriga sektorers ansvar att beakta hälsopolitiska konsekvenser och utforma hälsopolitiska mål inom sitt verksamhetsområde.

Denna underlagsstudie har utarbetats under ledning av Kurt Roos, Lund, tidigare byråchef vid socialstyrelsen, under medverkan av Per-Olof Brogren, Borås samt Carin Lyckéus och Lars Nyberg, socialstyrelsen. Agneta Nilsson, socialstyrelsen, har svarat för redigering och utskrift.

Per-Olof Brogren är huvudansvarig för kapitel 1-6 och Kurt Roos för kapitel 7-13. Kapitel 1 och 5 samt 14 har utformats gemensamt liksom den slutliga avvägningen av rapporten. Underlag har lämnats av Marianne Linde, socialstyrelsen (kapitel 2 och 3), Lars Wikander, Borås (bilaga 9) och Richard Saltman, Boston, USA (del av kapitel 6).

Hälso- och sjukvårdsberedningen svarar för den allmänna inriktningen och huvudprinciperna i föreliggande underlagsstudie. I övrigt svarar de i arbetet medverkande för rapportens innehåll.

Stockholm i juni 1984

Ingemar Lindberg

statssekreterare
ordförande i arbetsgruppen
för långsiktig planering

Innehåll

1 Inledning

1.1 Uppdraget

Uppdraget har varit att beskriva länssjukvårdens innehåll, omfattning och organisation samt möjligheter till förändringar, som ett underlag inom HS 90-projektet.

Rapporten kan emellertid även användas som ett underlag för statlig och landstingskommunal planering.

Möjliga utvecklingslinjer inom länssjukvården beskrivs och förslag till strukturella lösningar presenteras.

Redovisningen bygger inte bara på förändringar under några decennier när det gäller hälsosituationen, medicinska framsteg samt hälso- och sjukvårdens resurser, resursutnyttjande och organisation utan också på väntad utveckling de närmaste åren inom bland annat primärvården, socialtjänsten och regionsjukvården.

Förfarandet överensstämmer med intentionerna bakom den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som bland annat säger att planeringen skall utgå från människornas behov av vård och behandling. Jämfört med HS 80 är detta ett nytt angreppssätt. Förslagen är också anpassade till en begränsad ekonomisk utveckling.

1.2 Bakgrund

Hälso- och sjukvårdens utveckling bestäms av en rad faktorer i samhället, både inom vårdsektorn och utanför. Ett komplicerat växelspel finns mellan olika krafter.

Nya medicinska landvinningar, specialisering, professionalisering samt utbildningen av t ex läkare är några av de interna krafter som drivit på utvecklingen. En del externa krafter har också ställt ökade krav på vårdsektorn. Tregenerationsboendet har nästan upphört. De gamla har blivit fler och dessutom äldre, kvinnorna arbetar utanför hemmet i mycket större utsträckning idag än för 10-20 år sedan och urbaniseringen har fortsatt, men i långsammare takt under de senaste åren. Nya lagar och avtal på arbetsrättens område har också lett till krav på ökade resurser.

Psykologiska krafter har också lett till nya krav. Ändrade attityder och ökad medvetenhet om möjligheterna att genom medicinska åtgärder höja livskvaliteten har sannolikt haft stor betydelse.

Eftersom inte heller samhällsekonomin – förrän under de allra senaste åren – lagt någon egentlig hämsko på utvecklingen, har hälso- och sjukvården kunnat expandera kraftigt under de senaste decennierna.

Det fanns också en stark politisk uppslutning under den ekonomiskt gynnsamma efterkrigsperioden när det gällde att utveckla sjukhusvården. Tron på att nya medicinska landvinningar skulle lösa våra hälsoproblem genomsyrade den vårdideologiska debatten. Ett uttryck för detta var regionsjukvårdsreformen i slutet på 1950-talet. Successivt insåg man emellertid att mentalsjukvården och den öppna vården släpade efter. Åtgärder vidtogs i syfte att åstadkomma en mera balanserad utveckling. Huvudmannaskapet för provinsialläkarverksamheten och mentalsjukvården överfördes på landstingen. Statliga bidrag infördes också för att stimulera utbyggnaden av den slutna långtidssjukvården.

Trots huvudmannaskapsreformen och uttalade politiska mål att prioritera öppen vård, långtidsvård och psykiatri fortsatte emellertid huvuddelen av resurstillskottet att gå till akutsjukhusen. Många av dem kompletterades också med stora enheter för långtidssjukvård. Andra typiska drag för utvecklingen är att resurserna koncentrerats och verksamheten specialiserats. Akutsjukhusen har blivit färre och mycket större. Koncentrationstendenser finns också inom den öppna vården. Inom den psykiatriska vården finns mycket kvar av den gamla vårdstrukturen, trots politiska mål om decentralisering, öppen vård och alternativa vårdformer.

Det finns en organisatorisk tröghet som ligger bakom vår begränsade förmåga att ändra färdriktningen i konsekvens med de nya politiska målen.Förklaringar härtill måste bland annat sökas i det förhållandet att sjukhusen intagit en central plats i lagstiftningen och i planeringen. Akutsjukhusen var ju länge landstingens huvuduppgift. Ändringen från sjukhuslag till sjukvårdslag (1962) innebar i själva verket inte heller så stora förändringar när det gäller synsätt m m på hälso- och sjukvården. Dessutom får man inte glömma de ofta utdragna konsekvenserna av utbildnings- och rekryteringsförhållanden. Det tar t ex 12 år att utbilda en specialistkompetent läkare. Till detta kommer effekterna av olika lagar och avtal på t ex arbetsrättens område. Dessa har förstärkt koncentrationstendenserna och har inte gynnat primärvårdens utveckling, snarare tvärtom.

Den nya vårdstrukturen med primärvård, länssjukvård och regionsjukvård introducerades i mitten av 70-talet. Stora förväntningar knyts till primärvården. Ett grundläggande motiv härför är den växande oron inför sjukhusens kostnadsökningar och de nya krav som det stora antalet åldringar för med sig.

Ett annat motiv kan vara att "sjukhussängen" i åtskilliga fall inte är något bra botemedel eller att sjukhusen inte är den enda vägen till ökad folkhälsa. Istället ökar intresset för förebyggande åtgärder, som primärvården anses ha störst möjligheter att utveckla, såväl när det gäller att påverka den enskilde och hans livsstil som hans sociala, kulturella och fysiska miljö. Detta har lett fram till tanken på att primärvården skall ha ett samlat ansvar för befolkningens hälsa.

Ytterligare motiv kan vara de invändningar mot specialisering, professionalisering, koncentration och institutionalisering som ofta tonat fram i den hälsopolitiska debatten under senare år. Helhetssyn på individen, tillgäng-

lighet, närhet, småskalighet och kontinuitet är önskemål som primärvården anses särskilt lämpad att tillgodose.

Samtidigt som sjukvården nu måste anpassas till betydligt ändrade ekonomiska förutsättningar har vi att se fram emot en fortsatt snabb kunskaps- och metodutveckling. Ny apparatur, ny undersökningsteknik och nya behandlingsmetoder kommer fortlöpande att ställa förfinad diagnostik och bättre vårdresultat i utsikt.

Det finns en risk för att vi får en vidgad klyfta mellan å ena sidan vad de medicinska framstegen låter ana och å andra sidan samhällets allt knappare möjligheter att ställa *nya* resurser till förfogande. Även om hälsoläget bland äldre blivit bättre, kommer situationen att förvärras på grund av fortsatta förskjutningar i befolkningens ålderssammansättning. Dagens 25-åringar bör ställa in sig på att år 2020, dvs om knappt 40 år, leva i ett samhälle där omkring en femtedel av befolkningen befinner sig i den ålder som för närvarande kallas pensionsålder mot idag ca 16 procent och för 30 år sedan 10 procent. Det är uppenbart att detta kommer att påverka hela samhällets struktur och vardagsfunktion, liksom organisationen för vård och stöd åt dem som drabbas av sjukdom och handikapp. De patienter som är över 75 år svarar redan idag för mer än hälften av alla vårddagar i sjukvården.

Det är uppenbart att vi ställs inför ökade krav på omfördelning av resurser mellan länssjukvården och primärvården, samtidigt som vi måste finna vägar för förnyelse av läns- och regionsjukvården.

Skönjbara utvecklingstendenser inom länssjukvården under senare delen av 1970-talet med t ex färre vårdplatser och fortsatt minskning av medelvårdtiderna torde i första hand vara ett resultat av ett bättre hälsoläge, nya medicinska landvinningar och förändringar inom länssjukvården, inte så mycket till följd av en utbyggd primärvård. Effekterna av en mer utbyggd primärvård med successivt högre kompetens och en annan organisation som möjliggör t ex lokala vårdkedjor bör emellertid framöver också leda till att länssjukvårdens omfattning minskas genom att betydande vårduppgifter kan överföras till primärvården.

1.3 Projektets genomförande

1.3.1 Underlag

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". Man konstaterade då mycket betydande skillnader i vårdresurser och vårdutnyttjande mellan olika landsting. Några säkra rationella förklaringar kunde emellertid inte erhållas, som t ex ett bättre hälsoläge i landsting med högt vårdutnyttjande.

Sedan förstudien har följande rapporter publicerats inom ramen för nämnda projekt:

- "Radiologi; Röntgen – Ultraljud – Isotoper" (Socialstyrelsens PM 41/83)

- ”Principprogram för thoraxkirurgi under 1980-talet” (Socialstyrelsen redovisar 1983:5)
- ”Vård på lika villkor. – Skillnader i vårdutnyttjande mellan kommuner inom ett landsting” (Socialstyrelsen redovisar 1983:6)
- ”En studie av allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi” (Socialstyrelsens PM 52/83)
- ”Aktiv uremivård. – Principprogram för 1980-talet” (Socialstyrelsen redovisar 1983:11)
- En studie av barnsjukvård – med tonvikt på sluten barnmedicinsk vård – baserad på officiell statistik 1970–1981 (Socialstyrelsens PM 69/84)
- En studie över internmedicinsk vård (internt material). Publiceras hösten 1984.

Dessa studier har skapat strategiska utgångspunkter för uppläggning och genomförande av projektet om länssjukvården.

Studier om hälsorisker, som tagits fram inom HS 90-projektet, har också utgjort ett viktigt underlag.

2 Patienten

2.1 Patientens ställning inom hälso- och sjukvården

Patientens rätt till information och integritet inom hälso- och sjukvården och patientinflytandet i själva vårdarbetet har traditionellt knappast berörts i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. På senare tid har emellertid detta område fått allt större uppmärksamhet. Ett flertal utredningar av betydelse i sammanhanget har gjorts. Som exempel kan nämnas medicinalansvarskommitténs rapport "Patienten i sjukvården – kontakt och information" (SOU 1977:66), och betänkandet "Hälso- och sjukvårdspersonalen" (SOU 1978:26), utredningen om sjukvårdens inre organisation (SOU 1979:26), utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede (huvudbetänkande "I livets slutskede", SOU 1979:59 m fl) och socialstyrelsens underlag för utbildningslinjer inom hälso- och sjukvården (SoS redovisar 1982:3).

De grundläggande rättigheter för patienterna som nu i olika sammanhang har aktualiserats innebär inga nyheter. Någon ändring i rättsläget har inte skett. I många olika sammanhang har det emellertid framkommit att patienten ofta känner sig vara i en utsatt situation där det är svårt att göra sin vilja gällande och att detta dessutom ofta försvårats på grund av bristen på erforderlig information. Man har därför funnit skäl att närmare precisera patientens ställning inom hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Grundläggande bestämmelser om patientens ställning och rättigheter infördes först i lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m fl (SOSFS 1980:7) och därefter i den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som trädde i kraft den 1 januari 1983.

I 5 § lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m fl sägs

"Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Han skall så långt det är möjligt utforma och genomföra vården i samråd med patienten. Han skall visa patienten omtanke och respekt. Den som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de istället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i 7 kapitlet 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 6 § andra stycket eller 6 a § denna lag."

De primära krav som alla kan ställa i fråga om hälso- och sjukvård utifrån HSL är att vårdverksamheten bedrivs i riktning mot de antagna målen god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Dessutom ställs särskilda kvalitetskrav på hälso- och sjukvården.

2.2 Allmänna krav på landstingen

Vad landstingens uppgifter beträffar har ett utvidgat ansvar för befolkningens hälsa tillkommit. Även förebyggande åtgärder skall erbjudas och insatser för att förebygga ohälsa skall riktas även mot miljön.

Det förebyggande arbetet, hälsovården, skall vara såväl individinriktat som befolkningsinriktat. Det individinriktade arbetet inkluderar hälsoundersökningar, vaccinationer och liknande. Den inkluderar också hälsoupplysning med sikte på att öka människornas hälsomedvetande och möjlighet att förstå samband mellan livsstil och hälsotillstånd och att ge kunskaper om vad man själv kan göra för att förbättra sin hälsa och bota krämpor.

Det befolkningsinriktade förebyggande arbetet innebär för hälso- och sjukvårdens del att man följer och mäter hälsosituationen hos befolkningen, identifierar hälsoproblem och riskgrupper och medverkar i samhällsplaneringen genom att informera andra berörda samhällssektorer om dessa problem och riskgrupper.

Detta nya "totalansvar" utgör en grund för helt nya anspråk på landstingen med bred räckvidd alltifrån lättillgängliga vaccinationsmöjligheter till initiativ i svårbemästrade miljöfrågor.

I 3 § HSL preciseras dessutom vissa kvalitetskrav på landstingskommunernas hälso- och sjukvård.

Den hälso- och sjukvård som erbjudes skall vara *god*. Detta innebär att vården skall ha *god medicinsk kvalitet* rent tekniskt, men också att den skall innefatta en god omvårdnad och vara anpassad efter den enskilda patientens särskilda förhållanden. Patientens behov av trygghet i vården eller behandlingen skall vara tillgodosett.

I patientens rätt att kräva sjukvård av god kvalitet ingår således rätten till *god personlig omvårdnad*. Ett stort antal utredningar och uttalanden i omvårdnadsfrågor har gjorts genom åren. I förarbetena till lagen tar man särskilt upp de äldres problem och betonar att det ökade behovet av sjukvård för de äldre i möjligaste mån bör tillgodoses genom hemsjukvård i samverkan med socialtjänsten. För de fall där hemsjukvård inte är tillfyllest bör man bygga ut de lokala sjukhemmen.

Vården skall också vara *lätt tillgänglig*. Tillgängligheten har naturligtvis en rent geografisk sida. Fullt ut lika villkor i fråga om vårdens tillgänglighet kan rent geografiskt aldrig gälla för landets hela befolkning. Frågan om tillgängligheten utvecklas på följande sätt i regeringens proposition till HSL

"Det säger sig självt att alla människor inte kan ha lika långt till hälso- och sjukvårdens anläggningar. Kräver t ex en sjukdom vård på ett regionsjukhus måste patienten, om han har sin bostad långt från sjukhuset, acceptera att resorna blir långa. Vad man i detta fall däremot kan begära är att patientens första besök hos hälso- och sjukvården, då sjukdomen konstaterades och då remissen till regionsjukhuset gavs, kunde ske vid t ex en närbelägen vårdcentral. En lätt tillgänglig vård i denna betydelse kan nås

genom en decentralisering av vården. Vårdmottagningar bör därför förläggas så att det vid behov är lätt för vem som helst att ta sig dit. I andra fall kan en lämpligare lösning vara att läkaren eller distriktssköterskan kommer hem till den som behöver vård eller tillsyn i hemmet. Den geografiska närheten är dock inte tillräcklig i sig utan måste förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Därmed avses främst vårdmottagningarnas öppethållandetider, jourtjänstgöringen och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården. Ett förlängt öppethållande vid t ex en vårdcentral kan vara av stor betydelse för vårdens lättillgänglighet liksom förbättrad jourtjänstgöring och kortare köer. Även på dessa sätt kan man således öka lättillgängligheten. En sådan utbyggnad kan emellertid kräva stora resurser. Kravet på en lätt tillgänglig hälso- och sjukvård måste därför noga vägas mot de ekonomiska och personella begränsningar som finns för verksamheten".

Vården skall också organiseras så att *goda kontakter främjas* mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är framförallt behovet av kontinuitet som här avses. Vårdorganisationen bör ge möjligheter för den vårdsökande att få träffa samma läkare och få samma vårdpersonal när en behandling eller utredning kräver flera besök. Detta bör eftersträvas också när patienten återkommer för olika slags problem. Patienten och personalen bör alltså få tillfälle att etablera en bestående kontakt.

Den bristande kontinuiteten i sjukvården som i många sammanhang har påtalats sammanhänger med vakanser och vikariat men är i viss utsträckning en organisatorisk fråga.

Även om kontinuiteten är av särskild betydelse i primärvården som skall erbjuda befolkningen nära och lättillgänglig vård gäller föreskriften om att hälso- och sjukvården skall främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen även inom läns- och regionsjukvård.

2.3 Patientens rätt till integritet och information

Hälso- och sjukvården har med få undantag alltid varit något som *erbjuds* patienten. Någon skyldighet att anlita dess tjänster har inte förelegat. Det finns emellertid undantag inom smittskyddslagstiftningen samt för vissa fall av psykisk sjukdom. Inte heller har det (med nämnda undantag) funnits någon skyldighet att underkasta sig vårdåtgärder mot sin vilja när man väl är inne i vårdsystemet.

Författningsregler om detta har endast funnits i den mån friheten i detta hänseende har inskränkts.

I och för sig har patientens rättsläge inte undergått några förändringar. Som tidigare nämnts har det i olika sammanhang påtalats att patienterna upplevt svårigheter att få information och komma till tals i den många gånger omfattande vårdapparaten. Också ur medicinsk synpunkt har det kommit att framstå som alltmera väsentligt att patienten medverkar aktivt i vården. Ett lagfästande av patientens rättigheter har därför befunnits motiverat.

Detta skedde först i tillsynslagen (5 §) där den som tillhörde hälso- och sjukvårdspersonalen ålades att så långt det är möjligt utforma och *genomföra vården i samråd* med patienten och att visa patienten *omtanke och respekt*. Den som hade ansvaret för vården skulle också se till att patienten fick *upplysningar* om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står

till buds. Om upplysningarna inte kunde lämnas till patienten skulle de istället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningskyldigheten begränsades av sekretesslagen och reglerna om tystnadsplikt i tillsynslagen.

Dessa regler gäller all hälso- och sjukvårdspersonal, alltså även den som i egenskap av legitimerad yrkesutövare bedriver privat verksamhet.

Till patientens rättigheter hör rätten att ta del av sin journal (under vissa särskilda omständigheter även att få den förstörd).

I 3 § HSL föreskrivs i fråga om landstingens hälso- och sjukvård att denna skall bygga på *respekt för patientens självbestämmande och integritet*. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Även här föreskrivs motsvarande skyldighet att ge upplysningar om hälsotillstånd och behandlingsmetoder som i tillsynslagen. Om upplysningar inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig.

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Rätten till information är en förutsättning för patientens möjlighet att utöva sin rätt att ta ställning till de vårdåtgärder som erbjuds.

Den information som skall ges avser dels patientens hälsotillstånd, dels innebörden i och avsikten med undersökningar och behandlingsåtgärder som är aktuella i sammanhanget, dels också de alternativa undersöknings- eller behandlingsmetoder som finns att tillgå. Informationen skall vara så utförlig och ingående som omständigheterna påkallar. Den bör också anpassas till patientens egna förutsättningar att tillgodogöra sig informationen. Så t ex måste invandrares, dövas och äldre personers informationsproblem beaktas, tolkservice anlitas vid behov och krångliga tekniska termer undvikas eller förklaras. Hur vidsträckt informationen om alternativa undersöknings- och behandlingsmetoder skall vara – sjukhusets eller vårdcentralens möjliga alternativ, möjligheterna inom landstingskommunen eller inom regionen – måste avgöras med hänsyn till förhållandena i det enskilda fallet. (I mycket speciella enstaka fall kan även specialistvård utomlands ifrågakomma då resurserna för vården inte finns inom landet. För beslut om sådan vård svarar vederbörande hälso- och sjukvårdsnämnd på basis av rekommendation i varje enskilt fall från landstingsförbundet som i sin tur först inhämtat socialstyrelsens utlåtande. Patientens rätt till sådan vård är således kringgärdad av speciella regler).

I en god sjukvård ingår också rätt till *adekvat smärtlindring*.

Patientens respektive de anhörigas rätt att få information om undersöknings- och behandlingsmetoder innefattar också möjligheterna till smärtlindring, narkosmetoder och dylikt.

Frågan om smärtlindring har under senare år bland annat diskuterats i anslutning till vården av döende. Vikten av tillräcklig smärtbehandling och rätten att få sådan också av primärvården vid vård i hemmet har påtalats i socialstyrelsens kungörelse om medikamentell smärtbehandling i terminal vård (SOSFS 1979:21).

Patienten har rätt att få upplysningar och att själv ta ställning också då vårdåtgärderna ingår i *klinisk forskning*. Sålunda kan inte exempelvis randomiserade studier genomföras utan att patienten informerats och givit

sitt samtycke.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, som tar ställning till de föreslagna vårdåtgärderna.

Patientens självbestämmanderätt har emellertid sina gränser. Rätten att avstå från vård finns alltid, liksom rätten till samråd, däremot kan patienten inte kräva vårdåtgärder som strider mot "vetenskap och beprövad erfarenhet" eller vård för vilken resurserna inte finns och som inte bedöms som nödvändig av medicinska skäl. Man kan inte heller överklaga beslut om vård (jfr socialtjänstlagen) eller kräva remiss till annan vårdinstans om inte den ansvarige läkaren finner sådan medicinskt motiverad.

Det finns vissa begränsningar när det gäller information och självbestämmanderätt i annan lagstiftning, exempelvis sekretesslagen och LSPV.

En patient som inte anser sig ha fått tillräcklig information och möjligheter till samråd kan vända sig till den *förtroendenämnd* som för närvarande försöksvis finns inrättad inom varje landstingskommun enligt en särskild lag. Nämnden har till uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att förmedla den hjälp åt patienterna som förhållandena påkallar.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kan pröva om någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen åsidosatt sina åligganden. Likaså kan ersättning under vissa förutsättningar utgå ur *patient- eller läkemedelsförsäkringen*.

Hälso- och sjukvårdspersonalen står enligt *tillsynslagen* under tillsyn av *socialstyrelsen* som bland annat har inspektionsrätt. Styrelsen får också (enligt regeringens bemyndigande) meddela bindande föreskrifter om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för enskilda eller för verksamhetens bedrivande i övrigt. Enligt *HSL* har socialstyrelsen även tillsyn över landstingskommunernas hälso- och sjukvård. Styrelsen skall därvid följa och stödja verksamheten. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner. Även enligt HSL kan socialstyrelsen (efter regeringens bemyndigande) utfärda bindande föreskrifter i den mån sådana behövs till skydd för enskilda.

3 Administrativa förutsättningar

3.1 Styrmedel under de senaste decennierna

Ansvaret för samhällets sjukvård var till slutet på 1960-talet fördelat på staten, landstingskommunerna och primärkommunerna.

Huvudmannaskapsreformerna på 1960-talet skapade en grundval för nya möjligheter att påverka utformningen av vårdsektorn. Ett nytt tänkande blev också allt mera nödvändigt allt eftersom den ekonomiska tillväxten avtog.

Bristområdena, d v s långvården och de tidigare statliga ansvarsområdena öppen vård utanför sjukhus och psykiatri, kom nu i förgrunden för intresset. Man strävade efter ett bättre resursutnyttjande bland annat genom en utveckling av den öppna vården som kunde skapa förutsättningar för ett överförande av diagnostik och terapi från den slutna vården till öppen vård. Likaså skulle förutsättningar skapas för en ökad samverkan med socialvården. Ett arbete med planeringsunderlag påbörjades i samverkan mellan staten och företrädare för landstings- och primärkommunerna.

Någon lagstadgad skyldighet att planera hälso- och sjukvården har inte funnits före 1 januari 1983, då HSL trädde i kraft. Ett omfattande planeringssystem har emellertid successivt utvecklats. På basis av en rapport från Spri (14/71), "Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering", och på förslag från en till socialdepartementets sjukvårdsdelegation knuten arbetsgrupp för sjukvårdsplanering (AgS-plan) utfärdade delegationen 1972 en rekommendation till huvudmännen om ett enhetligt planeringssystem för hälso- och sjukvården. Flertalet sjukvårdshuvudmän upprättade därefter principplaner för hälso- och sjukvården.

Ett av de viktigaste underlagen för den sjukvårdspolitiska debatten och för landstingens planering har varit socialstyrelsens principprogram för vårdstrukturen "Hälso- och sjukvård inför 80-talet", HS 80 (Socialstyrelsen anser 1976:1). I detta program redovisades översiktligt hur ansvar och arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården kan fördelas på de tre nivåerna primärvård, länssjukvård och regionsjukvård.

Intentionerna i HS 80 har i stor utsträckning fått genomslag i landstingens planering och har till viss del genomförts. Den rekommenderade vårdstrukturen var dessutom en viktig utgångspunkt i hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande "Mål och medel för hälso- och sjukvården" (SOU 1979:78) med förslag till ny hälso- och sjukvårdslag (HSL).

Socialstyrelsens första underlag för en sjukvårdsplanering med inriktning

på den öppna vården utanför sjukhus publicerades 1968 – "Ett principprogram om öppen vård" (Socialstyrelsen redovisar 1968:3 och 1969:8). Detta principprogram vidareutvecklades i Spri-rapport 14/72, "Den öppna sjukvården" och senare i gemensamma studier mellan de båda kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri.

För den psykiatriska vården redovisades 1970 den s k Västmanlandsplanen som utarbetats med sikte på vårdorganisationen i Västmanlands län. Den innehöll emellertid generellt tillämpbara principiella riktlinjer för den psykiatriska sjukvårdens organisation innefattande även en centraliserad och decentraliserad öppen vård ("Principplan för psykiatriska vården", Socialstyrelsen redovisar 1970:16).

Sedan landstingen tog över den psykiatriska vården har antalet vårdplatser minskat vid de tidigare statliga stora mentalsjukhusen men vårdorganisationen har ändå till stor del varit uppbyggd kring dessa sjukhus.

Till stöd för utvecklingen av 80-talets psykiatriska vård har socialstyrelsen utarbetat riktlinjer (Socialstyrelsen anser 1980:2) med huvudtankarna att den psykiatriska vården skulle ingå som en integrerad del av den samlade hälso- och sjukvården och inte koncentreras till de stora mentalsjukhusen. Resurserna skulle samlas i en sektoriserad organisaton med ansvar för geografiskt avgränsade upptagningsområden. Likså har en rapport "Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus" publicerats som planeringsunderlag (Socialstyrelsen redovisar 1982:8).

Vid sidan av den styrning som de i samarbete med företrädare för landstingen utarbetade planeringsunderlagen inneburit har även formella styrmedel använts för att påverka utvecklingen inom sjukvården i önskad riktning.

När det gäller byggenskapen inom hälso- och sjukvården har detta skett vid den centrala prövning av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar som tidigare gjordes på basis av lagen om byggnadstillstånd (1971:1204). Vid denna prövning gavs byggnader för de tre angivna bristområdena högsta prioritet. Detta prövningssystem har nu ersatts av årliga överläggningar om kommunernas ekonomi med utgångspunkt i kommunernas långtidsplanering (LKELP).

Ett annat formellt styrmedel har baserats på föreskriften i tidigare sjukvårdslagstiftning att läkartjänster endast fick inrättas efter medgivande av socialstyrelsen. Dessa medgivanden har sedan 1970-talet lämnats vid årliga samlade prövningar på grundval av läkarfördelningsprogram som har fastställts av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Systemet har grundat sig på en analys av den aktuella läkartillgången och vakanssituationen samt den beräknade nettoutvecklingen av vidareutbildade läkare inom olika verksamhetsområden med avstämning mot långsiktiga sjukvårdspolitiska mål. Vid tjänstefördelningen har beaktats faktorer som befolkningsunderlag, sjukvårdsorganisationens uppbyggnad, glesbygdsförhållanden, regionsjukvårdsuppgifter, planmässig utbyggnad enligt framlagd sjukvårdsplan och tjänsteförhållanden vid de enskilda sjukvårdsenheterna samt speciella uppgifter som kan vara ålagda vederbörande sjukvårdsenhet, bland annat konsult- och undervisningsuppgifter. Även socialstyrelsens fördelning av utbildningsblock för fortsatt vidareutbildning av läkare har skett med syfte att tillgodose de prioriterade områdenas behov av läkararbetskraft.

Läkarfördelningssystemet har inneburit en kraftig styrning av läkartjänsterna till de prioriterade verksamhetsområdena och en jämnare geografisk fördelning över landet. Genom att varje tjänst i verkligheten inom verksamhetsmässigt och geografiskt attraktiva områden uppehållits av flera läkare (vikarier) har den eftersträvande fördelningen av läkarresurserna dock delvis uteblivit.

Staten medverkar i en inte obetydlig omfattning i hälso- och sjukvårdens försörjning med ekonomiska resurser. Vid fördelningen av dessa resurser inom ramen för statsbidrag, skatteutjämning och sjukförsäkring m m kan en relatering till hälsopolitiska fördelningsmål göras. En viktig form för påverkan av utvecklingen inom hälso- och sjukvården är därför överläggningarna mellan företrädare för regeringen och landstingen om den kommunala ekonomin.

De kommunalekonomiska uppgörelserna omfattar bland annat ersättningen till landstingen ur sjukförsäkringen. Ersättningen har länge grundats på fasta gränser mellan öppen och sluten vård som verkat konserverande på vårdorganisationen. Ett första steg mot en schabloniserad ersättning utan sådan effekt har tagits då ett särskilt bidrag beräknat efter invånarantal i landstingskommunerna infördes åren 1982 och 1983 för att underlätta insatser när det gäller förebyggande hälsovård och primärvård, inräknat långvård.

Det utvecklingsarbete som sedan 1960-talet bedrivits på hälso- och sjukvårdens område har i allt väsentligt präglats av enighet i fråga om inriktning och prioriteringar. En omstrukturering av vårdresurserna i önskad riktning har också kommit i gång. Att man inte nått längre torde mindre bero på bristande viljeinriktning än på systemets naturliga tröghet, där läkarutbildningens längd är ett exempel, och framför allt på det allt kärvare ekonomiska läget som medför att ny verksamhet ovillkorligen förutsätter omfördelning av befintliga resurser, dvs nedskärning på annat håll.

3.2 En ny hälso- och sjukvårdslagstiftning

Den nya hälso- och sjukvårdslag (HSL) som trädde i kraft den 1 januari 1983 skapar ett nytt utgångsläge för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården. Den detaljrika, huvudsakligen på sjukhusverksamheten inriktade lagstiftning, som sedan decennier i olika varianter gällt för sjukvården har ersatts med en lag med formulerande mål och med vida möjligheter för landstingskommunerna att fritt organisera sin verksamhet efter lokala behov och förhållanden.

Hälso- och sjukvården kan alltså i fortsättningen – med vissa i lagen angivna inskränkningar – utformas olika på skilda håll i landet med hänsyn till huvudmannens prioriteringar. Denna möjlighet till skiftande problemlösningar hinner knappast göra sig gällande på 1980-talet, men har betydelse när det gäller 90-talets utformning av hälso- och sjukvården.

Oavsett hur man utformar organisationen skall hälso- och sjukvården vara inriktad mot de mål som anges i lagens 2 §: *en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.* Målangivelsen gäller inte enbart för varje enskild landstingskommuns verksamhetsområde utan är generell för hela

den svenska hälso- och sjukvården, innefattande även den verksamhet som bedrivs av annan vårdgivare, exempelvis företagshälsovården.

Den tredje stora nyheten i HSL är det vidgade ansvar som lagts på landstingskommunerna. I 1 § definierar man hälso- och sjukvård som "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador". I 3 § ålägger man varje landstingskommun att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen och att även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

Landstingskommunerna får alltså för första gången en *lagstadgad* skyldighet – förutom att svara för sjukvård – *att främja befolkningens hälsa* och att tillhandahålla förebyggande insatser inriktade såväl på den enskilda individen som på befolkningen i stort. Det är dock inte enbart fråga om medicinska åtgärder, landstingen skall också i övrigt i samverkan med andra samhällssektorer aktivt bidra till att positiva samhällsmiljöer skapas.

Med hänsyn till den betydelse som miljön i samhället har för människornas hälsa skall man fastlägga hur faktorer i den yttre miljön – även sociala och psykologiska – inverkar på befolkningens hälsotillstånd och ta tillvara, bearbeta och utnyttja den information om risker i människornas livsmiljö som observeras i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet.

En förutsättning för att kunskaperna om befolkningens hälsotillstånd och sambandet mellan detta och livsföring och miljö skall kunna tas tillvara är att uppgifter om sjukdomar och skador registreras i bearbetningsbar form så att de kan sammanställas och utgöra underlag för en utvärdering av sjukdoms- och skadeframkallande faktorer.

I många fall måste bedömningarna på detta område göras på nationell, ibland t o m internationell nivå för att underlaget i fråga om samband mellan miljö och sjukdomar skall bli tillräckligt stort.

Landstingskommunernas ansvar för folkhälsoarbetet förutsätter alltså en fungerande hälso- och sjukvårdsstatistik och ett miljö- och samhällsmedicinskt kunnande som gör det möjligt att samla och analysera tillgängliga fakta.

Landstingskommunerna åläggs i den nya HSL ett *planeringsansvar i fråga om hälso- och sjukvården*. Detta har tidigare inte uttryckligen föreskrivits i lagstiftningen.

Enligt 7 § skall man "planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen."

Enligt 8 § skall man i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Enligt 9 § får regeringen föreskriva att riket skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. Landstingskommunerna skall samverka i frågor som rör regionsjukvården.

Landstingskommunernas planeringsuppgifter enligt lagen avser således vården inom det egna verksamhetsområdet – såväl hälso- som sjukvården – samt samverkan inom regionsjukvården.

Enligt förarbetena förväntas landstingskommunerna emellertid också ta aktivare del i samhällsplaneringen och därvid samverka med sådana kommunala, regionala och centrala organ som kan påverka behov, förutsättningar och förhållanden inom andra samhällssektorer.

Hälso- och sjukvårdens planeringsuppgifter kan därför indelas i två delar; man skall planera verksamheten inom hälso- och sjukvårdssektorn men man skall också medverka i annan samhällsplanering.

Trots att problem kan lösas och tillgodoses på skiftande sätt efter lokala förhållanden bör landstingskommunerna enligt förarbetena till lagen bedriva sin hälso- och sjukvårdsplanering enligt vissa enhetliga principer som är gemensamma för hela landet och använda samma begrepps- och referensramar. Detta är en förutsättning bland annat för att planeringen skall kunna samordnas på olika nivåer.

Gränsdragningen mellan landstingskommunernas ansvarsområde enligt HSL och kommunernas ansvar för socialtjänsten har diskuterats under lagstiftningsarbetet. Kommunen har enligt 3 § socialtjänstlagen "det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän", exempelvis landstingskommunerna.

Någon klar och entydig gräns mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvarsområden har inte angivits i HSL. I förarbetena framhåller man att en klar och entydig avgränsning inte låter sig göras men att grundprincipen bör vara att hälso- och sjukvårdens vårdansvar begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med exempelvis personal med social kompetens. Stora "gemensamma" vårdområden finns emellertid, exempelvis när det gäller hemsjukvård, äldreomsorger och insatser för handikappade och i vården av missbrukare. Inom sådana områden bör enligt förarbetena samverkan ske genom att överenskommelser om ansvarsfördelningen träffas mellan landsting och kommun.

I övergripande sammanhang återspeglas detta i 8 § HSL där landstingskommunen åläggs att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Även *ledningsorganisationen* för hälso- och sjukvården kan få betydelse i detta sammanhang. Enligt 11 § HSL får ett eller flera särskilda organ tillsättas för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården, vart och ett för den verksamhet som landstingskommunen bestämmer. Särskilda förtroendemannaorgan kan alltså inrättas för exempelvis primärvården, antingen inom landstingskommunen som helhet eller för geografiskt avgränsade områden, t ex primärkommuner. Tillkomsten av sådana organ torde bland annat kunna medverka till att samverkan med primärkommunerna i den löpande verksamheten underlättas.

En väl utbyggd samverkan och klara överenskommelser om ansvarsfördelningen inom framför allt de mer eller mindre "gemensamma" ansvarsområden där kommunens och landstingskommunens ansvar och möjligheter går i varandra är av särskild betydelse när det gäller att skapa goda vårdformer för den enskilda patienten och ett effektivt utnyttjande av såväl socialtjänstens som hälso- och sjukvårdens resurser.

Vid utformningen av förtroendemannaorganisationen bör man emellertid också uppmärksamma kravet på en nära samverkan mellan primärvården och länssjukvården, vilket belyses i följande avsnitt.

Hälso- och sjukvårdens organisation i övrigt regleras inte i HSL utan landstingskommunerna lämnas i princip stor frihet att utforma denna efter

egen bedömning, förutsatt att man iakttar de angivna målen för hälso- och sjukvården.

Vissa bestämmelser finns dock, i vart fall tills vidare.

I 5 § anges att det skall finnas sjukhus för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning. Vård som ges under sådan intagning benämns sluten vård medan annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Vidare har ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården till viss del reglerats.

Allmänt gäller om ledningsförhållandena inom hälso- och sjukvården samma principer som inom arbetslivet i allmänhet, dvs ledningsfunktionen regleras genom föreskrifter grundade på avtal mellan parterna på arbetsmarknaden. Arbetstagaren är därmed skyldig att utföra det arbete han åtagit sig i anställningsavtalet samt de särskilda åligganden som får anses innefattade i tjänsten. Arbetsgivaren bestämmer med utgångspunkt i de anställdas kompetens och inom ramen för anställningsavtalets villkor om verksamhetens organisation, arbetets ledning och fördelning av arbetsuppgifter. En överordnad har rätt att beordra underställda att utföra arbetsuppgifter utifrån arbetsgivarens föreskrifter. Dessa föreskrifter anger därmed den överordnades allmänna ledningsansvar. Viktiga funktioner som inryms i ledningsansvaret är t ex planering, samordning och tillsyn samt ansvar för effektivitet, ekonomi och underordnad personal m m.

Det ledningsansvar inom hälso- och sjukvården som traditionellt och enligt tidigare gällande sjukvårdslagstiftning har åvilat läkare brukar indelas i administrativt och medicinskt ledningsansvar.

HSL reglerar inte det administrativa ledningsansvaret, d v s det chefsansvar som tidigare åvilade bland annat klinikchefer och distriktsöverläkare och som avser åligganden som inte inbegrips i det medicinska ledningsansvaret.

Det medicinska ledningsansvaret, dvs det chefsansvar som gäller för vissa läkare i fråga om den medicinska verksamheten, regleras däremot i 14 § HSL som har följande lydelse:

"En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares åligganden kan omfatta även verksamhet utanför sjukhuset och en distriktsläkares åligganden även verksamhet på sjukhus. Vid utövandet av denna ledning skall läkaren i frågor som inte rör vården av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen får för särskilt fall medge undantag från bestämmelsen i första stycket."

14 § HSL utgjorde i dess ursprungliga utformning ett hinder för att distriktsläkare gavs ansvar för sluten vård vid vårdenheter som knöts till primärvården, exempelvis lokala sjukhem. Detta hinder har numera övervunnits genom en lagändring som fr o m 1 juni 1983 möjliggör att distriktsläkares åligganden även omfattar verksamhet på sjukhus.

Några lagliga hinder för att till primärvården föra även viss sluten vård finns därför inte, vare sig det gäller långtidssjukvård eller korttidsvård som ej kräver länssjukvårdens samlade resurser.

Det medicinska ledningsansvarets omfattning beskrivs närmare i förarbetena.

Förutom ansvaret för egen yrkesutövning har den ledningsansvarige läkaren även ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina uppgifter innefattande

- ansvar för diagnos, vård och behandling i det enskilda fallet
- ansvar för in- och utskrivning av patienter
- ansvar för prioritering mellan patienterna
- ansvar för remitterade patienter
- ansvar för att journal förs för patienten
- ansvar för att befintlig medicinsk-teknisk utrustning används på det sätt som ur sjukvårdssynpunkt bäst gagnar patienten
- ansvar för riktig och säker medicinering.

Dessa olika delar av ansvarsområdet har alla ansetts kräva läkarens medicinska sakkunskap för bedömningar. I den mån fråga inte är om diagnos, vård och behandling av en enskild patient kan emellertid huvudmannen utfärda för läkaren bindande föreskrifter. Dessa utgår från huvudmannens ansvar för resursfrågor och organisatoriska frågor.

Ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården är komplicerade. Enligt vad föredragande statsrådet anför i propositionen till HSL (1981/82:97) kan vissa ytterligare förtydliganden behöva göras. Av den anledningen har regeringen beslutat att vissa frågor som rör ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården skall ses över. Utgångspunkten skall därvid vara den nu införda regleringen av det medicinska ledningsansvaret. Strävan bör vara att klargöra ansvars- och arbetsfördelningen mellan framför allt läkare och vissa andra yrkesgrupper, t ex distriktssköterskor, barnmorskor och sjuksköterskor.

Socialstyrelsen har i en promemoria (Meddelandeblad nr 41/82) som utarbetats i samråd med landstingsförbundet närmare definierat förutsättningarna för dispens från medicinskt ledningsansvar enligt 14 § HSL.

Styrelsen har också i Meddelandeblad nr 30/83 gjort vissa andra förtydliganden när det gäller innebörd och avgränsning av det medicinska ledningsansvaret mellan läkare av olika kategorier. I detta sammanhang bör också nämnas gällande delegationsregler (MF 100/83).

4 Planering och politiska mål

4.1 Inledning

Det finns olika uppfattningar om hälso- och sjukvårdsplanering. En del förknippar begreppet med sjukhusplanering. Andra tänker på långsiktiga planer, översiktliga planer eller program. Andra igen låter huvudsakligen arbetet med årsbudgeten innefattas i begreppet. Relativt få anser att uppföljning och verksamhetsanalys hör dit.

Dessa olika uppfattningar kan ligga bakom de skiftande bedömningarna av planeringens värde. Några anser att planering kan ge handlingsfrihet, andra hävdar motsatsen. Ibland framförs också den meningen att planeringen skapar problem men inga lösningar. Villrådighet och beslutskramp kan istället orsakas av eller markeras genom planering. Ibland antyds också att planering är dyr. Kanske så dyr att man inte har råd med den.

Hur kan man förklara dessa skiftande uppfattningar om planeringens innehåll, syfte och värde? En anledning kan vara att tillväxtekonomin skapat så stort utrymme för expansion att prioriteringskravet varit så vagt att många äskanden ej utsatts för mångsidig belysning. En annan anledning kan vara att sjukvården traditionsenligt uppfattas vara något av en "helig ko" som ej får utsättas för kontroll, utvärdering och krav på omfördelning av resurser. En tredje anledning kan vara sjukhusens centrala roll i lagstiftningen och planeringen. Tekniska svårigheter att utveckla analysmetoder kan också ha medverkat.

4.2 Hälsopolitik och planering

Som redovisats i avsnitt 3.2 åläggs landstingskommunerna genom den nya HSL ett *planeringsansvar i fråga om hälso- och sjukvården.*

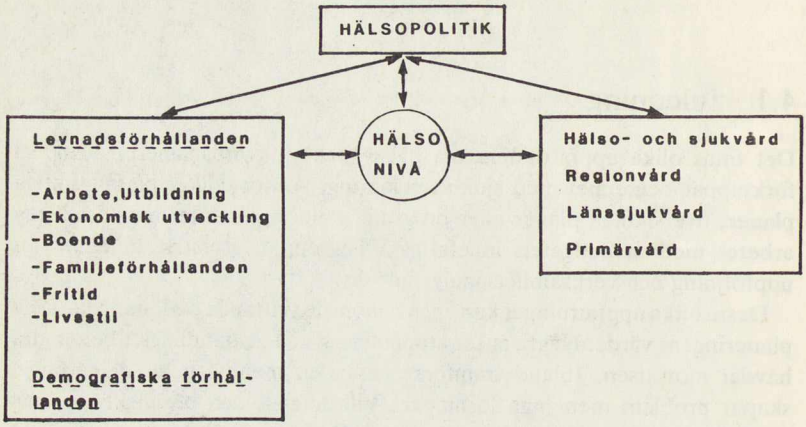
Enligt förarbetena förväntas landstingskommunerna också ta aktivare del i samhällsplaneringen och därvid samverka med sådana kommunala, regionala och centrala organ som kan påverka behov, förutsättningar och förhållanden inom andra samhällssektorer.

Hälso- och sjukvårdens planeringsuppgifter kan därför indelas i två delar; man skall planera verksamheten inom hälso- och sjukvårdssektorn men man skall också medverka i annan samhällsplanering.

Men varför denna medverkan i annan samhällsplanering? Enligt HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela

befolkningen (§ 1). Detta mål är föga vägledande i beslutssituationer, då man har att prioritera, t ex mellan länssjukvård och primärvård. Men med kunskaper om vad som påverkar eller kan påverka hälsan och hur hälsotillståndet ser ut får detta övergripande mål mera mening.

Livsstilen, miljön och arvet har enligt olika studier var för sig större betydelse för hälsotillståndet i en befolkning än vad själva sjukvårdssystemet har eller kan få. Hälsopolitik kan därför sägas omfatta mycket mer än åtgärder inom hälso- och sjukvården, vilket illustreras av figur 1.



Figur 1 Hälsopolitikens omfattning

Hälso- och sjukvården kan sålunda inte isoleras i förhållande till andra sektorer i samhället. En nära samverkan måste utvecklas på individnivå, organisationsnivå och systemnivå.

För planerings- och utvecklingsarbetet krävs därför en mångsidig information. Som exempel på viktiga kunskaper kan nämnas följande

- utvecklingstendenser i samhället utanför hälso- och sjukvården
- samhällsekonomisk utveckling
- samband mellan hälsa och miljö samt livsstil
- epidemiologiska förhållanden
- effekter av olika vårdinsatser
- personalens attityder mot den enskilde patienten
- väntetider på olika mottagningar.

I konsekvens med beskrivningen ovan kan sägas att begreppet hälsoplanering även måste innefatta åtgärder utanför hälso- och sjukvården, samtidigt som primärvården och länssjukvården måste ses som oskiljaktiga delar i vårdkedjan men med olika arbetsuppgifter.

4.3 Planeringsprocessen

Man bör se hälso- och sjukvårdsplanering som strävanden att få fram ett mångsidigt underlag för bland annat politiska överväganden och beslut om mål och handlingslinjer (strategier).

Planeringen är en kontinuerlig process för att fatta och förbereda beslut, där mål och handlingslinjer måste ändras beroende på att förutsättningarna, t ex framtidsbedömningarna och värderingarna, ändras.

I planeringsarbete kan som regel olika steg urskiljas

- kunskapsutveckling (information och analys)
- målsättning
- genomförande
- utvärdering.

Utvärderingen förutsätter klart angivna mål eller regler för verksamheten. Hittills har det mestadels varit fråga om resursmål eller prestationsmål i form av t ex ett visst antal vårdplatser, läkare, läkarbesök osv.

Enligt HSL skall planeringen – som nämnts tidigare – ske med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård (§ 7). Målen bör därför relateras till resultatet man vill uppnå, inte till resurs- eller prestationsmål.

Denna resultatsorienterade planering – istället för resursorienterad – har följande syften

- prioritering av åtgärder, baserade på identifiering av hälsorelaterade behov (problem) i en befolkning och med skäligt hänsynstagande till (sociala) kostnader och effektivitet. Beträffande effektivitetsbegreppet, se avsnitt 6.3
- beräkning av behov av resurser under hänsynstagande till varierande servicenivåer
- utvärdering av hälso- och sjukvårdens effekter på hälsonivån där såväl tillgänglighet som kvalitet måste beaktas.

Ur ett samhällekonomiskt perspektiv kan olika sjukdomar bedömas med hänsyn till (de ekonomiska) konsekvenserna av

- tidig död (exempelvis före 65 års ålder)
- förtidspension
- sjukfrånvaro och
- sjukvårdsutnyttjande.

I ett sådant perspektiv framträder som stora folkhälsoproblem följande sjukdomsgrupper:

- hjärt- och kärlsjukdomar
- psykisk ohälsa
- sjukdomar relaterade till bruk och missbruk av droger
- rörelseorganens sjukdomar och besvär
- tumörer (cancer)
- skador.

Ett sådant samhällsekonomiskt betraktelsesätt kan emellertid undervärdera betydelsen av tröst och minskat lidande hos enskilda individer, främst äldre. Denna dimension i fråga om livskvalitet får inte heller försummas när det

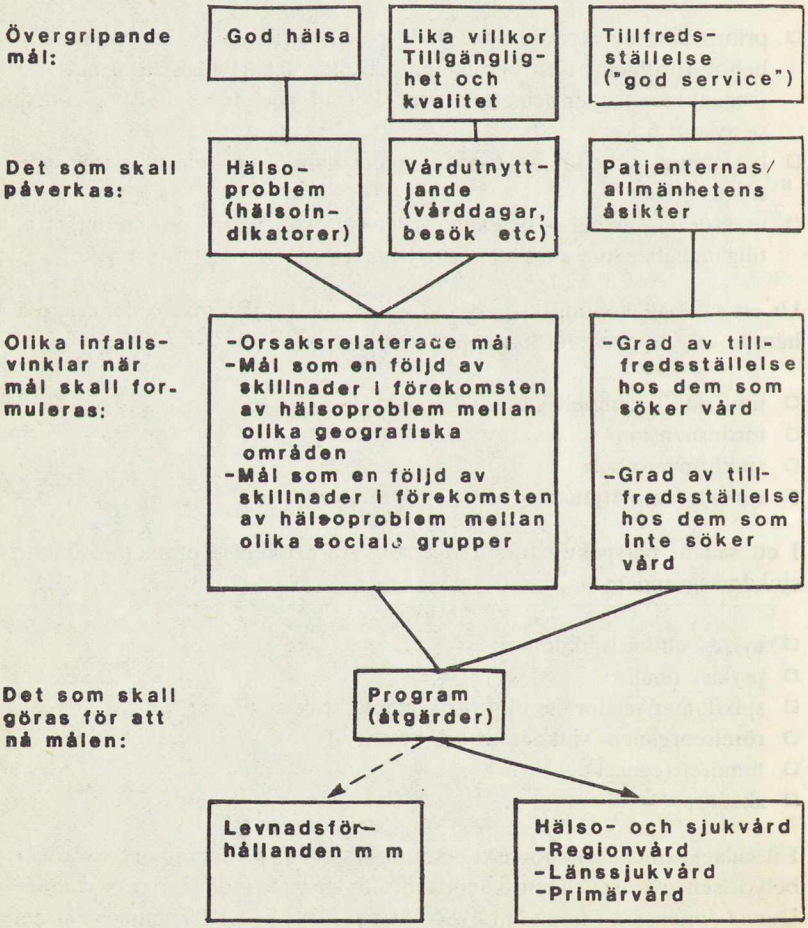
gäller prioritering av åtgärder.

När det sedan gäller kravet på "lika villkor" bör man dessutom beakta ohälsans fördelning i befolkningen. Det råder ojämlikhet

- mellan socioekonomiska grupper,
- mellan regioner, landsting och primärvårdsområden samt
- mellan könen och åldersgrupper (som inte är biologiskt betingade)

Ohälsoproblem och problem beträffande ojämlikhet i olika hänseenden måste angripas inom hela hälso- och sjukvården. Åtgärderna förutsätter samordning. Planeringen inom hälso- och sjukvården kan därför inte inriktas på en nivå, primärvård, länssjukvård eller regionsjukvård. Den måste omfatta alla tre nivåerna. Härtill kommer samverkan med andra sektorer i samhället, bl a socialtjänsten.

Ett lokalt förankrat planeringsarbete som sker i nära samverkan mellan i första hand primärvård och länssjukvård förutsätts leda fram till bland annat gemensamma program för omhändertagande av olika patientgrupper, för



Figur 2 Från övergripande mål till program

vilkas behandling och omvårdnad krävs insatser, där man måste samarbeta över specialitets- och klinikgränser och mellan olika nivåer inom sjukvården och med andra sektorer i samhället.(figur 2).

Beskrivningen i figur 2 avser de politiska målen. Dessa mål, som utgör en utgångspunkt vid bedömningen av sjukvårdens effektivitet, (se avsnitt 6.3) behöver inte överensstämma med den enskilda patientens mål, personalens mål eller målen för de professionella grupperna. Denna målkonkurrens förklaras delvis av olika värderingar, bland annat när det gäller att bedöma nyttan av hälso- och sjukvårdens åtgärder.

5 Planeringsfaktorer

I bokens inledning antyddes olika faktorer som kan styra eller påverka utvecklingen. I det följande beskrivs några av dessa mera utförligt.

5.1 Begreppen hälsa och sjukdom och olika sjukdomsmodeller

Innebörden av begreppet hälsa är mångdimensionellt och påverkas i hög grad av sociala och kulturella förhållanden och av värderingar som kan skifta från tid till annan. Hälsan är därför svårare att beskriva än ohälsan.

När man vid undersökning finner klara, otvetydiga, objektiva fynd på sjukdom är "ingripanden" från vårdorganisationen oftast inte kontroversiella. Tvärtom. Då förutsätts vårdorganisationen träda in för att bota, lindra eller trösta. Problem uppstår först när man har subjektiva symtom på en viss sjukdom men inga objektiva tecken, exempelvis ryggvärk men inte positiv röntgen och inga synliga tecken vid undersökning. Det motsatta förhållandet utgör nästa problem. Exempel på detta är ett något lågt blodvärde, ett lätt förhöjt blodtryck men inga subjektiva symtom av yrsel, trötthet, hjärtklappning eller blekhet. Vi har här att göra med frågan om "förstadier" till sjukdom. Men finns det anledning att "inskrida"? Vad skall egentligen behandlas eller förebyggas och vad vill patienten? Ett enda svar är inte allom givet. Invandraren har exempelvis en annan syn på vad som är sjukt och friskt och vad som behöver behandlas eller inte jämfört med många dominerande "svenska" uppfattningar.

Utifrån en välavgränsad tolkning av de objektiva fynden, utvecklades den biologiska sjukdomsmodellen. Då även mera svårfångade själsliga förhållanden kom att accepteras som orsak till sjukdom, blev de psykosomatiska sjukdomarna en del av medicinen, varvid den psykodynamiska sjukdomsmodellen hade etablerats. Så småningom har ett ännu bredare synsätt trätt fram på basen av modern psykologi och sociologi. Det sjukdomsbegrepp som utvecklats på detta sätt, kan man kalla det ekologiska. Detta begrepp utgör basen för den bio-psykosociala sjukdomsmodellen som erbjuder en mera mångsidig förklaring till sjukdomar och sjukdomars uppkomst i jämförelse med de två övriga modellerna.

Medicintekniska framsteg har medfört möjlighet att i tilltagande omfattning påvisa avvikelser från vad som enligt hittillsvarande kunskaper uppfattas som normalvärden. Om dessa avvikelser är tecken på ohälsa eller

bara uttryck för biologisk variabilitet kan vara svårt att bedöma och kan leda till en strid om värderingar. Samtidigt kan uppfattningarna gå isär när det gäller att bedöma den eventuella orsaken, om behandling skall ges och behovet av förebyggande åtgärder.

Sannolikt förklarar – i varje fall delvis – dessa olika uppfattningar de i vårdideologiska frågor skiljaktiga meningar som ofta framkommer i debatten om primärvården visavi läns- och regionsjukvården.

En god vård förutsätter att man på varje vårdnivå har med de tre synsätten i sitt arbetssätt. Men med hänsyn till de olika vårdnivåernas uppgifter är det ganska naturligt att den biologiska sjukdomsmodellen i högre grad påverkar arbetet inom läns- och regionsjukvården medan de två övriga ges större utrymme i primärvårdens arbete. Det viktiga är emellertid att man förstår och respekterar varandras synsätt och att man kan erbjuda varandra värdefulla synpunkter och erfarenheter, vilket förutsätter en mycket nära samverkan i utvecklings- och planeringsarbetet. Man bör därför sträva efter att finna sådana organisatoriska modeller, som befrämjar samverkan och underlättar arbetet med gemensamma vårdprogram. Modeller där primärvården och länssjukvården skiljs åt på det lokala planet kan leda till att de utvecklas åt var sitt håll, där respektive vårdnivåer strävar efter att renodla sina egna ideologier och synsätt på bekostnad av strävan mot "helhetssyn". Detta i sin tur kan försvåra samverkan och arbetet med gemensamma vårdprogram.

5.2 Förändringar i hälsoläge

Betydande förändringar i sjukdomspanoramat är lätt iakttagbara om återblicken görs tillräckligt lång. Här räcker det med att påminna om infektionssjukdomarnas stora betydelse för sjuklighet och dödlighet så sent som på 50-talet. Barn, unga och medelålders personer var särskilt hårt drabbade. Tuberkulosen bringades under definitiv kontroll först under det decenniet, som också innehöll den sista stora polioepidemin i landet.

Förbättrade socioekonomiska villkor, bättre hygieniska förhållanden, vaccinationsprogram och nya behandlingsmöjligheter genom bland annat antibiotika och kemoterapi har på ett grundläggande sätt förändrat det tidigare infektionssjukdomspanoramat.

Dock har nya hot mot vår hälsa tillkommit som kräver betydande insatser från såväl hälso- och sjukvård som forskning. Vissa är associerade till sociala förändringar, såsom förbättrade ekonomiska möjligheter för många människor att resa utomlands under semestern, kvinnornas ökade roll inom yrkesliv, sport m m (daghemsinfektioner, TSS), nya etniska konstellationer genom invandring, ökat drogmissbruk samt livsstilar som innebär många hetero- eller homosexuella kontakter. Aids är ett aktuellt exempel.

Andra exempel är förknippade med tekniska förändringar i vidare mening, kommunikationernas utveckling, livsmedelsindustrin, VVS-tekniken, energisparandet, rationaliseringen inom jord- och skogsbruk (mögelallergier som yrkessjukdom, mykotoxikoser) samt iatrogena (sjukhusförorsakade) orsaker som sammanhänger med sjukvårdens utveckling.

Insikten om de nya sjukdomarnas betydelse vilar ofta också på vår tids

möjligheter att utföra laboratorieanalyser. Dessa behövs t ex för att skilja uretrit och salpingit orsakade av Chlamydia från dem som orsakas av gonokocker, för att särskilja diarrésjukdomar av olika genes och för att sålla fram de pneumonifall som orsakas av Legionella. Blumbergs upptäckt 1965 av Au-antigen vid hepatit B fick avgörande betydelse för möjligheterna att diagnostisera och förebygga den sjukdomen. Därför pågår nu ett intensivt arbete på att finna ett specifikt laboratorietest för att tidigt kunna skilja Aids från andra lymfadenopatier. Ett specifikt test som ger utslag tidigt har ofta givit nyckeln till förståelse för sjukdomars uppkomst och till förebyggande åtgärder.

Minst lika påtaglig är den snabba utvecklingen inom området diagnostisk radiologi. Exempel på detta är datortomografin, ultraljudsdiagnostiken, isotopdiagnostiken och mammografin. Nu skymtar realistiska utrustningar för kartläggning av kärnspinnresonansen i tomografiska skikt genom kroppen (Nuclear Magnetic Resonance, NMR).

Men även inom andra specialiteter har förfinad diagnostik och behandling tillkommit. Det gäller bland annat vården vid olika former av hjärtfel, vid sjukdomar inom centrala nervsystemet, vid missbildningar och vid en rad olika tumörsjukdomar. Det har hittills genomgående resulterat i att allt fler patienter erbjuds vård, varvid vårdtillfällena ökar samtidigt som medelvårdtiderna förkortas.

Minskande vårdefterfrågan kan också registreras utan att några mer slående förändringar i sjukligheten direkt kan iakttas. Nyligen avslutade studier om allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi har emellertid visat på betydande skillnader vid jämförelser mellan början och slutet av 70-talet. Gallvägskirurgin har nästan halverats under 70-talet medan volymen övrig traditionell bukkirurgi vid icke elakartade sjukdomar sjunkit måttligt. Motsvarande studier om barnsjukvården talar för att vårdefterfrågan totalt sett minskat men samtidigt ändrat karaktär. Det är uppenbart att barnens fysiska hälsoläge förbättrats.

Från inskrivningsläkare rapporteras om att hälsoläget bland unga män genomgående är gott. Från Göteborg har publicerats data, som visar att hälsoläget bland pensionärer i 75-årsåldern på kort tid blivit lika bra som man tidigare fann hos 70-åringarna.

Lungcancersjukligheten hos män visar nu en vikande trend medan motsvarande konstaterande för kvinnor torde dröja. Om och när den svenska sjukligheten i hjärt- och kärlsjukdomar visar ett trendbrott från nuvarande ökning på sätt som redan skett i bl a Finland och USA kommer detta att få stor betydelse för vårdefterfrågan.

Ett annat påtagligt fenomen är att antalet individer under kontroll alternativt kronisk behandling i någon form på grund av livslång sjukdom ökat. Barn behandlade med framgång för medfödda defekter, tumörsjukdomar etc, måste följas långt upp i vuxen ålder dels för kompletterande åtgärder dels för att man säkert skall få kunskap om de långsiktiga behandlingseffekterna. Patienter med diabetes och högt blodtryck är kroniska sjukvårdskonsumenter. En stor del vuxna patienter behandlade för cancer botas inte helt men kan genom kompletterande behandling och täta kontroller ges förhållandevis goda levnadsbetingelser under lång tid.

Trots mycket låg perinatal dödlighet och en mycket omfattande sjukvårds-

konsumtion är resultaten uttryckt i förlängningen av medellivslängden i Sverige blygsamma om man jämför med andra länder som använder en väsentligt lägre andel av BNP för hälso- och sjukvårdsservice. En förhöjd livskvalitet syns emellertid inte i den officiella statistiken. Den åldrade människan med nedsatt synförmåga på grund av starr erbjuds liksom den gamle med förstörd och värkande höftled operativ behandling såvida det inte föreligger några medicinska hinder. Huvuddelen av patienter som genomgår hjärtkirurgi i Sverige är personer i 55-70-årsåldrarna vilka härigenom får helt ändrade levnadsvillkor och livsutsikter.

Ett speciellt problem inom hälso- och sjukvården utgör de alkoholrelaterade sjukdomarna. De kräver alltmer resurser, såväl inom länssjukvården som primärvården. Det är tveksamt om förfinad diagnostik och behandling kan medföra några egentliga förändringar för den enskilde och för själva sjukvårdssystemet. Det behövs istället betydande ändringar i livsstilen. Möjligheterna att komma åt detta kan emellertid inte utvecklas här.

5.3 Demografiska förändringar

Som visats i åtskilliga studier är vårdefterfrågan starkt beroende av befolkningens ålderssammansättning. I detta avsnitt sammanfattas den förväntade demografiska utvecklingen och dess konsekvenser särskilt för äldreomsorgen utifrån dagens kunskapsläge.

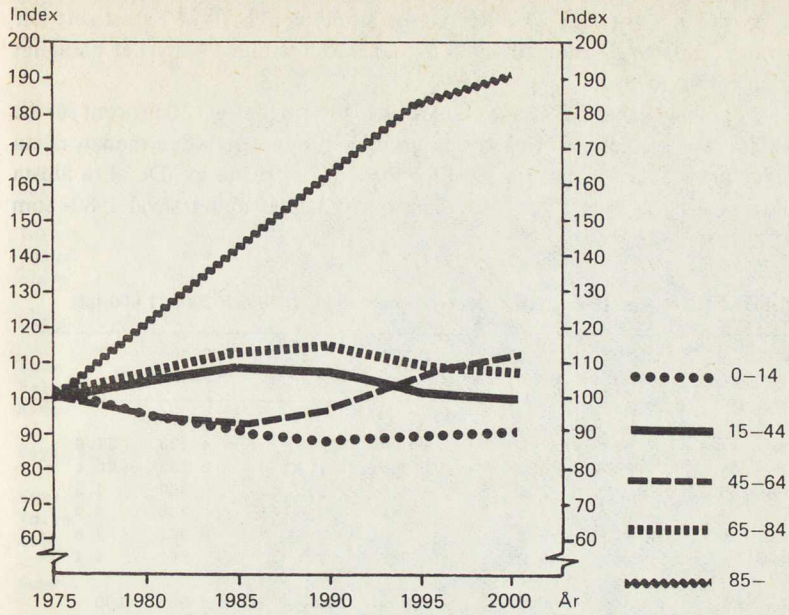
Folkökningen i Sverige kommer att bli mycket låg under de närmaste åren. Under 1960-talet ökade befolkningen med 583 000 och under 1970-talet med 234 000. Enligt "Befolkning år 2000", SCB information i prognosfrågor 1980:6 kommer folkökningen under 1980-talet att begränsa sig till endast 84 000 och under 1990-talet kommer folkmängden att minska med 13 000.

Vid sekelskiftet beräknas folkmängden vara 8 386 000 jämfört med 8 315 000 år 1980 och 8 405 000 år 1994.

Däremot kännetecknas den svenska befolkningen av en växande andel ålderspensionärer och en minskande andel barn, som illustreras i figurerna 3 och 4. (Eftersom utnyttjad källa detaljredovisar de yngsta åldersgrupperna på olika sätt i bilaga 4 jämfört med huvudtextens figurer leder detta till vissa skillnader mellan figurerna. Den förstnämnda är baserad på bilageuppgifterna.)

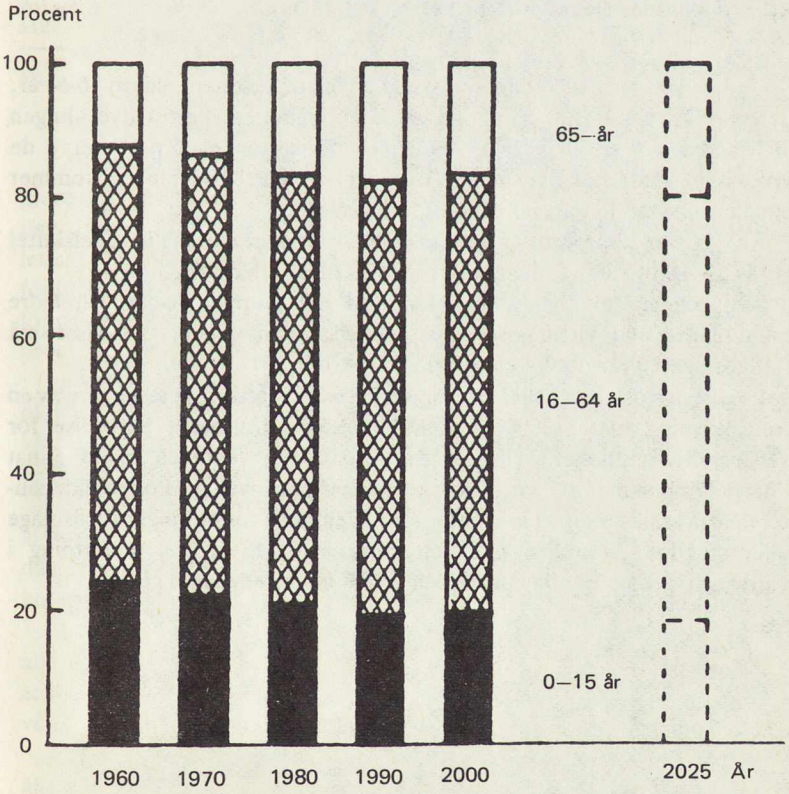
Det är det minskande barnafödandet och den stigande medellivslängden som ligger bakom denna utveckling.

År 1960 var nära 24 procent av befolkningen 15 år eller yngre. För år 2000 beräknas andelen personer i åldern 0-15 år vara nere i 19 procent. Vid sekelskiftet kommer följaktligen endast var femte person i Sverige att vara 15 år eller yngre (figur 4).



Figur 3 Beräknade storleksförändringar för åldersklasserna 0-14, 15-44, 45-64, 65-84 respektive 85 år och äldre under perioden 1975 till år 2000.

Källa: "Befolkningen år 2000". Prognos för Sverige 1980-2000. Information i prognosfrågor 1980:6. Sveriges Officiella Statistik



Figur 4 Sveriges befolkning fördelade på åldersgrupper åren 1960, 1970 och 1980 och prognos för åren 1990, 2000 och 2025.

Källa: Information i prognosfrågor 1980:6, SCB (SOS)

Fram till år 2000 beräknas andelen personer i de yrkesaktiva åldrarna öka något. Andelen ålderspensionärer kommer först att öka något för att sedan åter minska till samma nivå som år 1980. Andelen barn kommer att minska.

Av tabell 1 framgår att åldersklasserna 65-69 och 70-74 i stort sett har samma omfattning fram till 1990 för att därefter minska mycket påtagligt fram till år 2000.

Åldersklasserna 75-79 ökar mellan 1980-1990 med drygt 10 procent för att sedan vara i samma storleksordning under prognosperioden medan nästa åldersklass ökar kraftigt till 1990 för att därefter plana av. De allra äldsta åldersklasserna över 85 år ökar däremot påtagligt under såväl 1980- som 1990-talet.

Tabell 1 Rikets befolkning efter åldersgrupper 1980, 1990 och 2000 (1 000-tal)

Ålder	1980		1990		2000	
	Abs tal	%	Abs tal	%	Abs tal	%
0 – 44	5 088	61,2	5 028	59,8	4 830	57,6
45 – 64	1 866	22,4	1 904	22,7	2 192	26,1
65 – 69	443	5,3	436	5,2	360	4,3
70 – 74	382	4,6	384	4,6	336	4,0
75 – 79	273	3,3	305	3,6	301	3,6
80 –	263	3,2	342	4,1	367	4,4
Summa	8 315	100	8 399	100	8 386	100

Källa: Information i prognosfrågor 1980:6, SCB (SOS)

Under 1960- och 1970-talet minskade andelen personer i åldern 16-64 år, de yrkesaktiva åldrarna. Enligt prognosen kommer emellertid utvecklingen att vända. För 1980- och 1990-talen beräknas andelen personer i de yrkesaktiva åldrarna öka något. Den yrkesaktiva befolkningen kommer emellertid samtidigt att bli genomsnittligt äldre.

År 1960 var 12 procent av befolkningen 65 år eller äldre. Vid sekelskiftet beräknas 16 procent av befolkningen vara 65 år eller äldre.

Som framgår av figur 3 ökar framför allt gruppen 85 år och äldre kontinuerligt under hela prognosperioden medan intervallet 65-84 visar små förändringar. Från 1985 ökar gruppen 45-64 år.

Landstingsförbundet har i en rapport 1981-05-21 redovisat resultaten av en framskrivning till år 2000 av befolkningsförändringarnas betydelse för vårddagskonsumtionen. Härvid förutsätts under perioden bland annat "oförändrad standard", uttryckt i vårddagar per invånare i olika åldersintervall (tabell 2). Någon korrektion för eventuella förändringar i hälsoläge eller sjukdomspanorama eller effekter på slutenvårdens omfattning i vårddagar genom ny diagnostik och terapi har således inte gjorts.

Tabell 2 Framskrivning av antal vårddagar efter vårdområde(1980-2000)

Huvud-grupp	1980 - 1990 Index 1980=100	% per år	1990 - 2000 Index 1990=100	% per år	1980 - 2000 Index 1980=100	% per år
Korttidssjukvård						
Totalt	105,5	0,5	100,2	0,0	105,7	0,3
Volym	101,0		99,8		100,8	
Ålder	104,5		100,4		104,9	
Långtidssjukvård						
Totalt	121,5	2,0	105,5	0,5	128,2	1,3
Volym	101,0		99,8		100,8	
Ålder	120,3		105,7		127,2	
Psykiatrisk vård						
Totalt	106,7	0,7	100,8	0,1	107,6	0,4
Volym	101,0		99,8		100,8	
Ålder	105,6		101,0		106,7	
Summa						
Totalt	112,8	1,2	102,9	0,3	116,0	0,7
Volym	101,0		99,8		100,8	
Ålder	111,7		103,1		115,1	

Källa: Landstingsförbundet 1981

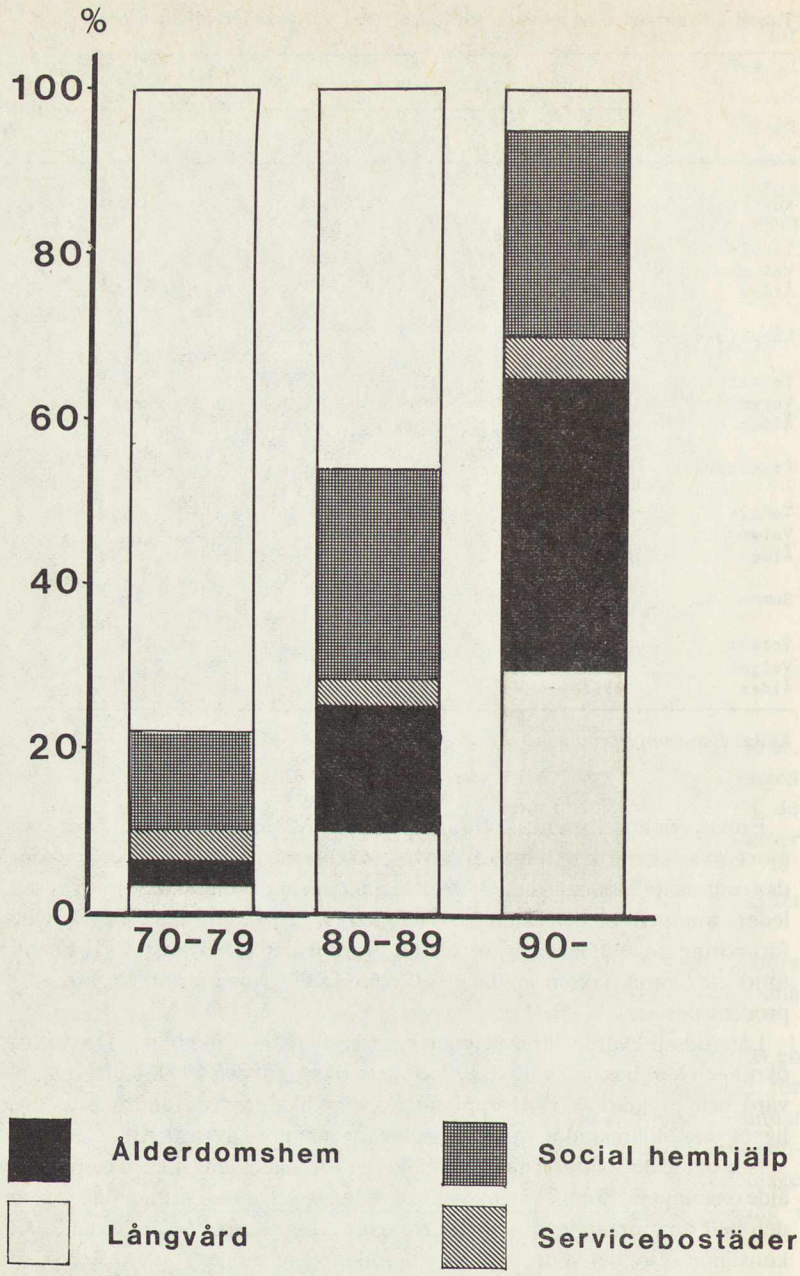
Enbart för att bibehålla "oförändrad standard" med de reservationer som gjorts ovan skulle den slutna vården behöva öka med 1,2 procent per år under den närmaste tioårsperioden. Helt i enlighet med befolkningsprognosen leder framskrivningen mellan 1990 och år 2000 till mera begränsade förändringar. Ökningen ligger på 0,3 procent per år. Ovanstående får till följd att ökningstakten mellan 1980 och år 2000 kommer att ligga på 0,7 procent per år.

Långtidssjukvården uppvisar den kraftigaste relativa ökningen. Den årliga ökningen kan beräknas till 2,0 procent mellan 1980 och 1990. Korttidssjukvård och psykiatrisk vård uppvisar ungefär lika stora förändringstal. De ligger dock klart under vad som gäller för långtidssjukvården.

När det gäller faktorernas betydelse, dvs folkmängdens storlek respektive ålderssammansättning, kan man konstatera att det är den sistnämnda som är den helt dominerande. En allt större del av den slutna vården kommer att konsumeras av den äldre delen av befolkningen.

Exempelvis gruppen som är 70 år eller äldre svarar i dag för 60 procent av all sluten vård. Denna andel kommer, som en konsekvens av gjorda antaganden och befolkningsprognoser, att höjas till 75 procent av den slutna vården vid sekelskiftet.

Resurserna har brukat relateras till antalet invånare i åldern 70 år och äldre. Det stora vårdbehovet kommer emellertid först i betydligt högre ålder, vilket framgår av figur 5.



Figur 5 Andel av äldre personer som erhåller olika former av service och vård (exklusive korttidsvård). Källa: Kan vi förebygga psykiska besvär hos de äldre ? (Spri-rapport nr 83/1981)

Med hänvisning till att gruppen yngre pensionärer på sikt minskar, att gruppen 75-79 år kommer att vara tämligen stationär men att gruppen 80 år och äldre fortsätter att öka i snabb takt medför de demografiska förändringarna att resursförändringar i första hand måste göras inom äldreomsorgen, förankrad i primärkommuner och primärvård.

5.4 Sociala faktorer

De betydande förändringar i samhällsstruktur, yrkesliv, familjemönster, utbildningsförhållanden och socioekonomiska förutsättningar som har ägt rum är av stor betydelse inte bara för hälso- och sjukvårdsefterfrågans storlek utan också i hög grad för vilken vård som utnyttjas. Här må erinras om den uttalade urbaniseringen, det numera helt dominerande en- respektive tvågenerationsboendet och att kvinnorna i yrkesverksam ålder förvärvsarbetar i mycket stor omfattning. Vid behov av hjälp, stöd, rådgivning finns inte familjen och/eller nära anförvanter tillhands på samma sätt som tidigare bland annat genom att man numera bor väsentligt mer spridda ur geografisk synvinkel. Kunskaperna om hur vardagliga hälsoproblem kan hanteras är inte längre lika lätt tillgängliga genom att kunskaps- och erfarenhetsöverföringen mellan generationerna har försämrats. Ett uttryck för detta är senare års debatt om egenvården. Samhällets vårdresurser får härigenom ersätta gårdagens informella system. Genom dagens dubbelarbetande familjeförsörjare och de individuella kraven på oberoende hos såväl yngre, medelålders som äldre förutsätter man generellt att samhällets service skall stå till förfogande så snart man inte klarar av sitt problem med egna resurser. Såväl primärkommunernas som sjukvårdshuvudmännens resurser har därför måst byggas ut och anpassas till dessa grundläggande utvecklingstrender i det svenska samhället.

Den förändrade näringsstrukturen liksom de materiella framstegen har haft och kommer att ha betydelse för vårdefterfrågan och vårdutnyttjande. Tidigare tunga kroppsarbeten har i hög grad försvunnit samtidigt som arbetsplatsmiljöerna ur fysisk synvinkel blivit dramatiskt förbättrade. Tidigare generationers utnötnings- och förslitningssjukdomar borde bli väsentligt färre i framtiden. De psykosociala villkoren för människorna synes däremot inte ha förändrats till det bättre på samma sätt.

Den genomgående starkt förbättrade utbildningsnivån i kombination med långtgående materiella framsteg särskilt under 1960- och 1970-talen har givetvis påverkat såväl livsvillkoren som mönstret att efterfråga vård. Veckoarbetstiden har minskat etappvis från 48 till 40 timmar, semestern har förlängts och den allmänna pensionsåldern har sänkts samtidigt som delpensionssystem införts.

Fritiden har ökat och med den kravet på att ge den innehåll. Samtidigt medför boendeutvecklingen och dubbelarbetande föräldrar ofta långa arbets- och resdagar. Generellt borde utvecklingen sammantaget ha minskat sjukligheten. Hälsoläget bland barn, värnpliktsmönstrade unga män och yngre pensionärer stöder en sådan hypotes. Å andra sidan har såväl människornas kunskaper om behandlingsmöjligheter ökat som deras krav på att komma i åtnjutande av framstegen. Tidigare polikliniska rutiner utan tidsbeställning i öppen vård såväl utanför som på sjukhus accepteras inte. Efterfrågan på ett effektivt och smidigt tillgängligt vårdutbud har ökat kraftigt.

Människornas nya livsrytm anpassad till högeffektiva arbetsveckor, lediga weekends och ferier under sommaren, över storhelger och skolornas lov syns direkt i vårdefterfrågan. Ett nytt inslag har blivit tydligt – man önskar komma till rätta med sina vardagsproblem direkt och där man vistas –

arbetspendlaren på arbetsorten, barnfamiljen och pensionärerna på bostadsorten.

Samhällsutvecklingen har också sina baksidor. Missbruk av olika slag har blivit allt större problem delvis som en följd av den ekonomiska utvecklingen och den livsstilsbildning som ungdomskultur och massmedia underblåst. Splittrade familjer och den ökande andelen ensamstående har inverkat negativt på hälsoläget. I själva verket synes i dagsläget en av de största hälsoriskerna bland män utgöras av kombinationen frånskild/änkeman och alkoholbruk.

Senare års försämrade arbetsmarknadsläge utgör i sig en allvarlig hälsokomplikation särskilt genom att ungdomarna har svårigheter att få arbete.

5.5 Primär och sekundär vårdefterfrågan

I den allmänna debatten sätts ofta likhetstecken mellan vårdkonsumtion, vårdefterfrågan och vårdbehov. I varierande grad finns en överensstämmelse men den är ofta påtagligt dålig.

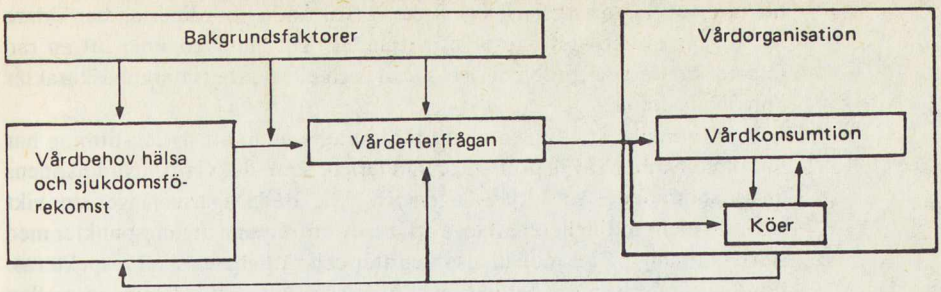
Vårdbehovet motsvaras grovt sett av befolkningens hälsoläge och den förekomst av sjukdomar som råder inom ett visst område. Hälsoläget påverkas som diskuteras ovan i sin tur av eller förklaras av bakgrundsfaktorer som miljö (t ex luft, vatten, trafik), livsstil (t ex kost-, motions-, dryckes- och rökvanor), demografiska förhållanden, familjestruktur, arbetsmarknad m m.

En del av vårdbehovet resulterar i vårdefterfrågan, vilken i sin tur kan delas in i primär och sekundär. Den primära vårdefterfrågan bestäms väsentligen av individens attityder till och kunskap om sjukdomen/hälsoproblemet. Om betydande uppoffringar måste göras – t ex långa resvägar, inkomstbortfall, särskild barntillsyn, anskaffande av remiss – minskas benägenheten att söka vård om behovet inte upplevs som trängande.

Den sekundära vårdefterfrågan uppkommer genom vårdgivarens ställningstaganden. Omfattningen styrs av organisationens policy och attityder vid sidan av tillgången på resurser.

Frågan om hur stor del av vårdefterfrågan som kommer att bli vårdkonsumtion och i vilken form efterfrågan tillgodoses regleras av vårdorganisationen. Till denna hör såväl vårdens organisation/struktur som resurserna. En del av den önskade vården kan inte tillgodoses genast, utan de vårdsökande sätts på kölista. Ovanstående resonemang åskådliggörs i figur 6.

I HS 90:s förstudier har betydande skillnader i hälsoläge och vårdefterfrågan konstaterats mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Genom projektet vårdresurser och vårdutnyttjande har i ett antal rapporter också dokumenterats mycket betydande skillnader i såväl tillgång till vård som hur den utnyttjas vid jämförelser på såväl sjukvårdsområdes- som kommunnivå. Som sammanfattas i kapitel 10 synes det vara odiskutabelt att storleken på respektive närheten till vårdresurser har mycket stor betydelse för vårdutnyttjandet. Det är likaledes klart att befolkningens ålderssamman-



Figur 6 Samband när det gäller vårdefterfrågan, vårdkonsumtion m m. Källa: "Vård på lika villkor", (Socialstyrelsen redovisar 1983:6)

sättning spelar stor roll men resursutbudets storlek och läge är i förhållande härtill väsentligt mer utslagsgivande.

Befolkningens kunskapsläge, dvs individens uppfattning om vad som är ohälsa i den meningen att sjukvården behöver anlitas, är vidare mycket växlande. Betydande skillnader kan således ses mellan olika socioekonomiska gruppers sätt att utnyttja respektive tillgodogöra sig vårdutbudet.

Det är uppenbart att kunskaperna om såväl hälsoläge som vårdutnyttjande är bristfälliga runt om i landets sjukvårdsområden. Såväl över- som underkonsumtion torde förekomma. Första förutsättningen för att kunna organisera en vård på lika villkor är givetvis en kartläggning av hur vården utnyttjas på kommun- eller kommundelsnivå. Nästa steg är en analys av funna resultat efter ålders- och könsstandardisering i relation till de kunskaper som är direkt tillgängliga om hälsoläget på lokal nivå. På flertalet håll torde fördjupade undersökningar vara nödvändiga att genomföra för att se om variationer av vårdutnyttjandet beror på olika hälsoförutsättningar eller ett olika utnyttjande av vårdresurserna genom dess storlek och tillgänglighet. Härvid torde effekten av sekundär vårdefterfrågan vara särskilt viktig att studera.

Nämnda förhållanden innebär bland annat att man inte kan vänta sig att en utbyggd primärvård, bättre hälsoläge eller andra förändringar som borde kunna leda till minskat behov, automatiskt tar sig uttryck i en totalt sett minskad efterfrågan i sluten vård.

Detta måste uppmärksammas så att inte frigjorda resurser används på sätt som inte överensstämmer med de politiskt fastställda målen utan istället omfördelas till förmån för de mest angelägna behoven. I dessa sammanhang krävs en konsekvent och fast handlingslinje i såväl drift- som planeringssammanhang. Det finns ingen "dold hand" som stänger vårdavdelningar och anpassar diagnostiska eller terapeutiska resurser till ett reellt sett minskat behov.

5.6 Organisatoriska förhållanden

Allt eftersom tiden gått har det blivit alltmer uppenbart att gränserna mellan sjukvårdshuvudmännens och primärkommunernas insatser främst för de äldre och psykiatriskt långtidssjuka är flytande. Betydande administrativa och politiska svårigheter att åstadkomma ett bra vårdutbud har funnits. I viss mån har parallella resurser tillskapats samtidigt som personer med hjälpbe-

hov kunnat hamna mellan "två stolar". Bristande koordinering har vidare lett till låg effektivitet i resursutnyttjandet. Till detta kommer att en rad individorienterade problem av social och/eller arbetsmarknadskaraktär "medikaliserats".

Den formella situationen är nu förändrad genom att ny lagstiftning har tillkommit inom såväl primärkommunernas som sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden – socialtjänstlagen och HSL. Båda lagarna lägger stor vikt vid individens möjligheter att leva ett bra liv utifrån sina utgångspunkter med stark betoning på att individens integritet och rättigheter skall respekteras. Förebyggande insatser betonas samtidigt som ansvarsfördelningen mellan primär- och sekundärkommuner blivit tydligare. Genom ramlagsutformning ges stor frihet åt kommunala organ att utveckla sin vård- och serviceorganisation. En av de mest grundläggande åtgärderna för att nå framgång är distriktsgemensamma gränser för såväl socialtjänst som primärvård. Härigenom skapas förutsättningar för att differentiera serviceutbudet vilket i sig skapar en grund för att anpassa stödet till individen oberoende av huvudmannaskap. Genom avveckling av administrativa hinder kan resursutbudet optimeras utan att individen riskerar att falla mellan två stolar.

Utvecklingen mot gemensamma distriktsgränser för primärvård och socialtjänst har kommit långt. Inom vissa landsting har man också träffat formella avtal med primärkommunerna i akt och mening att helt eliminera de administrativa hindren för en samordnad service till invånarna inom respektive primärvårdsområde. Denna åtgärd torde på sikt vara den viktigaste för att minska efterfrågan på såväl sjukhusvård som institutionsvård av äldre i olika former.

6 Andra utgångspunkter för planering och organisation

6.1 Resurser och verksamhet

6.1.1 Personal

År 1982 hade landstingen innemot 400 000 anställda sammanlagt. Av dessa var 51 procent heltidsanställda, 40 procent deltidsanställda och 9 procent timavlönade. Efter omräkning motsvarar antalet årsarbetare 78 procent av totala antalet anställda.

Drygt 80 procent av de landstingsanställda finns inom hälso- och sjukvården.

Utvecklingen av antalet tjänster (omräknat till årsarbetare) hos sjukvårdshuvudmännen under perioden 1973-1981 framgår av tabell 3.

Även när det gäller antalet tjänster för vidareutbildade läkare har den slutna akutsjukvården ökat snabbast, även procentuellt (tabell 4).

Totala antalet yrkesverksamma läkare är betydligt högre än antalet inrättade tjänster. År 1980 fanns sammanlagt 18 800 (inkl AT- och FV-läkare).

År 1960 gick det 1 060 personer på varje yrkesverksam läkare. 1980 gick det mindre än hälften så många, eller 440.

Enligt LATT 79[1]) finns stora geografiska skillnader när det gäller

[1] Utredning om läkares arbetstids- och tjänsteförhållanden

Tabell 3 Tjänster hos sjukvårdshuvudmännen 1973 och 1981 (årsarbetare)

	1973	1981
Sjukhusansluten hälso- och sjukvård	140 000	197 100
därav långtidssjukvård		47 100
Hälso- och sjukvård utanför sjukhus (exkl folktandvård)	9 800	20 200

Anmärkning: Med sjukhus avses även sjukhem.

Källa: LKELP 1982

Tabell 4 Tjänster för vidareutbildade läkare 1973 och 1980

	1973		1980		Index 1980
	Totalt	Därav öppen vård	Totalt	Därav öppen vård	Totalt (1973=100)
Allmänläkarvård	1 119	1 119	1 992	1 992	178
Somatisk korttidsvård i övrigt	3 159	465	6 114	944	194
Långtidssjukvård	305	13	557	21	183
Psykiatrisk vård	616	88	933	232	151
Övrigt	186	112	384	226	206
Totalt	5 385	1 797	9 980	3 415	185

Källa: Statistisk årsbok för landsting 1983 (Lf)

tillgången på läkare (inklusive privatpraktiserande läkare). I sjukvårdsområden med regionsjukvård gick det i genomsnitt 395 invånare per verksam läkare 1979. Den förhållandevis stora läkartillgången i dessa områden förklaras delvis av att dessa sjukvårdsområden ombesörjer viss vård för andra sjukvårdsområden. I övriga sjukvårdsområden var siffran 650. Bland icke regionlandsting fanns 585 invånare per läkare i Göteborgs och Bohus läns landsting, medan det i Älvsborgs läns landsting fanns så många som 739 och i Gävleborgs läns landsting 701 invånare per läkare.

Skillnaderna i tillgången på läkare kan alltså inte bara förklaras av olikheter i funktion och verksamhet. Varierande möjligheter att rekrytera till befintliga tjänster är en annan viktig förklaring. Här kan situationen dock komma att förändras. Bibehållen utbildningsnivå ger en fortsatt snabb ökning av tillgången på utbildad personal. År 1990 skulle sålunda finnas ca 25 000 yrkesverksamma läkare (under 65 år) och år 2000 drygt 31 000.

6.1.2 Vårdplatser

Under 1970-talet reducerades antalet vårdplatser inom den somatiska korttidsvården och psykiatrin. Ökningen av det totala antalet vårdplatser förklaras av långtidssjukvårdens utbyggnad som också ägde rum under 1960-talet (tabell 5).

Av totala vårdplatsantalet svarade landstingen och de landstingsfria kommunerna 1981 för 116 700 motsvarande närmare 95 procent av alla platser. En stor del av de privata platserna finns vid enskilda sjukhem för somatisk och – framför allt – psykiatrisk vård.

Gränsen mellan sjukhemsboende och boende på servicehus (med helin-

Tabell 5 Totala antalet vårdplatser 1960-1982

	1960 (AHS)	1970 (AHS)	1975 (AHS)	1982 (LKELP)
Somatisk korttidsvård	49 300	49 100	47 000	44 900
Somatisk långtidssjukvård 1)	19 600	34 100	40 400	51 000
Psykiatrisk vård	34 400	37 000	36 200	28 000
Totalt	103 300	120 200	123 600	123 900
Antal vårdplatser per 1 000 inv	13,8	14,9	15,1	14,9

1) Inklusive vårdplatser vid enskilda vårdhem och på sjukavdelningar vid primärkommunala ålderdomshem (servicehus)

Källa: Allmän hälso- och sjukvård (AHS), Landstingens ekonomiska långtidsplanering (LKELP)

ackordering) är i många fall flytande. Eftersom många landsting lämnar bidrag för vård av vissa patienter på servicehus kan man säga att dessa enheter utgör en ytterligare långvårdsresurs.

Under 1930-, 1940- och 1950-talen var s k odelade lasarett (sjukhus utan uppdelning i medicinska specialiteter) och sjukstugor vanliga. Inom den somatiska sjukhusvården fanns därutöver specialsjukhus för epidemivård, tuberkulosvård, förlossningsvård och för vård av barn. Med några få undantag finns inte dessa institutioner längre. Akutsjukhusen har blivit något färre, men mycket 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

Tabell 6 Sjukhus,antal och storlek, 1960 och 1980

Storlek (antal vårdplatser)	Antal sjukhus för huvudsakligen somatisk korttidsvård 1)		Antal sjukhus för psykiatrisk vård	
	1960	1980	1960	1980
≤ 200	52	9	1	2
201-600	37	46	8	5
> 600	19	44	20	11
Summa	108	99	29	18

1) Beräknat från totalantalet vårdplatser, d v s inklusive även vårdplatser för långvård och psykiatri

Källa: Uppgifter från socialstyrelsen, maj 1981

sjukhus för psykiatrisk vård är delvis skenbar eftersom en del före detta mentalsjukhus inlemmats som kliniker vid somatiska sjukhus (tabell 6).

År 1960 fanns 28 odelade lasarett. 1982 fanns endast ett kvar. Enheter för öppen vård och för somatisk långtidsvård har kommit istället.

6.2 Verksamhet

Trots minskningen av antalet vårdplatser har det varit möjligt att öka antalet vårdtillfällen, vilket 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).

Tabell 7 Antalet vårdtillfällen, antalet vårddagar och medelvårdtider 1960 och 1981

	Antal vårdtillfällen (1000-tal)		Antal vårddagar (1000-tal)		Medel-vårdtid	
	1960	1981	1960	1981	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)

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 perioden 1975 – 1982 har emellertid besöken hos försäkringsanslutna privatläkare minskat med ca 1 miljon (tabell 8). Dock har fritidspraktikernas verksamhet ökat under senare år.

Inom den somatiska korttidsvården har effektivare behandlingsmetoder medverkat till att reducera vårdtiderna för de yngre och medelålders. För de äldsta har det emellertid inte varit möjligt att reducera medelvårdtiderna på samma sätt. Svårigheter att skriva ut dessa patienter från sjukhusen kan vara en orsak. Stöd i form av t ex anhöriga eller hemvårdspersonal kan ha saknats. Därför kan patienter som inte längre behöver akutklinikens resurser "tvingas" kvar i onödan. Dessa patienter som skulle kunna skrivas ut från akutklinik kan utgöra en stor andel av klinikens patienter, på medicinkliniken ibland kring 40 procent av samtliga patienter. En annan del av förklaringen är att de äldre nu opereras i betydligt större utsträckning än tidigare för även mycket komplicerade problem. De äldre tar härigenom en allt större andel av de totala vårdresurserna i anspråk. I början av 1960-talet svarade patienter över 65 år för omkring 30 procent av vårddagarna inom akutvården. Motsvarande siffra i slutet av 1970-talet var ca 50 procent.

Inom den somatiska långtidsvården är 90 procent av de inneliggande 70 år eller äldre. Det finns dubbelt så många kvinnor som män. Ungefär hälften av patienterna har blivit överflyttade från den "somatiska korttidsvården" (medicinsk eller kirurgisk vård), medan var femte patient kommit direkt från hemmet.

Under 1980 vårdades ca 42 000 personer i hemsjukvård och de flesta av

Tabell 8 Antal läkarbesök (1000-tal) i öppen vård 1973 och 1982

Verksamhetsområde	1973			1982		
	Sjukhusanslutet	Utanför sjukhus	Totalt	Sjukhusanslutet	Utanför sjukhus	Totalt
Medicinsk korttidsvård	2 890	218	3 109	3 409	390	3 799
Kirurgisk korttidsvård	5 179	512	5 691	5 558	592	6 150
Somatisk långtidssjukvård	169	-	169	293	28	321
Psykiatrisk vård	629	70	699	772	188	960
Allmänläkarvård	-	5 741	5 741	-	7 348	7 348
Allmän vård	226	-	226	644	-	644
Diverse (rehab. lättvård etc)	236	-	236			
Besök hos privatläkare		4 000 1)	4 000		3 000	3 000
Summa	9 330	10 541	19 871	10 676	11 546	22 222

[1]Avser 1975

Källa: LKELP

dessa var långvårdspatienter. Av dessa uppges ca 22 000 skötas av anhöriga och ca 20 000 av hemsamariter. Omfattningen av dagsjukvård är i dag mycket begränsad. Det finns för närvarande endast ca 2 000 dagvårdplatser.

Vårdplatserna inom långtidssjukvården domineras helt av patienter med hjärt- och kärlsjukdomar (ca 33 procent) och patienter med åldersbetingade psykiska sjukdomar (ca 30 procent). De senare är i huvudsak demenstillstånd av olika slag (ca 30 procent). Flertalet av övriga patienter har en huvuddiagnos inom kategorierna nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar samt sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, (t ex brott på lårbenshalsen).

Den allmänpsykiatriska vården är i sin helhet inne i en förnyelseprocess. Från att tidigare ha haft en omhändertagande och förvarande inriktning har psykiatrin de senaste decennierna alltmer fått en aktivt behandlande och rehabiliterande målsättning. Detta har blivit möjligt tack vare nya behandlingsmetoder. När nya läkemedel (neuroleptika) blev tillgängliga under 1950-talet skapades bättre möjligheter att även aktivt behandla svårt psykotiska patienter. Senare har man lärt sig kombinera effekten av dessa läkemedel med sociala åtgärder och psykoterapeutiska metoder. Vården har därmed kunnat utvecklas mot allt öppnare former. Vårdtiderna i sluten vård har successivt förkortats.

Antalet inneliggande i sluten psykiatrisk vård minskade mellan 1967 och 1979 med ca 9 000 patienter. Denna utveckling fortsätter. Antalet inneliggande patienter som tvångsvårdas har halverats under motsvarande tid.

Utvecklingen har emellertid kommit olika långt i landet. Fortfarande är

huvudparten av de psykiatriska vårdresurserna bundna till före detta mentalsjukhus och sjukhem, som tillkommit under inflytande av den äldre vårdfilosofin. Av de knappt 17 000 vårdplatserna som 1980 fanns lokaliserade till de 28 mentalsjukhusen/f.d. mentalsjukhusen användes 2 700 för akut psykiatrisk vård. Ungefär samma antal platser fanns för akutvård vid psykiatriska kliniker belägna vid kroppssjukhus. Flertalet av platserna vid mentalsjukhusen användes för psykiatrisk långtidsvård och psykiatrisk åldringsvård, sammanlagt drygt 10 000 platser (1980).

6.3 Effektivitetsbegreppet

Antalet vårdplatser och antalet läkare har blivit de viktigaste måttstockarna för att bedöma sjukvårdens *kapacitet*. I konsekvens härmed har antalet vårddagar, antalet intagna patienter och antalet läkarbesök blivit centrala *prestationsmått*. Om man relaterar prestationerna till resursinsatserna (t ex kostnader) erhålles uppgifter om produktiviteten.

Av tabell 9 kan konstateras – när det gäller de gängse prestationstyperna – att produktiviteten minskat avsevärt under 1970-talet.

Medan antalet vårddagar ökat med 2 procent och intagningarna samt läkarbesöken med 13 procent har sjukvårdskostnaderna ökat med 37 procent. Under samma period har antalet läkare ökat med drygt 50 procent.

Hur kan denna lägre produktivitet förklaras? Större arbetsinsats per prestation jämte ökade kostnader per arbetsinsats är de viktigaste förklaringarna. Endast i ringa mån kan kostnadsökningen förklaras av demografiska förändringar (tabell 10).

Det bör dock strykas under att ett visst antal intagningar – liksom vårddagar och läkarbesök – inte är det vi slutligen efterfrågar som resultat på vad sjukvården uträttar. Om man t ex använder besök i öppen vård som prestationsmått för den öppna vården kan man vara utomordentligt produktiv men inte nödvändigtvis *effektiv* om målet för verksamheten är att på bästa möjliga sätt ge en god vård och service åt en viss mängd patienter. Valet av prestationsbegrepp bör därför göras i överensstämmelse med

Tabell 9 Prestationer och kostnader 1970-1978. Index

År	Antal vårddagar	Antal intagningar	Antal läkarbesök	Sjukvårds-kostnaderna 1)
1970	100	100	100	100
1978	102	113	113	137

1) 1975 års priser

Källa: Bengt Jönsson, Sjukvårdskostnadernas utveckling och bestämningsfaktorer (1981)

Tabell 10 Fördelning av den årliga reala kostnadsökningen inom hälso- och sjukvården (1970-1979)

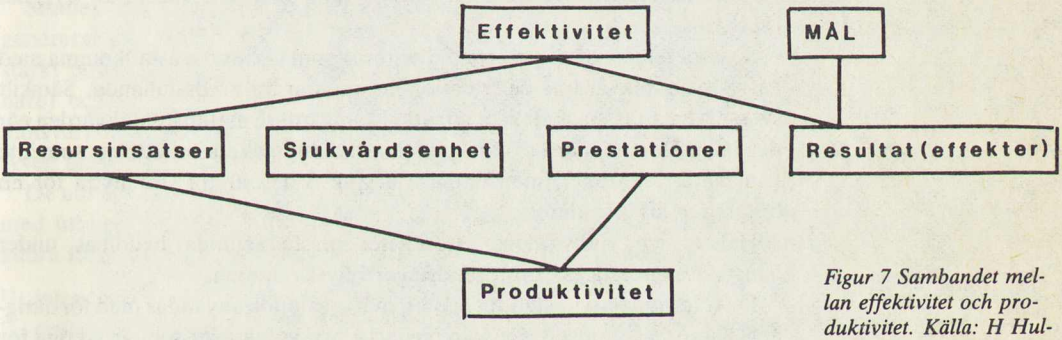
Förändringar i behovsgrupper (=demografiska förändringar)	+ 1,4 %
Förändringar i servicenivå (enligt traditionella prestationstal)	– 0,5 %
Förändringar i arbetsinsats per prestation	+ 3,8 %
Förändringar i kostnad per arbetsinsats	+ 1,9 %

Källa: Mårten Lagergren. Den dyra vården. Sekretariatet för framtidsstudier (1981)

verksamhetens mål för att det skall vara möjligt att dra slutsatser om effektiviteten.

Som framgått av kapitel 4 bör strävan vara att uttrycka målet som önskade resultat eller effekter istället för som prestationer eller resurser.

Figur 7 illustrerar sambandet mellan produktivitet och effektivitet jämte målets centrala roll för att kunna bestämma graden av effektivitet.



Figur 7 Sambandet mellan effektivitet och produktivitet. Källa: H Hultin och E Jonsson

En klok hushållning med våra hälso- och sjukvårdsresurser förutsätter en avvägning mellan olika utgifter och vad man får ut, dvs nyttan av en åtgärd, som kan bestå i att förebygga, uppspåra, utreda, behandla och vårda. En åtgärd kan leda till bot men kan också stanna vid lindring av smärta, hjälp eller tröst.

Svaret på frågan vilka resultat (effekter) vi vill att hälso- och sjukvården skall uppnå förutsätter därför att vi kan värdera de olika positiva och negativa konsekvenserna av olika åtgärder, inte endast för samhället i stort, utan också för den enskilde patienten. Först därefter kan graden av den effektivitet vi söker bedömas.

Målformuleringar som exempelvis "Hälsa för alla år 2000" (WHO), "God hälsa" och "Vård på lika villkor" (HSL) avser hälsoläget i en befolkning.

Härför finns bland annat följande traditionella mått

- allmän dödlighet
- spädbarnsdödlighet
- mödradödlighet
- antal personer med långvariga sjukdomar
- antal sjukskrivningsdagar i genomsnitt per person och år
- antal förtidspensionärer

Sjukligheten kan t ex mätas genom antal frånvarodagar i arbetet och värderas med utebliven lön. Denna metod, produktionsbortfallsmetoden, innebär att en individs värde bestäms av hans bidrag till produktionen. Detta är därför självfallet inte en invändningsfri metod.

För den enskilde patienten betyder "God vård" inte bara god kvalitet i medicinskt (tekniskt) hänseende, som bland annat förutsätter snabb och säker diagostisering och vård. Begreppet "God vård" antyder också krav i följande hänseenden

- tillgänglighet och kontinuitet
- väntetidens längd (på mottagningen)
- attityder och beteenden, som bland annat bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- information och kontakter

Alla dessa faktorer är i sin tur viktiga för patientens känsla av trygghet (HSL).

Som mätare av den nytta för patienterna som vi tror oss åstadkomma med hälso- och sjukvård är de traditionella måtten otillfredsställande. Särskilt svårt är det att finna mått som gör att vi kan värdera nyttan av sjukvården när det gäller äldre människor. I några fall åstadkommes en förbättring, som inte kan mätas statistiskt, men där likväl sjukvården är till stor nytta för en höjning av livskvaliteten.

Hälso- och sjukvårdens effektivitet måste sålunda bedömas under hänsynstagande också till förändringar i livskvaliteten.

De traditionella prestationsmåtten måste sålunda användas med försiktighet. Samtidigt framstår det som önskvärt att de faktorer som är viktiga för patientens trygghetskänsla, och som inte heller kan avläsas i de traditionella prestationsredovisningarna, beaktas vid effektivitetsbedömningar. En sådan bedömning skulle möjligen kunna innebära att effektiviteten haft en mera positiv utveckling under 1970-talet än produktiviteten enligt tabellerna 9 och 10 ovan.

Effektivitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården bör utvecklas enligt de redovisade intentionerna. Möjligheten och lämpligheten att använda poängvärden för livskvalitet vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården bör bli föremål för särskild prövning genom socialstyrelsens försorg.

I konsekvens med en mera nyanserad syn på effektivitetsbegreppet kan inte vårdplatsantalet få den dominerande roll som det tidigare haft som underlag för kapacitets- och effektivitetsbedömningar.

6.4 Vårdplatsbegreppet

Vårdplatsen har under långa tider intagit en central plats i sjukvårdens planering och utveckling. Förklaringen kan ligga i den slutna vårdens dominerande roll i förhållande till den öppna vården, men också i att sjukhussängen haft en så stor betydelse för både det diagnostiska och terapeutiska arbetet kring varje patient.

För 10-20 år sedan var det mycket längre vårdtider än i dag inom den somatiska (korttids) vården och – i ännu högre grad – inom mentalsjukvården.

I ekonomiska redovisningar har personal och andra resurser ofta knutits till vårdplatsen. Detta i sin tur har lett till att studier avseende kostnader och produktivitet kommit att fästa stort avseende vid antalet vårdplatser, antalet vårddagar, antalet intagna patienter och beläggningsprocent.

Undan för undan har vårdtiderna minskat inom såväl den somatiska korttidsvården som inom psykiatrin. Samtidigt har emellertid antalet intagna patienter ökat. Medicinska och medicinsk-tekniska landvinningar ligger bakom kortare vårdtider och ökad öppen vård. Vidare har den medicinska utvecklingen underlättat vård av äldre patienter. Men man får inte bortse från andra fenomen. I den sjukvårdspolitiska debatten hävdas t ex att "en sjukhussäng måste hållas varm" eller att sjukhusen fungerar som "magneter", vilket ibland lett till att de som bor i närheten av ett sjukhus konsumerar mer sluten vård än de som bor på långt avstånd. Detta gäller främst områden med förhållandevis många vårdplatser.

Studier har också påvisat möjligheten att ett ökat sjukvårdsutbud genererar sin egen efterfrågan ("Roemers lag"). Sålunda har man funnit ett starkt positivt samband mellan vårdkapacitet (antal vårdplatser per invånare) och vårdkonsumtion (antal vårddagar per invånare) men inte ett motsvarande samband mellan kapacitetsutnyttjande och vårdkapacitet. Även detta fenomen gäller självfallet i varierande utsträckning.

De allt kortare vårdtiderna inom den slutna vården hänger också samman med utbyggnaden av den somatiska långtidsvården. Men härtill kommer andra förändringar, exempelvis inrättande av specialenheter av olika slag

- intensivvårdsavdelningar
- postoperativa avdelningar
- hjärtinfarktenheter
- neonatalavdelningar (nyföddhetsvård)
- dialysenheter
- intagningsvårdavdelningar
- smärtkliniker
- dagsjukvårdsenheter
- hotellavdelningar

I anslutning härtill bör också nämnas organisationen av särskilda akutvårdscentraler vid sjukhusen och nya sjuktransportsystem med särskilda hjärtinfarktambulanser och helikopterambulanser på sina håll.

Vidare kan nämnas den psykiatriska vårdens omstrukturering från sluten vård till öppen vård med särskilda team och andra resurser som ersättning för sjukhussängen.

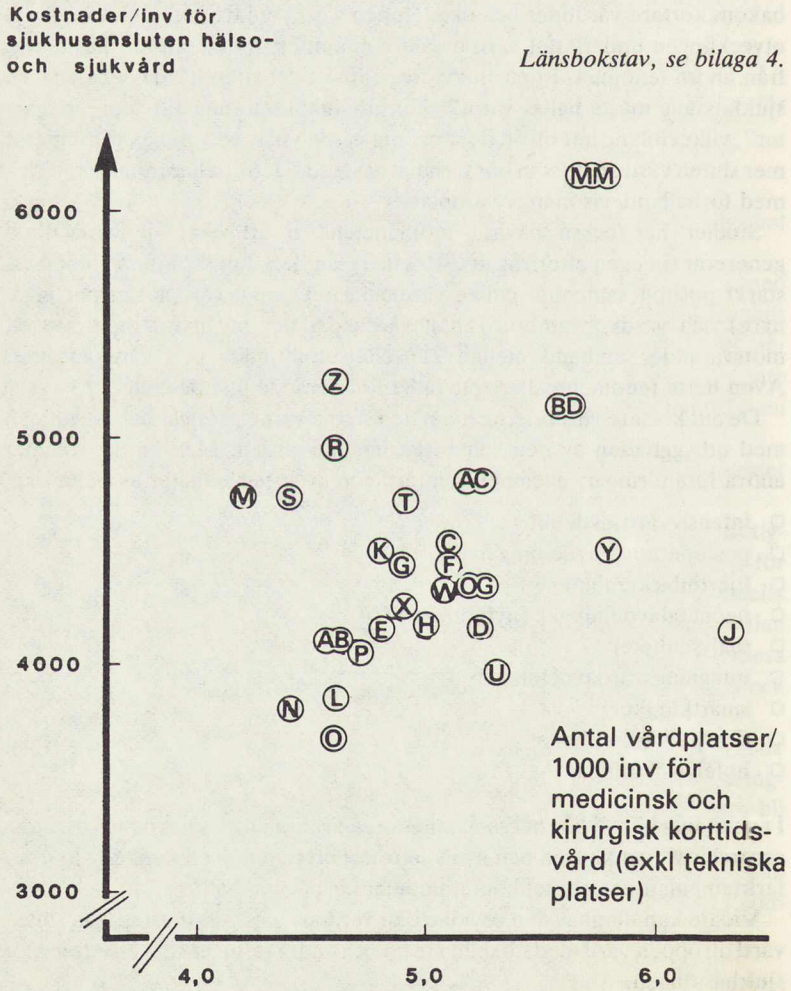
En del av nämnda förändringar är ett resultat av den ökade specialiseringen.

Ytterligare bör nämnas strävandena att intensifiera vårdarbetet och upprätta behandlingsprogram för varje enskild patient. Arbetsterapi och sjukgymnastik integreras alltmer i arbetet på vårdavdelningarna. Vidare försöker man utreda patienten så långt som möjligt före inskrivning.

Denna utveckling har medfört att den vanliga vårdplatsen fått en annan funktion och att behovet av dessa vårdplatser ändrats.

Det är därför ganska naturligt att inte längre låta vårdplatsen inta en så dominerande roll vid planeringen av hälso- och sjukvården.

Vid jämförelser mellan olika landsting bör man också beakta att den beskrivna utvecklingen gått olika långt. Detta i sin tur kan bidra till att förklara varför landsting som har förhållandevis många vårdplatser kan ha en låg kostnad för sjukhusansluten vård per invånare och omvänt. Detta illustreras med hjälp av figurerna 8 och 9.



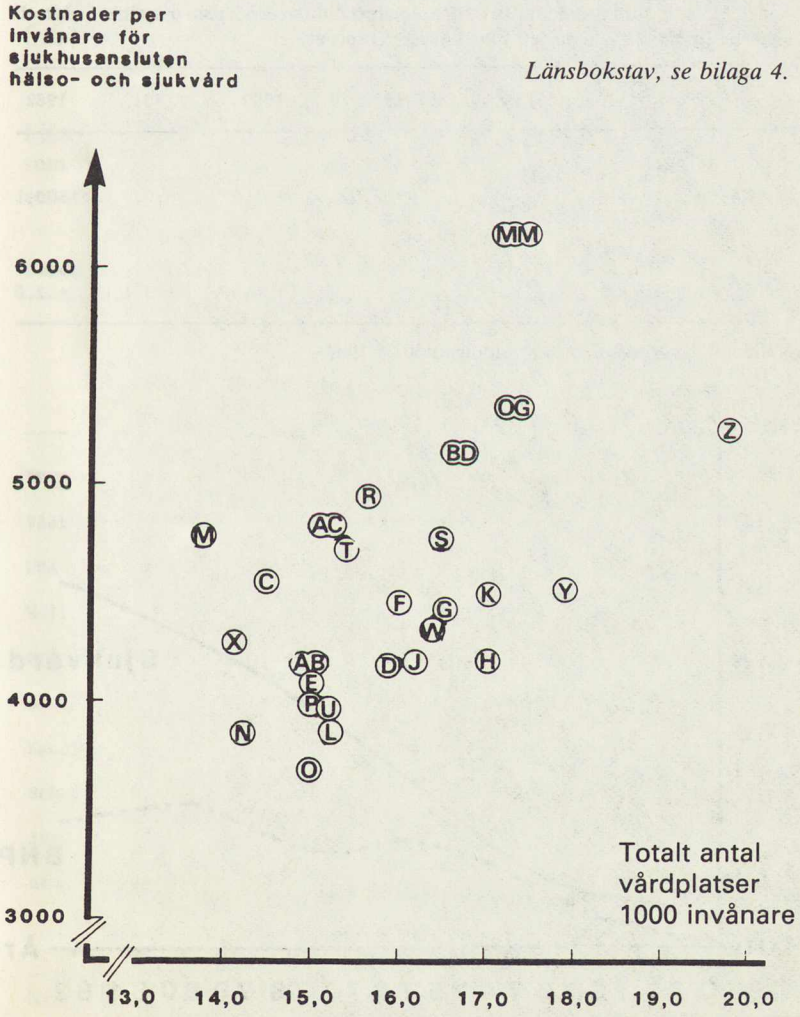
Figur 8 Antal vårdplatser för medicinsk och kirurgisk korttidsvård och kostnader per invånare för sjukhusansluten hälso- och sjukvård hos respektive sjukvårdshuvudman (1981). Källa: LKELP 82, Rapport nr 4, sid 32 samt Rapport nr 5, tabell 10

Som framgår av figurerna finns det ett begränsat samband mellan antalet vårdplatser och kostnader för sjukhusansluten vård.

Det beskrivna förhållandet gäller oavsett det är fråga om korttidsplatser eller totala antalet vårdplatser.

I konsekvens härmed kan knappast antalet vårdplatser ange storleken på utrymmet för omfördelningsbara resurser. Härför krävs självfallet mer nyanserat beslutsunderlag, där personal och kostnader analyserats i förhållande till bland annat antalet vårdplatser.

Trots de ofullkomligheter och brister som finns i den officiellt tillgängliga statistiken kan dock betydande information sammanställas om hur den svenska hälso- och sjukvården är uppbyggd, fördelad och utnyttjad. Likaså kan väsentliga kunskaper erhållas om hur den slutna vården fungerar i förhållande till diagnostiska och terapeutiska åtgärder.



Figur 9 Totalt antal vårdplatser och kostnader per invånare för sjukhusansluten hälso- och sjukvård hos respektive sjukvårdshuvudman (1981). Källa: LKELP 82, Rapport nr 4, sid 32 samt Rapport nr 5, tabell 10

Av den anledningen anser vi ändå att den traditionellt utformade statistiken kan användas för en översiktlig redovisning beträffande tendenser m m. Kompletterande analyser måste dock utföras för varje enskilt landsting. Materialet är sålunda även i detta hänseende ett underlag för fortsatt planering.

6.5 Ekonomi

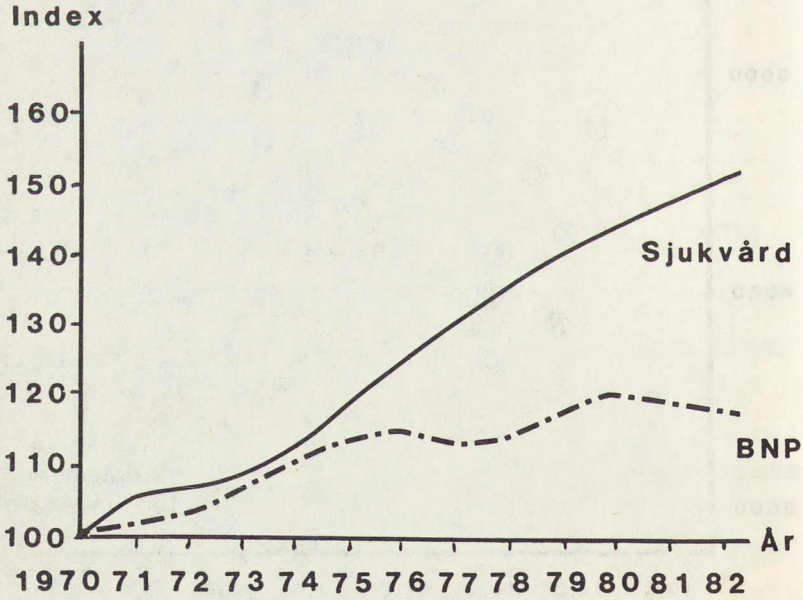
Vi har haft en explosionsartad ökning av kostnaderna för hälso- och sjukvården under 1960- och 1970-talen. I förhållande till bruttonationalprodukten har inte heller ökningstakten minskat under de allra senaste åren, utan tvärtom (tabell 11).

I fasta priser har sjukvårdskostnaderna ökat med 52 procent mellan 1970 och 1982. Det växande gapet mellan sjukvårdskostnaderna och bruttonationalprodukten illustreras av figur 10.

Tabell 11 Årlig ökningstakt för bruttonationalprodukten och hälso- och sjukvårdskostnaderna (inklusive läkemedel) i fasta priser (procent)

	1963-69	1970-79	1980	1981	1982
Bruttonational-produkten	+ 4,1	+ 2,0	+ 1,9	- 0,7	- 0,1
Hälso- och sjukvårdskostnaderna	+ 7,1	+ 3,9	+ 4,0	+ 3,1	+ 2,0

Källa: Bengt Jönsson, Läkartidningen 30-31/1983



Figur 10 Bruttonationalprodukt (BNP) och sjukvårdskostnader 1970 – 1982. Fasta priser (index 1970=100). Källa: Bengt Jönsson, Läkartidningen 30-31/1983

De samlade sjukvårdskostnaderna (inklusive läkemedel) uppgår idag till ca 60 miljarder, vilket motsvarar närmare 10 procent av bruttonationalprodukten. År 1970 var den siffran 6,2 procent.

Dessa direkta sjukvårdskostnader motsvarar knappt en tredjedel av de totala kostnaderna i samhället för sjukdom. I dessa kostnader inräknas också kostnader för produktionsbortfall på grund av sjuklighet och dödlighet samt sjukersättningen.

Förslagen i denna rapport utgår från att sjukvården framöver tvingas anpassa sig till den samhällsekonomiska utvecklingen. Detta synsätt överensstämmer med tendenserna i landstingens ekonomiska långsiktsplanering (LKELP) under senare år.

Med hänsyn till att sjukvården är en viktig sysselsättningsfaktor är det emellertid troligt att sysselsättningsargumenten kommer att spela en stor roll i sjukvårdsplaneringen, inte minst när det gäller lokaliseringen av olika vårdenheter.

6.6 Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv

I jämförelse med andra länder har Sverige en hög sjukvårdskostnad, räknat som andel av bruttonationalprodukten (BNP). Ökningstakten under en senare del av 1970-talet var också hög (tabell 12).

Tabell 12 Sjukvårdskostnadernas andel av BNP

	År 1977 Procent	Förändring 1975–77 Procent
Sverige	9,8	+ 1,3
Västtyskland	9,2	– 0,2
USA	9,0	+ 0,4
Holland	8,2	+ 0,1
Frankrike	7,9	0,0
Australien	7,9	+ 0,9
Kanada	7,1	0,0
Schweiz	6,9	0,0
Italien	6,4	– 0,7
Storbritannien	5,2	– 0,3
		(genomsnitt = 0,15)

Källa: R Maxwell, Health and Wealth (1981)

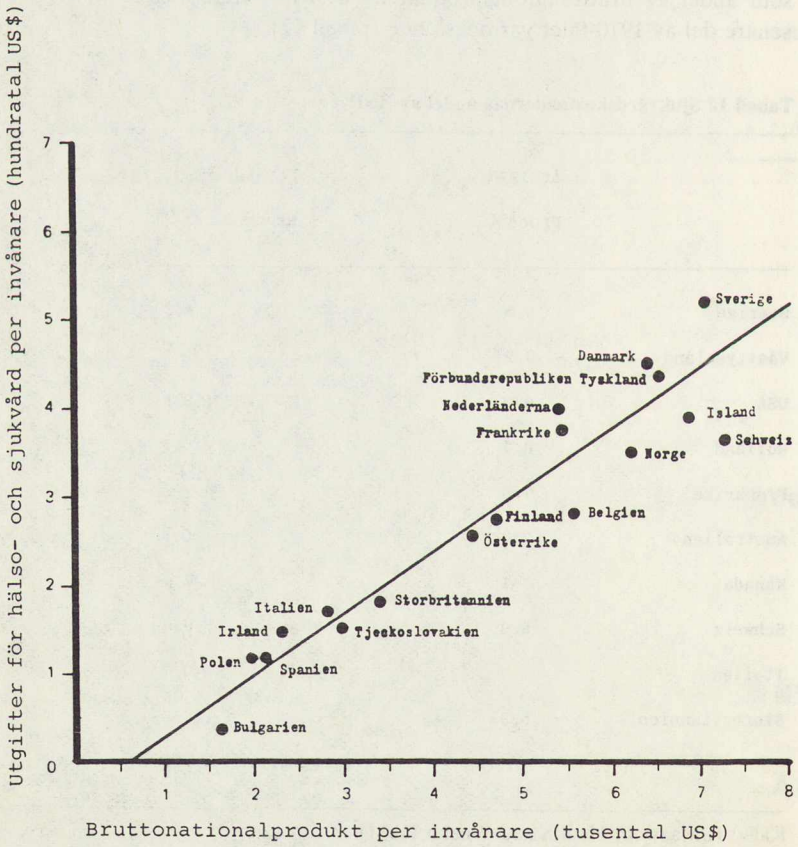
Hur tillförlitliga är dessa uppgifter? En viktig felkälla är att sjukvårdsbegreppet varierar. Verksamhet som i ett land kan ingå i sjukvårdens organisation kan i ett annat land tillhöra den sociala sektorn.

Väsentligen oberoende av dessa statistiska problem finns det ett mycket starkt samband mellan BNP och sjukvårdskostnader: Ju högre BNP desto högre sjukvårdskostnader (figur 11).

Den ekonomiska utvecklingen betraktas allmänt som den viktigaste förklaringen till skillnader i sjukvårdskostnad mellan olika länder.

En mycket stor del av de samlade sjukvårdsresurserna går i alla länder till den slutna vården. Därför är det av intresse att söka belysa skillnader i tillgången på vårdplatser, särskilt mot bakgrund av den oklara gränsen mellan sjukvård och social service.

Olika studier visar att Sverige vid sidan av Finland har flest vårdplatser, omkring 15 platser per 1 000 invånare. Även Norge har en hög siffra. Däremot har USA, England och Danmark ett mindre antal platser, mellan 7-10 platser per invånare. En del av skillnaden förklaras av att vissa vårduppgifter, främst inom äldreomsorgen, tillhör sjukvården i några länder och i andra den sociala sektorn. Detta belyses i det följande med hjälp av tillgängliga vårdplatsuppgifter från Danmark, Finland och Sverige.



Figur 11 Sambandet mellan hälso- och sjukvårdskostnaden och BNP för 18 utvalda länder i Europa. (BNP per invånare i 1000-tal US-dollar). Källa: Health services in Europe, WHO 1981

Som framgår av tabell 13 har Finland betydligt fler vårdplatser på sjukhus (exkl sjukhem/motsvarande) än Danmark och Sverige.

Förklaringen till Finlands höga siffra för vårdplatser vid sjukhus ligger först och främst i att berörda sjukhus har många långvårdsplatser. I Finland finns många små sjukhus (inom ramen för "folkhälsoarbetet", dvs primärvården), vilka i stor utsträckning svarar bl a för uppgifter som ligger på sjukhemmen i Sverige. I detta sammanhang bör nämnas att statsbidragssystemet i Finland har underlättat ubyggnad av sjukhusvården i jämförelse med vården och servicen inom den sociala sektorn. Systemet har ändrats från och med 1984.

I konsekvens med vårdplatsredovisningen i tabell 13 har Finland få vårdplatser på sjukhem. I Danmark finns inte sjukhem alls enligt traditionell svensk modell. Där finns istället inom den primärkommunala sociala sektorn institutioner, som kan sägas kombinera sjukhems- och servicehusfunktioner. Även Finland har sådana kombinerade institutioner inom ramen för den sociala verksamheten (tabell 14). I Danmark finns dessutom inom den sociala sektorn ett relativt stort antal s k skyddade bostäder för psykiskt störda personer, däremot inte servicehus (ålderdomshem).

Tabell 13 Antal vårdplatser på sjukhus (exkl sjukhem/motsv.)per 1 000 invånare (1981)

	Danmark	Finland	Sverige
Totalt antal vårdplatser	7,85	13,08	7,76
Därav inom:			
Internmedicin	2,42	3,30	2,23
Kirurgi	2,71	2,40	2,53
Psykiatri	2,00	4,10	2,51
Radioterapi	0,08	0,10	0,10
Rehabilitering	0,22	0,20	0,06
Kirurgi/medicin (odelad lasaretts-vård)	0,19	–	0,04
Övrigt (långvård)	0,23	2,97	0,30

Källa: NOMESKO, 1983

Tabell 14 Antal vårdplatser på sjukhem och servicehus (motsv) per 1 000 invånare 1981

	Danmark	Finland	Sverige
Vårdplatser, totalt	9,80	6,22	13,77
därav på:			
sjukhem för somatisk långtidsvård	-	0,16	5,90
sjukhem för psykiatrisk vård	0,31	-	0,99
sjukhem för särskilda sjukdomar (alkoholistvård)	0,15	-	-
kombinerade institutioner,	9,34	6,06	0,15
varav på			
sjukavdelning	-	-	0,04
annan avdelning	-	-	0,11
servicehus	-	-	6,73

Källa: NOMESKO, 1983

Finland har många små sjukhus. Detsamma gäller USA. I jämförelse med dessa två länder finns en påtaglig koncentration av sjukhusresurserna i Sverige, vilket delvis förklaras av långtidsvårdens organisation (tabell 15).

Vid sidan av dessa jämförelser av sjukvårdsresursernas strukturer kan det vara av värde att belysa andra dimensioner av sjukhusens organisation. I en undersökning vid två svenska länssjukhus har en forskare från Harvard, USA, studerat i första hand läkarnas roll i beslutsprocessen. De väsentligaste fynden i denna undersökning, som genomfördes 1983, är följande.

Tabell 15 Sjukhus för huvudsakligen somatisk vård i Finland, USA och Sverige 1980 (exklusive sjukhem/motsvarande)

Storlek	Finland		USA		Sverige	
(antal vårdplatser)	Abs	%	Abs	%	Abs	%
≤ 200	205	80,1	4 245	70,1	9	9,1
201 - 400	33	12,9	1 158	19,1	29	29,3
>400	18	7,0	654	10,8	61	61,6
Totalt	256	100	6 057	100	99	100

Källa: P-0 Brogren (1982)

De svenska sjukhusläkarna spelar en central roll i beslutsprocessen, såväl beträffande de strategiska politiska besluten som när det gäller administrativa och ekonomiska ställningstaganden i driften.

Följande fem faktorer är intressanta, särskilt med hänsyn till kraven på omstrukturering och omfördelning av hälso- och sjukvårdens resurser.

Personligt ansvar. Läkarna är angelägna om att göra ett bra arbete och känner ett personligt ansvar. De strävar efter att utföra ett bra arbete både i sina kollegers och i arbetsgivarens ögon. Mycket talar för att om landstingen tar sitt politiska ansvar i den långsiktiga planeringen så fullföljer läkarna plikttroget sitt arbete i den nya organisationen under förutsättning att det inte strider mot deras personliga integritet.

Yrkesstolthet. Läkarens yrkesstolthet är avgörande för deras starka engagemang. Denna stolthet i både administrativa och medicinska sammanhang borde enligt utredaren kunna utnyttjas när det gäller strävanden att förändra vårdens struktur. En förutsättning är emellertid att primärvården ges högre status bland sjukhusläkarna.

Återhållna krav på ny teknik. Jämfört med amerikanska förhållanden är det påfallande hur läkare vid svenska sjukhus avvaktar att ny medicinsk teknik har testats innan de anser att motsvarande resurser skall finnas inom det egna sjukhuset. Denna försiktighet kompletterad med de fördelar uppbyggnaden av vårt sjukvårdssystem har med regionsjukhus och länssjukhus tycks hindra införandet av osäkra medicinska teknologier och metoder.

Goodwill. Läkarna accepterar administrativa förändringar och är lojala mot övergripande hälsopolitiska mål. Denna lojalitet kan hänga samman med deras yrkesmässiga ansvar.

Begränsat intresse för klinikadministration. Det finns en tendens till en ökande brist på intresse för att engagera sig i klinikens administration. Denna attityd kan eventuellt förklaras av tidigare negativa erfarenheter av rationaliseringsförsök och konsekvenserna av en centraliserad administration.

Sammanfattningsvis konstaterar utredaren att fyra av dessa fem faktorer innehåller en klar positiv grund på vilken landstingen kan utveckla nya relationer med sina sjukhusläkare. "To the extent that these decision related incentives create a window of opportunity, for the creation of a successful strategy to transfer resources toward the primary care sector, these incentives are organisational strengths of the present health delivery system" (Saltman).

7 Utvecklingen inom den somatiska korttidsvården

7.1 Vårdplatser

Vårdplatsuppgifter i detta och följande kapitel är helt baserade på centralt tillgängliga data om antalet fastställda vårdplatser. Skälet härför är att det inte längre finns uppgifter om antalet disponibla vårdplatser på riksplanet. Skillnaderna mellan antalet fastställda och disponibla platser varierar beroende på sommarstängningarnas omfattning, 5-dygnsvård, reparationsarbete m m. En vanlig differens torde vara ca 10 procent. Det bör vidare observeras att vårdplatsernas fördelning på specialiteter helt har baserats på den formella klinikindelningen.

Den totala volymen vårdplatser inom somatisk korttidsvård var tämligen stationär under 60-talet. Mellan 1970 och 1982 har den successivt reducerats med ca 13 procent. Det är framför allt på gruppen icke opererande specialiteter (Medicinsk korttidsvård) som minskningen faller som framgår av tabell 16 (- 17 procent jämfört med 1970). I tabelluppgifterna har också inkluderats vårdplatser hos enskild huvudman/motsvarande. Vårdplatser för medicinsk rehabilitering redovisas i detta sammanhang under "medicinsk korttidsvård". Under rubriken övrig somatisk korttidsvård redovisas vårdplatser för allmän vård, konvalescentvård, platser vid intensivvårdsavdelning och intagningsavdelning samt tekniska platser. Uppgifterna specificeras i bilaga 3.1 och 3.2. Antalet sådana platser är betydande, drygt 5 000 respektive år – vilket motsvarar 10-15 procent av samtliga korttidsvårdplatser. Det är därför av vikt att platserna redovisas på ett enhetligt sätt för att möjliggöra jämförelser över tiden.

Av bilaga 3:2 framgår fördelningen av posten "Övrig somatisk korttidsvård" per sjukvårdsområde för åren 1980, 1981 och 1982 med specificering på en rad olika undergrupper. Som framgår av bilagan varierar resurstillgången på vissa punkter påtagligt mellan sjukvårdshuvudmännen.

Även om totalantalet vårdplatser inte har ändrats särskilt mycket visar tabellen att betydande förändringar har skett på verksamhetsområdesnivå under den senaste 20-årsperioden (tabell 16).

Betydande nedskärningar av vårdplatsantalet har genomförts inom lung- och infektionssjukvården, i första hand genom att nästan alla av de tidigare sanatorierna och fristående infektionssjukhusen lagts ned eller fått ändrad vårdinriktning. Flertalet övriga icke opererande specialiteter har framförallt under 1960-talet fått ett utökat antal vårdplatser. Medicinsk barnsjukvård och hud- och könssjukvård visar emellertid efter 1970 en

Tabell 16 Vårdplatsutveckling inom somatisk korttidsvård 1960-1982

Verksamhets-område/klinik	1960	1970	1975	1980	1981	1982
ICKE OPERERANDE SPEC (MEDICINSK KORTTIDSVÅRD) 1)	23 401	22 342	20 949 (678)	19 170 (727)	18 887 (714)	18 532 (700)
varav:						
Allm internmed 2)	9 167	10 673	10 908	10 659	10 130	9 858
Med barnsjukvård	2 328	2 631	2 561	2 348	2 274	2 089
Lungsjukvård	5 528	2 707	1 819	1 444	1 283	1 226
Infektionssjukvård	3 524	2 676	2 069	1 936	1 913	1 827
Reumatologi	1 191 3)	1 294 3)	357	405	407	386
Hud o könssjukvård	710	766	680	579	550	522
Neurologi	368	463	504	524	535	533
Med rehabilitering (inkl barnhab)	17	308	503	455	400	415
Allmän o gynekologisk radioterapi/onkologi	568	829	870	848	833	846
OPERERANDE SPEC (KIR KORTTIDSVÅRD) 1)	20 831	22 896	22 491 (83)	21 488 (227)	21 105 (83)	20 632 (83)
varav:						
Allmänkirurgi	10 204	10 368	9 576	8 685	8 584	8 387
Barnkirurgi	281	339	316	295	295	247
Ortopedisk kirurgi	1 896	2 410	2 566	2 920	2 912	2 874
Neurokirurgi	245	316	325	355	355	356
Thoraxkirurgi	274	315	315	274	255	233
Plastikkirurgi (inkl handkirurgi)	170	332	372	360	411	426
Urologisk kirurgi	86	417	418	640	630	640
Obstetrik	3 532	3 384	3 113	2 767	2 671	2 640
Gynekologi	1 836	2 494	2 724	2 660	2 592	2 490
Ögonsjukvård	876	975	1 037	971	961	949
Öron-, näs- och halssjukvård	1 431	1 546	1 502	1 357	1 303	1 250
ÖVRIG SOMATISK KORTTIDSVÅRD 4)	6 076	6 233	5 053	5 140	5 154	4 911
Totalt 4)	50 308 3)	51 476 3)	48 493	46 646	45 979	44 900

Uppgifterna i tabellen hänför sig till den formella klinikorganisationen.

[1]Uppgifterna inom parentes anger antalet vårdplatser i icke offentlig huvudmans regi

[2]Allmän internmedicin inkl allergologi, medicinsk njursjukvård, gastroenterologi, endokrinologi, kardiologi samt yrkesmedicin

[3]Inklusive Riksförsäkringsverkets sjukhus och de fristående reumatikersjukhusen

[4]Tekniska platser, platser vid intensivvårdsavdelning, intagningsavdelning och övriga tekniska platser, allmän vård, konvalescentvård vid lasarett och fristående konvalescenthem. För detaljinformation om vad som medtagits under denna rubrik se bilaga 3.1 och 3.2

Källa: Sjukhusens verksamhetsstatistik för åren 1960 och 1970 samt LKELP för åren 1975 och 1980 – 1982

successiv vårdplatsminskning. Mellan 1980 och 1982 har allmän internmedicin fått färre vårdplatser.

De opererande specialiteternas (Kirurgisk korttidsvård) totala vårdplatsantal ökade med cirka 10 procent under 1960-talet fram till 1970 för att därefter minska och 1982 vara på samma nivå som 1960 (- 11 procent jämfört med 1970). Betydande förskjutningar ses emellertid mellan olika specialiteter. Vårdplatsantalet inom allmänkirurgin har reducerats framförallt genom en överföring av frakturkirurgi från allmän till ortopedisk kirurgi. Den största procentuella ökningen svarar den urologiska kirurgin för. Även plastikkirurgi har fått betydligt utökade resurser, vilket också ses för gynekologi fram till mitten av 1970-talet.

Öron- näs- och halssjukvård visar en kontinuerlig vårdplatsminskning sedan 1970 (- 19 procent till 1982). Motsvarande gäller för förlossningsvården där samtidigt en betydande omstrukturering skett. I början av 1960-talet fanns drygt en tredjedel av förlossningsplatserna vid mindre enheter inom kirurgiska kliniker och vid sjukstugor utan egen läkare i ämnet. Motsvarande siffra var 1977 ca 12 procent och 1982 cirka 9 procent.

Radioterapi/onkologi fick väsentligt fler vårdplatser under 1960-talet jämfört med tidigare men har i stort sett bibehållit oförändrad nivå sedan 1970.

I gruppen övrig somatisk korttidsvård återfinns bland annat de odelade lasaretten. Dessa har till stor del omstrukturerats till sjukhem för somatisk långtidssjukvård under perioden. År 1960 fanns 28 odelade lasarett. I dag återstår inget. Fortfarande finns knappt 700 vårdplatser för allmän vård vid sjukhem, sjukstugor och vårdcentraler (bilaga 3.1 och 3.2).

I tabellerna 17 och 18 redovisas vårdplatsernas fördelning på sjukhustyp under perioden 1970 – 1982 för olika kliniker inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare har beräknats för de olika åren. Befolkningsrelaterade uppgifter för varje enskilt verksamhetsområde/klinik bör ses med försiktighet, då uppgifterna i vissa fall bygger på lågfrekventa tal och är starkt beroende av den lokala organisationen av korttidsjukvården.

Uppgifterna om antalet vårdplatser skiljer sig något mellan tabell 16, 17 och 18. Detta beror på att delvis olika källor har använts eftersom uppgifterna i tabell 17 och 18 kräver ett grundmaterial med fördelning per sjukhus. I tabell 16 ingår viss enskild vård i motsats till de övriga tabellerna. Skillnaderna mellan tabellerna är dock oftast små och påverkar inte i särskilt hög grad de iakttagna trenderna.

Som framgår av tabell 17 fanns 1982 cirka 53 procent av vårdplatserna inom allmän internmedicin vid länsdelssjukhusen. Endast länssjukhusen har ökat sitt vårdplatsantal medan såväl region- som länsdelssjukhus minskat sin vårdplatsvolym med 18 respektive 6 procent. Minskningen av vårdplatsantalet inom lungsjukvården kan nästan helt hänföras till länsdelssjukhus respektive fristående sjukhus för lungsjukvård, vilka lagts ner eller omstrukturerats (f.d sanatorier).

Förändringarna för övriga icke opererande specialiteter är skiftande. Inom såväl infektions- som barnsjukvård har region- och länssjukhusen stärkt sin ställning relativt sett. Inom hud- och könssjukvården har vårdplatserna reducerats nästan uteslutande vid regionsjukhusen.

Tabell 17 Antal fastställda vårdplatser vid kliniker inom medicinsk korttidsvård totalt och i relation till befolkningsunderlaget respektive fördelade på typ av sjukhus åren 1970, 1975, 1980 och 1982, jämte procentuell andel på olika sjukhustyper 1982

Klinik/ sjukhus-typ	1970 Antal	per 100'	1975 1) Antal	per 100'	1980 Antal	per 100'	1982 Antal	per 100'	% andel 1982
ALLMÄN INTERNMEDICIN									
SUMMA	10 376	128	10 633	130	10 078	121	9 858	118	100,0
Regionsjukhus	1 644				1 473		1 350		13,6
Länssjukhus	3 208				3 387		3 319		33,7
Länsdelssjh	5 524				5 218		5 189		52,6
Övr sjukhus	-				-		-		-
LUNGSJUKVÅRD									
SUMMA	2 707	(33)	2 007	(24)	1 444	(17)	1 226	(15)	100,0
Regionsjukhus	573 2)				611 2)		551 2)		44,9
Länssjukhus	716				558		541		44,1
Länsdelssjh	356				59		-		-
Övr sjukhus	1 062 7)				216 7)		134 7)		10,9
REUMATOLOGI 3)									
SUMMA	373	(4,6)	287	(3,5)	405	(4,9)	386	(4,6)	100,0
Regionsjukhus	325				242		263		68,1
Länssjukhus	48				89		123		31,9
Länsdelsjh	-				74		-		-
Övr sjukhus	-				- 3)		- 3)		-
NEUROLOGI									
SUMMA	463	(5,7)	504	(6,1)	524	(6,3)	533	(6,4)	100,0
Regionsjukhus	377				363		403		75,6
Länssjukhus	86				104		130		24,4
Länsdelssjh	-				57		-		-
Övr sjukhus	-				-		-		-
ÖVRIG INVÄRTES MEDICIN 6)									
SUMMA	297	..	233	..	581	..	580	..	100,0
Regionsjukhus	206				516		497		85,7
Länssjukhus	-				65		83		14,3
Länsdelssjh	91				-		-		-
Övr sjukhus	-				-		-		-
INFEKTIONSSJUKVÅRD									
SUMMA	2 676	(33,1)	2 079	(25,3)	1 936	(23,3)	1 827	(21,9)	100,0
Regionsjukhus	647				778		608	33,3	
Länssjukhus	1 396				1 066		1 021		55,9
Länsdelssjukh	633				92		198		10,8
Övr sjukhus	-				-		-		-
BARNMEDICIN									
SUMMA 5)	2 631	(156)	2 632	(155)	2 348	(145)	2 087	(133)	100,0
Regionsjukhus	917 4)		983 4)		887 4)		884 4)		42,4
Länssjukhus	1 287		1 276		1 120		1 035		49,6
Länsdelssjh	427		373		341		168		8,0
Övr sjukhus	-		-		-		-		-

Klinik/ sjukhus-typ	1970 Antal	per 100'	1975 1) Antal	per 100'	1980 Antal	per 100'	1982 Antal	per 100'	% andel 1982
HUD- OCH KÖNSSJUKVÅRD									
SUMMA	766	(9,5)	665	(8,1)	579	(7,0)	521	(6,3)	100,0
Regionsjukhus	466				285		261		50,1
Länssjukhus	246				251		232		44,5
Länsdelsjh	54				43		28		5,4
Övr sjukhus	-				-		-		-
ONKOLOGI									
SUMMA	829	(10,2)	870	(10,6)	848	(10,2)	846	(10,2)	100,0
Regionsjukhus	684				704		707		83,6
Länssjukhus	145				144		139		16,4
Länsdelssjh	-				-		-		-
Övr sjukhus	-				-		-		-
MEDICINSK KORTTIDSVÅRD 3)									
SUMMA	21 118	261	19 910	243	18 743	225	17 874	217	100,0
Regionsjukhus	5 839				5 859		5 524		30,9
Länssjukhus	7 132				6 784		6 633		37,2
Länsdelssjh	7 085				5 884		5 583		31,2
Övr sjukhus	1 062 7)				216 7)		134 7)		0,7

Kommentar: Uppgifterna om vårdplatser i tabellen är relaterade till den formella klinikindelningen, vilket styr redovisningen per verksamhetsområde. Om flera verksamhetsområden finns vid en medicin- eller kirurgklinik kan således alla vårdplatser redovisas som allmän internmedicin eller allmänkirurgi. Om å andra sidan en storklinik är formellt sektionerad torde vårdplatserna vanligen särredovisas per verksamhetsområde. Relatering till befolkningsunderlaget blir därför i vissa fall osäker. Av detta skäl har vissa verksamhetsområden redovisats gemensamt.

Platser för allmän vård, intensivvårds- och intagningsplatser, tekniska platser och vårdplatser för lättvård/konvalescentvård redovisas inte i tabellen. För uppgifter om sådan vård hänvisas till tabell 16 och bilaga 3.1 och 3.2.

[1]Uppdelning på sjukhustyp saknas
[2]Inklusive Renströmska sjukhuset, Göteborg
[3]Exklusive RFV:s sjukhus och de fristående reumatikersjukhusen
[4]Inklusive barnkliniken vid Östra sjukhuset i Göteborg, (tidigare Göteborgs barnsjukhus) samt S:t Görans barnkliniker, Stockholm
[5]Per 100 000 barn 0-14 år
[6]Allergologi, endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi och njurmedicin
[7]Fristående sjukhus för lungsjukvård (exklusive Renströmska sjukhuset)

Källa: 1970 och 1975 "Sjukhusens Verksamhetsstatistik", 1980 och 1982 LKELP

Inom hela den medicinska korttidsvården hade region- respektive länsdelssjukhusen i stort sett lika stor volym vårdplatser 1982 (cirka 31 procent vardera) medan länssjukhusens andel uppgick till 37 procent.

I jämförelse med 1970 är den totala vårdplatsminskningen vid region- och länssjukhusen tämligen liten (-5-7 procent) medan den största minskningen skett vid länsdelssjukhusen (-21 procent). Till detta kommer att medicinsk korttidsvård vid gruppen "övriga sjukhus" i stort sett upphört.

För den kirurgiska korttidsvården redovisas i tabell 18 A på motsvarande sätt utvecklingen av det fastställda antalet vårdplatser vid kliniker för allmän, ortopedisk respektive urologisk kirurgi under perioden 1970-1982 och i tabell 18 B motsvarande uppgifter för bland annat kvinnosjukvård, ögon-, öronnäs- och halssjukvård, övrig kirurgi respektive hela den kirurgiska korttidsvården.

Som framgår av tabell 18 A har de allmänkirurgiska klinikernas vårdplatsantal minskat under perioden såväl totalt som per 100 000 invånare, medan antalet vårdplatser vid ortopedkirurgiska och urologiska kliniker har ökat. Denna ökning uppväger emellertid inte minskningen inom allmän

Tabell 18 A Antal fastställda vårdplatser vid kliniker för allmän, ortopedisk respektive urologisk kirurgi samt totalt. Även med fördelning på olika typer av sjukhus och i relation till befolkningsunderlaget åren 1970, 1975, 1980 och 1982 jämte procentuell andel på olika sjukhustyper 1982

Kirurg-kliniker totalt	1970 antal	1970 per 100'	1975 antal	1975 per 100'	1980 antal	1980 per 100'	1982 antal	1982 per 100'	% andel
Allm kir	10 368	128,3	9 620	117,2	8 685	104,4	8 387	100,7	100
Regionsjh	1 362		1 482		1 302		1 273		15,2
Länssjh	3 160		2 770		2 540		2 469		29,4
"delssjh	5 846		5 368		4 843		4 645		55,4
Ortopedi 1)	2 410	29,8	2 802	34,1	2 920	35,1	2 874	34,5	100
Regionsjh 2)	988		989		886		870		30,3
Länssjh 3)	958		1 466		1 714		1 689		58,8
"delssjh 4)	464	1)	347		320		315		11,0
Urologi	417	5,2	418	5,1	640	7,7	640	7,7	100
Regionsjh	274		275		392		402		62,8
Länssjh	100		100		210		200		31,3
"delssjh	43		43		38		38		5,9
SUMMA	13 195	163,3	12 840	156,4	12 245	147,2	11 901	142,9	
Regionsjh	2 624		2 746		2 580		2 545		
Länssjh	4 218		4 336		4 464		4 358		
"delssjh	6 353		5 758		5 201		4 998		

1) Inklusive Apelvikens sjukhus (250 vårdplatser)

2) Inklusive Norrbackainstitutet och Eugeniahemmet (Stockholm)

3) Inklusive Sköldenborgsinstitutet (Helsingborg)

4) Inklusive Apelvikens sjukhus och Vanföreanstalten, Härnösand

Källa: En studie av allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi (Socialstyrelsens PM 52/8

kirurgi, vilket får till följd att det sammanlagda antalet vårdplatser såväl totalt som per 100 000 invånare minskat.

Över hälften av allmänkirurgins vårdplatser fanns 1982 vid länsdelssjukhusen, cirka 29 procent vid länssjukhusen och cirka 15 procent vid regionsjukhusen. Sedan 1970 har vårdplatsminskningarna nästan enbart skett vid länsdels- och länssjukhus. Inom ortopedisk kirurgi finns flest antal vårdplatser vid länssjukhusen, vilka ensamma svarat för expansionen medan urologisk kirurgi alltjämt har sin formella vårdplatstyngdpunkt vid regionsjukhusen. Genom att specialiteten urologisk kirurgi i allt högre grad etablerats inom länssjukvården under 70-talet, har detta medfört att den urologiska verksamheten har minskat inom allmänkirurgin. En del av länssjukvårdens ortopeder respektive urologer arbetar emellertid inom ramen för allmänkirurgiska kliniker, vilket medför att deras verksamhet formellt oftast redovisas under rubriken allmänkirurgi. Reellt är således vårdplatsförskjutningarna större än vad tabell 18 A visar.

Som framgår av tabell 18 B har antalet vårdplatser vid ögonkliniker varit i stort sett oförändrat under perioden. Antalet vårdplatser vid region- och länssjukhus har i stort sett varit stabilt medan länsdelssjukhusen visar en minskning beroende på nedläggning/omstrukturering av några mindre ögonkliniker. Öronklinikerna uppvisar ett kontinuerligt sjunkande vårdplatsantal (- 20 procent). Minskningen har varit starkast vid länsdelssjukhusen men i viss mån stark även vid länssjukhusen. Nya behandlingsmetoder har medfört att de genomsnittliga vårdtiderna har kunnat sänkas under 1970-talet.

Inom kvinnosjukvården uppvisar förlossningsvården ett kraftigt minskat antal vårdplatser. Detta beror väsentligen på nedläggning/omstrukturering av mindre förlossningsavdelningar vid länsdelssjukhus, sjukstugor och sjukhem. Regionsjukhusen visar en lätt minskning medan däremot länssjukhusen uppvisar tämligen oförändrat vårdplatsantal. Under slutet av 1970-talet har vidare antalet födda barn successivt minskat, vilket bidragit till att möjliggöra vårdplatsminskningen. Antalet vårdplatser för gynekologi var 1982 i stort sett oförändrat jämfört med 1970. Dock skedde en tillfällig ökning med cirka 10 procent under mitten av 1970-talet.

Övrig kirurgisk korttidsvård omfattar i huvudsak tämligen renodlade regionspecialiteter som neuro-, plastik-, thorax- och barnkirurgi. Även för dessa verksamhetsområden har en viss minskning av vårdplatsantalet skett – knappt 10 procent mellan 1970 och 1982.

Av tabell 18 B framgår att minskningen inom den kirurgiska korttidsvården totalt uppgår till cirka 11 procent under perioden 1970-1982. Till övervägande del faller minskningen på länsdelssjukhusen (-24 procent). Även regionsjukhusens vårdplatsvolym har reducerats (-8 procent). Länssjukhusen uppvisar däremot ett något ökat antal vårdplatser.

Tabell 18 B Antalet fastställda vårdplatser vid ögon-, öron- näs och halskliniker, kliniker för förlossningsvård, gynekologi m m samt totalantalet vårdplatser inom kirurgisk korttidsvård. Även med fördelning på typ av sjukhus och i relation till befolkningsunderlaget 1970, 1975, 1980 och 1982 jämte procentuell andel på olika sjukhustyper 1982.

Klinik	1970		1975		1980		1982		%
	antal	per 100' inv	antal	per 100' inv	antal	per 100' inv	antal	per 100' inv	andel 1982
ÖGON-SJUKVÅRD	975	12,1	1 035	12,6	971	11,7	947	11,4	100
Regionsjh	334		370		369		363		38,3
Länssjh	509		529		512		499		52,7
Länsdelssjh	132		136		90		85		9,0
ÖRON-NÄS- & HALS-SJUKVÅRD	1 546	19,1	1 485	18,0	1 357	16,3	1 244	14,9	100
Regionsjh	478		513		478		437		35,1
Länssjh	738		746		694		643		51,7
Länsdelssjh	330		226		185		164		13,2
GYNE-KOLOGI	2 490	30,8	2 720	33,1	2 660	32,0	2 498	30,0	100
Regionsjh	626		726		653		605		24,2
Länssjh	1 074		1 143		1 214		1 159		46,4
Länsdelssjh	790		851		793		734		29,4
FÖRLOSS-NINGSVÅRD	3 384	41,9	3 104	37,8	2 767	33,3	2 640	31,7	100
Regionsjh	601		630		549		534		20,2
Länssjh	1 131		1 186		1 187		1 145		43,4
Länsdelssjh	1 652		1 288		1 031		961		36,4
ÖVRIG 1) KIRURGISK KORTTIDS-VÅRD	1 302	16,1	1 328	16,2	1 284	15,4	1 186	14,2	100
Regionsjh	1 236		1 269		1 199		1 117		94,2
Länssjh	30		30		54		40		3,4
Länsdelssjh	36		29		31		29		2,4
TOTALT KIRURGISK KORTTIDSVÅRD	22 892	283,3	22 512	274,2	21 284	255,9	20 416	245,2	100
Regionsjh	5 899		6 254		5 828		5 431		26,6
Länssjh	7 700		7 970		8 125		7 921		38,8
Länsdelssjh	9 293		8 288		7 331		7 064		34,6

Uppgifterna i tabellen hänför sig till den formella klinikindelningen. Tekniska platser, platser för intensivvård och intagning mm ingår inte

1) Neuro-, thorax-, barnkirurgi och plastikkirurgi (inklusive handkirurgi)

Källa: AHS, LKELP

7.2 Vårdutnyttjande

I tabellerna 19-22 redovisas utvecklingen för vårdtillfällen, vårddagar, medelvårdtider och beläggningsprocent inom den somatiska korttidsvården för hela riket.

Tabell 19 ger en översikt av vårdtillfällen och vårddagar för medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård för perioden 1970 – 1982. Som framgår av denna har vårdtillfällena ökat och vårddagarna minskat kontinuerligt. Medicinsk korttidsvård har såväl absolut som relativt störst ökning av vårdtillfällena medan vårddagsförändringen i stort sett är av samma storleksordning för medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård.

Tabellerna 20, 21 och 22 visar förändringarna i antal vårddagar respektive vårdtillfällen per klinik/verksamhetsområde samt förändringen av medelvårdtider och beläggningsprocent.

Tabell 19 Förändringar av intagningar och vårddagar 1970-1982. Index 1982 (1970=100)

År	Vårdtillfällen Antal	Index (1970=100)	per 1000 invånare	Vårddagar Antal	Index (1970=100)	per 1000 invånare
MEDICINSK KORTTIDSVÅRD						
1970	441 882	100	55	5 762 585	100	713
1975	506 879	115	62	5 716 263	99	696
1980	550 130	124	66	5 419 700	94	651
1982	572 298	130	69	5 331 200	93	640
KIRURGISK KORTTIDSVÅRD						
1970	706 929	100	87	6 063 700	100	750
1975	726 722	103	89	5 987 680	99	729
1980	742 468	105	89	5 680 900	94	683
1982	754 607	107	91	5 541 400	91	665

Källa: Sjukhusens Verksamhetsstatistik, LKELP

Tabell 20 Antal vårddagar (1000-tal) 1970, 1975, 1980 och 1982 vid kliniker för medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård m m jämte index 1982

Klinik/ specialitet	År 1970	1975	1980	1982	Index 1982 (1970=100)
MEDICINSK KORTTIDSVÅRD					
Allmän internmedicin	3 135,8	3 447,2	3 310,0	3 297,9	105
Lungmedicin	670,2	485,1	358,7	328,7	49
Reumatologi 2)	84,5	73,5	91,2	98,8	117
Neurologi	133,9	150,8	156,4	159,4	119
Övr invärtes medicin 1)	89,6	70,0	171,3	172,0	192
(Summa invärtes medicin)	(4 113,9)	(4 226,6)	(4 087,6)	(4 056,8)	(99)

Klinik/ specialitet	År 1970	1975	1980	1982	Index 1982 (1970= 100)
Infektionssjukvård	569,1	517,6	478,7	461,5	81
Barnmedicin	659,0	569,6	491,2	462,8	70
Hud- och könssjukvård	188,0	167,4	140,7	131,7	70
Onkologi	232,4	235,1	221,5	218,7	94
Summa medicinsk korttidsv	5 762,6	5 716,3	5 419,7	5 331,2	92
KIRURGISK KORTTIDSVÅRD					
Allmän kirurgi	2 904,0	2 747,0	2 477,9	2 441,0	84
Ortopedisk kirurgi	660,0	698,0	822,9	834,0	127
Urologisk kirurgi	116,0	117,0	166,9	176,4	152
Thoraxkirurgi			66,7	57,8	
Neurokirurgi			94,1	96,4	
Barnkirurgi	275,3	349,1	67,0	63,3	116
Plastikkir (inkl handkir)			103,1	103,1	
Gyn o förlossningsvård	1 522,7	1 502,2	1 366,9	1 270,5	83
Ögonsjukvård	248,9	255,7	232,3	217,8	88
Öron-näs o halssjukvård	336,8	318,6	283,1	281,1	83
Summa kir korttidsvård	6 063,7	5 987,7	5 680,9	5 541,4	91
ÖVRIG KORTTIDSVÅRD					
Allmän vård	453,0	269,4	231,6	204,6	45
Med rehab (inkl barnhab)	106,3	136,7	113,6	113,4	107
Lättvård	381,2	432,0	307,9	346,1	91
Akut o intagningsavd	–		16,4	15,8	–
Ej klinikfördelad		21,4			
Intensivvård	–		–	–	–
Summa övrig korttidsvård	940,5	859,5	746,4	679,9	79

1) Njurmedicin, allergologi, gastroenterologi, kardiologi, endokrinologi

2) Exklusive Riksförsäkringsverkets sjukhus och fristående reumatikersjukhus

Källa: Sjukhusens Verksamhetsstatistik 1970 och 1975 (socialstyrelsen), LKELP 1980 och 1982 och grundmaterial till dessa publikationer

Tabell 21 Antal vårdtillfällen 1970, 1975, 1980 och 1982 vid kliniker för medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård m m jämte index 1982

Klinik specialitet	År 1970	1975	1980	1982	Index 1982 (1970=100)
MEDICINSK KORTTIDSVÅRD					
Allmän internmedicin	253 924	286 878	302 548	318 632	125
Lungmedicin	19 710	21 756	24 772	26 305	133
Reumatologi 2)	2 203	2 761	4 619	5 382	244
Neurologi	7 950	9 586	11 251	13 062	164
Övr inv medicin 1)	10 089	13 048	20 455	24 415	242
Summa invärtes medicin	(293 876)	(334 029)	(363 645)	(387 796)	(132)
Infektionssjukvård	41 220	45 674	44 175	44 595	108
Barnmedicin	79 292	94 066	103 313	101 211	128
Hud- och könssjukvård	8 671	8 837	7 621	7 220	83
Onkologi	18 823	24 273	31 376	31 476	167
Summa medicinsk korttidsvård	441 882	506 879	550 130	572 298	130
KIRURGISK KORTTIDSVÅRD					
Allmän kirurgi	291 000	294 800	287 967	296 663	102
Ortopedisk kirurgi	46 100	54 000	71 836	78 771	171
Urologisk kirurgi	10 600	11 800	20 121	22 598	213
Thoraxkirurgi			6 235	5 667	
Neurokirurgi			8 023	8 544	
Barnkirurgi	27 535	35 482	13 015	13 100	153
Plastikkir (inkl handkir)			14 076	14 463	
Gyn o förlossningsvård	233 379	236 635	227 001	217 746	93
Ögonsjukvård	27 134	30 392	33 990	35 456	131
Öron-näs- o halssjukvård	71 181	63 613	60 204	61 603	87
Summa kirurgisk korttidsvård	706 929	726 722	742 468	754 607	107
ÖVRIG KORTTIDSVÅRD					
Allmän vård	26 987	15 978	12 425	12 518	46
Med rehab (inkl barnhab)	3 435	4 012	3 802	3 580	104
Lättvård	23 288	23 823	15 026	17 731	76
Akut o intagningsavd	–		8 688	13 321	–
Ej klinikfördelad		13 975			
Intensivvård	–		–	–	–
Summa övrig korttidsvård	53 710	57 788	39 941	47 150	91

1) Njurmedicin, allergologi, gastroenterologi, kardiologi, endokrinologi

2) Exkl Riksförsäkringsverkets sjukhus och fristående reumatikersjukhus

Källa: Sjukhusens Verksamhetsstatistik 1970 och 1975 (socialstyrelsen), LKELP 1980 och 1982 och grundmaterial till dessa publikationer

Tabell 22 Medelvårdtid och beläggningsprocent 1970, 1975, 1980 och 1982 för kliniker inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård m m.

Klinik specialitet	MEDELVÅRDTID (dagar) År 1970	1975	1980	1982	BELÄGGNINGSPROCENT År 1970 3)	1975 2)	1980 2)	1982 2)
MEDICINSK KORTTIDSVÅRD								
Allmän internmedicin	12,4	12,0	10,9	10,4	88,5	89,7	91,6	
Lungmedicin	33,4	22,3	14,5	12,5	67,0	68,1	73,5	
Reumatologi 1)	38,4	26,6	19,7	18,4	74,5	61,7	70,1	
Neurologi	16,8	15,7	13,9	12,2	82,1	81,8	81,9	
Infektionssjukvård	13,8	11,3	10,8	10,3	67,2	67,7	69,2	
Barnmedicin	8,3	6,1	4,8	4,6	54,9	57,3	60,7	
Hud- och könssjukvård	21,7	18,9	18,5	18,2	68,3	66,6	69,1	
Onkologi	12,3	9,6	7,1	6,9	72,9	71,6	70,8	
MEDICINSK KORTTIDSVÅRD I GENOMSNITT	13,0	11,3	9,9	9,4	78,3	79,0	81,7	
KIRURGISK KORTTIDSVÅRD								
Allmän kirurgi	9,9	9,3	8,6	8,3	77,3	78,0	79,6	
Ortopedisk kirurgi	14,3	12,9	11,5	10,6	77,9	77,2	79,5	
Urologisk kirurgi	11,0	9,9	8,3	7,8	72,9	71,4	75,5	
Neurokirurgi		15,0	11,7	11,3	75,0	72,6	74,2	
Thoraxkirurgi	10,5	11,9	10,7	10,2	66,1	66,7	68,0	
Plastikkirurgi		8,4	8,3	8,1	64,7	64,5	65,2	
Barnkirurgi		5,8	5,1	4,8	65,6	62,2	70,2	
Gynekologi	6,5	5,7	5,5	5,3	63,4	63,2	62,9	
Förlossningsvård		6,9	6,5	6,4	72,5	74,6	72,2	
Ögonsjukvård	9,2	8,4	6,8	6,2	65,1	65,5	63,0	
Öron-näs- och halssjukv	4,7	5,0	4,7	4,6	58,9	57,2	61,8	
KIRURGISK KORTTIDSVÅRD I GENOMSNITT	8,6	8,2	7,7	7,3	72,5	72,7	73,9	
ALLMÄN VÅRD	16,8	16,9	18,6	16,3	78,4	76,7	82,7	
Ej klinikfördelad vård (lättvård, konvalescentvård)	16,4	21,7	20,5	19,5	66,2	61,0	79,5	
MEDICINSK REHABILITERING	30,9	34,1	29,9	31,7	63,0	68,4	74,9	

1) Exklusive Riksförsäkringsverkets sjukhus och fristående reumatikersjukhus

2) Beräknat på antal fastställda vårdplatser

3) Uppgift för 1970 är i grundmaterialet beräknad på antalet i genomsnitt beläggningsbara vårdplatser och har därför utelämnats pga bristande jämförbarhet

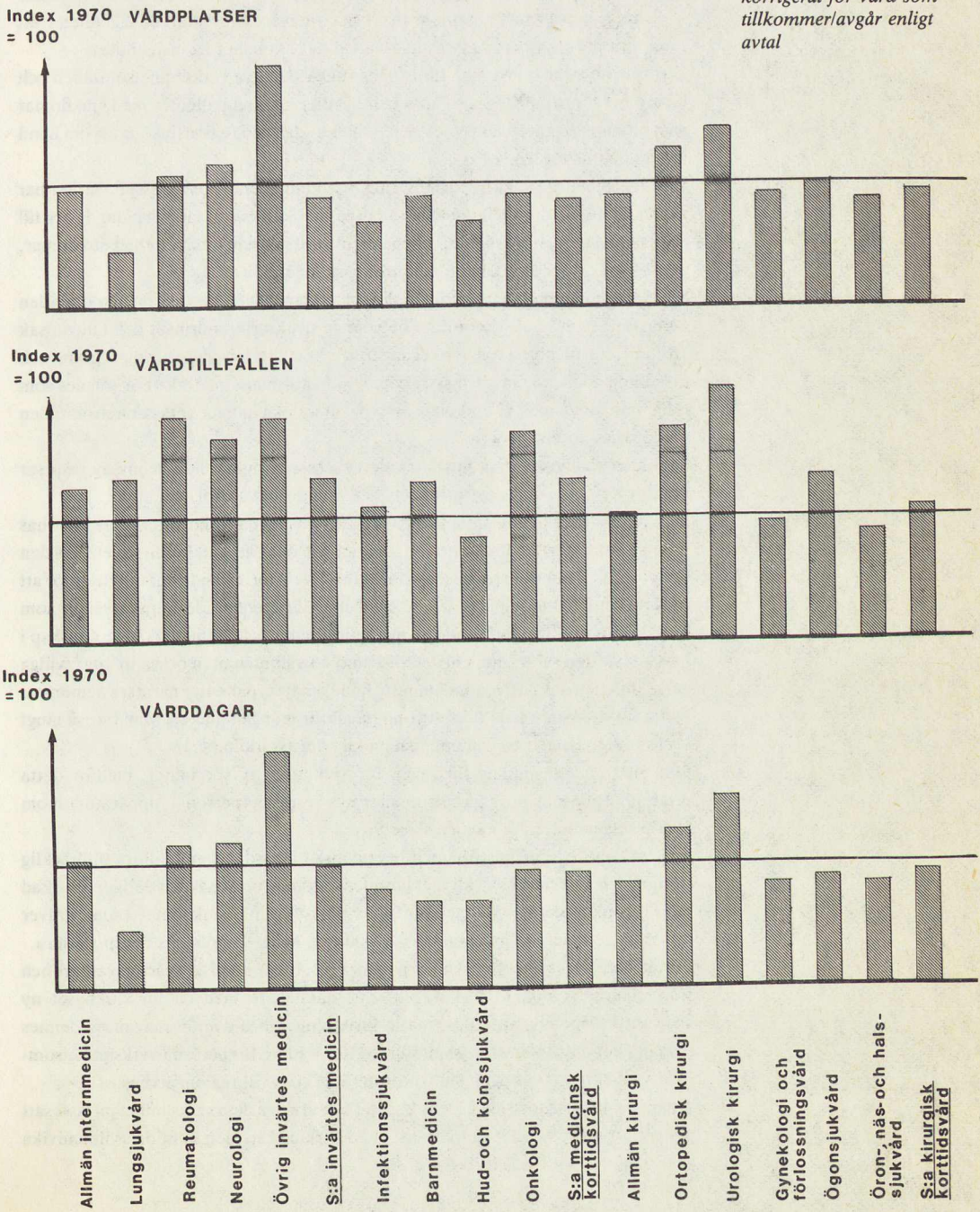
Källa: Sjukhusens Verksamhetsstatistik (socialstyrelsen) år 1970 och 1975, LKELP 1980 och 1982 och grundmaterial till dessa publikationer

Tabellerna bekräftar den generella trenden att vårdtillfällena ökar samtidigt som vårddagar och medelvårdtider minskar inom flertalet specialiteter. Vårddagsminskningen är i regel tämligen väl korrelerad till vårdplatsförändringarna. I vissa fall ses för vårdtillfällena anmärkningsvärt stora ökningar då 1982 jämförs med 1970 med åtföljande drastiska minskningar av medelvårdtiderna. Exempel härpå finns inom lungmedicin, reumatologi, barnmedicin, onkologi, neurokirurgi och ögonsjukvård. Beläggningsprocenten på de formellt fastställda vårdplatserna för åren 1975, 1980 och 1982 visar en totalt sett god stabilitet. En del specialiteter visar en svag ökning. Endast för ögonsjukvård kan noteras en mindre minskning.

Antalet läkarbesök 1973 respektive 1982 dels vid dels utanför sjukhus har redovisats i tabell 8 i kapitel 6.

En översiktlig sammanfattning av utvecklingen per verksamhetsområde avseende såväl vårdplatser, vårdtillfällen och vårddagar för perioden 1970 – 1982 görs i figur 12. Det finns ett tydligt samband mellan vårdplats- och vårddagsförändringarna medan däremot mönstret för vårdtillfällen är avvikande. Med få undantag ökar vårdtillfällena trots vårdplatsminskningarna – i vissa fall påtagligt som nämnts ovan.

Figur 12 Förändringen av antalet fastställda vårdplatser, vårdtillfällen och vårddagar mellan åren 1970 – 1982. Index 1982 (1970=100). Ej korrigerat för vård som tillkommer/avgår enligt avtal



7.3 Regionsjukvård

Denna fråga uppmärksammades utförligt av den senaste regionsjukvårdsutredningen. Ur huvudbetänkandet "Regionsjukvården", SOU 1978:70 sidorna 107-109 hämtas följande citat:

"Urvalet av patienter som remitteras till regionsjukvård är beroende av den remitterande läkarens kompetens, erfarenhet och bedömning samt de resurser i form av konsultationsmöjligheter hos annan specialist, laboratorier och teknisk utrustning m m som finns inom det egna sjukvårdsområdet. Benägenhetet att remittera påverkas även av resurserna vid det aktuella regionsjukhuset.

Om sjukvårdshuvudmännen tillför länssjukvården nya verksamhetsområden och läkare med fördjupade kunskaper och profilering, kan patienter med sjukdomar som tidigare diagnostiserats och behandlats endast vid regionsjukhus tas om hand inom länssjukvården.

En utveckling mot ökad specialisering och kompetens inom länssjukvården har pågått länge. Under 1970-talet har sådan resursökning varit särskilt påtaglig och till följd härav har behovet av sluten regionsjukvård minskat inom t ex hudsjukdomar, neurologi, ortopedisk kirurgi och urologisk kirurgi.

Sjukvårdshuvudmännens hittills redovisade planer uttrycker på många områden en fortsatt strävan att genomföra betydande strukturförändringar och i huvudsak ansluter sig planerna till tankegångarna i socialstyrelsens principprogram och utredning angående medicinsk service. Sjukvårdsplanerna redovisar således som tidigare nämnts med få undantag en strävan att öka antalet verksamhetsområden vid länssjukhusen.

Samtidigt redovisar vissa huvudmän ett successivt minskande behov av resurser utanför det egna sjukvårdsområdet, t ex regionsjukvårdsplatser.

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. Införande av nya specialiteter och därmed ökande kunskap i länssjukvården syftar inte enbart till att höja kvaliteten utan också till att utvidga verksamheten och därigenom kunna ta hand om flera patienter närmare hemorten. Detta får dock inte leda till splittring på alltför många kliniker. Man bör så långt som möjligt eftersträva sammanhållna kliniker (storkliniker).

Om man på ett sjukhus för in en för sjukhuset ny specialitet, medför detta erfarenhetsmässigt krav på ökade eller nya resurser (personal, apparatur) inom sjukhusets enheter för medicinsk service.

Låg frekvens av diagnostiska och terapeutiska åtgärder kan medföra otillräcklig träning och avtagande skicklighet hos medverkande personal och därigenom ökad risk för patienterna. Behandlingen av lågfrekventa sjukdomar, som kräver särskilda resurser, är av ekonomiska skäl inte heller lämplig att decentralisera.

För att inte verksamheten skall expandera på ett ekonomiskt svårförsvarbart och från säkerhetssynpunkt diskutabelt sätt, när läkare med en för sjukhuset ny specialistkompetens anställes, måste inriktningen och avgränsningen av dennes verksamhet noga planeras i samråd med företrädare för berörda verksamhetsområden såväl inom det egna sjukvårdsområdet som vid regionsjukhus.

Om man vill öka länssjukvårdens kvalitet och utvidga dess verksamhet på visst sätt genom att tillföra den mer specialiserad läkarkunskap men samtidigt vill undvika

en expansion av verksamheten utöver avsedda gränser, måste åtgärder av olika slag vidtagas. Åtgärderna kan avse bl a sjukhusens inre organisation, läkarnas utbildning och sättet att formulera kraven på deras kompetens eller formerna för samverkan mellan länssjukvård och regionsjukvård.

Vad gäller sjukhusens inre organisation har förutsättningarna ändrats genomgripande från 1958 års regionvårdsutredning genom nya texter i sjukvårdslagen avseende klinikernas läkare. Eftersom varje klinik enligt tidigare lagstiftning fick ha endast en överläkare, var i princip klinik och specialitet samma sak. Om inte en ny klinik inrättades kunde en ny specialitet formellt inte tillföras sjukhuset. Vid 1960 års beslut om regionsjukvård betraktades därför inrättande av nya kliniker som det huvudsakliga styrinstrument.

Enligt numera gällande bestämmelser (proposition nr 42 år 1970) kan en klinik ha flera överläkare och biträdande överläkare med specialistkompetens inom samma eller angränsande medicinska verksamhetsområden. Två eller fler självständiga kliniker i stället för en sammanslagen klinik medför ofta större resursåtgång eftersom dubblering av personal och utrustning i viss utsträckning är ofrånkomlig. Utnyttjande av möjligheten att inrätta läkartjänster med olika specialistkompetens inom samma klinik kan därför vara ett sätt att begränsa resursåtgången. Inom vissa verksamhetsområden är omfattningen av arbetsuppgifter, som lämpligen bör utföras inom länssjukvården, inte alltid så stor att läkare kan få full sysselsättning med dessa. Om man ändock anställer läkare för att tillföra sjukhuset ökade kunskaper inom området, uppstår ett tryck att utvidga verksamheten.I sådana fall bör sjukhuset i stället tillföras motsvarande ökade kunskaper antingen i form av tilläggsutbildning hos en eller flera läkare med ett bredare specialistområde eller genom anlitande av konsultläkare.

Den utveckling av länssjukvården mot en ökad förekomst av olika specialistläkare som länge pågått – enligt vad som framgår av avsnitt 3.1 – och vars fortsättning förordas av HS 80 är enligt regionsjukvårdsutredningens uppfattning en realitet som man måste räkna med och inte har anledning att motsätta sig. HS 80:s program för länssjukvården ingick därför i de direktiv som utredningen gav RIA.

De risker för överdrifter som kan ligga i en sådan utveckling kan motverkas genom en effektiv samverkan mellan länssjukvård och regionsjukvård.

Länssjukvården kommer inte att bli likformigt utbyggd i alla sjukvårdsområden bl a på grund av skillnader i befolkningens antal, sammansättning och bosättning. Regionsjukvårdens omfattning måste därför också komma att variera. Hur arbetsuppgifterna lämpligen skall fördelas mellan regionsjukvården och länssjukvården bör överenskommas mellan berörda sjukvårdshuvudmän inom regionen som en följd av samordnad planering.

Sjukvårdshuvudmännens beslut om resurstilldelning till såväl regionsjukvård som länssjukvård i de olika sjukvårdsområdena bör ske på grundval av sådan överenskommen arbetsfördelning. Behovet av avancerad och dyrbar utrustning kan då invägas i bedömningen av lämplig arbetsfördelning och anskaffningen rättas efter detta. Onödig dubblering av dyrbar utrustning – ofta med kort livslängd – kan på detta sätt undvikas. Motsvarande gäller även anskaffande respektive utbildning av personal för åtgärder som kräver särskild kunskap och träning.

I det föregående har framhållits att olika verksamheter hänger samman, den ena förutsätter den andra. Ny klinisk verksamhet kräver ofta nya resurser inom olika serviceenheter eller helt nya enheter. Sambanden innebär också att ett sjukhus som redan har en mångsidig verksamhet ofta kan börja verksamhet inom nya

områden med relativt små resurstillskott. I detta sammanhang bör dock beaktas de problem som alltför stora sjukhus innebär från organisatoriska och psykologiska synpunkter. Som närmare utvecklas i avsnitt 4.3 kan borttagandet av en redan etablerad verksamhet vid ett sjukhus innebära svåra följdverkningar för annan verksamhet. Alla förändringar av ett sjukhus verksamhetsområden måste därför noga övervägas med hänsyn till de totala konsekvenserna, inte bara beträffande resursbehov utan även i fråga om vårdkvalitet.

Arbetsfördelningen mellan länssjukhus och regionsjukhus måste i varje region avstämmas mot denna bakgrund."

På grundval av utredningens förslag har det införts en lagfäst skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att samverka i planeringen av regionsjukvården.

Regionala samverkansnämnder har tillsatts i enlighet med utredningens förslag. Såväl formella som reella förutsättningar finns eller kommer att finnas för en samordnad planering och resursutveckling och därpå grundad arbetsfördelning inom regionerna.

Utvecklingen av den slutna regionsjukvården enligt regionsjukvårdsavtal och utomlänsavtalets specialistremissdel under perioden 1972 – 1982 framgår av tabell 23.

Regionsjukvårdsutredningen bedömde att den slutna regionsjukvården totalt sett skulle minska i måttlig grad, framförallt betingat av den snabba resurstillväxten i form av fler specialister och förstärkt medicinsk service inom länssjukvården under mitten och andra hälften av 1970-talet.

Tabell 23 visar emellertid på i stort oförändrade förhållanden under denna tid. Med beaktande av de fortskridande medelvårdtidsminskningarna talar data i tabellen närmast för en ökning av antalet remitterade patienter.

Utvecklingen på verksamhetsområdesnivå är självfallet mycket växlande jämfört med totalsiffrorna. En detaljerad kartläggning gjordes i anslutning till regionsjukvårdsutredningen i mitten av 1970-talet, vilken upprepades

Tabell 23 Antal vårddagar enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel 1972 – 1982

År	Regionsjuk-sjukvårds-avtal	Index (1972=100)	Utomläns-avtalets specialist-remissdel Absoluta tal	Index (1972=100)	Summa	Index (1972=100)
1972	283 455	100	261 690	100	545 145	100
1973	281 058	99	245 276	94	526 334	97
1974	308 171	109	255 593	98	563 764	103
1975	307 502	108	253 288	97	560 790	103
1976	305 935	108	262 942	100	568 877	104
1977	301 376	106	268 212	102	569 588	104
1978	301 352	106	258 197	99	559 549	103
1979	303 714	107	260 392	100	564 106	103
1980	305 629	108	265 743	102	571 372	105
1981	299 711	106	262 020	100	561 731	103
1982	296 575	105	266 882	102	563 457	103

under 1981. I tabell 24 har data på verksamhetsområdesnivå sammanställts för år 1975 respektive 1981. Störst ökning visar gynekologisk onkologi, handkirurgi och allmänkirurgi varefter följer obstetrik och gynekologi samt neurologi. Även allmän internmedicin har meddelat en större volym

Tabell 24 Region- och utomlänsvårdens 1) omfattning i form av antal vårddagar respektive andel av totalproduktion inom olika medicinska verksamhetsområden 1975 respektive 1981.

Medicinskt verksamhets-område/ specialitet	Antal vårddagar 1) 1975	1981	Index 1981 (1975=100)	I procent av det totala antalet producerade vårddagar 1975	1981
MEDICINSK KORTTIDSVÅRD					
Allmän internmedicin	32 711	36 396	111		
Kardiologi	11 597	10 887	94	1,8	1,9
Njurmedicin	16 884	14 922	88		
Neurologi	24 692	30 032	122	16	20
Lungsjukvård	10 678	11 191	105	2,2	3,5
Reumatologi 3)	13 665	10 880	80	15	12
Infektionssjukv	5 317	4 943	93	1,0	1,1
Barnmedicin	27 233	25 693	94	4,8	5,3
Hud- o könssjukv	13 145	12 715	97	8	9
Onkologi, allmän	73 308	63 342	86	40	43
Onkologi, gyn	20 182	33 180	164		
KIRURGISK KORTTIDSVÅRD					
Allmän kirurgi 2)	35 335	47 060	133	1,2	1,9
(varav njurtranspl)	(5 240)	(9 440)			
Ortopedisk kirurgi	23 342	18 622	80	3,5	2,2
Neurokirurgi	48 175	46 936	97	51	51
Thoraxkirurgi	36 188	35 038	97	44	53
Plastikkirurgi	46 381	37 887	82	50	45
Urologisk kirurgi	22 563	19 659	87	19	11
Barnkirurgi	24 321	19 882	82	32	31
Handkirurgi	3 471	5 599	161	5)	5)
Förlossningsv	2 621	3 148	120	0,3	0,4
Gynekologi	4 123	5 334	129	0,6	0,9
Ögonsjukvård	11 119	11 497	103	4,3	5,1
Öron-näs-halssjukv	26 093	27 261	104	8	9
ÖVRIG VÅRD					
Långtidssjukvård		421			
Rehabilitering 4)	24 935	22 098	89	22	21
Allmän psykiatri	1 491	5 762	386		
Barn- o ungdomspsyk	1 220	1 311	107		
Intensivvård		35			
TOTALT	560 790	561 731	100		

1) Enligt regionsjukvårdsavtal och utomlänsavtalets specialistremissdel

2) Inklusive njurtransplantationer

3) Exklusive fristående reumatikersjukhus och RFV:s sjukhus.

4) Inklusive habilitering

5) Uppgift saknas

Källa: Regionsjukvårdsutredningen 1975, och "sammanställning av avtalsreglerad specialistvård efter specialitet 1981" (Landstingsförbundet)

vårddagar för 1981. Väsentligt minskad region-/utomlänsvård registreras för ortopedisk kirurgi, barnkirurgi, plastikkirurgi och reumatologi men även för njurmedicin, allmän onkologi och urologisk kirurgi ses en tydlig minskning av antalet meddelade vårddagar. Förändringarna för övriga specialiteter är begränsade.

De stora överraskningarna är allmänkirurgins och neurologins ökade regionsjukvård, vilket är tvärtemot såväl regionsjukvårdsutredningens som medverkande experters (inklusive aktuell RIA-expertgrupp) bedömningar. Ytterligare undantag är hud- och könssjukvård, som inte minskat alls respektive obstetrik och gynekologi, som uppvisar en icke förutsedd ökning. Den allmänna onkologins minskning avviker likaså från vad som förutsågs i regionsjukvårdsutredningen. I förhållande till utredningens konklusioner är utvecklingen på verksamhetsområdesnivå i övrigt tämligen väl sammanfallande.

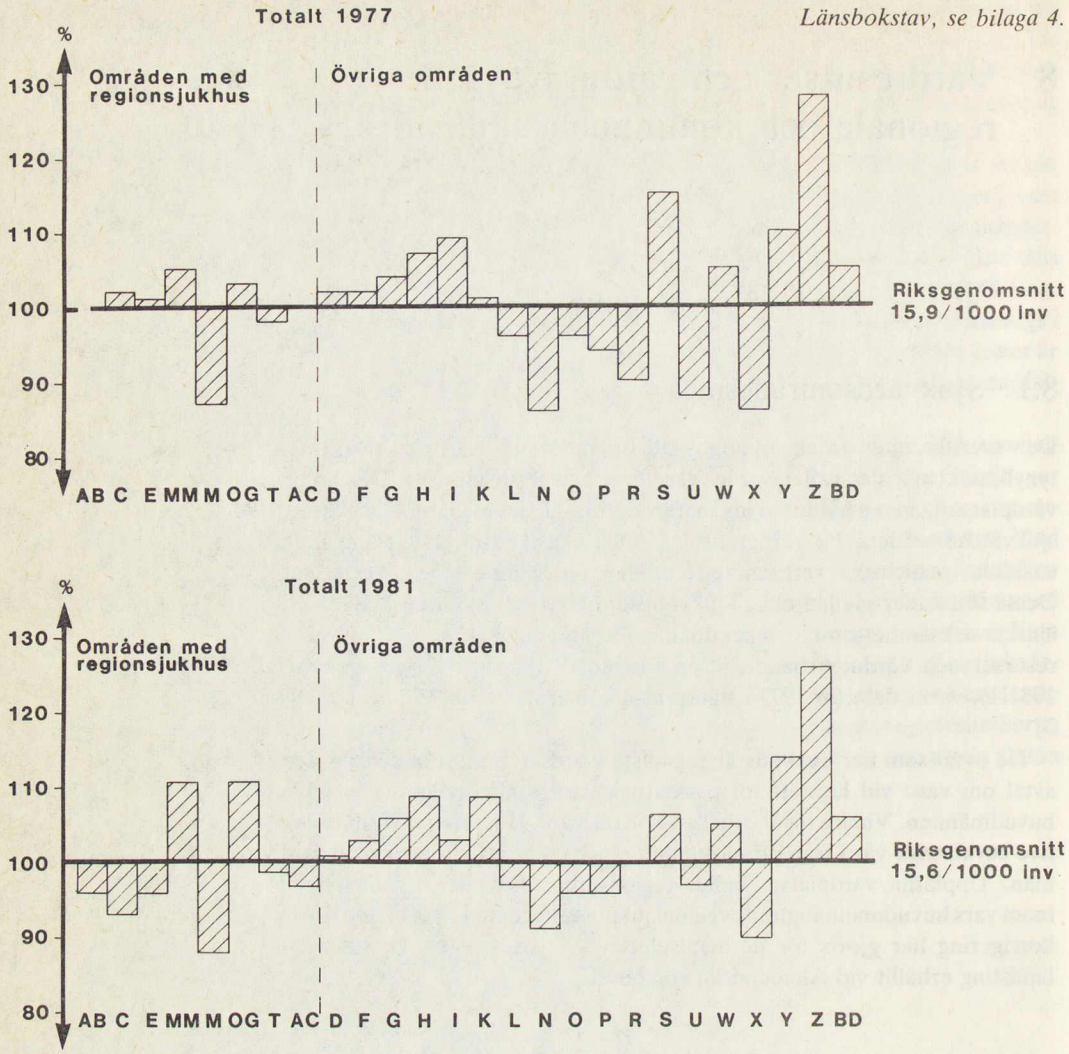
Frånsett de renodlade regionspecialiteterna är den avtalsreglerade specialistremissvårdens andel av den totala volymen producerade vårddagar genomgående liten. Eftersom regionsjukvårdshuvudmännens egen regionvård inte registreras bör data i tabellen 24 emellertid tolkas försiktigt. Med hänsyn till befolkningsunderlagets storlek för den avtalsreglerade vården kan den totala regionsjukvården bedömas vara nästan den dubbla jämfört med tabellens uppgifter. Även om regionsjukvården i många specialiteter är liten jämfört med totalvolymen vårddagar bör det observeras att regionsjukvården bara ges vid ett fåtal sjukhus i landet och i många fall är av betydande omfattning vid dessas kliniker. Vid t ex de allmänkirurgiska regionklinikerna kan regionvården beräknas omfatta nästan en fjärdedel av den totala slutna vården.

8 Vårdresurser och vårdutnyttjande – regionala och kommunala skillnader

8.1 Sjukvårdsområdesnivå

Den svenska sjukvården är uppbyggd på varierande sätt och med olika tyngdpunkt när det gäller val av vårdform och resursinsatser. Den totala vårdplatstillgången per tusen invånare varierar således mellan 14-20 i landets sjukvårdsområden. På vårdgrensnivå finns likaså stora skillnader. Inom enskilda medicinska verksamhetsområden finns ännu större avvikelser. Dessa skillnader mellan olika sjukvårdsområden och inom enskilda medicinska verksamhetsområden har dokumenterats i publikationen "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande – en förstudie" (Socialstyrelsen redovisar 1981:1), varur data för 1977 i figurerna 13-16 är hämtade. (Se även bilaga 3)

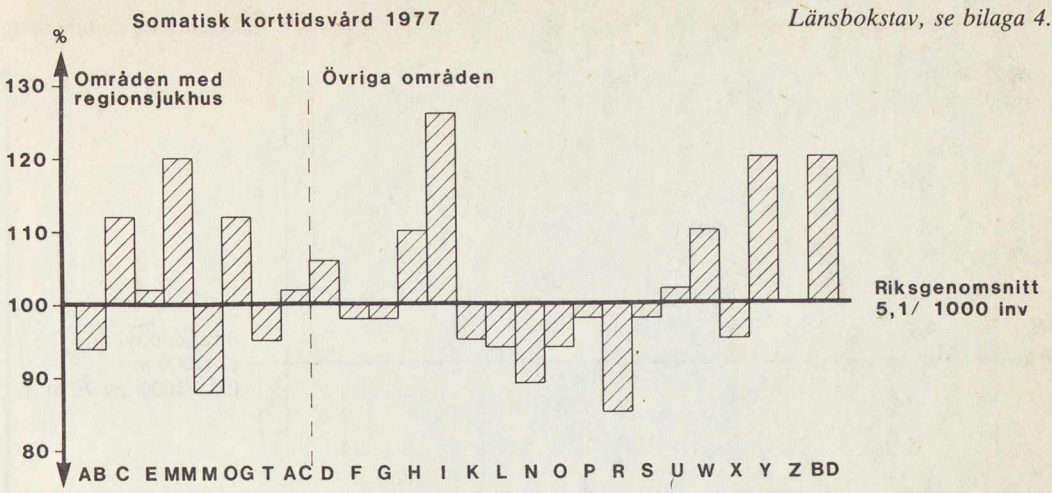
De avtal som har beaktats är regionsjukvårdsavtalen, utomlänsavtalen, avtal om vård vid lasarett för psykiatrisk vård samt övriga avtal mellan huvudmännen. Vidare ingår erhållen korttidsvård, långtidssjukvård respektive psykiatrisk vård från primärkommun och/eller enskild (privat) huvudman. Upplåtna vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtalen till huvudman inom vars huvudmannaområde regionsjukhuset ligger har ej beaktats. Ingen korrigering har gjorts för de avtalsplatser som exempelvis Uppsala läns landsting erhållit vid Akademiska sjukhuset.

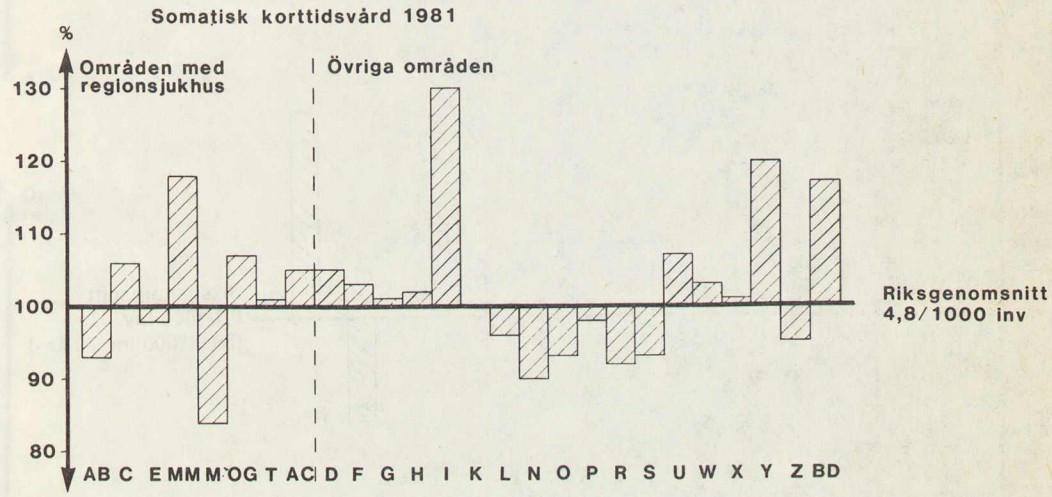


Figur 13 Vårdplatstillgång totalt 1) per 1 000 invånare 1977 respektive 1981 efter korrigering för vårdplatser som tillkommer/avgår på grund av avtal och överenskommelser i förhållande till riksgenomsnittet (=100). Källa: "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande" (Socialstyrelsen redovisar 1981:1) och bearbetade grunduppgifter från LKELP-82, rapport 4.

[1] Vårdplatser för medicinsk och kirurgisk korttidsvård, somatisk långtidssjukvård, psykiatrisk vård, övriga platser (Allmän vård, medicinsk rehabilitering, lättvård, akutmottagning, intagningsavdelning, ej klinikfördelad vård och tekniska platser).

För totalantalet vårdplatser fanns såväl 1977 som 1981 differenser från MIN till MAX på cirka 50 procent som figur 13 visar, även då korrigering gjorts för avtalsplatser/motsvarande. Data i redovisade figurer är däremot inte korrigerade för de ålders- och könsskillnader som finns mellan olika sjukvårdsområden, vilka självfallet måste beaktas innan alltför långtgående slutsatser dras om iakttagna skillnader i resurstillgång i form av vårdplatser och därmed indirekt i vårdkonsumtion. Mellan de båda åren ses ett i stort sett sammanfallande mönster. Dock har Göteborgs och Malmö kommuner samt

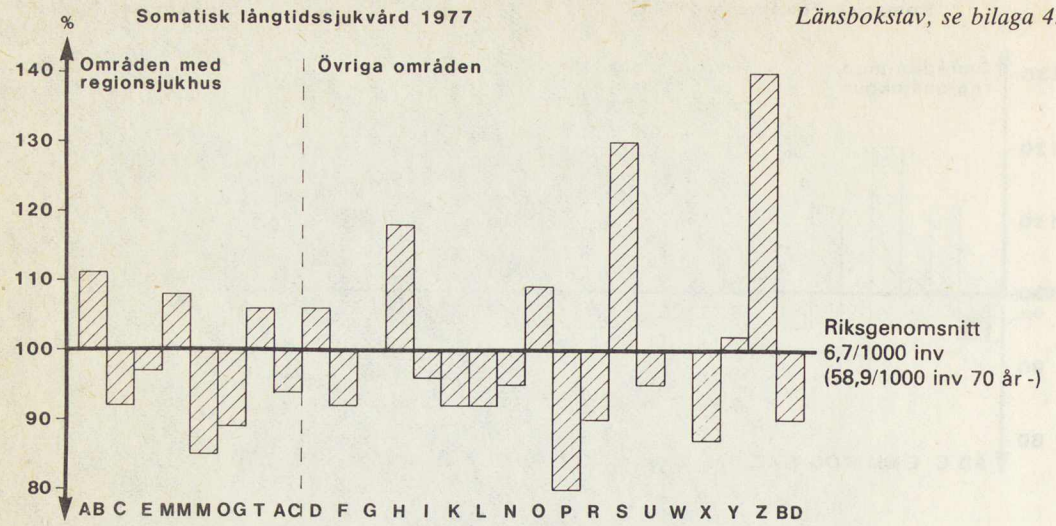


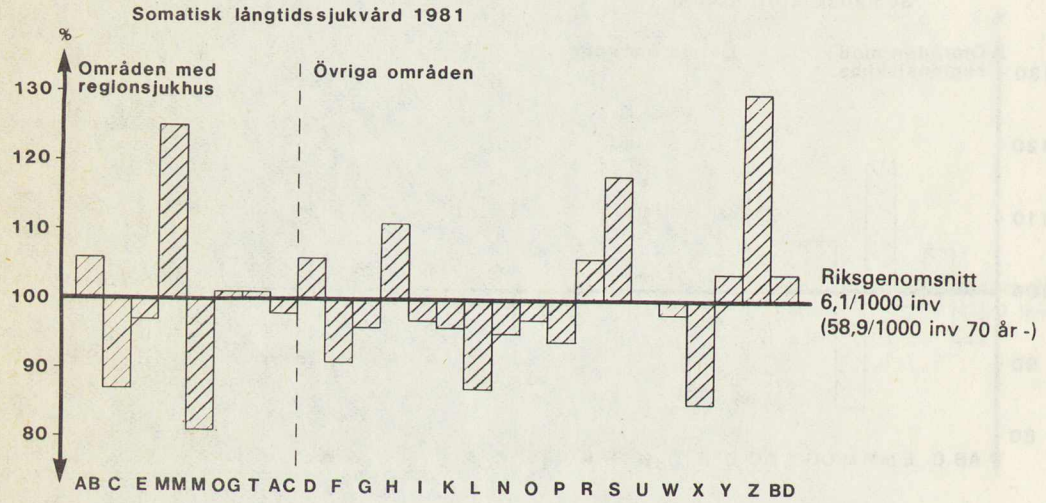


[1]Vårdplatser för medicinsk och kirurgisk korttidsvård. Exklusive "övriga platser" (allmän vård, medicinsk rehabilitering, lättvård, akutmottagning, intagningsavdelning, ej klinikfördelad vård och tekniska platser).

Figur 14 Vårdplatstillgång inom somatisk korttidsvård [1] per 1 000 invånare år 1977 respektive 1981 efter korrigering för vårdplatser som tillkommer/avgår på grund av avtal och överenskommelser i förhållande till riksgenomsnittet (=100). Källa: "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande" (Socialstyrelsen redovisar 1981:1, och bearbetade uppgifter från LKELP-82, rapport 4.

Blekinge, Skaraborgs och Västmanlands läns landsting ökat sin totala vårdplatstillgång i förhållande till riksnivån. Bland annat Uppsala och Värmlands läns landsting samt Gotlands kommun är exempel på områden som sänkt sin totala nivå jämfört med riksnivån. Eftersom denna legat stilla torde förändringen vara en effekt av såväl vårdplats- som befolkningsändringar. Inom somatisk korttidsvård har skillnaderna mellan MIN och MAX-områden snarast ökat mellan 1977 och 1981 enligt figur 14 samtidigt som riksnivån minskat från 5,1 till 4,8 vårdplatser per 1 000 invånare. Avvikelsen från riksnivån uppvisar däremot i stort sett samma utseende för de båda åren.



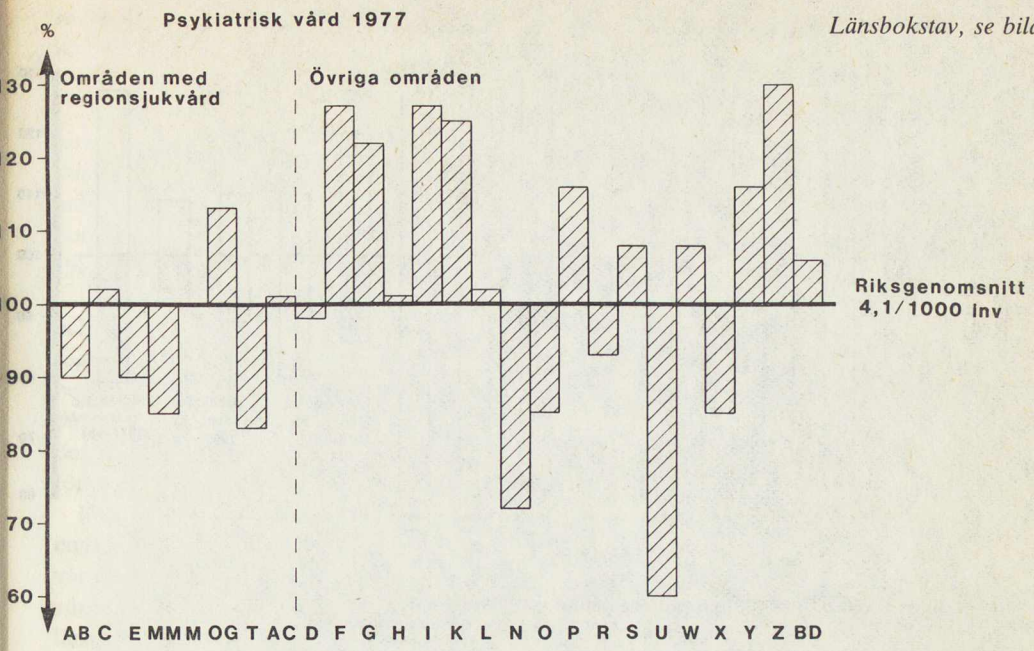


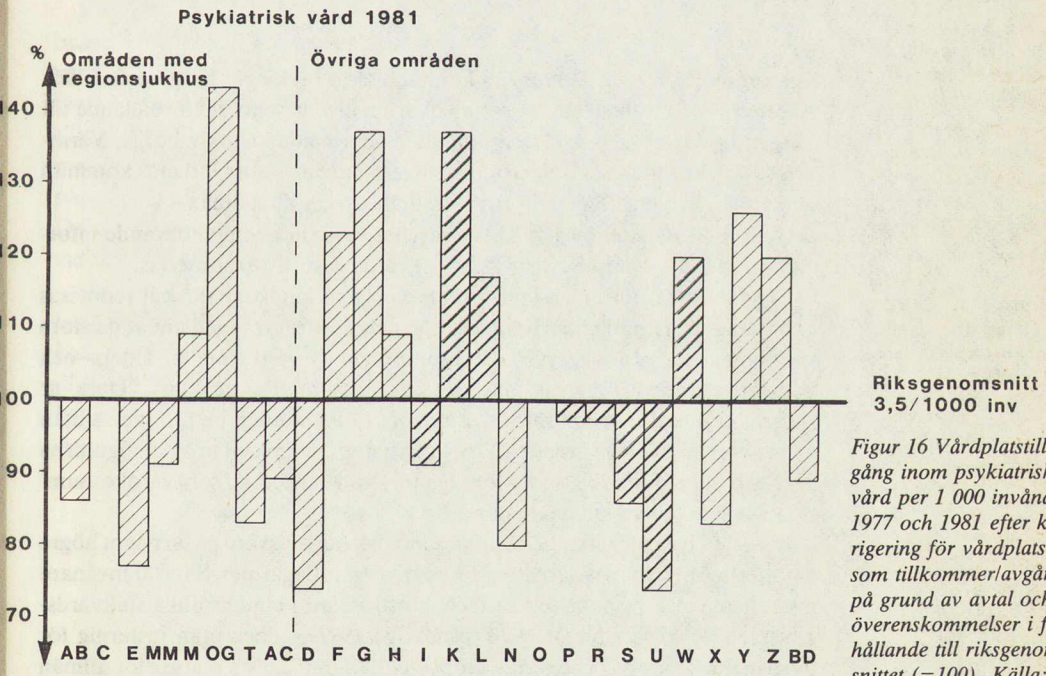
Figur 15 Vårdplatstillgång inom somatisk långtidssjukvård 1) per 1 000 invånare 2) år 1977 och 1981, efter korrigering för vårdplatser som tillkommer/avgår på grund av avtal och överenskommelser i förhållande till riksgenomsnittet (=100). Källa: "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande" Socialstyrelsen redovisar 1981:1 och bearbetade grunduppgifter från LKELP-82, rapport 4.

[1] Inklusive vårdplatser för medicinsk rehabilitering. Vårdplatser hos primärkommun vid ålderdomshem har inräknats

[2] Beräknat på hela folkmängden.

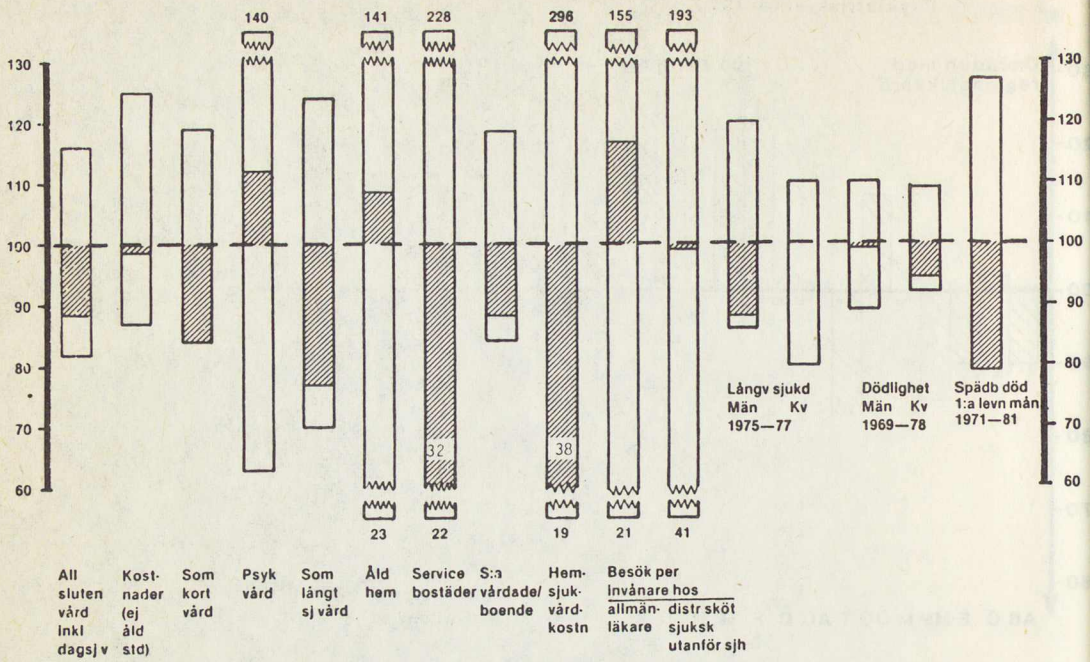
Antalet platser inom somatisk långtidssjukvård har ökat med ca: 10 procent mellan 1977 och 1981. Beräknat per 1 000 invånare över 70 år blir antalet dock oförändrat – 58,9. Om man i stället räknar på totalbefolkningen uppvisas en ökning från 6,1 till 6,7 per 1 000 invånare. Att döma av figur 15 har tillgången på vårdplatser ökat särskilt snabbt inom Malmö och Göteborgs kommuner samt inom Älvsborgs, Skaraborgs och Norrbottens läns landsting.





Figur 16 Vårdplatstillgång inom psykiatrisk vård per 1 000 invånare 1977 och 1981 efter korrigering för vårdplatser som tillkommer/avgår på grund av avtal och överenskommelser i förhållande till riksgenomsnittet (=100). Källa: "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande" (Socialstyrelsen redovisar 1981:1) och bearbetade grunduppgifter från LKELP-82, rapport 4.

Som framgår av figur 16 var skillnaderna inom psykiatrin särskilt stora 1977, vilka kvarstår 1981 fast med ett något ändrat mönster. Samtidigt har riksnivån sänkts påtagligt från 4,1 till 3,5 vårdplatser per 1 000 invånare.



Figur 17 Jämförelser mellan Malmöhus läns landsting (M) (snedstreckat) med riket (=100) samt högsta/lägsta värden per verksamhet. Standardisering för skillnader i ålders- och könsstruktur. Indexvärdena avser om ej annat anges 1980. Jämförelsen avser medeltal vårdade eller boendekostnader, besök i primärvård samt hälsoindikatorer

Jämfört med 1977 har Göteborgs kommun samt Blekinge, Kristianstads och Göteborgs och Bohus läns landsting ökat sin nivå väsentligt i förhållande till riksgenomsnittet medan Östergötlands, Södermanlands, Älvsborgs, Värmlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting samt Gotlands kommun sänkt sin vårdplatstillgång i högre grad än övriga huvudmän.

Genom SPRI-studien 116/83 har mycket värdefull kompletterande information samlats om hur hälso- och sjukvårdens resurser utnyttjas.

I Figur 17 vari förhållandena i Malmöhus läns landsting särskilt redovisas är hämtad ur nämnda SPRI-publikation och illustrerar bland annat de stora spridningar som förelåg 1980 i konsumtionen av vård trots att ålders- och könsförhållandena i varje enskilt sjukvårdsområde beaktats. Data är självfallet inte direkt jämförbara eftersom SPRI-studien beträffande sluten vård avser medeltal vårdade. Trots olikheter i teknik m m visar figurerna 13-17 att betydande skillnader föreligger i såväl vårdutbud som vårdkonsumtion i landets olika sjukvårdsområden.

För att belysa förhållandena inom somatisk korttidsvård på en något högre detaljeringsnivå har vårdplatser respektive vårddagar per 100 000 invånare inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård i landets olika sjukvårdsområden beräknats för år 1970 respektive 1982 – dock utan justering för avtalsvård. Det bör observeras att posten "övrigt", d v s platser för allmän vård, intensivvård, konvalescentvård, tekniska platser m m inte ingår. Resultaten redovisas i figurerna 18 A och B samt 19 A och B.

Tillgången på vårdplatser per 100 000 invånare inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård år 1970 respektive 1982 varierade avsevärt, som framgår av figur 18. Hos flertalet huvudmän har vårdplatstillgången

reducerats mellan 1970 och 1982 oberoende av utgångsnivån. Ett av undantagen är Hallands läns landsting, som tog ibruk det nya lasarettet i Varberg 1972/73.

Producerade vårddagar per 1000 invånare inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård hos de enskilda huvudmännen visas i figur 19. I drygt två tredjedelar av områdena har den medicinska korttidsvårdens omfattning mätt i vårddagar minskat – i vissa fall väsentligt – medan den kirurgiska korttidsvården med något enstaka undantag minskat mellan 1970 och 1982.

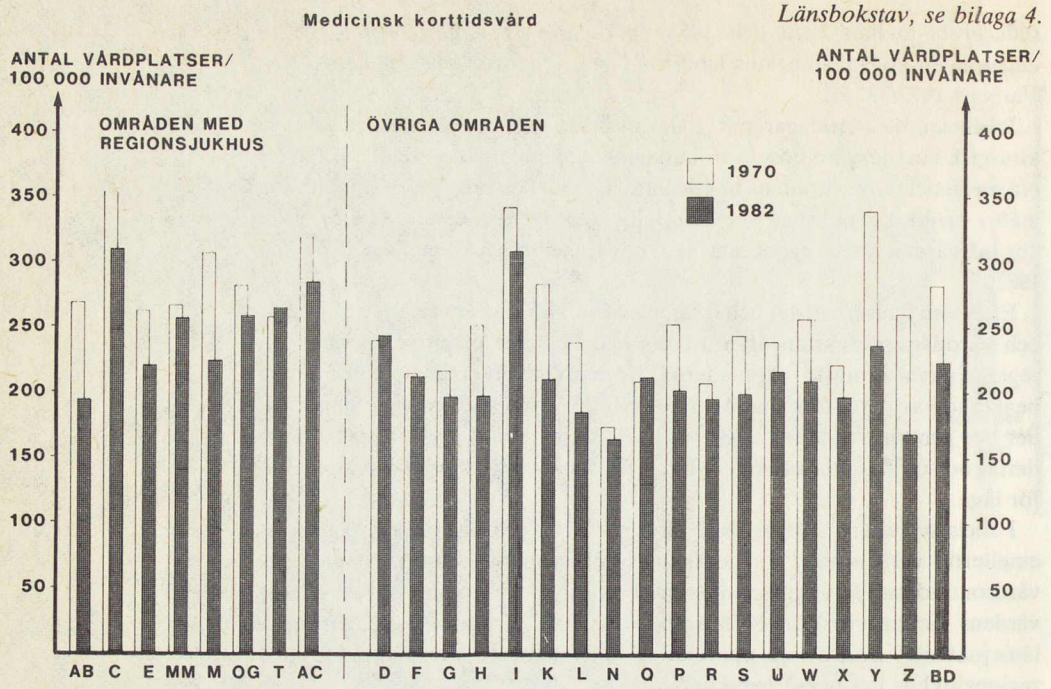
Eftersom figurerna 18 A och B samt 19 A och B skildrar vårdplatstillgångar och vårddagsproduktion utan att ta någon hänsyn till utomlänsvård och regionsjukvård måste skillnaderna huvudmännen emellan tolkas med beaktande av detta förhållande. Regionsjukvårdshuvudmännens stapelhöjder blir genomgående för höga – särskilt de med litet eget befolkningsunderlag och omfattande utomlänsvård – medan övriga huvudmäns staplar blir för låga.

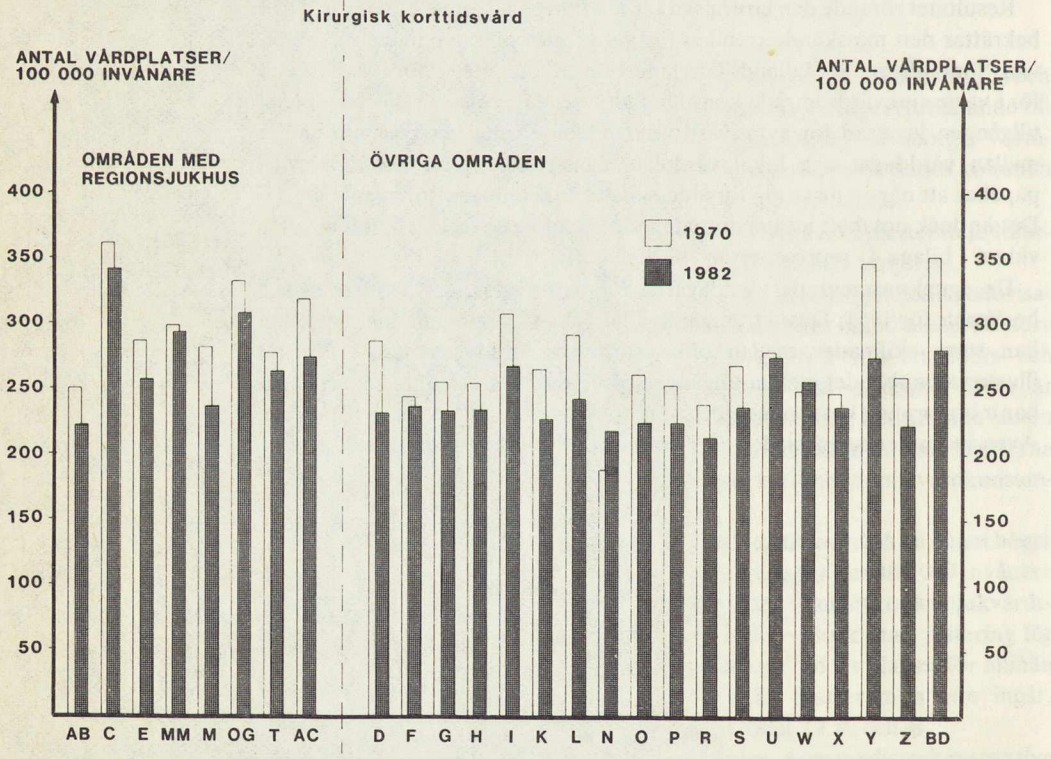
I socialstyrelsens studier över kirurgisk vård och barnsjukvård har det emellertid varit möjligt att beräkna nettokonsumtion vårddagar på sjukvårdsområdesnivå. Utgångspunkten har varit specialstudier om utomlänsvårdens omfattning för 1975 respektive 1981. Bidraget av "Kirurgisk länssjukvård" från övriga opererande regionkliniker inom områden med regionsjukhus har också beräknats.

Resultatet rörande den kirurgiska vården framgår av figur 20, som återigen bekräftar den minskande trenden för vårddagar, oberoende av utgångsnivån. Som tidigare är Hallands läns landsting ett undantag. Om 1981 års data för i varje sjukvårdsområde konsumerade vårddagar plottas mot vårdplatstillgången justerad för avtalsvård visar bilden en mycket god korrelation mellan vårddagar och lokal vårdplatstillgång (figur 21). Här bör dock påpekas att någon justering för ålders- och könssammansättning inte gjorts. Det är dock notabelt att två områden med jämförelsevis ung befolkning (se vidare i bilaga 4) representerar ytterligheterna!

De egenkonsumerade vårddagarna för barnmedicinsk vård har endast beräknats för 1981. Dessa framgår av figur 22. Även inom denna specialitet kan stora skillnader mellan olika sjukvårdsområden noteras. För att illustrera sambandet mellan tillgången på vårdplatser och antalet vårddagar har motsvarande beräkning gjorts som för den kirurgiska vården (figur 23). Även inom denna specialitet är korrelationen mycket god.

Länsbokstav, se bilaga 4.



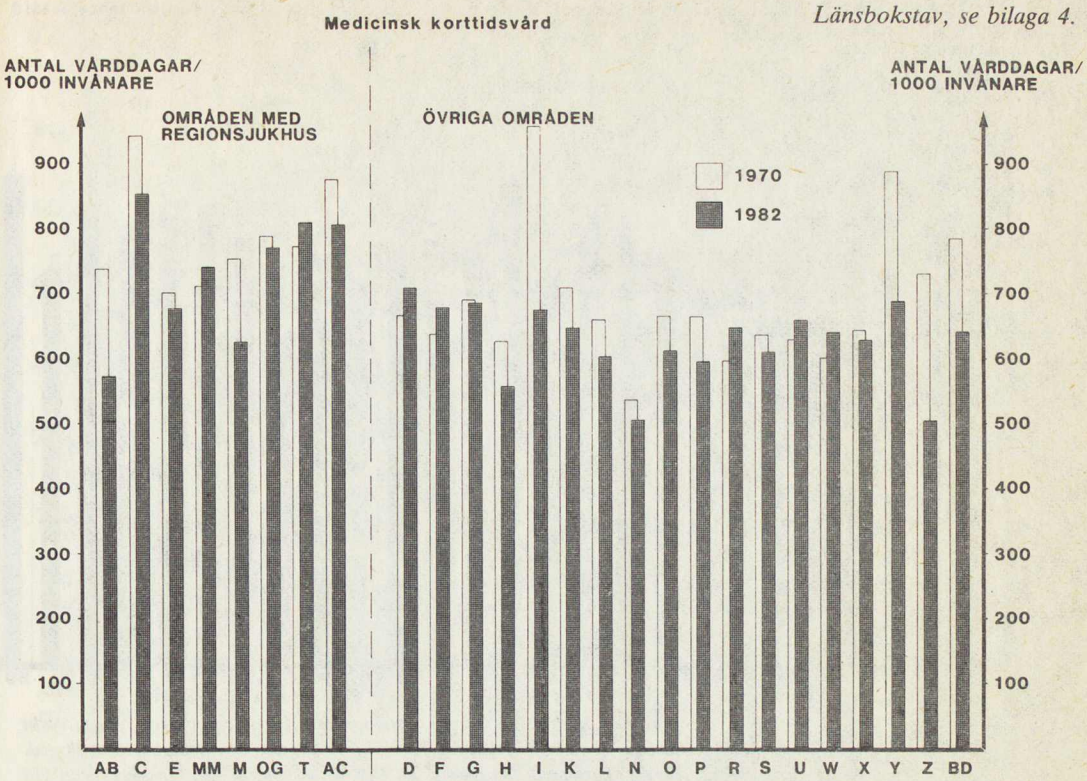


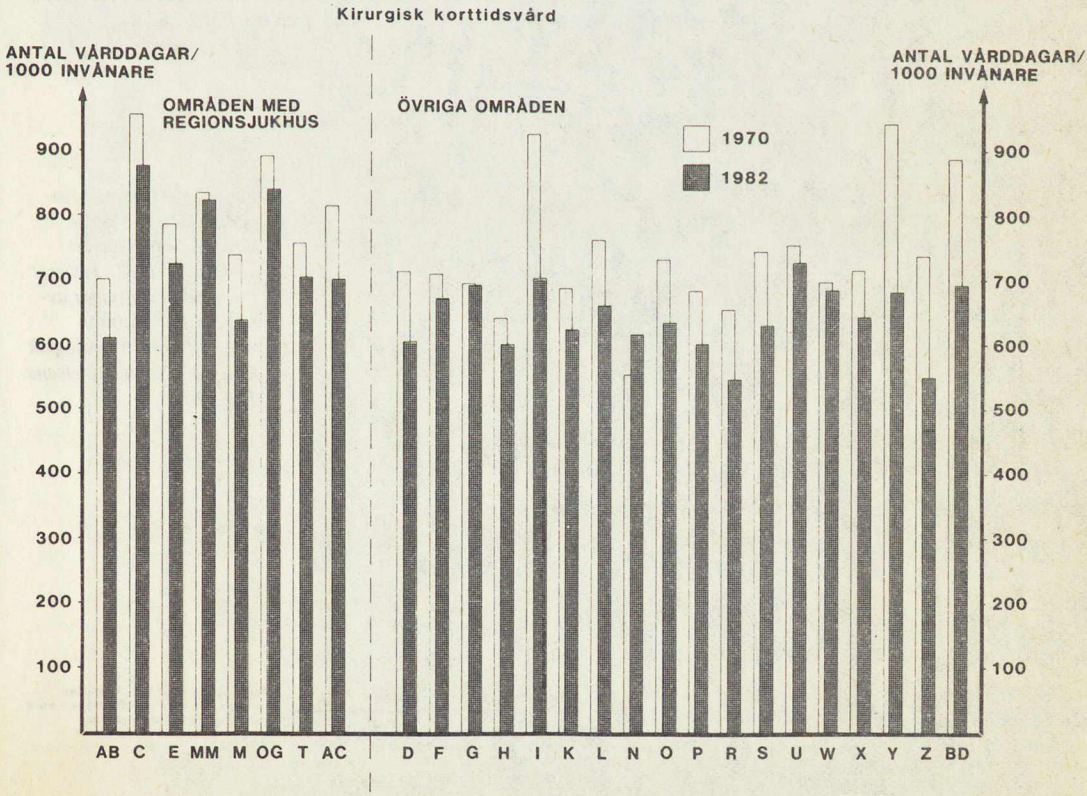
Figur 18 Antal fastställda vårdplatser per 100 000 invånare år 1970 respektive 1982. Ej justerat för vårdplatser som avgår/tillkommer enligt avtal

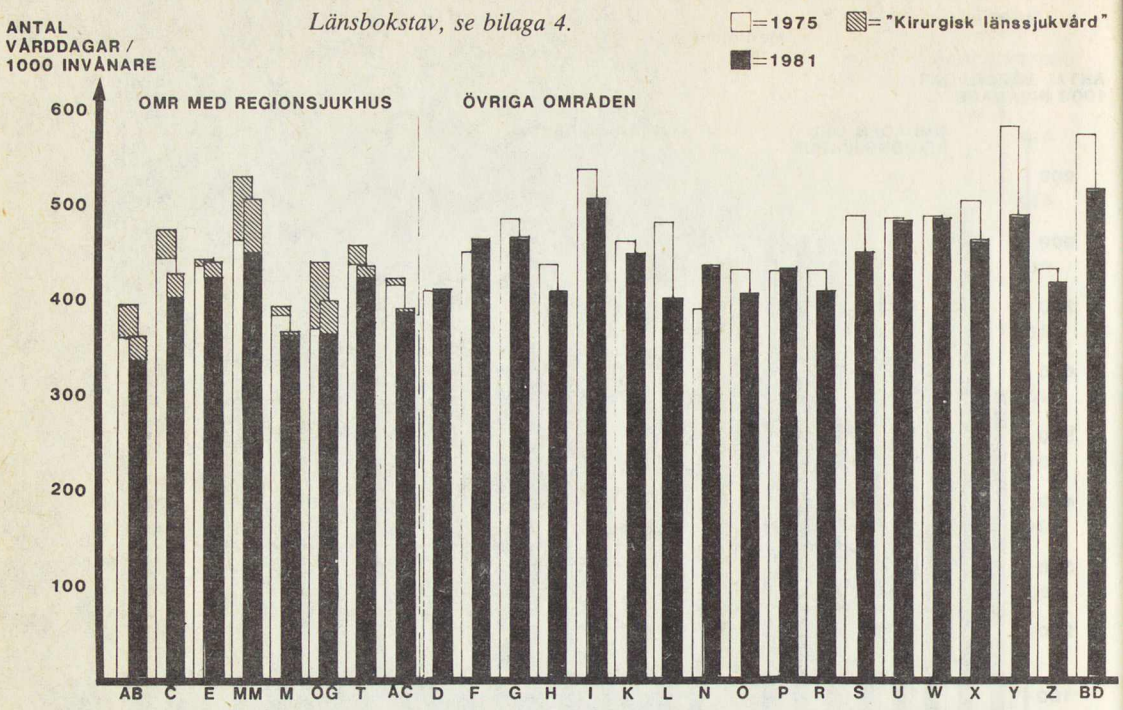
Figur 19 Producerade vårddagar per 1 000 invånare år 1970 respektive 1982 fördelat per sjukvårdsområde. Ej justerat för vård enligt avtal

→

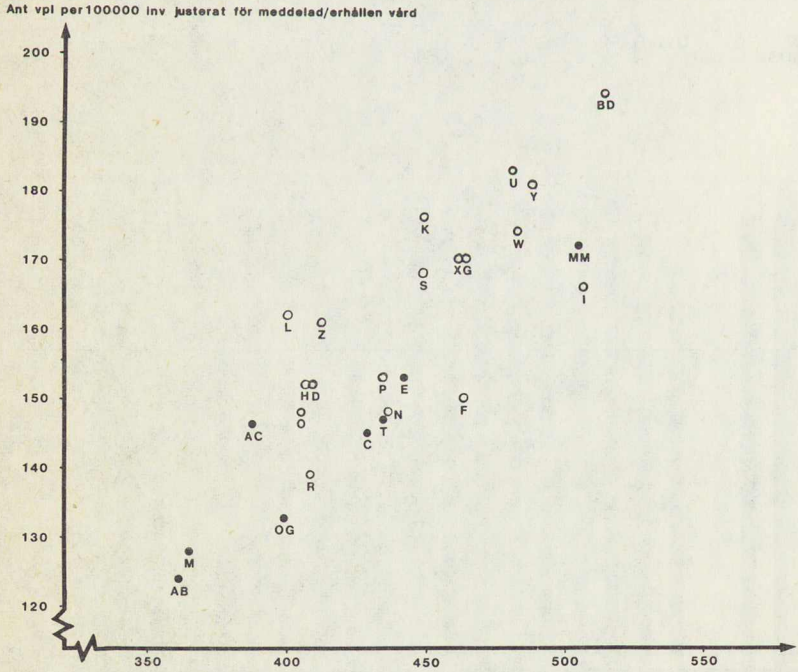
Länsbokstav, se bilaga 4.





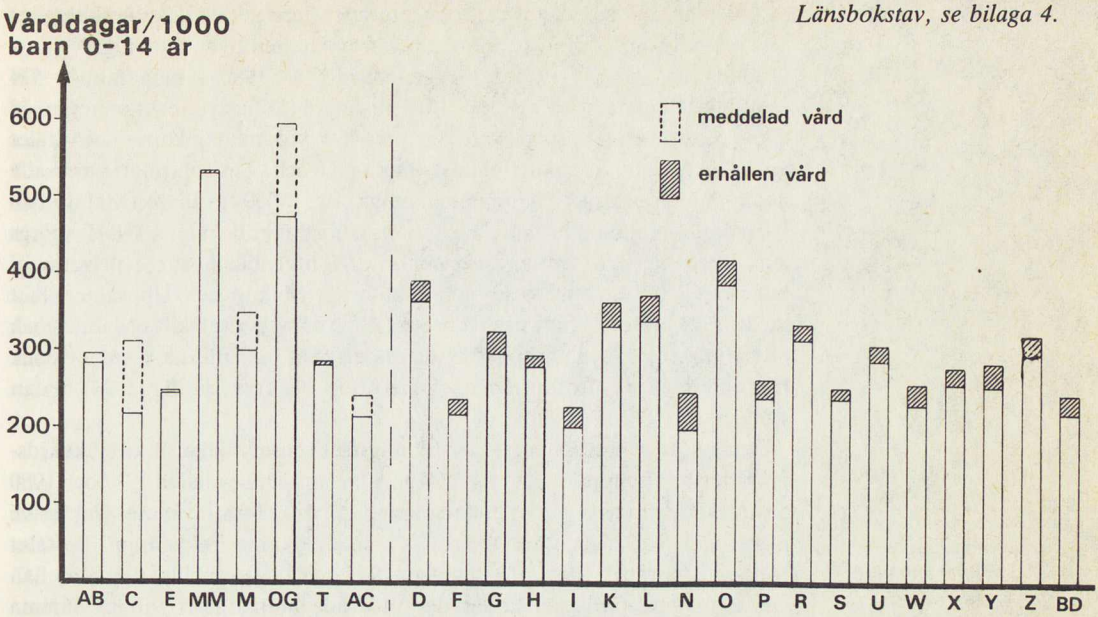


Figur 20 Egenkonsumtion (netto) per sjukvårdsområde år 1975 respektive 1981 uttryckt som antal vårddagar per 1 000 invånare. Totalt inom allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi (inklusive njurtransplantationer). Tillägg för s k "kirurgisk länssjukvård" vid kirurgiska specialkliniker vid region-/undervisningssjukhus markeras särskilt. Källa: "Allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi". Socialstyrelsens PM 52/83.

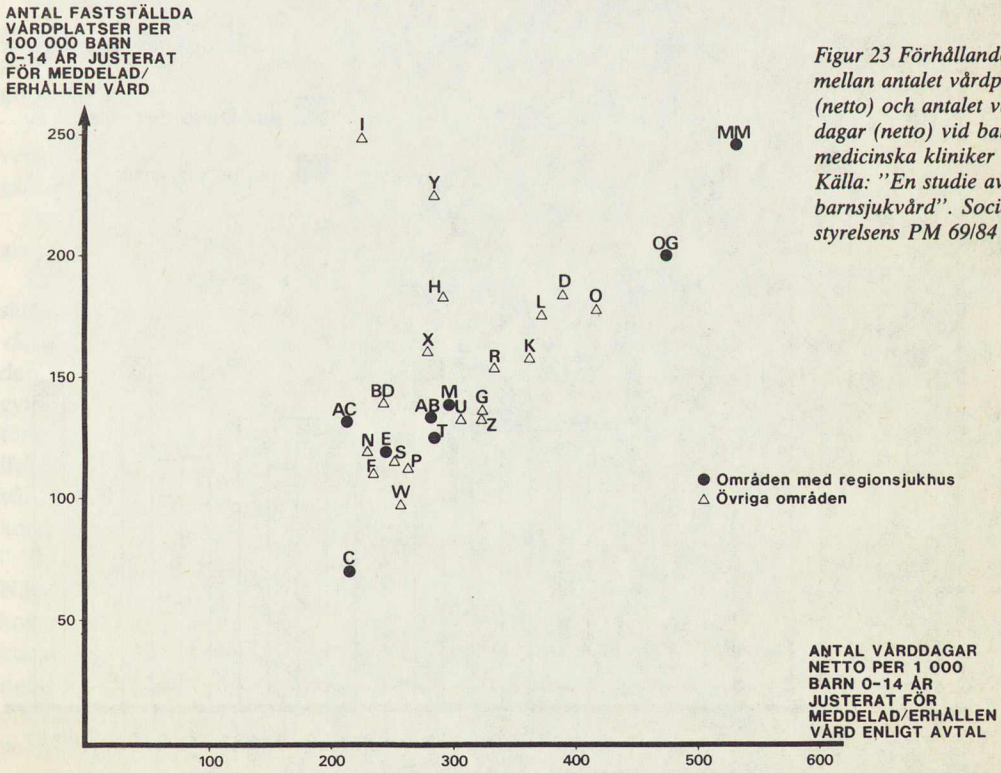


Figur 21 Allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi. Vårdplatser/vårddagar 1981. Justerat för vård enligt vissa avtal. Källa: "Allmän ortopedisk och urologisk kirurgi". Socialstyrelsens PM 52/83.

Länsbokstav, se bilaga 4.



Figur 22 Producerade och beräknade egenkonsumerade vårddagar på barnmedicinsk klinik per 1 000 barn (0-14 år) 1981. Källa: "En studie av barnsjukvård". Socialstyrelsens PM 69/84.

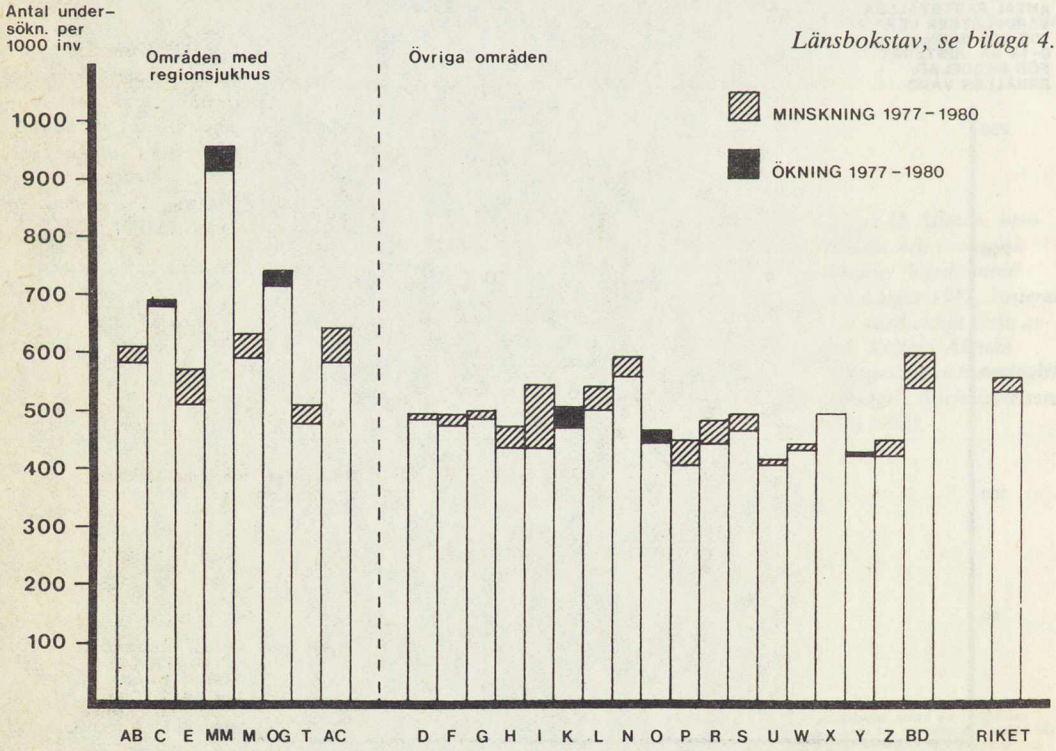


Figur 23 Förhållandet mellan antalet vårdplatser (netto) och antalet vårddagar (netto) vid barnmedicinska kliniker 1981. Källa: "En studie av barnsjukvård". Socialstyrelsens PM 69/84

Även inom det medicinska serviceområdet finns det betydande skillnader på sjukvårdsområdesnivå. Som framgår av studien över radiologisk verksamhet (PM 41/83) utfördes i genomsnitt år 1980 i hela landet 534 radiologiska undersökningar per 1 000 invånare (inklusive verksamheten vid dispensärer och i privat vård) varav 430 vid akutsjukhusen. Antalet undersökningar vid akutsjukhus, sjukhem, och vårdcentraler varierade nämnda år från drygt 600 undersökningar per 1 000 invånare (Malmö och Göteborgs kommuner samt Uppsala läns landsting) till under 400 (Älvsborgs läns landsting och Gotlands kommun). Röntgendiagnostik i privat regi bedrivs i huvudsak i Stockholm, Göteborg, Malmö och Uppsala, vilket medför att undersökningsfrekvenserna ökar påtagligt särskilt i Malmö- och Stockholmsområdena. En del av de undersökta patienterna kommer dock från andra sjukvårdsområden, vilket bör beaktas då figur 24 nedan studeras.

Redovisade variationer i undersökningsfrekvenser mellan olika sjukvårdsområden har funnits länge. I figur 24 görs en jämförelse mellan 1977 och 1980 beträffande totalvolymen undersökningar per 1 000 invånare (inklusive privat vård och dispensärer). Trots att undersökningsfrekvensen i flertalet sjukvårdsområden har sjunkit mellan 1977 och 1980 är skillnaderna mellan olika sjukvårdsområden under de studerade åren i stort sett av samma omfattning.

Figur 24 Förändringen av antalet radiologiska undersökningar per 1 000 invånare mellan 1977 och 1980 per sjukvårdsområde (inklusive privat vård och dispensärer). Källa: "Radiologi, röntgen-ultraljud-isotoper." Socialstyrelsens PM 41/83



Av såväl förstudien som efterföljande rapporter och andra undersökningar 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 vara av mindre betydelse för att förklara registrerade skillnader i sjukvårdsutnyttjandet på sjukvårdsområdesnivå. En del av skillnaderna torde dock sammanhänga med svårigheterna att snabbt anpassa sjukvården till ändrade förutsättningar för vårdens organisation och dimensionering. Förändrade ekonomiska och regionalpolitiska förhållanden och befolkningsomflyttningar måste bland annat beaktas då jämförelser görs mellan lokalt tillgängliga vårdresurser och hur dessa utnyttjas. 1970-talets sjukvårdsplaner för 80-talet och därav genererade beslut och åtgärder torde ha utgått från ej helt realistiska befolkningsantaganden i en hel del fall.

I syfte att belysa resursernas betydelse för bland annat vårdkonsumtionen har i tidigare omnämnd förstudie två grupper sjukvårdsområden jämförts med utgångspunkt i förhållanden giltiga för år 1977 – en med hög (MAX) och en med låg (MIN) tillgång på vårdplatser för somatisk korttidsvård. Dessa har därefter jämförts med avseende på flera variabler. Vid dessa studier har i regel endast sjukvårdsområden utan regionsjukhus tagits med. Detta kan ha medfört att de särskilda problem som belastar vården i storstäderna med bland annat en stor andel alkohol- och narkotikamissbrukare, inte slår igenom i analyserna.

Resultaten sammanfattas i tabell 25.

Antalet vårddagar var som framgår större i MAX-gruppen än i MIN-gruppen. Däremot utnyttjades vårdplatserna betydligt effektivare i MIN-gruppen. Någon skillnad i antal besök i öppen vård fanns inte mellan de båda grupperna.

När det gäller konsumtion av läkemedel, sjukpenningfall och tumörfrekvens fanns det inte några avgörande skillnader mellan grupperna. Samma gäller beträffande dödsfallsfrekvens eller dödsorsaker.

Antalet förtidspensionerade var emellertid betydligt större i MAX-gruppen liksom antalet sjukpenningdagar.

En naturlig fråga är om det var olikheter i befolkningens ålderssammansättning och sjukdomspanorama, som låg bakom de stora skillnaderna i vårdens omfattning. När det gäller ålderssammansättningen var förhållandena i de landsting, som ingick i MAX- MIN-grupperna snarast mer gynnsamma ur vårdsynvinkel i områden med större tillgång på vårdplatser. I förstudien har det inte noterats några säkra belägg för avgörande skillnader ifråga om sjukdomspanorama. Trots detta fanns omkring 20 procent fler vårdplatser i MAX-gruppen jämfört med MIN-gruppen för somatisk korttidsvård.

Dessa skillnader utjämnades 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. Gjorda iakttagelser måste givetvis tolkas med stor försiktighet, då eventuella resursskillnader inom t ex primärvården och den primärkommunala sektorn inte kunde studeras i förstudien, vilket är av stor betydelse i sammanhanget.

Tabell 25 Sammanfattande jämförelse mellan MAX- och MIN-grupperna för år 1977. (Samtliga variabler per 1 000 invånare om ej annat anges)

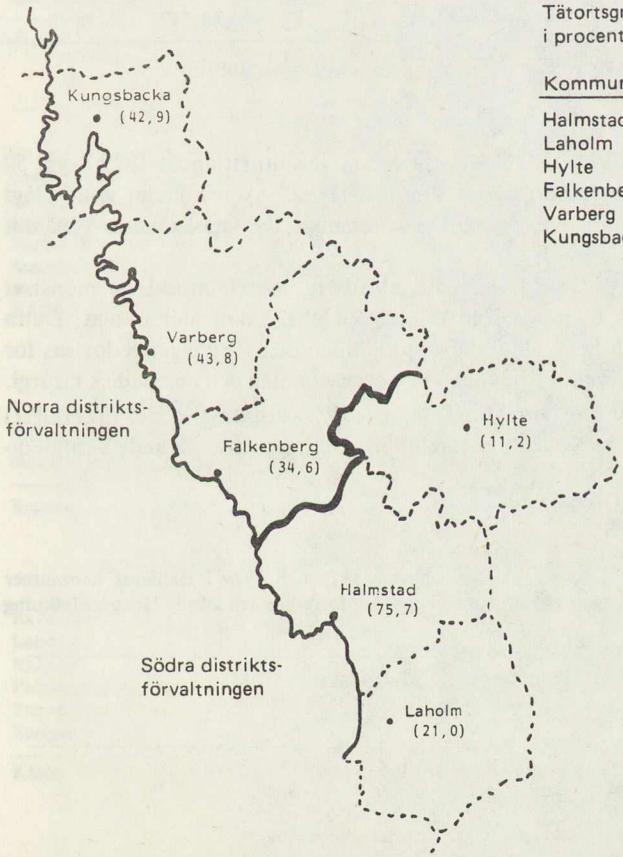
	MAX	MIN	Diff i %
UTGÅNGSPUNKT			
Vårdplatser inom somatisk akutsjukvård	5,9	4,7	20
BAKGRUNDSFAKTORER			
Antal akutsjukhus (per 100 000)	1,6	1,4	
Tätortsgrad (%)	74,3	71,8	
Avståndskoefficient			
Sluten vård (x)	870	490	
Öppen vård (x)	1 860	1 200	
Andel invånare över 65 år(%)	15,8	16,3	
" 75 år(%)	6,1	6,4	
VÅRDRESURSER			
Vårdplatser inom somatisk			
långtidssjukvård	6,2	5,8	6
Hemsjukvårdsbidrag	6,7	4,2	37
Legitimerade läkare	1,20	1,23	-2
Driftkostnader vid sjukhus	2 700'	2 440'	9
utanför sjukhus	410'	380'	6
VÅRDKONSUMTION m m			
Vårddagar, somatisk korttidsvard	1 530	1 390	8
Vårddagar, somatisk långtidsvard	2 080	1 890	8
Vårddagar per vårdplats,			
korttidsvård	259	296	-14
långtiddssjukvård	335	326	2
Läkarbesök, somatisk korttidsvård	2 100	2 100	0
Läkemedelsförsäljning	353	358	-1
INDIKATORER PÅ HÄLSOTILLSTÅND			
Förtidspension	34	28	17
Nyupptäckta tumörer	3,6	3,4	
Dödsfall	11,6	11,6	0
Sjukpenningfall	1,3	1,3	0
Sjukpenningdagar	21,4	20,4	7

Källa: Socialstyrelsen redovisar 1981:1, sid 100.

Resultaten från förstudien bekräftas dock i hög grad av publicerade data avseende år 1980 i SPRI-studien "Hur utnyttjas hälso- och sjukvårdens resurser – en analys av landstingens verksamhet" (projekt 3120) ur vilken tidigare visad figur 17 är hämtad. Till skillnad från förstudien har bland annat primärkommunernas äldreomsorg inkluderats i SPRI:s rapport. Till detta kommer att ålders- och könsstandardisering genomförts varigenom effekten av variationer i dessa avseenden eliminerats.

8.2 Kommunnivå

Jämförelser på sjukvårdsområdesnivå indikerar betydande skillnader. Flera studier har visat att konsumtionen av sluten vård inom ett enskilt sjukvårdsområde kan uppvisa betydande variationer när jämförelser görs på kommunnivå. Data finns tillgängliga, bland annat från Göteborgs och Bohus, Hallands och Skaraborgs läns landsting. Ur "Vård på lika villkor?" (Socialstyrelsen redovisar 1983:6) har nedanstående uppgifter hämtats. Studien avser förhållanden i Hallands läns landsting. Kungsbacka, Varbergs och tre fjärdedelar av Falkenbergs kommun betjänas från Varbergs lasarett medan resten av Falkenbergs samt Halmstads, Hylte och Laholms kommuner betjänas från Länssjukhuset i Halmstad (figur 25).



Tätortsgrad[1]
i procent (1975)

Kommun	procent
Halmstad	86
Laholm	50
Hylte	59
Falkenberg	61
Varberg	68
Kungsbacka	53

Figur 25 Kommun- (motsvarar område för hälso- och sjukvårdsdirektion) och distriktsindelning, Hallands läns landsting. Inom parentes anges tusental invånare 1979. Källa: "Vård på lika villkor" (Socialstyrelsen redovisar 1983:6).

[1] Med tätortsgrad avses den procentuella andel av befolkningen som bor i en tätort. Tätort definieras som en hussamling med minst 200 invånare såvida inte avståndet mellan husen överstiger 200 meter.

För att kunna göra jämförelser har åldersstandardisering genomförts med länet som riktmärke. I tabell 26 finns den totala somatiska korttidsvården 1979 både för vårdtillfällen och vårddagar redovisade i form av faktiska och förväntade tal efter ålderskorrigering.

Tabell 26 Den somatiska korttidsvårdens faktiska och förväntade fördelning kommunvis i Hallands läns landsting (inklusive utomlänsvård och lokal korttidsvård i Kungsbacka och Falkenberg) 1979. Indirekt standardisering för ålder

Kommun	VÅRDTILLFÄLLEN		% faktiska	VÅRDDAGAR		% faktiska
	Fak-tiska	För-väntade	av för-väntade	Fak-tiska	För-väntade	av för-väntade
Halmstad	10 266	10 468	98	93 949	94 962	99
Laholm	2 443	2 901	84	24 153	28 693	84
Hylte	1 282	1 768	73	12 774	16 152	79
Falkenberg	5 015	4 945	101	45 727	46 592	97
Varberg	7 529	6 039	125	66 204	55 005	120
Kungsbacka	4 872	5 277	92	41 506	42 837	97

Källa: "Vård på lika villkor", (Socialstyrelsen redovisar 1983:6).

Som framgår av tabellen var det totala vårdutnyttjandet 1979 drygt 50 procent högre i Varbergs kommun än i Hylte. Även Laholm visade lågt vårdutnyttjande medan övriga tre kommuner låg ganska nära förväntat värde.

För specialiteter som finns både i Varberg och Halmstad var mönstret genomgående det samma som totalbilden eller t o m mer uttalat. Detta framgår av tabellerna 27-29 där vårdtillfällen och vårddagar redovisas för allmän internmedicin, gynekologi respektive allmän och ortopedisk kirurgi.

För de kliniker som bara finns i Halmstad var vårdutnyttjandet 1979 högst i Halmstads kommun, vilket exemplifieras med uppgifter rörande barnmedicin, tabell 30.

Tabell 27 Internmedicinsk vårdkonsumtion 1977 och 1979 i Hallands kommuner inklusive utomlänsvård (direkt standardisering för ålder och kön – länets befolkning standardpopulation)

Kommun	Vårdtillfällen per 1 000 invånare		Vårddagar per 1 000 invånare	
	1977	1979	1977	1979
Halmstad	29	30	469	362
Laholm	20	26	254	313
Hylte	18	23	233	239
Falkenberg	28	28	376	323
Varberg	37	39	494	513
Kungsbacka	30	32	419	490

Källa: "Vård på lika villkor", (Socialstyrelsen redovisar 1983:6).

Tabell 28 Gynekologisk vårdkonsumtion 1977 och 1979 i Hallands kommuner inklusive utomlänsvård (direkt standardisering efter ålder och kön – länets befolkning standardpopulation)

Kommun	Vårdtillfällen per 1 000 invånare 1977	1979	Vårddagar per 1 000 invånare 1977	1979
Halmstad	15	14	100	77
Laholm	13	14	84	71
Hylte	15	13	97	54
Falkenberg	15	16	95	87
Varberg	25	27	142	139
Kungsbacka	14	16	83	99

Källa: "Vård på lika villkor", (Socialstyrelsen redovisar 1983:6).

Tabell 29 Allmänkirurgisk och ortopedisk vårdkonsumtion 1977 och 1979 i Hallands kommuner inklusive utomlänsvård (direkt standardisering för ålder och kön – länets befolkning standardpopulation)

Kommun	Vårdtillfällen per 1 000 invånare 1977	1979	Vårddagar per 1 000 invånare 1977	1979
Halmstad	40	42	458	419
Laholm	31	31	379	340
Hylte	32	35	331	365
Falkenberg	43	46	472	456
Varberg	61	72	581	646
Kungsbacka	40	43	450	447

Källa: "Vård på lika villkor", (Socialstyrelsen redovisar 1983:6).

Tabell 30 Barnmedicinsk vårdkonsumtion 1977 och 1979 i Hallands kommuner inklusive utomlänsvård (direkt standardisering för ålder och kön – länets befolkning standardpopulation)

Kommun	Vårdtillfällen per 1 000 invånare 1977	1979	Vårddagar per 1 000 invånare 1977	1979
Halmstad	10	10	61	65
Laholm	8	8	48	52
Hylte	7	8	35	66
Falkenberg	9	8	57	57
Varberg	5	6	29	49
Kungsbacka	6	7	30	29

Källa: "Vård på lika villkor", (Socialstyrelsen redovisar 1983:6).

De gjorda observationerna i Hallands läns landsting har analyserats på olika sätt. Patienter med långa vårdtider har specialstuderats liksom tillgång på resurser inom äldreomsorgen i olika former. En mycket begränsad förklaring kunde härigenom skönjas för Varberg. Alla tillgängliga register

ner på kommunnivå om hälsoläge, socioekonomiska förhållanden, livsstil m m har också studerats. Genomgående fann man att Varbergs kommun vid denna genomgång oftast har genomsnittliga värden. Den höga vårdkonsumtionen i kommunen 1979 kunde således inte hänföras till specifika förhållanden belysta genom studerade variabler.

Liksom andra studier antyder följaktligen även denna att storleken på respektive närheten till resurser har den mest avgörande betydelsen för konsumtionen av sluten somatisk korttidsvård, i varje fall med de förhållanden som varit aktuella i de landsting som studerats hittills.

9 Skillnader på diagnos – och åtgärdsnivå

Betydande variationer på såväl sjukvårdsområdes – som kommunnivå – har redovisats i det föregående kapitlet 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 studium via den centrala patientstatistiken. Eftersom det här skulle föra för långt att ge ett stort antal konkreta exempel väljes i stället att göra utdrag ur vissa sammanfattningar och kommentarer ur olika publicerade rapporter från projektet "Vårdresurser och vårdutnyttjande".

Ur förstudiens kapitel 7 om kvinnosjukvården (Socialstyrelsen redovisar 1981:1) hämtas följande citat från sidorna 209-210:

"Studien visar, att frekvensen operationer i öppen vård (framför allt legala aborter och skrapningar) har ganska stor effekt på intagningsfrekvensen i sluten vård. Det tycks finnas ett visst samband mellan tillgången på vårdplatser och benägenheten att utföra de legala aborterna i sluten vård. Vissa sjukvårdsområden med relativt många gynekologiska vårdplatser i förhållande till den kvinnliga befolkningens storlek, gjorde nämligen en större andel av de legala aborterna i sluten vård än områden med få vårdplatser. Samma tendens kunde påvisas även för skrapningar."

"Gynekologiska operationer gjordes i mycket växlande frekvens i olika sjukvårdsområden. Framför allt gällde detta bukoperationer, laparoskopier och skrapningar – i mindre utsträckning vaginala plastiker. Indikationerna för många typer av ingrepp tycks vara långt ifrån enhetliga.

På den obstetriska sidan var vårdkonsumtionen betydligt mindre korrelerad till antalet vårdplatser per 1 000 kvinnor än inom gynekologin. I stället fanns – som väntat – ett starkt samband mellan intagningsfrekvens och antalet förlossningar. Sjukvårdsområden med många förlossningar per obstetrisk vårdplats hade i regel också många intagningar och många vårddagar per 1 000 kvinnor."

I studien om *allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi (Socialstyrelsens PM 52/83)* har utvecklingen beträffande vårdens innehåll, iakttagna skillnader och förändringar beskrivits på följande sätt (sid 223-226):

"En betydande förskjutning av arbetsuppgifter mellan de tre aktuella specialiteterna har successivt ägt rum under 70-talet. Vid sjukhus med ortopedkirurgisk respektive

urologisk klinik har frakturkirurgin respektive tyngre urologi i hög grad lämnats över från allmänkirurgin till nämnda kliniker. Till detta kommer att specialister inom ortopedisk respektive urologisk kirurgi anställts vid kirurgkliniken vid många av de sjukhus som saknar kliniker för dessa specialiteter. Dessa ortopeders och urologers verksamhet blir härigenom i flertalet fall formellt registrerad som allmänkirurgisk vård."

"Den minskade volymen allmänkirurgisk vård återspeglas i diagnosstudien, framför allt genom att vård vid flertalet kirurgiska bukåkommor vid icke maligna diagnoser minskat. Särskilt påtaglig är minskningen vid gallstenssjukdomar och magsår. Dessutom registreras en minskning vid struma. Genom de förkortade medelvårdtiderna har volymen vårddagar genomgående minskat. Vid studerade maligna diagnoser har vårdens omfattning i stort sett varit oförändrad eller lätt ökad under perioden frånsett bröstcancer och grovtarmscancer, som visar en betydande ökning. Vård för prostatasjukdomar visar liksom delar av frakturvården en ökning, vilket är betydelsefullt då dessa har en relativt sett stor omfattning. Den "akuta bukkirurgin" svarar för en tämligen liten del av den totala kirurgiska vården.

Förändringen av den allmänkirurgiska operativa verksamheten följer i stort samma mönster som beskrivits ovan. Vissa typer av ingrepp har således antalsmässigt minskat drastiskt, t ex gallstensoperationer. Även antalet magsårsoperationer har minskat, förutom att en förskjutning har skett från resektioner till vagotomier. Å andra sidan har det för vissa tyngre ingrepp, t ex grovtarmsresektioner, skett en förskjutning uppåt i åldrarna, så att andelen äldre som opererats har ökat. Ett exempel på en tung operativ verksamhet, där det skett en frekvensmässig ökning, är arteriell kärlkirurgi.

Stora variationer kan oftast 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 sistnämnda fall förklarar skillnaderna har endast studerats ett år, utan att man fann att sådan vård utjämnade skillnaderna. En viss överensstämmelse mellan lokal cancerincidens och kirurgisk vårdkonsumtion har kunnat iakttas. Nivån vårdtillfällen/vårddagar vid gallstenssjukdom visar ett med operationsfrekvensen sammanfallande mönster.

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 kvarstår 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.

Inom ortopedkirurgisk verksamhet har en ökning av antalet operationer noterats för flera typer av ingrepp, framför allt för delar av frakturkirurgin och den rekonstruktiva ledkirurgin. En förskjutning har även skett mellan allmänkirurgiska och ortopedkirurgiska kliniker så att ortopedkirurgiska ingrepp i allt högre grad görs vid ortopedkirurgiska kliniker. Vid slutet av 1970-talet utfördes emellertid nästan en tredjedel av den ortopedkirurgiska vården vid allmänkirurgiska kliniker. Vid många av dessa fanns emellertid specialister i ortopedisk kirurgi.

Antalet operativa ingrepp på prostatakörteln – både för hyperplasi (förstoring) och cancer – har under perioden ökat. Detta gäller såväl vid urologkliniker som allmänkirurgiska kliniker. Ökningen sammanhänger med införandet av transuretral teknik, som tillåter ingrepp i högre åldrar.

I vilken utsträckning policyförändringar, ändrad sjuklighet eller det ökande antalet äldre i befolkningen förklarar förändringarna i operationsfrekvens under perioden kan inte utläsas ur det statistiska materialet. För gallstenssjukdom har emellertid samtidigt skett en minskning av antalet röntgenundersökningar, vilket kan tyda på en minskad sjuklighet.

Förutom förändringar i operationsfrekvenser över tiden har anmärkningsvärda

variationer noterats mellan sjukvårdsområden och mellan olika typer av sjukhus. Variationerna mellan sjukhustyper kan hänga samman med resursskillnader, förändringar i operationsteknik och ändrad indikation för ingrepp. Förändringarna sker på olika sätt och med varierande hastighet i olika delar av landet. Utvecklingen beträffande transuretrala prostataingrepp exemplifierar detta. Ett annat exempel är magsårsoperationer, där antalet och andelen vagotomier först ökade vid regionsjukhusen och därefter vid läns- och länsdelssjukhusen. Den lägre frekvensen galloperationer inom regionsjukhusens närupptagningsområden, jämfört med vad som registrerats för läns- och länsdelssjukhusen, kan vara uttryck för olika policy beträffande operationsindikation."

Ur studien om barnsjukvård PM 69/84 har följande utdrag beträffande vårdens innehåll gjorts ur sammanfattningen:

Förskjutningar har skett i antal vårdtillfällen mellan olika diagnosgrupper. Generellt har antalet vårdtillfällen sjunkit för lindrigare infektionssjukdomar, medan andra grupper, såsom barn med uppfödningssvårigheter, diabetes och astma, har fått ett i hög grad ökat antal. Inom andra grupper har det inte skett några större kvantitativa förändringar, men däremot förskjutningar inom gruppen mot tyngre fall. Detta gäller framför allt barn med tumörsjukdomar och för tidigt födda barn.
Stora skillnader i intagningsfrekvens har noterats mellan olika sjukvårdsområden. Detta gäller framför allt sådana diagnoser där indikationerna för inläggning kan vara relativa, t ex vissa infektionssjukdomar och vård av nyfödda. För vissa diagnosgrupper beror detta sannolikt på skilda lokala vårdtraditioner, men säkert också på varierande resurstillgång. För en del diagnosgrupper, t ex nyföddhetsdiagnoser, är skillnaderna anmärkningsvärt stora. En förklaring härtill kan vara olika diagnoskriterier och olika indikationer för överföring från BB till barnavdelning."
Den medicinska och tekniska utvecklingen har möjliggjort meningsfull behandling av svårare fall än tidigare, t ex av barn med olika maligna sjukdomar samt nyfödda, framför allt de för tidigt födda. För dessa grupper har chanserna till överlevnad dramatiskt förbättrats. Därtill kommer den ökade satsningen på behandlingen av bland annat allergiska, neurologiska, kardiologiska, enkokrina samt psykosomatiska sjukdomar. Genom att vårdtiderna förkortats har intensiteten i vården ökat. På grund av den generellt högre vårdtyngden i början av en vårdperiod har därigenom kraven på omvårdnad ökat.
En fråga av stor kvalitativ betydelse är i vilken grad barn som behöver sluten vård vårdas på barnkliniker. Sådan samordnad vård förekommer i mycket varierande omfattning i olika områden. Fortfarande vårdas cirka 40 procent av barnen på annan klinik än barnklinik. Det är angeläget att den påbörjade utvecklingen att sammanföra barn till barnklinikerna, som har för barn anpassade vårdbetingelser (lekterapi, skola, barnutbildad personal etc), fortsätter, då detta har stor psykologisk betydelse. Självfallet får dock en sådan samordning inte medföra kvalitativa försämringar i den specialiserade vården. Detta medför höga krav på personalen, framför allt sjuksköterskorna.
Inom vissa områden är den slutna vården förhållandevis stor för många diagnoser. Vad som är optimalt i fråga om vårdresurser och vårdutnyttjande, dvs vårdens effektivitet, kan dock inte utläsas ur denna studie. Vissa barnkliniker har dock ett patientunderlag som är i minsta laget för ett optimalt personalutnyttjande. Därigenom påverkas också möjligheterna att upprätthålla tillräckliga kunskaper och följa utvecklingen beträffande diagnos och terapi av ovanliga sjukdomstillstånd.
Föräldrars medverkan i den slutna vården innebär stora psykologiska fördelar för barnen och är en förutsättning för god omvårdnad. Föräldrarna kan i viss utsträckning göra aktiva vårdinsatser, men kräver å andra sidan själva stöd och hjälp och har därtill ett stort behov av information, varför man som regel inte kan räkna med att

vårdpersonalen avlastas genom föräldrars närvaro. Föräldramedverkan i vården har under senare år ökat avsevärt men fortfarande saknas på vissa håll möjligheter till sådan medverkan, när barn vårdas på andra kliniker än barnkliniker. Det är av stor vikt att alla barn och föräldrar ges samma möjlighet i detta avseende och att påbörjad utveckling fortsätter."

Det är svårt att bilda sig en klar uppfattning om den framtida utvecklingen inom barnsjukvården. Den medicinska och tekniska utvecklingen kan dock förväntas fortgå. Denna har hittills möjliggjort meningsfull behandling av allt svårare sjukdomar. Detta i sin tur kan innebära att andelen barn med absoluta behov av sluten vård ökar, samtidigt som vissa medicinska framsteg troligen kommer att medföra förenklad behandling och minskat vårdbehov. Dessa tendenser kan medverka till att utjämna nuvarande skillnader i vårdkonsumtion, åtminstone mellan kliniker på samma vårdnivå.

Ett ökat vårdprogramarbete kan genom sin vägledande karaktär leda till utjämningar i vårdutnyttjandet. Inom barnmedicinen har redan visst sådant arbete bedrivits, t ex när det gäller neonatologi, diabetes, allergologi och onkologi. Även utredningar av detta slag kan ha en utjämnande effekt, genom att diskussioner startas och rutiner sätts i fråga.

De ökade möjligheterna att behandla olika typer av svåra och/eller kroniska sjukdomar torde medföra att antalet patienter med behov av långvarig uppföljning ökar. Dessa grupper kan komma att öka belastningen såväl i sluten som i öppen vård. Om nativiteten fortsätter att sjunka kan dock detta bidra till ett minskande behov av barnsjukvård.

Att barns sociala villkor i hem och familj kan påverka benägenheten att söka vård är klart visat och där har föräldrars kunskaper och attityder en stor betydelse. De rent ekonomiska faktorerna tycks däremot inte spela någon större roll, men med osäkerheten om den socioekonomiska utvecklingen i landet är det framtida behovet av vård på den grunden svårt att förutse."

Inom det medicinska serviceområdet har hittills endast områdena *röntgen-ultraljud-isotoper* varit föremål för en mer ingående granskning. Ur studiens kapitel 13 med sammanfattande konklusioner och förslag (socialstyrelsens PM 41/83) har följande hämtats:

"Det totala antalet rent röntgendiagnostiska åtgärder kommer sannolikt att fortsätta att minska på samma sätt som illustrerats i kapitel 4 med appendix för perioden 1970 till 1980/81. Å andra sidan har parallellt med denna minskning etablerats nya metoder inom avdelningarna för diagnostisk radiologi såsom datortomografi, endoskopi, isotop- och ultraljudsundersökningar, vilka bl a av klassifikationsskäl redovisats ofullständigt i produktionsstatistiken."

"Den konventionella röntgendiagnostiken drar störst andel av kostnaderna för diagnostisk radiologi. 80 procent av redovisade åtgärder omfattar undersökning av skelett, rörelseorgan, lungor och hjärta. I kapitel 4 med appendix har redovisats data om undersökningsfrekvenser i landets olika sjukvårdsområden. Av dessa data framgår att det finns mycket betydande skillnader för flertalet vanliga röntgenåtgärder. Vissa variationer måste självfallet förekomma bl a med hänsyn till skillnader i ålderssammansättning och hälsoläge i landets olika sjukvårdsområden. Nuvarande storlek på skillnaderna förefaller emellertid inte kunna förklaras på detta sätt. En första åtgärd för att begränsa undersökningsvolymen och påverka kostnadsutvecklingen bör därför var att sänka frekvensen av vissa vanligt förekommande undersökningar i de sjukvårdsområden som 1980/81 uppvisade höga nivåer.

Den tekniska och metodologiska utvecklingen har medfört en kontinuerlig förändring inom undersökningspanoramat, som visats i kapitel 4 med appendix. Detta behöver

inte påverka det totala antalet åtgärder påtagligt, men kan antingen frigöra eller ställa ökade krav på resurser. Nya/alternativa tekniker har redan lett till snabbare diagnostik och därmed förkortade vårdtider eller poliklinisk utredning i ökad omfattning. Vidare har diagnostiken fått förbättrad kvalitet och blivit skonsammare för patienterna. Samtidigt har omfattningen av terapeutiska åtgärder utförda av radiologer ökat i betydande grad. I kapitel 7 har den tekniska och medicinska utvecklingens konsekvenser för diagnostik och terapi inom olika organområden ingående diskuterats. Som framgår av detta kapitel och kapitel 11 kan betydande omstruktureringar såväl inom som utanför avdelningarna för diagnostisk radiologi förväntas ske under 1980-talet. För att såväl bibehålla som förbättra resursutnyttjandet fordras en effektiv styrning av utredningsgångar och av de terapeutiska åtgärder som kan genomföras på eller i samverkan med de radiologiska avdelningarna. Vidare medför utvecklingen inom de ekonomiska ramar som är att förvänta att arbetsfördelningen mellan olika typer av sjukhus måste klargöras tydligare, vilket behandlats i kapitel 11.

Utnyttjandet av alternativa/nya tekniker kommer att leda till att antalet konventionella röntgenundersökningar inom övre delen av magtarmkanalen, lever/gallvägar och urogenitalorgan även fortsättningsvis kommer att minska och i varierande omfattning ersättas av endoskopiska undersökningar, ultraljud- och datortomografiska undersökningar. Isotopdiagnostiken kommer framför allt att kunna ersätta konventionella skelettundersökningar främst vid tumör/metastasmisstanke men också vid vissa andra frågeställningar. Inom centrala nervsystemet kommer en mer generell tillämpning av datortomografi att ytterligare sänka frekvensen konventionella neuroradiologiska åtgärder.

Bland specialundersökningar väger angiografierna tyngst ur resurssynvinkel. Flertalet sådana undersökningar visar en minskande frekvens, vilket har lett till att kostnaderna per undersökning sannolikt stigit vid många sjukhus. Vidare innebär utvecklingen risk för att undersökningsunderlaget vid relativt många avdelningar inte räcker till för att bibehålla tillfredsställande teknisk och diagnostisk säkerhet. Hittillsvarande utveckling leder logiskt till att angiografierna koncentreras till region- och länssjukhus. En sådan omstrukturering av angiografiverksamheten kommer sannolikt genom skärpta indikationer att leda till fortsatt sjunkande undersökningsvolym med undantag för hjärt- och vissa kärlundersökningar. Samtidigt torde terapeutiska angiografiska åtgärder, t ex vidgning av förträngda kärl, att öka. I vilken grad angiografiska undersökningar med konventionell teknik kommer att ersättas av digital angiografi är ännu svårt att överblicka. Om denna teknik visar sig vara effektiv och ha liten komplikationsrisk är det inte osannolikt att indikationerna måste omprövas och att digital angiografi bör föras ut till större länsdelssjukhus."

Fortsatta studier kommer med all sannolikhet att visa likartade förhållanden när korttidsvården i övrigt granskas med stöd av patientstatistiken.

10 Sammanfattande kommentarer till kapitlen 7, 8 och 9

När det gäller sjukvårdskonsumtion är det således uppenbart att resurser och organisation är mer utslagsgivande i dagsläget än åldersfaktorn. Detta stöds också av att hittills genomförda, relativt översiktliga, analyser av variationer i sjukdomspanoramat inte har kunnat visa på avgörande skillnader i sjuklighet och fördelning av sjukdomar mellan olika sjukvårdsområden som förklaring till iakttagna skillnader i vårdutnyttjande. En mer ingående analys är dock nödvändig för att klarlägga eventuella samband.

Även användandet av röntgendiagnostiken visar stora skillnader. Dessa 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.

Också köerna till den slutna vården uppvisar stora skillnader mellan olika sjukvårdsområden och olika kliniker. Dessa kan inte förklaras av olikheter i befolkningsstruktur eller vårdplatstillgång. En tänkbar förklaring kan vara skiftande tillgång till andra resurser, t ex operationskapacitet, anestesipersonal och postoperativa resurser. Mycket talar för att det som kan kallas vårdpolicy förklarar en stor del av variationerna. (Med vårdpolicy avses här främst personalens, kanske i första hand läkarnas, bedömning av hur tillgängliga resurser bör användas.)

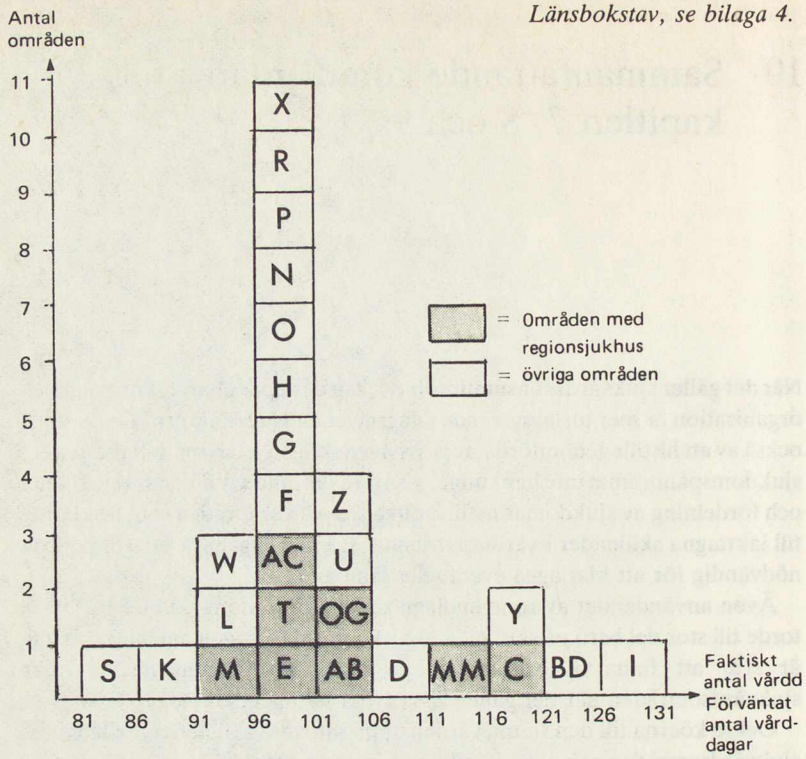
Konsumtionen av sjukvård i relation till åldern beskriver vanligen en U-formad kurva. Vårdutnyttjandet sjunker efter de första levnadsåren och stiger från omkring 30-årsåldern. Speciellt påtagligt blir detta för vårddagskonsumtionen, eftersom vårdtiderna i allmänhet blir längre vid stigande ålder. Denna kunskap utgör en av grundstenarna i den pågående debatten om sjukvården och dess behov av resurser under 1980-talet. Som exempel på detta redovisas i tabell 31 vårdkonsumtionen i Uppsalaregionen år 1977 med fördelning på olika åldersgrupper.

Tabell 31 Vårdkonsumtion inom olika åldersgrupper. Uppsalaregionen 1977 (PAS). Sluten somatisk korttidsvård (exklusive förlossningsvård)

	Totalt	0-14	15-44	45-64	65-74	75-
Vårdtillfällen/1000 inv	148	100	102	161	258	371
Vårddagar/1000 inv	1 446	458	620	1 661	3 325	6 218

Källa: Socialstyrelsen redovisar 1981:1, sid 105.

Länsbokstav, se bilaga 4.



Figur 26 Jämförelse mellan faktiskt och förväntat antal vårddagar, somatisk korttidsvård 1977. Källa: Socialstyrelsen redovisar 1981:1, sid 106.

Betydande skillnader i åldersfördelning finns mellan olika sjukvårdsområden. Så har t ex Stockholms, Västmanlands och Norrbottens läns landsting en förhållandevis ung befolkning. Värmlands och Västernorrlands län är däremot exempel på områden med en jämförelsevis äldre befolkning. Med hjälp av uppgifterna i tabell 31 och antalet individer per åldersgrupp i olika sjukvårdsområden kan ett förväntat antal vårddagar beräknas för respektive sjukvårdsområde under förutsättning att Uppsalaregionen är representativ för landet i övrigt. Detta antal kan därefter jämföras med det faktiska antalet vårddagar per sjukvårdsområde. Eftersom Uppsalaregionens ålderssammansättning i stort sett överensstämmer med riksgenomsnittet redovisas i figur 26 utfallet av en sådan jämförelse avseende den somatiska korttidsvården 1977.

Flertalet områden, 15 av 26, konsumerade somatisk korttidsvård i en omfattning som med mindre än fem procent avvek från den konsumtion som kunde förväntas. Värmlands och Blekinge läns landsting representerade emellertid områden som konsumerade väsentligt mindre sluten korttidsvård än vad som motsvarar dessa områdens befolkningssammansättning (82 respektive 88 procent). Gotlands kommun, Norrbottens, Västernorrlands och Uppsala läns landsting liksom Malmö kommun konsumerade däremot betydligt mer än vad som kunde förväntas utifrån ålderssammansättningen (130, 121, 119, 118 resp. 112 procent). Dessa fem sjukvårdsområden var också de som 1977 hade flest antal vårdplatser – samtliga hade således mer

än 5,6 vårdplatser för somatisk korttidstidsvård per 1 000 invånare. Motsvarande samband mellan låg vårdplatstillgång och liten vårdkonsumtion finns däremot inte klart uttalat som framgår av figurerna 14 och 26. Det kan t ex noteras att Hallands respektive Skaraborgs läns landsting, vilka hade jämförelsevis lågt antal vårdplatser per 1 000 invånare, utnyttjade sina vårdplatser mer intensivt, vilket tar sig uttryck i en hög medelbeläggning.

Resurser och organisation synes således i hög grad vara styrande för vårdkonsumtionen. Några studier redovisade i HS 90-projektets förstudier (Sekretariats PM 2, "hälso- och sjukvårdsplanering") pekar på att skatteunderlag per invånare är den viktigaste enskilda förklaringsfaktorn till att kostnaderna per invånare för hälso- och sjukvård varierar avsevärt mellan olika huvudmän. Jämförelser mellan olika länder visar på ett mycket starkt samband mellan inkomst mätt i BNP per capita och sjukvårdskonsumtion som visats i figur 11. Generellt kan detta tas som ett uttryck för att hälso- och sjukvårdens utveckling är starkt avhängigt samhällets samlade ekonomiska och tekniska nivå.

Även avståndet till en sjukvårdsinrättning har betydelse för vårdutnyttjandet. I förstudien valdes Skaraborgs läns landsting för närmare studium till följd av de genomgripande förändringar av den slutna korttidsvården, som genomfördes där under 1970-talet. Detaljstudier på kommunnivå i Skaraborgs läns landsting visade, att invånare med kort avstånd till sjukhus i högre grad utnyttjar sluten vård än de som bor längre bort. Motsvarande förhållande gällde även för de kliniker som bara finns vid något eller några sjukhus inom landstingsområdet. Dessa togs i anspråk i betydligt högre grad av den del av befolkningen, som bodde närmast. Avstånden inom länet är relativt små och det borde alltså ur patientens synvinkel inte ha så stor betydelse, vid vilket sjukhus vård erhålles. En förklaring kan vara att nämnda kliniker utnyttjas dels som specialistkliniker för hela sjukvårdsområdet, dels som allmänna kliniker för mindre komplicerade fall från närupptagningsområdet. En annan förklaring kan vara, att de, som bor längre bort från sjukhuset, antingen inte själva söker eller hänvisas till vård i samma utsträckning, som de, som bor närmare. Det kan föreligga en reell underkonsumtion av sjukvård. Genom att det inom ramen för förstudien inte var möjligt att analysera diagnos- och patientsammansättningen vid de aktuella klinikerna, gick det inte att klarlägga orsakerna till olikheterna.

Motsvarande kommunala skillnader – fast mer uttalade – har registerats i den tidigare nämnda studien om vårdresurs- och vårdutnyttjande i Hallands läns landsting, i vilken även försök har gjorts att belysa socioekonomiska förhållanden, primärkommunala resursförhållanden m m. Tidigare konklusioner att resurstillgången är mest styrande för vårdutnyttjandet står sig även efter denna studie.

Flera studier, bland annat i Tierp och Dalby har visat att även konsumtionen av öppen vård är relaterad till avståndsfaktorn. De som bor närmast vårdcentralen utnyttjar dess service mest.

På flera ställen i förstudien refereras till utvecklingen mot alternativa vårdformer. Denna är särskilt påtaglig inom psykiatrisk vård, men kommer att få stor betydelse även för somatisk långtidsvård. Psykiatrin är också den vårdgren som klarast visat att en väl utbyggd öppenvård kan minska behovet av sluten vård och institutionsboende. I förstudiens kapitel om psykiatri, och

i socialstyrelsens riktlinjer för utveckling av psykiatrin under 1980-talet har effekterna av stor tillgång på vårdplatser uppmärksammats. Mycket tyder på att intagning till sluten vård i områden med ett stort antal vårdplatser vid f d statliga mentalsjukhus hittills inneburit ökad frekvens av långvarig institutionsvård jämfört med områden med litet antal vårdplatser. Övervård av patienter kan ha negativa konsekvenser både humanitärt och ekonomiskt.

Inom den somatiska korttidsvården finns bland annat i Skaraborgs läns landsting ett alternativ till traditionell korttidsvård genom den i Mariestad etablerade allmänna avdelning, vilken står till de lokalt verksamma öppenvårdsspecialisternas förfogande. Avdelningen är öppen fem dagar i veckan och får utnyttjas för sådan observation, utredning och vård som inte kräver den traditionella korttidsvårdens dygnet-runt-resurser. Eftersom korttidsvården där är av samma omfattning som i Falköpings- och Lidköpingsområdena, förefaller det som om vården vid den allmänna avdelningen ersätter en del av den vård, som annars skulle ha efterfrågats vid i första hand Kärnsjukhuset i Skövde.

I övrigt kan man dock inte påvisa att utbyggnaden av alternativa vårdformer skett som ersättning för traditionell sluten korttidsvård. Utbudet av öppen vård är ungefär detsamma hos de sjukvårdhuvudmän, som har en jämförelsevis stor tillgång på vårdplatser inom korttidsvården som de som har en lägre vårdplatstillgång. Enligt tankegångarna i principprogrammet för hälso och sjukvård inför 1980-talet (HS 80) skulle en utbyggd öppen vård kunna medföra en minskning av den slutna vårdens resurser. Denna förväntan har att döma av förstudien ännu inte infriats nämnvärt. Ingen sjukvårdshuvudman med undantag av Skaraborgs läns landsting har dock under 70-talet gjort några genomgripande förändringar av sin slutna korttidsvård samtidigt som den öppna vården byggts ut.

11 Psykiatri, långtidssjukvård och medicinsk rehabilitering inom länssjukvården

11.1 Psykiatrins utveckling

I socialstyrelsens "Riktlinjer för 1980-talets psykiatriska vård" (Socialstyrelsen anser 1980:2) utvecklas principerna för uppbyggnaden av länssjukvårdens psykiatri samt dess relation till regionsjukvård och primärvård. De innebär betydande organisatoriska förändringar. Resurserna vid nuvarande mentalsjukhus och sjukhem förväntas bli omfördelade, varvid resurser för korttidsvård i sin helhet förläggs till vanliga läns- och länsdelssjukhus. Vårdplatser för långtidsvård av patienter med åldersdemens förutsätts till största delen överförda till primärvårdens lokala sjukhem eller till alternativa kombinerade vård- och boendeformer. Övriga långvårdsplatser reduceras kraftigt genom att resurser i framtiden byggs upp för alternativa decentraliserade former för boende och sysselsättning. Psykiatrisk öppenvård görs tillgänglig för att stödja patienterna i dessa vårdalternativ som förutsätter primärkommunala insatser. Även hemsjukvården inom primärvården blir i framtiden en resurs i detta avseende.

För längre tids vård och rehabilitering erfordras mindre psykiatriska behandlingshem i stället för den äldre formen av ofta ostrukturerad vård vid mentalsjukhus.

Dessa riktlinjer innebär att nuvarande ofta splittrade psykiatriska organisationer med flera självständiga enheter, som betjänar samma befolkning, bör föras samman så att en vårdenhet inom länssjukvården får det samlade vårdansvaret för ett avgränsat upptagningsområde. Idéen bakom denna s k sektoriserade psykiatriska vård är att bestämda psykiatriska team och vårdavdelningar betjänar var sin sektor av upptagningsområdet för att göra det möjligt att öka personalens kännedom om patientens lokala förhållanden och utveckla ett fast samarbete med primärvården och socialtjänsten. I flertalet landsting har en sådan utveckling påbörjats. I vissa andra prövas andra alternativ som berörs avslutningsvis.

Om den sektoriserade psykiatrin genomförs fullt ut kommer den psykiatriska korttidsvården inom länssjukvården att få helt andra arbetsuppgifter än som tidigare varit vanligt. Klinikerna måste vara rustade för att ta ansvaret för hela den psykiatriska akutvården, även tvångsvård och vård av äldre patienter, dvs vissa vårduppgifter som tidigare sköttes vid mentalsjukhusen. I vissa fall måste psykiatrin ta ett större ansvar för patienter med missbruksproblematik och äldre patienter med psykiska sjukdomsbilder. Andra patientgrupper som tidigare sköttes i sluten vård förutsätts i framtiden

i sin helhet skötas i öppen vård.

Psykiatrins möjligheter att ge service till andra vårdgivare inom länssjukvården kommer därmed att öka. Psykiatrin bör organiseras så att stöd- och konsultinsatser till socialtjänst och primärvård blir förbättrade. Likaså måste de psykiatriska insatserna på ett annat sätt än tidigare bli tillgängliga för den övriga länssjukvården, detta bland annat med hänsyn till att patienter med psykiatriska sjukdomar skall kunna erhålla vård vid dess enheter.

Förändringen inom psykiatrin får effekter på den övriga länssjukvården. Om t ex kvalificerade psykiatriska bedömningar tillförs vid psykosomatiska tillstånd med psykogena inslag (orsaker) i sjukdomsbilden, kan onödiga somatiska utredningar förhindras. På många sjukhus i landet där psykiatriska vårdplatser saknas, utförs psykiatriska vårduppgifter främst vid invärtesmedicinska kliniker. Den största patientgruppen torde vara alkoholister (i första hand avgiftning). Om psykiatrisk korttidsvård byggs upp inom länssjukvården, kan en del av dessa vårdfunktioner förväntas övertas inom psykiatrin.

Förändringar inom psykiatrin medför även ökade krav på den övriga länssjukvården. Således kan man förvänta att nuvarande särskilda invärtesmedicinska enheter vid mentalsjukhusen och i något fall även kirurgisk enhet kommer att försvinna. Dessa är uttryck för den äldre syn på psykiskt sjuka, som innebar att man skötte dessa i en särorganisation. Genom att psykiatrin avses bli en del av den samlade hälso- och sjukvården, måste även patienter med svårare psykiska störningar erhålla somatisk länssjukvård på samma villkor som övriga medborgare.

Att kvantifiera dessa förändrade krav på den somatiska korttidsvården är vanskligt. Ett försök till uppskattning redovisas i kapitel 12 och 13.

Förväntningarna på psykiatrins eget resursbehov är också svåra att beräkna. I socialstyrelsens ovannämnda "Riktlinjer" har följande beräkning gjorts.

De psykiatriska klinikerna inom länssjukvården bedöms i framtiden behöva resurser motsvarande cirka 0,5-0,7 platser per 1 000 invånare samt även resurser för den mest kvalificerade psykiatriska långtidsvården. Denna kommer i framtiden att kunna bli av mycket mindre omfattning än för närvarande och sannolikt ligga någonstans i intervallet 0,5-1 plats per 1 000 invånare. Detta innefattar då också utrymme för mindre behandlingshem. Inom sektorerna måste också finnas möjlighet till dagsjukvård och öppenvårdsinsatser.

Totalt skulle detta innebära ett vårdplatsantal inom den psykiatriska länssjukvården i storleksordningen 11 000-13 000 i stället för de cirka 25 000 som vårdades på kliniker, sjukhus och enskilda vårdhem vid socialstyrelsens rikstäckande patientinventering den 27 oktober 1982. Huvuddelen av nuvarande mentalsjukhusplatser bör kunna avvecklas i 1990-talets perspektiv.

Det minskade vårdplatsantalet inom psykiatrin innebär emellertid inte motsvarande minskning ifråga om personal. Betydande omfördelningar från sluten till öppen psykiatrisk vård blir framförallt nödvändig. En del av den personal som nu finns inom den psykiatriska vården beräknas dock få ändrade arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Sålunda torde en del av

t ex skötarpersonalen få uppgifter inom den utbyggda primärvården på lokala sjukhem.

Inom några landsting har man prövat en organisation som skiljer sig från den beskrivna och placerat viss psykiatrisk vårdpersonal i primärvården. I ett landsting avser man att organisera de psykiatriska öppenvårdsteamen i primärvården, fristående från länssjukvårdens psykiatri.

11.2 Långtidssjukvård och medicinsk rehabilitering

Den omorientering av synen på långtidssjukvården som sedan länge pågått genom att tyngdpunkten successivt förskjutits mot lokala sjukhem, utbyggd dagsjukvård och sjukvård i hemmet samt kvälls- och nattpatruller inom primärvårdens organisatoriska ram får stor återverkan på såväl dimensionering av som arbetssätt inom länssjukvårdens kliniker för långtidssjukvård. Genom att organisera vårdplaneringsgrupper i primärvården och särskilda avlastningsplatser vid de lokala sjukhemmen kan gynnsamma betingelser skapas när det gäller att utnyttja den lokala vårdkedjans resurser i relation till individens förutsättningar och behov. Rätten att ta in patienter på dessa sjukhemsplatser bör självfallet ligga hos primärvårdens läkare. Detta leder till betydande återverkningar på dimensioneringen av långtidssjukvården inom länssjukvården.

I länssjukvården behövs långvårdskliniker för utrednings- och behandlingsinsatser som är beroende av övriga resurser inom länssjukvården. Vården är i princip tidsbegränsad och inriktad på att höja funktionsförmågan så att en fortsatt placering i öppen vård eller mera hemlik vårdmiljö kan bli möjlig. Rehabiliteringsarbetet skall bedrivas i nära samverkan med dem som sedan skall ta över och ge patienten stöd och hjälp i olika former. Långvårdskliniken skall också svara för viss översiktlig samordning och resursfördelning, samt medverka i utveckling av vårdprogram och utbildning. Konsultinsatser för akutvård och primärvård är också en viktig uppgift för varje långvårdsklinik.

Dessa tankegångar understryks i propositionen om den nya hälso- och sjukvårdslagen där man också framhåller betydelsen av långvårdskliniker, som kommer att ha en viktig funktion framförallt för mer resurskrävande rehabilitering av äldre.

I de fall när det finns en utbyggd primärvård med fullständiga lokala vårdkedjor bör inte någon patient "långvårdsanmälas" med mindre än att primärvårdens resurser kan bedömas vara otillräckliga för att ta "hem" patienten. Långvårdsklinikerna kan ges det primära ansvaret för att ta över sådana s k klinikfärdiga patienter som behöver långvårdsklinikens specifika insatser för att kunna återgå till ett boende i samhället – givetvis med det stöd som primärvården erbjuder. Exempel på det sistnämnda är den s k Göteborgs-modellen. Modellen innebär att en långvårdskonsult är med på akutsjukhusets intagningsavdelning för bedömning av adekvat vårdform. Vidare gör läkare och kurator från långvårdsenheten besök på akutsjukhusets vårdavdelningar en gång i veckan för bedömning av de patienter som remitterats till långtidssjukvård av akutkliniken. Detta system har medfört att väntetiden till långtidssjukvården minskat, att akutklinikerna fått

snabbare avlastning och att patienterna fått möjlighet till en mera adekvat vård. En annan samverkansmodell finns i Hudiksvall, där väntetiderna för långvårdsanmälda patienter på akutklinikerna numera är högst en vecka, trots att antalet slutna vårdplatser för långvård endast uppgår till cirka 40 promille av antalet 70-åringar och äldre.

I tidigare utredningar har långvårdsklinikernas funktion endast beskrivits översiktligt. Klinikerna bör i framtiden användas enbart för tidsbegränsad vård av långvarigt sjuka. Relationerna inom länssjukvården mellan långvårdskliniken och kliniker för somatisk korttidsvård bör studeras ytterligare. Bedömningen av vårdplatsbehovet vid klinikerna påverkas av principerna för samarbete och arbetsfördelning.

När det gäller klinikplatser anger HS 80 att 25 vårdplatser per 100 000 invånare täcker behovet för kvalificerad diagnostisering, behandling och rehabilitering. Långvårdskliniker finns för närvarande vid så gott som samtliga akutsjukhus och därmed också vid flertalet länsdelssjukhus. Allt fler äldre kommer emellertid att behöva rehabilitering för att kunna återgå till ett normalt boende efter en akut sjukdom och rehabiliteringsperioderna kan bli ganska långa i en del fall. Även om en del av denna rehabilitering kan förläggas till en utbyggd och förstärkt primärvård kan antalet klinikplatser enligt HS 80-programmet behöva omprövas. Särskilt mot bakgrund av den planerade neddragningen av somatisk korttidsvård kan det finnas anledning att ytterligare analysera det framtida behovet av klinikplatser inom långtidssjukvården.

I socialstyrelsens principprogram för medicinsk rehabilitering anges, att det bör finnas en rehabiliteringsklinik vid varje länssjukhus. Flertalet landsting som nu saknar särskilt organiserad medicinsk rehabilitering planerar en sådan verksamhet. Under den senaste 5-årsperioden har emellertid mycket få vårdplatser för medicinsk rehabilitering tillskapats. Man kan konstatera att hälften av sjukvårdsområdena fortfarande saknar rehabiliteringsklinik. Att denna målsättning inte har kunnat upprätthållas har flera skäl, främst bristande tillgång på utbildad personal, i första hand läkare, men även sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Sammanhållna lokaler med ändamålsenlig utrustning är en av förutsättningarna för ett rationellt utnyttjande av den behandlingstid som kan erbjudas patienten vid rehabiliteringskliniken. Omstrukturering av befintliga kliniker samt samutnyttjande av lämpliga arbetsterapi- och sjukgymnastiklokaler kan bli nödvändigt vid framtida planering.

Slutna vårdplatser för rehabilitering behövs främst för vissa patienter med komplicerade somatiska skador. Exempel på sådana patienter är para- och tetraplegier. Särskilda resurser på regionnivå för dessa patienter tar inte bort behovet av vårdplatser samt resurser för dagvård och öppen vård på länsnivå. Det är viktigt för deras återanpassning att kontakt tidigt kan tas med arbetsvård och sociala organ i patientens eget län. Också andra patienter med grava handikapp eller långvariga och komplicerade sjukdomstillstånd kan av samma skäl behöva anlita slutna vårdresurser inom den medicinska rehabiliteringsorganisationen.

Tillgång till slutna vårdplatser måste också finnas för sådana patienter som kanske inte har så svåra somatiska handikapp, men där rehabiliteringsprocessen kompliceras av besvärliga sociala förhållanden. Inrättande av en

enhet för medicinsk rehabilitering med slutna vårdplatser innebär vidare lättnader, bland annat för den slutna vården inom de specialiteter som har ett nära samarbete med den medicinska rehabiliteringen, t ex neurologi, ortopedi, reumatologi och i viss mån långtidsvård.

Även om rehabiliteringsenheten bör ha en egen avdelning för sluten vård torde det inte innebära alltför stora olägenheter att som ett alternativ inrymma vårdplatser för medicinsk rehabilitering i en vårdavdelning på en annan klinik. En sådan uppdelning av vårdplatser kan exempelvis vara lämplig inom en långvårdsklinik. Detta samarbete behöver inte innebära någon större resursminskning för långtidssjukvården, om det tidigare varit långvårdskliniken som svarat för den slutna rehabiliteringsvården vid sjukhuset eller huvuddelen av den. I praktiken gäller det då närmast en organisationsförändring.

Länssjukhusets rehabiliteringsenhet kan behöva medverka i uppföljandet av behandlingsplaner på länsdels- och primärvårdsnivå. Detta kan ske genom utsänd konsult, som regelbundet är med på särskilda rehabiliteringskonferenser, då mer komplicerade ärenden avhandlas, t ex där behandlingen med sjukgymnastik och arbetsterapi måste diskuteras med specialutbildade läkare. Rehabiliteringsenhetens storlek måste givetvis bedömas med hänsyn till lokala förhållanden inom sjukvårdsområdet. Geografiska och befolkningsmässiga förhållanden, näringslivets struktur, rehabiliteringsverksamhetens inriktning, omfattning och organisation samt tillgång på rehabiliteringsresurser i övrigt inom området är exempel på faktorer som måste ligga till grund för behovsprövning. I tidigare utredningar har angivits 15 vårdplatser per 100 000 invånare, som riktpunkt för en medicinsk rehabiliteringsklinik. Med en förändrad vårdorganisatorisk syn behöver denna underlagssiffra omprövas.

12 Förväntad efterfrågeförändring

12.1 Den medicinska utvecklingens betydelse för resursbehovet

I ett läge då det är angeläget att reducera den totala resurstillgången för läns- och regionsjukvården är det nödvändigt att särskilt uppmärksamma de delar av denna vård som är underförsörjda eller behöver resurstillskott. Skälet härför är att resursfördelningen blir mycket svår att hantera vid en generell nerdragning.

I dagens läge synes i varje fall inom vissa sjukvårdsområden resurserna för ledkirurgi och vård av reumatiska sjukdomar vara otillräckliga. I sektorprogrammet rörelseorganens sjukdomar, som socialstyrelsen genomför på statsmakternas uppdrag, belyses denna problematik närmare. (Expertrapport publicerad som socialstyrelsens PM 57/1983).

Den aktiva uremivården har närmare behandlats i "Aktiv uremivård – principprogram för 1980-talet" i (Socialstyrelsen redovisar 1983:11). En viss ökning av de totala resursanspråken förutses. Motsvarande gäller också för den öppna hjärtkirurgin, som på motsvarande sätt behandlats i "Thoraxkirurgi-principprogram för 1980-talet" (Socialstyrelsen redovisar 1983:5). Av sistnämnda principprogram framgår emellertid att det finns betydande möjligheter att utreda och behandla fler patienter om vissa "flaskhalsar" åtgärdas genom tämligen marginella resurstillskott.

Inom ögonsjukvården finns det idag möjlighet att erbjuda främst diabetiker en effektivare kontroll och vård i avsikt att fördröja och begränsa de synskador som kan följa med grundsjukdomen. Genom s k glaskroppskirurgi finns numera möjlighet att åtgärda redan inträffade synnedsättningar. Det är uppenbart att det finns risk för samma situation inom ögonkirurgin som uppträdde inom den ortopediska kirurgin till följd av den nya rekonstruktiva ledkirurgin om man inte systematiskt vidtar åtgärder för att möta den efterfrågan som den nya ögonkirurgiska tekniken kommer att resultera i. Socialstyrelsen redovisade i början av 1983 i form av ett meddelandeblad ett åtgärdsunderlag beträffande glaskroppskirurgi. Genom implantation av en konstgjord lins som ersättning för patientens egen vid starroperationer har tämligen plötsligt efterfrågan på sådan vård drastiskt ökat. Ytterligare åtgärder inom ögonsjukvården kan således bli nödvändiga.

En systematisk inventering skulle ge ytterligare exempel på underförsörjda områden. En ny genomgång om 5-10 år kommer sannolikt att ge andra

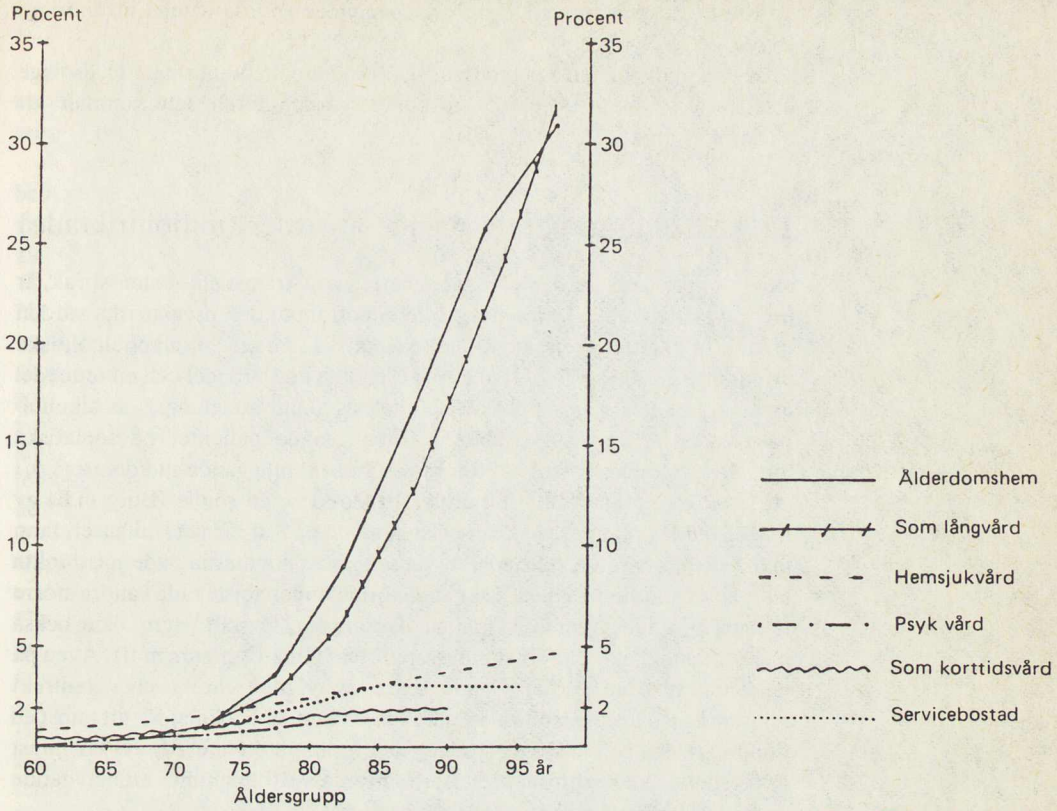
exempel. Till följd av den vetenskapliga och medicintekniska utvecklingen kommer det alltid att uppstå nya situationer präglade av större möjligheter och ofta större efterfrågan än vad sjukvården förmår möta. Under en begränsad anpassningstid kan den synliga följden härav bli resursbrist, organisationsdefekter och köer. Å andra sidan är sjukvårdens inneboende förändringspotential så stor att huvuddelen av nödvändiga åtgärder till följd av vetenskapliga framsteg – i varje fall hittills – torde ha genomförts utan att speciella kösituationer eller resursfrustration uppstått. Ej sällan innebär vetenskapliga resultat att viss diagnostik och behandling kan genomföras med mindre resurser. I vårdplatser räknat representerar i dag underförsörjda områden relativt marginella tal jämfört med den samlade läns- och regionsjukvården. Eftersom det rör sig om kvalificerad utrednings- och behandlingsverksamhet såväl inom aktuellt verksamhetsområde som vid medicinska serviceavdelningar, operations- och intensivvårdsavdelningar m m koncentrerad till läns- och regionsjukhus måste emellertid budgetutrymmet för dessa sjukhus vara sådant att resursomdisponering kan göras för att möta den ökade efterfrågan som utvecklingen för med sig.

En annan och principiellt mycket viktig fråga är om sakligt sett motiverad introduktion av ny diagnostik och behandling skall särbehandlas ur resurssynvinkel. Få ifrågasätter idag sjukvårdens rutinmässiga diagnostiska och terapeutiska åtgärder vid en rad tillstånd där vi vet att långtidsresultaten i form av livskvalitet och överlevnad inte är särskilt goda och där förbättringar i nämnda avseenden i stort lyst med sin frånvaro. Exempel härpå är kirurgisk terapi vid lungcancer och tjocktarm/ändtarmscancer. Är det inte dags att kritiskt granska våra etablerade rutiner för att ge utrymme åt ny diagnostik och terapi även om sådan faller inom ett helt annat verksamhetsområde? I en sådan översyn bör man givetvis granska den rutinmässiga användningen av medicinsk service både i öppen och sluten vård.

Sjukvården präglas idag också av mycket varierande köförhållanden där de sämsta situationerna i regel finns inom nya discipliner eller inom specialiteter som tagit upp nya behandlingsmetoder t ex ledkirurgin inom ortopedin. Allmänkirurgin, som under 1970-talet i hög grad lämnat över frakturkirurgin till ortopederna, kan idag erbjuda planerad kirurgisk vård med korta väntetider. Är det rimligt att patienter med behov av rekonstruktiv höftkirurgi skall behöva vänta mångdubbelt längre än gall- eller bråckpatienter? Svaret torde vara nej. Det måste således finnas beredskap inom läns- och regionsjukvården att omdisponera resurserna så att onödigt långa och ojämlika väntetider så långt möjligt elimineras.

12.2 Förändringar i hälsoläge och sociala villkor samt demografiska förhållanden

I kapitel 5 har förändringar i hälsoläge och sociala villkor behandlats tämligen utförligt, varför det inte finns några skäl att här diskutera dessa aspekter ytterligare. Den sammanfattande konklusion som kan göras mot nyssnämnd bakgrund är att fortsatta förbättringar i hälsoläge och levnadsvillkor mer än väl skulle kunna kompensera vårdbehov till följd av de



Figur 27 Andel i respektive åldersgrupp som får vård 1980 (Män + Kvinnor)

negativa effekter som bland annat ett försämrat arbetsmarknadsläge för med sig.

Det har framhållits i olika sammanhang att det ökande antalet åldringar är huvudorsaken till kostnadsstegringarna inom korttidsvården. Att så inte är fallet har visats bland annat från Institutet för hälsoekonomi, SPRI och genom Mårten Lagergrens med flera studier. I själva verket ger det ökande antalet åldringar litet utslag i den egentliga korttidsvården som bland annat figur 27 visar (ur SPRI 116/83).

Det allt bättre hälsoläget bland pensionärerna borde verka i samma riktning. Å andra sidan leder detta till att yngre pensionärer i allt högre grad blir konsumenter av vissa kvalificerade korttidsvårdsinsatser, t ex öppen hjärtkirurgi. Inom några enskilda verksamhetsområden kan effekten av allt fler åldringar också bli påtaglig. Det ökande antalet lårbenshalsfrakturer och det allt större behovet av rekonstruktiv ledkirurgi påverkar den ortopediska kirurgin liksom t ex det högre antalet kataraktpatienter bland äldre har betydelse för ögonsjukvården.

Nativiteten ligger för närvarande på en låg nivå och mycket talar för att detta förhållande kommer att kvarstå. Belastningen på såväl barn- som kvinnosjukvården kommer härigenom att minska även i ett mer långsiktigt perspektiv.

Invandringen har likaså minskat avsevärt. Framtida förhållanden är svåra

att förutsäga men fortsatt ekonomisk stagnation torde dämpa invandringen.

Den samlade bilden av demografiska trender och förändringar i hälsoläge och sociala villkor talar för att korttidsvården totalt sett kommer att efterfrågas mindre.

12.3 Effekt av förebyggande åtgärder (miljöinriktade)

Det är uppenbart, att den vård, som betingas av främst alkoholmissbruk, är mycket omfattande. Detta gäller inte enbart inom den psykiatriska vården utan i hög grad även inom den somatiska vården. I alkoholpolitiska utredningen (SOU 1974:90) angavs att mellan en fjärdedel och en femtedel av alla patienter, som uppsöker sjukhusens akutmottagningar, är alkoholpåverkade. Även vissa studier av inneliggande patienter på somatiska kliniker tyder på att alkohol finns med som bakomliggande sjukdomsorsak i ett betydande antal fall. I en under 1979 redovisad studie (Borg m fl) av inneliggande patienter vid kirurgiska kliniken på Karolinska sjukhuset, fann man, att närmare en tredjedel av de manliga patienterna hade misstänkta eller klara alkoholproblem. Liknande förhållanden torde råda i andra större tätorter. Förekomsten av kvinnliga alkoholister, särskilt yngre, ökar också markant enligt aktuella forskningsrapporter (Lena Dahlgren m fl). Även på medicinklinikerna är betydande delar av vården direkt eller indirekt relaterad till överkonsumtion av alkohol. Sannolika skäl talar för att minst en tiondel av den somatiska korttidsvården är alkoholrelaterad, dvs tar minst 4 000 somatiska korttidsvårdplatser i anspråk vartill kommer en betydande andel av den psykiatriska vårdens resurser.

Åtgärder för att minska vårdkonsumtion till följd av alkoholöverkonsumtionen torde idag vara den åtgärd av hälsopolitisk karaktär som snabbast skulle ge konkreta resursvinster såväl i öppen som sluten vård

Eftersom den alkoholgenererade vården är så omfattande och inte sällan förbisedd inom olika delar av sjukvården, är det angeläget att denna vårdkonsumtion närmare kartläggs för att vårdplaneringen och förutsättningarna att initiera förebyggande åtgärder skall förbättras. Socialstyrelsen har redan påbörjat ett sådant projekt. Effektivare insatser mot alkoholmissbruk och alkoholberoende – främst tidigdiagnostik och behandling – ledande till betydligt lägre alkoholkonsumtionsnivåer borde avsevärt kunna reducera behovet av slutenvård. Särskilt torde insatser inom primärvården kunna bli betydelsefulla.

Förebyggande åtgärder är av strategisk betydelse för att förbättra befokningens hälsotillstånd och därmed påverka behovet och inriktningen av hälso- och sjukvårdens resurser. I HS 90 utarbetas för närvarande hälsopolitiska handlingsprogram rörande olycksfallsskador och hjärt- och kärlsjukdomar. Avsikten med detta arbete är att på grundval av en bedömning av sjukdomarnas omfattning, fördelning inom befolkningen m m konkretisera ett översiktligt handlingsprogram såväl för individinriktade som samhällspåverkande åtgärder. Handlingsprogrammens olika mål uttrycks i hälsorelaterade termer såsom minskad förekomst av vissa hälsoproblem. Vidare behandlas förebyggande åtgärder i HS 90-projekten "Hälso- och

sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen" och i "Primärvårdens förebyggande insatser".

Hälsopolitiska åtgärder i övrigt som t ex minskad rökning, bättre kostvanor, självmordsprofylax skulle också på sikt frigöra betydande resurser inom den slutna vården.

Även förebyggande insatser inom företagshälsovården förväntas få stor betydelse för ett förbättrat hälsotillstånd. Förslag till hur denna vård skall vara uppbyggd och fungera presenteras i "Företagshälsovård för alla", SOU 1983:32. I sammanfattningen av denna utredning sägs bl a:

"Den bästa vägen att åstadkomma bättre arbetsmiljö är en effektivt förebyggande verksamhet. Företagshälsovården är den resurs i arbetslivet som har bäst förutsättningar för detta. Företagshälsovården är således en oundgänglig del av modernt arbetarskydd. Den har utvecklats ur äldre tiders industrihälsovård och blivit en medicinsk och teknisk expertresurs i eller i nära anslutning till företagen, inriktad på arbetsmiljön. Företagshälsovårdens uppgift har blivit tekniskt och medicinskt förebyggande verksamhet och i viss utsträckning sjukvårdande och rehabiliterande".

Vidare sägs angående sjukvårdens roll i företagshälsovården:

"Det är enligt utredningens mening av största vikt att smidiga samverkansformer utvecklas mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård, främst primärvården. Det behövs en bättre kommunikation mellan dessa två kompetensområden så att var och en kan bidra med sina särskilda kunskaper och förutsättningar vid behov av sjukvård. Därvid skall gälla att företagshälsovården bör bidra med sin särskilda kunskap om de arbetsmiljörelaterade aspekterna på diagnos, vård- och rehabiliteringsplanering. Även underlag för försäkringstekniska bedömningar bör kunna hämtas från företagshälsovården".

Det är emellertid förenat med stora svårigheter att bedöma effekterna av förebyggande insatser uttryckta i förändrat behov av vårdresurser. Det är därför av stor vikt att resursmässiga konsekvenser – bl a behovet av vårdplatser – av förebyggande åtgärder baseras på noggranna och fortlöpande analyser av de faktiska effekterna av sådana åtgärder.

Lyckade hälsooffensiva satsningar bör emellertid kunna ge betydande effekter inte bara inom somatisk korttidsvård utan även inom såväl psykiatrin som långtidssjukvården. Om exempelvis bara alkoholskadorna kunde halveras skulle på sikt tusentals vårdplatser inom samtliga tre vårdgrenar kunna utgå.

12.4 Effekten av reorganiserad och utbyggd primärvård, långtidssjukvård och psykiatrisk vård

Medicinklinikernas intagningar utgörs idag nästan helt av akuta fall och domineras i hög grad av äldre personer. Enligt vissa studier är över 70 procent av de intagna 65 år och äldre.

Genomgående redovisar korttidsvårdsklinikerna därutöver betydande

svårigheter när det gäller att flytta "klinikfärdiga" patienter. I en studie på medicinkliniken i Sundsvall konstaterades att av 40 patienter med mer än tre veckors vårdtid var 75 procent kvar på grund av platsbrist vid andra institutioner. För drygt 40 procent av patienterna bedömde personalen att intagning kanske skulle ha kunnat undvikas om vederbörande fått mer hjälp i hemmet. Liknande erfarenheter har gjorts i Vetlanda-Eksjö-området.

För att ytterligare belysa storleken på den resurs som i början av 1980-talet var belagd med klinikfärdiga patienter inom somatisk korttidsvård kan en under 1981 genomförd inventering inom Stockholms läns landsting användas. Denna visade att ca 10 procent av alla somatiska korttidsvårdsplatser var belagda med patienter hemmahörande i andra vårdformer, främst långtidssjukvård. Omräknat till riksnivå skulle detta motsvara drygt 4 000 vårdplatser.

Enligt en patientinventering i Värmlands läns landsting 1982 hade dock en viss minskning skett av antalet klinikfärdiga patienter på akutklinikerna jämfört med tidigare inventeringar. Även om det anses för tidigt att dra några säkra slutsatser talar mycket för att det är ett förbättrat samarbete med primärkommunerna och utbyggnaden av hemsjukvården som börjat ge effekt.

Det har i olika sammanhang påtalats att 20-30 procent av medicinklinikernas platser är belagda med långvårdsanmälda fall eller av patienter som skulle kunna utskrivas till primärkommunal instans eller till hemmet förutsatt att primärkommunal service och/eller hemsjukvård ges i tillräcklig omfattning. Förhållandena inom kliniker för lungsjukvård, infektionssjukvård respektive neurologisk vård torde i viss mån vara likartade. Nämnda verksamhetsområden disponerade 1980 ca 13 000 vårdplatser av vilka således 2 600-3 900 kan ha varit "felbelagda". Inom allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi, som 1980 förfogade över drygt 12 000 vårdplatser, uppges omkring 10 procent vara belagda med "klinikfärdiga" patienter vilket skulle motsvara ca 1 200 vårdplatser. En kalkyl gjord på detta sätt ger således överslagssiffror i samma storleksordning – drygt 4 000 vårdplatser – som den ovan omnämnda Stockholms-inventeringen omräknad till riksnivå.

Det är inte självklart att man kan göra överslagskalkyler på det sätt som nu har redovisats. Tillgång till såväl primärkommunal som landstingskommunal äldreomsorg skiftar i landets olika sjukvårdsområden liksom ålderssammansättning och social struktur. Vid de flesta sjukhus torde det dock röra sig om sammanlagt ett patientantal som motsvarar en eller flera avdelningars beläggning. Orsaken till att dessa "klinikfärdiga" patienter kvarligger anges mestadels vara bristande resurser i form av sjukhemsplatser eller för vård i hemmet. Även organisatoriska skäl torde finnas, t ex bristande samverkan mellan sluten vård och primärvård, otillräckliga möjligheter för distriktsläkare att repliera på primärkommunala respektive landstingskommunala stödresurser. Erfarenheterna från bland annat Tierp, Olofström och Hudiksvall talar starkt för att sistnämnda orsaker kan vara centrala.

I områden med välfungerande primärvård och vårdplaneringsgrupper skulle ingen patient i onödan behöva långvårdsanmälas. I de fall patienter i korttidsvården inte kan klara hemgång utan särskilt stöd borde det ankomma på primärvården att genom utnyttjande av de samlade lokala resurserna "ta hem patienten" till det egna distriktet. Först då primärvårdens resurser är

otillräckliga ur kvalitativ synvinkel med hänsyn till patientens behov skulle "långvårdsanmälan" få göras.

Långvårdsklinikerna bör även i framtiden fungera så att de medverkar i bedömningen av klinikfärdiga patienter. Målet bör vara att utan dröjsmål ta hand om dem som inte är i direkt behov av akutvård utan främst behöver särskilda långvårdsmedicinska insatser för att kunna återgå antingen till ett eget boende i samhället eller till någon av primärvårdens/primärkommunernas institutioner. I samarbetet med primärvården utgör långvårdsklinikernas konsultinsatser en viktig tillgång.

Vid länsdelssjukhus med ett upptagningsområde borde det i flera fall vara möjligt att genom ett förbättrat informationssystem mellan sjukhus och primärvård låta även en relativt ofullständigt utbyggd primärvård ta hand om planeringen för utskrivning i ett tidigt skede enligt Olofströms-modellen.

Självklart skall den äldre patienten erbjudas intagning i somatisk korttidsvård på samma grunder som yngre personer. Det är sannolikt att många akutintagningar av äldre idag görs till följd av att inga andra alternativ finns vid t ex en sviktande social situation, otillräckligt stöd från primärkommunen och anhöriga i hemmet m m. Erfarenheter från t ex Tierp och Olofström har dessutom visat att en samordning av intagningar till ålderdomshem/pensionärsanläggningar och lokalt sjukhem via samma distriktsläkare, som också har överblick över hemsjukvård m m leder till ett effektivare utnyttjande av de totala resurserna.

Sannolikt skulle akutintagningarna kunna minskas om primärvården i större utsträckning tar aktiv del i äldreomsorgen genom bland annat förändringar i jourorganisationen som medger hembesök, speciellt hos äldre. En effektivt fungerande primärvård med uppsökande aktivitet bland de äldre i kombination med förstärkt sjukvård i hemmet borde ytterligare kunna påverka behovet av intagning på akutklinik särskilt om primärvården också disponerar egna lokala avlastnings- respektive utredningsplatser. En grundförutsättning är givetvis att direktintagning på primärvårdplats inte får ersätta en sakligt sett indicerad intagning på somatisk korttidsvårdsklinik. Viktigt är också att samarbetet med långvårdsklinikerna fungerar så att ett gemensamt ansvar tas för att ingen i onödan hamnar på institution.

Det händer i en del fall att patienter sänds hem från akutvården utan att ha fått nödvändig rehabilitering och de återkommer därför till sjukvården. Detta kan förhindras dels genom bättre planerad rehabilitering inom korttidsvården, dels genom en effektivt fungerande vårdkedja genom nära kontakt mellan sjukhusanknuten vård och primärvård/primärkommunala organ.

För yngre som fått ett eller flera funktionshinder genom skada eller sjukdom kommer en utbyggd primärvård att få stor betydelse för att avlasta korttidsvården. Också vissa patienter som är långvarigt sjukskrivna bör i större utsträckning tas om hand i primärvården som torde ha bättre förutsättningar att erbjuda dessa patienter en god kontinuitet i vården. Försöksverksamhet pågår i Älvsborgs län i samarbete mellan primärvården, rehabiliteringsklinik, kommuner och övriga samhällsorgan.

Viktiga åtgärder när det gäller vården och omhändertagandet särskilt av de äldre är sammanfattningsvis följande

- utbyggd primärvård med tillgång till fullständiga lokala vårdkedjor inklusive egna sjukhemsplatser
- fungerande långvårdskliniker
- utbyggd socialtjänst
- fungerande samverkan och samarbete mellan olika huvudmän och nivåer

I den mån dessa åtgärder kan få avsedda effekter kan man förvänta att i första hand äldre behöver anlita korttidssjukvårdens resurser vid färre tillfällen och under kortare tidsperioder än för närvarande. Det bör därför vara möjligt att i betydande grad minska antalet vårdplatser inom korttidsvården som en följd av utvecklingen inom andra vårdområden och socialtjänsten.

Utan tvekan hör det till de angelägnaste utvecklings- och forskningsområdena idag att konkret belysa effekterna inom somatisk korttidsvård då primärvård inklusive lokal sjukhemsvård och samverkan med primärkommuner och länssjukvård fungerar enligt nu gällande planeringsförutsättningar. Vissa sådana studier har genomförts, bland annat i Skaraborgs, Blekinge och Jönköpings läns landsting och inom Tierpsområdet samt i Stockholm. Ytterligare sådana studier av förhållandena före och efter igångsättning av en vårdcentral, en distriktssköterskemottagning etc bör dock genomföras. Man bör särskilt uppmärksamma i vilken omfattning primärvårdsenheter avlastar korttidsvården.

Det är vidare önskvärt att en sådan undersökning kan brytas ner på individ- och diagnosnivå. Det kan även vara av intresse att studera en mer differentierad användning av den slutna vårdens resurser.

I kapitel 11.1 diskuteras några konsekvenser för den somatiska korttidsvården som förändringar inom den psykiatriska vården kan medföra. En uppskattning avseende möjlig effekt på vårdplatsbehovet i landet redovisas här nedan. Dessa siffror inkluderar också effekten av beräknade insatser för missbrukare inom primärvården och socialtjänsten.

Vårdplatsminskning

Självmordsprofylax	200	
Patienter med missbruksdiagnos	300	
Onödiga psykosomatiska utredningar	400	900

Vårdplatsökning

Nuvarande somatisk vård vid psyk.las	200	-200
Nettovinst för den somatiska korttidsvården		700

12.5 Effekten av mer differentierad korttidsvård

I HS 80 anges att vårdplatser för korttidsvård inte bör finnas inom primärvården annat än i glesbygd med stora avstånd. Ett exempel på sådana platser kan hämtas från Norrbotten. Vid sjukhemmet i Övertorneå finns 6 observationsplatser eller vårdplatser för sluten allmänvård, vilket synes vara en mera adekvat benämning. Distriktet har en hög andel åldringar (ca 18

procent) och närmaste sjukhus i Kalix ligger på 9 mils avstånd.

En annan form av korttidsvårdsplatser förekommer på orter som Mariestad, Kungsbacka, Falkenberg och Lysekil där tidigare lasarett/sjukstuga har ersatts med en kombination av starkt differentierade öppenvårdsresurser inklusive tillgång till goda lokala resurser för medicinsk service och sluten vård i form av lokalt sjukhem och s k allmänvårdplatser. De sistnämnda är avsedda för konvalescent- och eftervård samt sådan planeringsbar utrednings- och behandlingsinsats, som inte kräver akutsjukhusets samlade resurser. I Mariestad finns en avdelning på 25 vårdplatser öppen 5 dagar i veckan medan motsvarande platser i Kungsbacka och Falkenberg är insprängda bland sjukhemsplatserna.

Som framgår av förstudiens kapitel 5 (Socialstyrelsen redovisar 1981:1) motsvarade allmänvården i Mariestad 1977 ca 13 procent av distriktets intagningar och ca 7 procent av vårddagarna i sluten somatisk korttidsvård. 1979 var ca 7 respektive 4 procent av kommuninvånarnas slutna somatiska korttidsvårdskonsumtion tillhandahållen lokalt i Falkenberg respektive Kungsbacka.

Under förutsättning att patienturvalet görs med strikt beaktande av vad den lokala resursnivån tillåter ger korttidsvårdsplatser i anslutning till vårdcentral vissa fördelar. Ur patientsäkerhetssynvinkel är det emellertid ett ovillkorligt krav att denna typ av sluten korttidsvård inte byggs upp som ersättning för sådan vård som kräver akutsjukhusets samlade resurser. Under dessa förutsättningar – att varken det odelade eller det delade lasarettet återinförs i smyg – har de förmodade risker, som låg till grund för HS 80:s ställningstagande, i så fall mindre aktualitet. I lokalt bedrivet fortsatt utredningsarbete bör olika former för sluten korttidsvård inom primärvården studeras närmare och lokalt anpassade modeller utarbetas.

En annan fråga är om det är möjligt att dela upp den traditionella korttidsvården mer konsekvent i avdelningar för planerad vård respektive hittillsvarande blandade verksamhet. Detta kan givetvis även tillämpas på en hel sjukhusenhet även om ett sådant tänkande inte godtogs i SPRI:s länsdelssjukhusutredning. Erfarenheterna från Vänersborg-Trollhättan respektive Eksjö-Nässjö är i detta sammanhang intressanta eftersom man där i praktiken låtit Trollhättan respektive Nässjö fungera med begränsad akutverksamhet och tyngdpunkt i viss typ av planerad elektiv vård. Det kanske är så att nära avstånd mellan två sjukhus, i varje fall i tid är en nödvändig förutsättning för att ett av dessa skall kunna fungera enbart för viss typ av planerad vård och därtill anpassad lokal resurstillgång. Erfarenheterna hittills är mycket goda ur vårdsynvinkel samtidigt som betydande rationaliseringsvinster enligt uppgift kunnat uppnås.

En väsentlig minskning av den slutna somatiska korttidsvården måste med nödvändighet innebära att man på fler orter ändrar sina lasarett till vårdanläggningar av den typ som Mariestad, Falkenberg, Kungsbacka och Lysekil representerar. Samordning mellan närliggande sjukhus enligt Eksjö-Nässjö respektive Vänersborg-Trollhättan-modellen torde kunna tillämpas på ytterligare ett antal orter. Även inom kvarstående lasarett bör det finnas utrymme för en viss differentiering av den slutna vården. Med utgångspunkt från ovan redovisade erfarenheter bör ca 10 procent av den traditionella slutna korttidsvården kunna ersättas med ett mindre resurskrä-

vande alternativ – d v s omkring 4 000 av tillgängliga vårdplatser bör på sikt kunna avvecklas och ersättas med allmänplatser inom eller i anslutning till primärvården alternativt omändras till lågresursavdelningar inom befintliga lasarett.

Om man enbart ser till vårdplatsantalet innebär en sådan omdisposition visserligen ingen egentlig reducering. Men dels är driften av sådana differentierade vårdplatser betydligt mindre resurskrävande främst i personalhänseende, dels kan inrättande av sådana platser vara en förutsättning för mera genomgripande omstruktureringar i syfte att reducera länssjukvården, t ex avveckling av allt för små länsdelssjukhus.

Härutöver torde det finnas vissa möjligheter att ersätta en del vårdplatser med patienthotell förutsatt att dessa får nära kontakt med sjukhuset och får tillräckligt god standard, bland annat ur säkerhetssynvinkel t ex installation av trygghetslarm på varje rum.

13 Möjliga förändringar inom somatisk korttidsvård

13.1 Generella utgångspunkter

Det finns mycket betydande skillnader i vårdutbudets storlek, organisation och utnyttjande i landets olika sjukvårdsområden men även inom det enskilda sjukvårdsområdet. Delvis tämligen stora minskningar i såväl vårdplatstillgång som konsumtion av somatisk korttidsvård uttryckt som antal vårddagar såväl absolut som per 1 000 invånare kan ses vid jämförelser över tiden i stort sett oberoende av vilken resursnivå man lokalt hade 1970. Å andra sidan har intagningarna genomgående ökat och medelvårdtiderna förkortats på de tillgängliga vårdplatserna. Uttryckt som antal intagna/behandlade patienter har således såväl läns- som regionsjukvården ökat i omfattning. Däremot har sängplatsens betydelse minskat samtidigt som sjukhusens diagnostik- och behandlingsresurser utnyttjats mer. Den centrala frågan är givetvis vilken total slutenvårdsresurs landet behöver i det längre perspektivet. Det aktuella läget präglas utan tvekan av historiska traditioner, planering utifrån felslagna lokala befolkningsprognoser, effekten av lokala professionella och politiska krafter för att nämna några. Lokala hälsovariationer, särskilda näringslivsförutsättningar m m har naturligtvis också spelat in liksom befolkningens ålderssammansättning. Trots detta måste man ändå konstatera att nuvarande resursskillnader fullt ut inte kan vara motiverade.

Tillgängliga underlagsstudier visar därutöver mycket betydande skillnader i utrednings- och behandlingsaktiviteter i olika sjukvårdsområden vid vissa "större" diagnosgrupper. Det finns därför skäl att i första hand regionalt/lokalt närmare utreda orsakerna till och verkningarna av de mycket stora variationer ifråga om vårdinsatser vid samma diagnos som framkommit. Sådana variationer har uppmärksammats bland annat när det gäller psykiatrisk vård och röntgendiagnostisk verksamhet. Betydande skillnader i operationsfrekvens vid en given diagnos har också registrerats inom olika kirurgiska verksamhetsområden. För såväl icke opererande som opererande specialiteter finns stora skillnader i medelvårdtider för likartade tillstånd. Särskilt när det gäller intagning till sluten vård kan kombinationen av relativt god vårdplatstillgång, brist på kodifierad praxis samt osäkerhet och bristande erfarenhet hos den bedömande läkaren medföra icke nödvändigt utnyttjande av den slutna vårdens resurser.

På många håll i landet bör mot ovan redovisad bakgrund en minskning av vårdplatstillgången i kombination med översyn av rutiner för intagning,

vårdåtgärder och vårdtidslängd kunna genomföras oberoende av om förutsättningarna i övrigt i form av utbyggd primärvård etc kunnat förbättras.

I kapitel 8 beskrivs regionala skillnader.

Som framgår av figur 18 i detta kapitel och bilaga 3.3 och 3.4 varierar vårdplatstillgången inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård exklusive övrig vård, tekniska vårdplatser m m i betydande grad mellan landets olika sjukvårdsområden. I bilaga 5 har för 1980 korrektion gjorts för nettovolymen erhållen/meddelad vård omräknat i vårdplatstermer varigenom en beräknad nivå vårdplatser/100 000 invånare, som disponeras av varje enskild huvudman, kan anges. Alla data är hämtade ur LKELP-81. Om den genomsnittliga vårdplatsnivån för medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård sänktes till 200 respektive 230 per 100 000 invånare skulle detta på riksnivå motsvara 16 600 respektive 19 100 vårdplatser. Aktuellt läge 1980 enligt LKELP-81 var 18 836 respektive 21 405 vårdplatser vilket motsvarar en totaldifferens på ca 4 500 vårdplatser. Av bilaga 4 framgår ålderssammansättningen i landets olika sjukvårdsområden, varigenom man kan konstatera att de sjukvårdsområden som tagits som riktpunkt inte har någon ur vårdkonsumtionssynpunkt speciellt fördelaktig ålderssammansättning. Flera av de landsting som har jämförelsevis låg vårdplatstillgång inom somatisk korttidsvård har redan genomfört eller aviserat vårdplatsneddragningar inom den somatiska korttidsvården (M, N och O-landstingen).

Om man i stället för vårdplatser tar vårddagskonsumtionen 1980 som utgångspunkt enligt aktuella figurer i bilaga 5 var siffrorna för lågkonsumenterna omkring 620 respektive 650 vårddagar per tusen invånare för medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård. Om omräkning till vårdplatser sker med utnyttjande av beläggningssiffror som återspeglar förhållandena i de sjukvårdsområden som i LKELP redovisat höga medelbeläggningar, t ex 88 respektive 80 procent för medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård, blir resultatet 16 100 respektive 18 600 vårdplatser. Skillnaden mot faktiskt antal redovisade vårdplatser för 1980 blir totalt för medicinsk och kirurgisk korttidsvård ca 5 500. På relativt sett kort sikt borde därför volymen vårdplatser inom somatisk korttidsvård kunna sänkas med cirka 4 000-5 000 jämfört med 1980 års nivå genom att "högnivåområdena" sänker sin vårdplatstillgång. Den faktiska utvecklingen mellan 1980 och 1982 är att knappt 2 000 vårdplatser avvecklats som framgår av tabell 16. En närmare granskning visar emellertid att denna nerdragning inte är koncentrerad till "vårdplatsrika" sjukvårdsområden. Som tidigare tycks minskningar genomföras tämligen oberoende av utgångsläget.

En annan utgångspunkt för överväganden om utrymme för omdisponeringar kan vara sjukvårdsområden med relativt sett lägst antal somatiska korttidsvårdplatser. I tabell 32 har vårdplatstillgången inom somatisk korttidsvård såväl exklusive som inklusive tekniska platser, allmänvård, konvalescens- och eftervård redovisats med korrektion för erhållen/meddelad vård för samtliga sjukvårdsområden 1981. Spännvidden är som framgår av tabellen mycket stor mellan vissa sjukvårdsområden. Posten övriga vårdplatser spelar som synes också viss roll för storleken på den lokalt tillgängliga vårdplatsresursen. Några sjukvårdshuvudmän har en ganska stor volym allmän-, eftervårds- och konvalescentplatser, vilket gör att ordnings-

följden i vissa avseenden blir påtagligt annorlunda i kolumn C jämfört med kolumn A i tabell 32. Exempel härpå är Jämtlands, Örebro och Östergötlands läns landsting samt i viss mån också Kristianstads och Värmlands läns landsting. För vissa sjukvårdsområden sker en väsentlig uppflyttning i kolumn C t ex för Kronobergs, Gävleborgs och Jönköpings läns landsting.

Som framgår av tabell 32 ligger Malmöhus läns landsting lägst trots att ålderssammansättningen är överensstämmande med riksgenomsnittets. Figur 17 i kapitel 8 visar emellertid också att vårdutnyttjandet i Malmöhus läns landsting låg lägst år 1980 även efter ålders- och könsstandardisering. Flera skäl talar dock för att hälsoläget kan vara bättre än i andra områden som antyds i nämnda figur. Om hela landet låg på M-landstingets "nivå" skulle 1980 totalantalet korttidsvårdsplatser kunna ha varit 8 000 färre. Det bör vidare observeras att en nyligen avslutad utredning inom detta landsting ger underlag för överväganden om ytterligare vårdplatsreduktion. Någon besvärande kö av långvårdsanmälda patienter finns inte heller trots att resurserna för långtidssjukvård är lägre än riksgenomsnittets.

Tabell 32 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)	Somatisk korttidsvård inklusive "Övrig vård" 1)		
		A	B	C	
M	Malmöhus	4,20	4,62	M	4,62
N	Halland	4,39	4,97	O	4,84
R	Skaraborg	4,50	5,03	N	4,97
O	Göteborg o Bohus	4,51	4,84	AB	4,98
S	Värmland	4,51	5,56	R	5,03
AB	Stockholm	4,54	4,98	G	5,16
Z	Jämtland	4,61	6,75	P	5,31
L	Kristianstad	4,66	5,60	X	5,48
E	Östergötland	4,75	6,10	K	5,49
P	Älvsborg	4,76	5,31	S	5,56
K	Blekinge	4,85	5,49	F	5,59
T	Örebro	4,90	6,16	L	5,60
G	Kronoberg	4,92	5,16	W	5,61
X	Gävleborg	4,93	5,48	H	5,76
H	Kalmar	4,96	5,76	AC	5,85
W	Kopparberg	5,01	5,61	U	5,90
F	Jönköping	5,02	5,59	C	6,03
AC	Västerbotten	5,12	5,85	D	6,04
D	Södermanland	5,13	6,04	MM	6,07
C	Uppsala	5,16	6,03	OG	6,08
OG	Göteborgs kommun	5,21	6,08	E	6,10
U	Västmanland	5,28	5,90	T	6,16
BD	Norrbotten	5,71	6,36	BD	6,36
MM	Malmö kommun	5,75	6,07	Y	6,40
Y	Västernorrland	5,82	6,40	I	6,49
I	Gotlands kommun	6,33	6,49	Z	6,75

1) Övrig vård = platser för intensivvård/intagning, tekniska platser, allmän vård, lättvård, konvalescentvård

A = Rangordnat från MIN - MAX (exklusive "övrig vård")

B = Inklusive "Övrig vård (följer rangordning: A)

C = Inklusive "Övrig vård" (rangordnat från MIN - MAX)

Framöver har vi dessutom sannolikt ett ytterligare förbättrat hälsoläge att döma av hittillsvarande utveckling när det gäller barn och pensionärer, vilket bör ge förutsättningar för en viss minskning av den somatiska korttidsvården.

Å andra sidan kommer den allt friskare pensionärsbefolkningen att i högre grad än tidigare bli aktuell för kvalificerade somatiska korttidsvårdsåtgärder. Dagsaktuella exempel är öppen hjärtkirurgi, aktiv uremivård och linsimplantationer vid grå starr. Ju fler som når högre åldrar desto fler individer med sammansatta och svårbemästrade sjukdomsbesvär torde bli aktuella för den somatiska korttidsvårdens insatser även med en primärvård utbyggd och fungerande på det sätt som förutsätts i kapitel 12. Med beaktande av den snabba ökningen av antalet personer över 80 år fram till år 2 000 torde det vara nödvändigt att en del av möjligt reduktionsutrymme inom somatisk korttidsvård reserveras för att möta denna demografiska effekt. Likaså måste det finnas utrymme inom läns- och regionsjukvården för att fånga upp och omsätta sådana nya medicinska och tekniska landvinningar som efter sedvanlig prövning befunnits vara goda. I framtiden kan inte heller onormala köförhållanden accepteras för att patienter skall kunna komma i åtnjutande av etablerad vård, vilket också måste beaktas vid resursomdisponeringar.

I kapitel 12 har gjorts bedömningen att cirka 4 000-5 000 vårdplatser i början av 80-talet var belagda med sk "klinikfärdiga patienter". Det är självklart att man inte bara kan addera dessa vårdplatser till de cirka 8 000 som utgör skillnaden mellan Malmöhus läns landsting och landet i övrigt eftersom de "klinikfärdiga" patienterna finns inom samma organisation. För denna patientgrupp är primärvårdens utbyggnad särskilt betydelsefull.

Behovet av slutenvårdsplatser såväl inom korttidsvård som långtidssjukvård vid sjukhus kan förväntas minska genom att primärvården i ökad omfattning tar hand om dels utredningar och behandling av patienter med medicinska sjukdomar, dels omvårdnad av långtidssjuka genom dagsjukvård, sjukvård i hemmet, i förekommande fall med stöd av kvälls- och nattpatruller och sjukhemsvård, dels omvårdnad (i samverkan med socialtjänsten) av äldre, som i dag främst på grund av sociala omvårdnadsbehov belastar akutklinikerna via akutmottagningarna vid sjukhusen, dels också rehabilitering av patienter med främst sjukdomar i rörelseorganen.

Någon fullt utbyggd och bemannad primärvårdsorganisation existerar ännu inte i något sjukvårdsområde. Studier över den totala öppenvårdskonsumtionen, som skulle kunna ligga till grund för säkra bedömningar av en fungerande primärvårds konsekvenser för länssjukvården föreligger såvitt bekant ännu inte från något sjukvårdsområde. Det är i dag endast möjligt att göra antaganden om avlastning av och krav på ökade insatser från länssjukvårdens sida.

Omfattningen av specialiserad öppen vård vid sjukhusen kan minskas genom att allmänläkare i ökad omfattning tar hand om fall som idag behandlas vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar men inte kräver specialistvård från medicinska utgångspunkter. Samma effekt uppnås genom att olika specialister arbetar på vårdcentralerna i stället för sjukhusens mottagningar.

Effekterna av ökade preventiva insatser, uttryckta som en reell minskning av incidensen av allvarliga sjukdomar som förr eller senare kräver

länssjukvårdens resurser, är svåra att mäta med nuvarande kunskaper om preventionens effekter. Å andra sidan kan länssjukvården tänkas få en viss temporär ökad belastning i samband med att en utbyggd primärvårdsresurs sätts in på uppsökande verksamhet. Kraven på länssjukvårdens medicinska serviceresurser kan också komma att öka till följd av satsningen på förebyggande åtgärder. Aktuella är diagnostisk radiologi, klinisk kemi, mikrobiologi, samt klinisk patologi/cytologi.

Frågan om organisationen av miljö- eller samhällsmedicinska enheter har ännu inte funnit sin lösning. Klart är dock att landstingen på länsnivå måste engagera olika specialistresurser och servicefunktioner. Exempel är yrkesmedicinska enheter och infektionskliniker/mikrobiologiska laboratorier för smittsskyddsarbetet.

Socialstyrelsen har konsekvent hävdat att öppenvården utanför sjukhus bör baseras på såväl allmänläkare som andra specialister och att den öppna vården vid sjukhusen skall begränsas, bland annat för att förbättra närservicen till patienten. En väsentlig reduktion av sjukhusens öppenvård torde förutsätta att olika specialister kan medverka i primärvården. Eljest torde ej planerade förändringar kunna genomföras.

1980-talets tillgång på specialister, bland annat inom barn- och kvinnosjukvård, är god och underlättar en ändrad arbetsfördelning mellan länssjukvård och primärvård. Nuvarande och förväntade regler om bemanning och arbetstidsuttag ger vidare så stora basbemanningar vid akutklinikerna att dessa i sig kan medföra en tvångsvis centralisering av den öppna specialiserade vården till sjukhusläkarna. Detta är inte önskvärt. En väg att bryta denna trend är en systematiserad konsultverksamhet i primärvården av klinikläkarna, vilket borde ge flera fördelar. Förutom förstärkt lokal service till de vårdsökande bör den ge en konkret grund för samverkan med primärvården med ömsesidigt erfarenhetsutbyte som mål. Detta i sig borde kunna ge möjlighet att ytterligare föra över länssjukvård till primärvården samtidigt som primärvården skulle kunna få större möjlighet att klara mer komplicerade utredningar och behandlingar. En självklar förutsättning är givetvis att primärvården även tar hand om sin egen akutverksamhet.

I kapitel 12 har också möjligheterna att under vissa förutsättningar differentiera vårdplatserna inom den somatiska korttidsvården ur resurssynvinkel påpekats. Närmare 10 procent av dessa bedöms för närvarande kunna omvandlas till "lågresursplatser" 1) inklusive alternativ med patienthotell. Till detta kommer långsiktiga effekter av framgångsrika preventiva insatser beträffande alkohol, tobak, olyckor, självmord och hjärt- och kärlsjukdomar.

Psykiatrins pågående omstrukturering förväntas minska belastningen på den somatiska korttidsvården motsvarande omkring 700 vårdplatser som redovisats i kapitel 12.4.

En enkel summering av det förda resonemanget ger närmast intryck av att mycket stora vårdplatsminskningar skulle vara möjliga att genomföra. Så är givetvis inte fallet då de diskuterade grunderna för vårdplatsreduktion inte går att renodla var för sig utan får ses som kompletterande och delvis sammanfallande vägar. Så till exempel torde inte en väsentlig vårdplatsminskning i vårdplatstäta landsting medge samma grad av olikheter i det medicinska handlandet vid en och samma diagnos som idag är fallet.

[1]Med lågresursplats avses vårdplats för eftervård, rehabilitering och konvalescens och avlastningsplatser samt allmänna platser för sådan utrednings- och behandlingsverksamhet som inte kräver akutsjukhusets samlade resurser.

Särskilda lokala förhållanden, skiftande politiska förutsättningar för att genomföra i och för sig motiverade förändringar, otillräcklig kapacitet inom primärvård och/eller på den primärkommunala sidan m m kan vidare lägga hinder i vägen för en långtgående vårdplatsreduktion inom somatisk korttidsvård.

Även i framtiden förutsätts variationer i vårdplatstillgång per tusen invånare finnas eftersom lokala och regionala förutsättningar i vid bemärkelse är och kommer att vara olika. Detta innebär att generella vårdplatsnormer är förrädiska.

13.2 Vårdorganisatoriska aspekter

Så några ord om effekten av hur vården är organiserad. Särskilt tankeväckande är härvid den mycket snabbt ökande hjärtkirurgiska vård som kunnat registreras vid de fyra centra som bedriver sådan verksamhet (tabell 33) med

Tabell 33 Den operativa verksamheten under perioden 1979, 1981, 1982 samt första halvåret 1983 vid de thoraxkirurgiska klinikerna.

Klinik		Hjärtkirurgi				Lung-kir	Mat-strupe	Summa
		Totalt	Öppna	varav kranskärl	Slutna			
Malmö *	1979	11			11	122	45	178
Allm	1981	5			5	111	39	155
	1982	3			3	87	13	103
halva	1983							
Örebro	1979	5			5	113	60	178
	1981	3			3	161	36	200
	1982	4			4	183	37	224
halva	1983	3			3	86	29	118
Lund	1979	217	174	31	43	250	60	527
	1981	338	279	92	59	217	63	618
	1982	437	380	143	57	228	51	716
halva	1983	226	207	117	19	ca 115	ca 30	371
Sahlgrenska	1979	303	276	64	27	254	55	612
	1981	479	458	207	21	172	52	703
	1982	490	463	223	27	211	48	749
halva	1983	284	279	131	5	113	31	428
Karolinska	1979	644	614	205	30	230	11	885
	1981	692	661	231	30	197	14	903
	1982	781	758	267	23	187	14	982
halva	1983	412	408	205	4	98	10	520
Akademiska	1979	380	337	104	43	196	34	610
	1981	472	427	190	45	184	48	704
	1982	497	463	203	34	207	35	739
halva	1983	344	324	165	20	117	20	481
TOTALT	1979	1 560	1 401	404	159	1 165	265	2 990
	1981	1 989	1 825	720	163	1 042	252	3 283
	1982	2 212	2 064	836	148	1 103	198	3 513
halva	1983	1 269	1 218	618	51	529	120	1 918

Anm: * Malmö–kliniken upphörde med sin verksamhet vid årsskiftet 1982/83

Källa: "Thoraxkirurgi-principprogram för 1980-talet" (Socialstyrelsen redovisar 1983:5) och "Thoraxkirurgi" (Landstingsförbundet)

blott obetydliga resurstillskott. Ekonomiska stordriftfördelar har kunnat dokumenteras förutom allt bättre medicinska resultat.

Denna utveckling bör jämföras med hur splittrad den tunga allmänkirurgin är i landet. Av i tabell 34 exemplifierade fem tunga ingrepp görs för fyra av dem högst 10 per år vid merparten av landets sjukhus! Ytterligare tankeväckande exempel på lågt antal ingrepp i förhållande till antalet verksamma kirurger finns i underlagsstudien "Allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi" (Socialstyrelsen PM 52/83).

Utvecklingen hittills inom länssjukvården synes i första hand återspegla förändringar i hälsoläge (i många fall förbättringar) och effekten av vetenskapliga och tekniska landvinningar inom grundvetenskaper och kliniska discipliner i kombination med ökade personella och tekniska resurser. Hittills torde primärvårdsutbyggnaden ha betytt tämligen lite för den minskande volymen korttidsvård uttryckt i måttet vårddagar.

Successivt adderas emellertid den potential som en kompetent och resursförstärkt primärvård representerar till de faktorer som hittills svarat för en minskande volym vårddagar i korttidsvården.

Med hänvisning till vad som redovisats i kapitel 12 och i detta kapitel borde det i 1990-talets perspektiv vara möjligt att planera för att minst en fjärdedel av de vårdplatser som fanns inom somatisk korttidsvård 1980 skulle kunna avvecklas respektive ersättas med "lågresursplatser" och patienthotellplatser. En utgångspunkt är därvid given – endast avveckling av hela enheter antingen det är fråga om ett helt akutsjukhus, vårdavdelningar, jourlinjer etc, eller helt ändrad och mindre resurskrävande verksamhet inom dessa enheter kan ge resurser att omdisponera.

Kirurgistudien har visat att allmänkirurgin minskar. Nuvarande specialisering kräver stora staber som riskerar att få alltför liten träning! Redan idag har många kirurg- och medicinkliniker ett litet antal vårdplatser och hur kan det då inte bli om minst en fjärdedel av korttidsvårdsplatserna så småningom kan avvecklas? En betydande rationaliserings- och säkerhetspotential borde

Tabell 34 Antal sjukhus fördelade med hänsyn till frekvensen ingrepp vid vissa diagnoser

Diagnos	Antal sjukhus och ingrepp per år År	0	1-5	6-10	11-19	20-w	S:a sjh
Cancer i magsäck	1977	2	32	21	7	2	64
	1979	5	40	13	6	0	64
Cancer i grov-	1977	0	9	13	18	24	64
tarmen	1979	1	4	11	22	26	64
Cancer i änd-	1977	1	29	13	14	7	64
tarmen	1979	1	22	15	21	5	64
Giftstruma	1977	11	26	12	11	4	64
	1979	10	25	14	8	7	64
Sår på tolvfinger-	1977	1	17	13	15	18	64
tarmen	1979	5	27	14	11	7	64

finnas i att förlägga den akuta länssjukvård, som kräver den samlade länssjukvårdens resurser, till färre enheter. En större minskning av den slutna korttidsvården kan inte gå runt frågan om antalet akutsjukhus med nuvarande resursförutsättningar i det framtida perspektivet.

En sådan förändring kommer sannolikt att ta mycket lång tid att genomföra. En mellanväg för att nå snabbare resultat torde vara en övergång i större skala till i huvudsak planerad vård av sådan typ som ej kräver omedelbar tillgång till länssjukvårdens samlade resurser vid sådana sjukhus som ligger relativt nära annat akutsjukhus enligt Nässjö- och Trollhättealternativen kombinerat med femdagarsvård och motsvarande inom akutsjukhusen så långt det är praktiskt genomförbart. Avsikten skulle i första hand vara att minska kraven på bemanningen, framförallt under jourtid och helger. En sådan teknik för korttidsvårdens minskning ger totalt sett färre avvecklade vårdplatser än vad som angetts ovan men reellt torde betydande resursbesparingar kunna göras. På lång sikt – förutsatt att förebyggande åtgärder, primärvård och äldreomsorg fungerar effektivt och att hälsoläget fortsätter att förbättras – borde det dock vara möjligt att begränsa korttidsvården avsevärt bland annat genom att förändra en del av länsdelssjukhusen till vårdenheter med starkt differentierade öppenvårdsresurser i kombination med ett mindre antal "allmänplatser", långtidssjukvård m m enligt modell Mariestad, Lysekil etc. Självklart måste en av förutsättningarna för sådan sluten vård vara att man vid urvalet av patienter strikt beaktar vad den lokala resursnivån tillåter ur patientsäkerhetssynvinkel. Varken det odelade eller det delade lasarettets funktioner, som kräver den samlade korttidsvårdens resurser får således återinföras "smygvägen".

Vidare förutsätter så långtgående vårdplatsminskningar en annan arbetsfördelning mellan korttidsvården och långtidssjukvården. Svensk slutenvård kännetecknas hittills av en stel klinikindelning med betydande svårigheter att klara omdisponeringar mellan olika verksamhetsområden. Åtskilliga kliniker är små. Det borde därför vara naturligt att mer på allvar diskutera "storkliniktanken" i ett läge då den somatiska korttidsvården måste krympas. Även långvårdsklinikernas organisation och dimensionering behöver ses över. Den medicinska rehabiliteringen har hittills haft svårt att hävda sig. Eftersom långtidssjukvård av omvårdnadskaraktär främst skall vara primärvårdens ansvarsområde blir långvårdsklinikerna mer renodlat inriktade på utredning, behandling och rehabilitering av äldre personer samt utbildning av personal. I hög grad behöver man samma fysiska och personella resurser för detta som specialiteten medicinsk rehabilitering. Det är därför naturligt att åtminstone vid länssjukhusen överväga att organisera dessa två verksamhetsområden inom en och samma klinikorganisation. Detta skulle dels påskynda utvecklingen av den medicinska rehabiliteringen i landet dels medföra ett mer rationellt utnyttjande av de samlade rehabiliteringsresurserna. Även reumatologi skulle kunna ingå i en sådan samordnad klinikverksamhet. Vidare behövs samverkan mellan långtidssjukvård och psykiatri.

Vid länsdelssjukhusen bör samma organisation tillämpas, dock med den skillnaden att läkare med medicinsk rehabilitering som specialitet alternativt reumatologi måste hämtas som konsult från länssjukhuset. Klinikstorleken blir väsentligt mindre.

Vid många länsdelssjukhus – i synnerhet de med små upptagningsområden blir medicinklinikerna i framtiden så små att de inte går att försvara driftekonomiskt. En gemensam klinik för internmedicin och långvårdsmedicin måste därför också kunna övervägas som ett realistiskt alternativ. Härigenom skulle mindre akutsjukhus kunna bibehållas, särskilt då avståndsförhållandena gör detta motiverat. En förutsättning för acceptabel patientsäkerhet och driftekonomi är givetvis att överordnade läkare har specialistkompetens inom såväl långvårdsmedicin som allmän internmedicin. Block syftande till sådan dubbelkompetens har inrättats under senare år och många av de idag verksamma långvårdsläkarna har sådan kompetens.

Den reorganiserade psykiatrin förutsätts ha sin bas för den slutna vården i länssjukvården – framförallt vid länssjukhusen. Samtidigt decentraliseras verksamheten, bland annat genom uppbyggnad av resursstarka öppenvårdsteam. Vid flertalet länsdelssjukhus omhändertas framförallt vid medicinklinikerna psykiatriska akutfall, bl a intoxikationer. Det ter sig naturligt att de decentraliserade psykiatriska teamen ges en möjlighet att bedriva viss sluten vård, bland annat för observation och utredning inför ställningstagande till om en patient kan tas om hand lokalt i öppen eller halvöppna vårdformer eller om patienten måste beredas fortsatt psykiatrisk vård vid länssjukhuset. Ett möjligt arrangemang skulle kunna vara att inom ramen för t ex en intagningsavdelning eller annan lämplig vårdavdelning ha en enhet/sektion för psykiatrisk vård vid länsdelssjukhus.

Även andra former av kliniksamordning måste övervägas, i synnerhet vid vissa länssjukhus då vårdplatsantalet vid de enskilda enheterna reduceras. Exempel härpå är lungmedicin/allmän internmedicin/hudsjukvård alternativt infektionssjukvård/lungmedicin/barnmedicin. Andra exempel finns. Vid de minsta sjukhusen kan det också bli nödvändigt att diskutera gemensamma vårdplatser för internmedicin och allmänkirurgi.

Som framgår av kirurgistudien är det framför allt åtgärder inom skelett/mjukdelskirurgin som är särskilt frekventa tillsammans med vissa ingrepp inom urinvägar och buk vid icke malign diagnos. Att vid de mindre sjukhusen hålla specialstaber inom såväl allmän, ortopedisk som urologisk kirurgi av sådan storlek att separata jourlinjer skall kunna upprätthållas ter sig orealistiskt av såväl kvalitetsmässiga som ekonomiska skäl. Det finns flera vägar att klara fortsatt verksamhet vid de mindre sjukhusen utan dubblerade eller tredubblade kirurgstaber!

Ett alternativ är kirurger med en bredare utbildning inriktad på sådan verksamhet som både kan och bör erbjudas även vid mindre lokala sjukhus. Detta förutsätter givetvis att man är beredd att remittera t ex patienter med misstänkt malignitet till närmaste större sjukhus. Flera skäl talar för detta, framförallt att antalet ingrepp vid olika typer av cancer är tämligen få vid flertalet sjukhus som redovisats i den tidigare relaterade kirurgistudien (SoS PM 52/83). Detta leder till att antalet ingrepp per kirurg blir mycket begränsat. Ur kvalitetssynvinkel är detta inte bra. Vidare kräver denna typ av vård närhet till resurser som normalt bara finns vid länssjukhuset, t ex klinisk patologisk service. Även andra exempel på kirurgisk vård som kräver särskilda resurser finns, t ex vissa typer av kärlingrepp och ingrepp vid

hormonstörningar. Detta alternativ kan också kombineras med att t ex ett ortoped- och/eller urologteam reser ut till ett mindre sjukhus för att utföra sådan planeringsbar kirurgi som inte kräver länssjukhusets samlade resurser. Även inom icke opererande specialiteter torde motsvarande arrangemang kunna vara en framkomlig väg att pröva.

För att underlätta jämförelser och lokala överväganden redovisas i bilaga 6.1 respektive 6.2 vårdplatserna inom medicinsk korttidsvård per verksamhetsområde respektive sjukhus i landets olika sjukvårdsområden medan motsvarande data för den kirurgiska korttidsvården finns i bilaga 7.1 respektive 7.2. Akutsjukhusens geografiska läge redovisas översiktligt i bilaga 8.

Memento: Här har i första hand diskuterats förändringar inom områdena medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård, vilka 1982 disponerade cirka 40 000 vårdplatser. Till detta kommer närmare 3 000 vårdplatser för intagningsvård, postoperativ vård, intensivvård m m vilka i regel är resursintensiva. En reduktion inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård på de ovan redovisade grunderna måste med nödvändighet påverka storleken av nämnda resurser.

13.3 Utvecklingen för olika specialiteter i 90-talets perspektiv

En följd av 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 det aktuella läget är emellertid driftkostnaderna det viktigaste problemet inom sjukvårdspolitiken. Tyvärr är i statistiken sambandet mellan driftkostnader, verksamhet och resurser otillräckligt belyst. Användningen av långtidssjukvårdens vårdplatser och övriga resurser har också stor betydelse för utvecklingen av de totala kostnaderna.

Härnedan görs en översiktlig bedömning av vårdplatsutvecklingen för flertalet verksamhetsområden med utgångspunkt från det underlag som redovisats i föregående kapitel. Återigen måste här framhållas att vårdplatsmåttet i sig är utomordentligt grovt både när det gäller resurstillgång och som grundval för att mäta prestationer och effektivitet (se också kapitel 6). Till detta kommer att sängplatsen 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. I övrigt beaktas varken de offensiva hälsoprogram som kan komma avseende hjärt- och kärlsjukdomar och olycksfall eller en mer intensifierad suicidprofylax. Den hittills registrerade hälsoförbättringen, som förväntas fortsätta, tas inte heller med i underlagsbedömningen eftersom andra faktorer, som t ex fler personer i högre åldrar, inte heller vägs in.

13.3.1 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 lätttillgängliga patienthotellresurser med god komfort och säkerhet (trygghetslarm + tillsyn av sjukvårdsutbildad personal) liksom ytterligare förkortning av medelvårdtiderna leder sannolikt till att antalet vårddagar för regionsjukvård minskar något och därmed behovet av vårdplatser. Totalt antal 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 beskrivits kort i kapitel 12, torde dimensioneringen av medicinklinikerna påverkas i mycket hög grad. Huvuddelen av de klinikfärdiga patienterna återfinnes vid dessa medicinkliniker och svarar för en betydande del av vårdplatsskillnaderna mellan landsting med relativt sett flest respektive minst antal platser inom somatisk korttidsvård. Till detta kommer effekterna på intagningen av äldre i en situation då primärvården i samverkan med primärkommunen förfogar över en fullständig lokal vårdkedja – d v s medicinklinikernas akutintag behöver

inte – som ofta varit fallet hittills – vara den enda instans som är tillgänglig då patienten inte klarar av att vara hemma.

Fler äldre – leder till fler patienter med komplexa sjukdomsbilder i behov av somatisk korttidsvård. Å andra sidan har hälsoläget bland pensionärer successivt förbättrats.

Som framgår av tabell 17 disponerade allmän internmedicin och övriga ovannämnda specialiteter år 1982 cirka 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 en tredjedel av den totala vårdplatsvolymen. Sannolikt är medicinklinikernas andel större. Till detta skall adderas 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, Västra Frölunda etc. I kapitel 12 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 traditionella vårdplatser inom allmän internmedicin, endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi, njurmedicin och invärtesmedicinsk allergologi.

13.3.2 Infektions- och lungsjukvård

Jämfört med 1960 är lungmedicinens vårdplatsvolym 1982 mindre än en fjärdedel medan infektionsmedicinens halverats. Totalt förfogade dessa två specialiteter över drygt 3 000 vårdplatser 1982, nästan uteslutande lokaliserade till läns- och regionsjukhus.

Infektions- respektive lungkliniker har mycket specifika och i vissa avseenden synnerligen krävande diagnostik- och behandlingsuppgifter. Båda kliniktyperna har blivit allt viktigare konsult- och samarbetspartner för en rad andra kliniker 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 idag 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 deras 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 sker betingas av tillgången på

allmänvårdplatser vid infektions- och lungklinikerna vid sidan om de specifika vårdplatsresurserna som dessa kliniktyper normalt har. Med hänsyn till vad som sagts tidigare 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 för närvarande inte för någon minskning. Eftersom en betydande andel av vårdplatserna används för sådan vård som bedrivs vid medicinkliniker är det rimligt att lägga samma bedömning på dessa båda verksamhetsområden som gjorts tidigare för allmän internmedicin, dock med beaktande av de specifika observations- och utredningsplatserna.

13.3.3 Hud- och könssjukvård

Även denna specialitets vårdplatsvolym har sedan länge successivt reducerats. Som framgår av bilaga 6.1 är tillgången på vårdplatser mycket varierande i landets olika delar. Dagens skiftande utseende indikerar möjligheter att göra en reduktion i likhet med vad som sagts tidigare. Som tidigare framhållits har regionvården 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.

13.3.4 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 som datortomografi vid regionsjukhusen i sig resulterat i fler remitterade patienter. Genom att dessa resursförutsättningar håller på att etableras generellt vid länssjukhusen torde regionvolymen komma att minska. Här måste dock en reservation göras för de effekter som den nya NMR-tekniken 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/sjukhusvård efter den akuta vårdepisoden.

Sammantaget görs bedömningen att en viss reduktion av nuvarande volym neurologiska vårdplatser borde kunna genomföras.

13.3.5 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 ute 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, bland annat för att möta den förväntade incidensökningen.

13.3.6 Medicinsk rehabilitering och reumatologi

Båda dessa verksamhetsområden är ojämnt etablerade i landet. För båda ses en utveckling mot öppna och halvöppna vårdformer, för vilka tillgång till fysikalisk terapi i olika former, bassängträning och verkstäder är 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 reumatologin – 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 finns det inte underlag för att närmare diskutera här.

13.3.7 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 borde visa en viss ytterligare minskning av antalet vårddagar samtidigt som den präglas av korta vårdepisoder ofta av mycket komplex karaktär.

13.3.8 Allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi

Hittillsvarande trender beräknas kvarstå, dvs 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 inte kompensera för nedgången inom övriga delar av allmänkirurgin. Fortfarande finns vissa köproblem inom ortopedisk kirurgi samtidigt som akutverksamheten ökar, bland annat genom fler höftledsfrakturer och amputationer. En ytterligare förkortning av medelvårdtiderna torde minimera behovet av vårdplatstillskott. Inom urologin ökar prostatakirurgin genom vidgad tillämpning av TUR-tekniken. Även inom denna specialitet finns det skäl att räkna med förkortande 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 ortopedisk – respektive urologkirurgisk kompetens anställs i länssjukvården. Den sannolika effekten visavi regionsjukvården bör bli en viss reduktion i förhållande till dagsläget.

Allmän-, ortopedisk och urologisk kirurgi 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 inte 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.

13.3.9 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 den aktuella trenden 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 vara av 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, trots att de stora barnkullarna från perioden 1965 – 1970 når barnalstrande ålder under den aktuella perioden. Förutsättning härför är en ytterligare förkortning av medelvårdtiden till följd av tidigare hemgång efter förlossning. 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 särskilda geografiska skäl inte talar mot sådan åtgärd.

13.3.10 Ögonsjukvård

Tillgången på vårdplatser varierar tämligen starkt mellan landets olika sjukvårdsområden. Vidare förekommer betydande skillnader i medelvårdtider. Ögonsjukvården har sedan 70-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 implanteras 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 inte 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 en allmer 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 inte bedriver ögonkirurgi bör lämpligen kunna disponeras på någon av lokalt tillgängliga kliniker, t ex medicinklinik.

13.3.11 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 inte bedöms genomgå någon större volymförändring.

13.3.12 Barn-, hand-, neuro-, plastik- och thoraxkirurgi

Dessa renodlade regionfunktioner behandlas tillsammans då de totalt representerar knappt 1 200 vårdplatser koncentrerade till ett mindre antal 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 i 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 det för närvarande inte något 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. Den kan balanseras genom att i handkirurgi randutbildade ortopeder i länssjukvården kan arbeta mer på lokal nivå.

Neurokirurgin har under senare år, bland annat genom mikrokirurgisk teknik och stereotaktiska ingrepp kunnat erbjuda effektivare behandling. Effektivare och tidigare diagnostik har resulterat i fler regionremisser. 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. Denna utveckling bedöms fortsätta under resten av 80-talet.

Thoraxkirurgin präglas för närvarande av den öppna hjärtkirurgins mycket snabba expansion genom den aktuella kirurgiska behandlingen 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 medelvård-

tiderna. 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 det resurstillskott. Materialkostnaderna är tämligen stora.

13.3.13 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 bland annat 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 dessa 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, dvs alltmer förfinad teknik tas i bruk varav en del är mycket sofistikerad, dyrbar och krävande typ t ex 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 dessa avdelningar också innefatta 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.

13.3.14 Långtidssjukvård och psykiatri

Läsaren hänvisas här till kapitel 11 och kapitel 12.

Här görs endast den kommentaren att långtidssjukvård som länssjukvårdsfunktion har ett alldeles 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. En samordning med medicinsk rehabilitering har därför tagits upp i kapitel 11 och kapitel 13 som en möjlig organisatorisk utveckling.

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 en stormig konfusion till en hämmad intellektuell förmåga. Inom länssjukvården bör etableras en utrednings- och samordningsfunktion för denna patientgrupp. Det bör ske i samverkan mellan psykiatrin, den somatiska långtidssjukvården och delar av den somatiska korttidsvården. Denna enhet har bland annat 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 "senildement" med risk för inadekvat behandling ledande till förlängd sjukhusvård och onödig blockering av resurser.

14 Avslutande kommentarer

Lagstiftningen placerar *patienten i centrum* och ger vissa grundläggande förutsättningar för att skapa förtroende bland befolkningen för hälso- och sjukvården.

Detta hindrar dock inte att patienten kan känna sig bortglömd, isolerad eller ibland behandlad som ett objekt. Risken härför beror bland annat på den medicinska och medicintekniska utvecklingen med ökande professionalisering och specialisering och en alltmer komplicerad kompetens- och ansvarsuppdelning. Detta gäller särskilt läns- och regionsjukvården.

En omstrukturering av sjukvården måste även innefatta personalens attityder, beteenden mot den enskilda patienten och den allmänna serviceandan. Detta krav kan mycket väl fogas samman med det slutliga målet för den enskilde patienten, oavsett det gäller bot, lindring eller tröst.

Effektiviseringsbegreppet måste därför också omfatta förhållanden som

- tillgänglighet och kontinuitet
- väntetidens längd på mottagningen
- attityder och beteenden, som bland annat bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt
- information

Låt beskrivningen i bilaga 9, "Patienten" bli en tankeväckare för dem som styr, leder, vårdar, planerar och administrerar hälso- och sjukvården.

Tillgång till lika vård kan ses ur såväl kvalitativ som kvantitativ synvinkel. Mot bakgrund av den svenska hälso- och sjukvårdens tämligen homogena uppbyggnad tvärs över landet borde förutsättningarna att få lika vård vara goda.

För omhändertagande av akut sjuka finns genom klinik- och joursystemens uppbyggnad en generell garanti för att kvalificerade resurser finns tillgängliga dygnet runt i förhållande till den enskilde patientens behov. Härvidlag har också utvecklingen av regionsjukvården och den omfattande samverkan, som etablerats mellan läns- och regionsjukvården, haft stor betydelse.

Som visats i kapitel 8 finns det emellertid avsevärda skillnader i vårdutbudets sammansättning och storlek då olika sjukvårdsområden jämförs. Mycket betydande skillnader – över 100 procent – finns för enskilda verksamhetsområden vid jämförelse av antal vårdplatser per 1 000 invånare. För somatisk korttidsvård i sin helhet liksom för totala antalet

vårdplatser är skillnaden cirka 50 procent mellan MIN- och MAX-landstingen. När vårdutnyttjandet jämförs i form av vårddagar och intagningar per 1 000 invånare kvarstår skillnaderna i stort. Självklart betyder ålders- och könssammansättning i varje enskilt sjukvårdsområde en del men även efter korrektion för dessa faktorer kvarstår ändå stora skillnader i vårdutbud och vårdutnyttjande. Inom det enskilda sjukvårdsområdet kan motsvarande iakttagelser göras när vårdutnyttjandet relateras till kommunnivån. Studier av hälsovariabler, sociala förhållanden, livsstilsfaktorer har inte i någon högre grad kunnat ge förklaring till det skiftande vårdkonsumtionsmönstret. Ännu så länge synes den mest näraliggande förklaringen vara att vårdutbudet i sig styr vårdkonsumtionen – förutsatt att den ligger över en viss minimi-nivå. En betydelsefull mekanism härför är den sekundära vårdefterfrågan som det professionella systemet i sig kan skapa (se kapitel 5). Ur kvantitativ synvinkel är förutsättningarna för en lika vård således inte uppfyllda.

I kapitel 9 har resultaten av hittills tillgängliga underlagsstudier sammanfattats på diagnos- och åtgärdsnivå. Dessa visar att det också finns mycket betydande skillnader när olika sjukvårdsområden jämförs, t ex beträffande operationsfrekvenser och medelvårdtider vid väl definierbara sjukdomstillstånd. Likaså ses mycket betydande skillnader för intagningar och vårddagar, särskilt vid sådana tillstånd där indikationen är relativ och vid dessa kan en viss samvariation med vårdplatstillgången iakttas. Djupare kvalitetsgranskning av vårdresultaten i form av förändringar i hälsoläge, rehabiliteringsgrad och mortalitet i anslutning till vård vid vissa väl avgränsbara sjukdomstillstånd har inte kunnat genomföras. Iakttagna skillnader på diagnos- och åtgärdsnivå antyder dock att vården ur kvalitativ synvinkel inte heller är lika när olika sjukvårdsområden eller sjukhus jämförs.

I underlagsstudien "Allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi" har visats i hur hög grad den tyngre kirurgin är splittrad på många kliniker med påföljd att frekvensen ingrepp per år vid flertalet sjukhus är påfallande lågt. Även för många andra allmänkirurgiska tillstånd är frekvensen åtgärder per sjukhus låg. Om man förutsätter att en viss verksamhetsvolym krävs för bibehållande respektive utveckling av kompetensen är det tveksamt om vården ur kvalitativ synvinkel är tillräckligt "lika" i landet.

Vid vissa tillstånd – särskilt vid tumörer – krävs därutöver en kombination av resurser som vanligen endast region- och länssjukhus har. Hittills genomförda studier talar inte för att patienter med resurskrävande sjukdomar i någon större omfattning hänvisas från länsdelssjukhusen till större sjukhus för utredning och vård.

Mot denna bakgrund finns det många skäl som talar för att varje enskild sjukvårdshuvudman genomför lokala studier i avsikt att kartlägga vårdkonsumtionsmönstret såväl för sjukvårdsområdet i sin helhet som för varje enskild kommun.

Viss reservation för skillnader i sjuklighet måste dock göras. När jämförelser görs mellan landets olika sjukvårdsområden har vissa skillnader beträffande tumörer, hjärt- och kärlsjukdomar och kronisk njursvikt kunnat konstateras. Vid studier på kommunnivå i de fyra nordligaste länen har mycket betydande variationer i cancersjuklighet kunnat konstateras. Dessa variationer förklarar dock inte skillnader i vårdutbud och vårdutnyttjande,

särskilt om jämförelserna begränsas till sjukvårdsområdesnivån. Tillgängliga data talar således för att områden med relativt sett låg vårdkonsumtion (efter ålders- och könsstandardisering) inte har sämre hälsoförhållanden än landet i övrigt med de mätvariabler som finns tillgängliga. Därför borde det vara rimligt att kritiskt granska de delar av vården som i jämförelse med "lågkonsumentområdena" erbjuder fler intagningar, vårddagar, längre medelvårdtider, fler undersökningar och fler åtgärder vid väl avgränsbara sjukdomstillstånd. Ökad samverkan dels mellan vårdkedjans olika led, men också mellan olika sjukhus förefaller därför vara nödvändiga. Arbetet med vårdprogram torde kunna få en avgörande betydelse för att nå målet "lika vård".

De åtgärder som nämnts förutsätter en effektiv politisk styrning, dels i avsikt att åstadkomma kartläggning av vårdverksamheten ur såväl kvantitativ som kvalitativ synvinkel, dels för att åstadkomma den omstrukturering av verksamheten och organisationen som kartläggning och analyser talar för respektive kan vara motiverad mot bakgrund av konstaterade olikheter beträffande hälsotillstånd, vårdutbud och vårdkonsumtion. Härtill kommer konsekvenser av primärvårdens utbyggnad. Vidare kräver medicinsk, teknisk och vetenskaplig utveckling liksom den ekonomiska situationen och de sjukvårdspolitiska ambitionerna en ökad *systematisk omprioritering av de medicinska verksamheterna*. Vissa underlag härför redovisas i denna studie.

Läns- och regionsjukvården måste sålunda ha beredskap för omdisponering av resurser, inte endast för att anpassa sig till effekterna av primärvårdens utveckling och utbyggnad, utan också för att kunna utveckla och tillämpa nya metoder och för att eliminera respektive förhindra långa, plågsamma och kostsamma väntetider. Även om länssjukvårdens totala verksamhetsvolym förutsätts minska måste därför utrymme finnas för förnyelse av länssjukvården.

Den undersökande och behandlande verksamheten är grundläggande för alla sjukhus. *Länssjukvården* kommer härutöver genom HSL att ha till uppgift att *stödja primärvården i det hälsopolitiska arbetet*. Sjukhusens personella och tekniska resurser måste i ökad utsträckning användas för bland annat hälsobefrämjande åtgärder och för att bedöma och påverka olika miljöfaktorer. Det är viktigt att länssjukvården engageras positivt i ett vidgat förebyggande arbete inom olika områden och att dess kunskap tas tillvara i detta avseende.

Genom att länssjukvården förutsätts arbeta mer orsaksuppspårande får sjukhusets personal en vidgad roll. Medverkan i hälsoarbetet förutsätts till största delen ske genom konsultverksamhet till primärvården och till de organ utanför hälso- och sjukvården, som har en stor del av ansvaret för samhällets hälsopolitiska åtgärder. Härigenom kommer såväl länssjukvården som primärvården att tillsammans med andra sektorer i samhället bidra till befrämjandet av befolkningens hälsa.

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

Bilaga 1

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.

För den direkta ledningen av HS 90-projektet svarar arbetsgruppen för långsiktig planering, som 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 bedrivits inom socialstyrelsen. Det har letts av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren som projektledare. Inom sekretariatet har vidare arbetat byrådirektören Marianne Rambro, byråchefen Lennart Rinder och byrådirektören Curt-Lennart Spetz. För administrativt arbete, redigering och utskrifter m m har svarat förste byråsekreteraren Märta Nordenfelt, assistenten Ulla Sjöman och byråassistenten Gunvor Unoson. Experter har biträtt i utarbetandet av rapporter och underlagsstudier.

Bilaga 2

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 Ein horn/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 Wenn ström)

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 3

Bilaga 3.1 Komplettering till tabell 16 i huvudtexten under rubriken "Övrigt"

	1960	1970	1975	1980	1981	1982
Akutmottagning/				675	694	744
Intagningsavdelning		1 923	2 556			
Tekniska platser, IVA				1 369	1 372	1 326
Allmän vård		1 767	830	827	739	678
Konvalescentvård, lättvård		2 066	1 667	1 384	1 443	1 192
Epileptikervård	969	178				
"Lasarettsvård & liknande"	5 107	299				
Övrigt (tekn platser)				885	906	971
TOTALT	6 076	6 233	5 053	5 140	5 154	4 911

Källa: Se tabell 16

Anm. Uppdelning per sjukvårdsområde för åren 1980, 1981 och 1982 görs i bilaga 3.2.

Bilaga 3.2 Vissa (vård) platser 31/12 1980, 1981 och 1982 fördelade efter sjukvårdsområde

Sjuk-vårds-område	"ÖVRIGT" Totalt			Därav: Allmän vård			Lättvård inkl konv vård			Intensivvård/ intagning			Tekniska platser			Övrig vård			Rehabilitering Medicinsk +barnhab		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
AB	643	685	664				159	192	159	302	353	365	132	118	118				50	22	22
C	252	213	215	29			61	61	61	59	59	59	53	53	53				50	40	42
D	245	229	257				26	26	26	112	105	107	39	30	56	40	40	40	28	28	28
E	621	528	333	98	59	59	303	225	44	79	79	74	73	107	98				68	58	58
F	164	172	192	38	38	45	40	40	40	56	56	69	20	20	20				10	18	18
G	46	40	53	17	11	11			7	29	29	35									
H	195	192	123	125	122	61				62	62	62	8	8							
K	97	97	97				40	40	40	48	48	48	9	9	9						
L	198	182	172				51	73	63	108	100	100	9	9	9				30		
M	200	213	213							92	92	92	34	47	47	64	64	64	10	10	10
N	136	136	136	76	76	76	23	23	23	22	22	22	15	15	15						
O	102	91	106	54	54	54				37	37	52	11								
P	237	237	237	28	28	28	36	36	36	85	85	85	28	28	28				60	60	60
R	143	143	169			25				85	85	86	58	58	58						
S	275	298	245	68	68	30	82	98	98	119	120	117				6	12				
T	325	344	377			12	166	182	168	93	96	58	15	15	88				51	51	51
U	161	161	161				45	45	60	72	72	72	3	3	3				41	41	26
W	145	171	158				59	79	92	81	87	66	5	5							
X	128	162	145				35	65	30	93	82	100								15	15
Y	156	155	156				32	32	32	74	73	74	16	16	16	34	34	34			
Z	287	289	275	101	101	105				30	30	30	38	43	22	118	115	118			
AC	193	180	182	112	99	96	13	13		18	18	18	32	32	32	4	4	22	14	14	14
BD	185	175	171	81	83	76	26	26	26	78	66	69									
I	9	9	9							9	9	9									
MM	73	73	73							52	52	52	21	21	21						
OG	379	379	407				187	187	187	149	149	149							43	43	71
Totalt	5595	5554	5326	827	739	678	1384	1443	1192	2044	2066	2070	619	637	693	266	269	278	455	400	415

Källa: Grundmaterial till LKELP respektive år. Länsbokstav, se bilaga 4.

Bilaga 3.3 Vårdplatser 1) efter huvudgrupp och huvudman 1981

Huvudman	Medicinsk korttidsvård	Kirurgisk korttidsvård	Långtidssjukvård	Psykiatrisk vård	Övrigt	SUMMA
AB	2 550 (+ 268)	2 756 (+ 72)	8 615 (+ 2 160)	3 371 (+ 1 141)	620	17 912 (+ 3 663)
C	207 (+ 7)	153 (+ 2)	1 175 (+ 222)	947 (- 178)	61	2 543 (+ 64)
D	555 (+ 91)	621 (+ 27)	1 488 (+ 263)	1 264 (- 616)	229	4 157 (- 207)
E	925 (- 49)	1 030 (- 39)	2 073 (+ 394)	977 (+ 86)	528	5 533 (+ 339)
F	651 (+ 99)	744 (+ 24)	1 510 (+ 296)	678 (+ 633)	172	3 755 (+ 1 087)
G	353 (+ 40)	446 (+ 19)	937 (+ 170)	761 (+ 74)	40	2 537 (+ 326)
H	499 (+ 66)	587 (+ 44)	1 548 (+ 225)	839 (+ 71)	192	3 665 (+ 444)
K	322 (+ 35)	365 (+ 19)	704 (+ 275)	703 (+ 37)	97	2 191 (+ 393)
L	534 (+ 63)	678 (+ 33)	1 288 (+ 330)	861 (+ 271)	182	3 543 (+ 743)
M	1 177 (- 148)	1 229 (- 109)	1 928 (+ 810)	1 843 (+ 127)	213	6 390 (+ 610)
N	385 (+ 102)	513 (+ 22)	1 155 (+ 315)	516 (+ 136)	136	2 705 (+ 612)
O	601 (+ 19)	666 (- 13)	1 487 (+ 337)	894 (+ 83)	91	3 739 (+ 454)
P	838 (+ 125)	955 (+ 106)	2 215 (+ 374)	1 291 (+ 191)	237	5 536 (+ 840)
R	557 (+ 45)	589 (+ 25)	1 534 (+ 373)	925 (+ 6)	143	3 748 (+ 470)
S	572 (+ 29)	665 (+ 10)	1 795 (+ 419)	819 (+ 20)	298	4 149 (+ 508)
T	732 (- 71)	717 (- 37)	1 719 (+ 69)	764 (+ 28)	344	4 276 (- 56)
U	558 (+ 48)	723 (+ 36)	1 400 (+ 284)	283 (+ 375)	161	3 125 (+ 777)
W	599 (+ 54)	739 (+ 43)	1 687 (+ 176)	1 239 (- 31)	171	4 435 (+ 272)
X	591 (+ 78)	736 (+ 43)	1 486 (+ 155)	835 (+ 28)	162	3 810 (+ 327)
Y	702 (+ 68)	751 (+ 33)	1 599 (+ 248)	1 222 (- 63)	155	4 429 (+ 310)
Z	233 (+ 35)	326 (+ 28)	797 (+ 372)	567 (- 1)	289	2 212 (+ 450)
AC	692 (- 83)	698 (- 53)	1 492 (+ 96)	751 (+ 3)	180	3 813 (- 88)
BD	620 (+ 61)	805 (+ 35)	1 536 (+ 304)	827 (+ 6)	175	3 963 (+ 461)
SUMMA	15 453 (+ 982)	17 492 (+ 370)	41 168 (+ 8 667)	23 177 (+ 2 427)	4 876	102 166 (+ 12 804)
I	173 (+ 19)	149 (+ 11)	307 (+ 50)	171 (+ 5)	9	809 (+ 89)
MM	628 (+ 13)	681 (+ 9)	1 533 (+ 387)	627 (+ 117)	73	3 542 (+ 463)
OG	1 117 (- 122)	1 326 (- 92)	2 706 (+ 116)	1 695 (+ 430)	379	7 223 (+ 188)
SUMMA	1 918 (- 90)	2 156 (- 72)	4 546 (+ 553)	2 493 (+ 552)	461	11 574 (+ 740)
Karolinska	683 (- 30)	732 (- 66)	- (-)	101 (-)	65	1 581 (- 96)
Akademiska	552 (- 148)	642 (- 149)	- (- 15)	72 (-)	152	1 418 (- 467)
TOTALT	18 606 (+ 714)	21 022 (+ 83)	45 714 (+ 9 205)	25 843 (+ 2 979)	5 554	116 739 (+ 12 981)

Källa: LKELP-82, rapport 4.

1) Inom parentes anges antal platser (netto) som tillkommer/avgår på grund av avtal/överenskommelser. Länsbokstav, se bilaga 4.

Bilaga 3.4 Vårdplatser 1) per 1 000 invånare efter huvudgrupp 2) och huvudman 1981

Huvud-man	Medicinsk korttids-vård	Kirurgisk korttids-vård	Långtids-sjukvård 3)	Psykia-trisk vård	TOTALT
AB 4)	2,1 (+0,2)	2,3 (+0,0)	57,9 (+14,5)	2,3 (+0,7)	12,7 (+2,3
C 5)	3,1 (-0,6)	3,2 (-0,6)	47,1 (+ 8,3)	4,2 (-0,7)	16,1 (-1,6)
D	2,2 (+0,4)	2,5 (+0,1)	53,2 (+ 9,4)	5,0 (-2,4)	16,5 (-0,8)
E	2,4 (-0,1)	2,6 (-0,1)	46,1 (+ 8,8)	2,5 (+0,2)	14,1 (+0,9)
F	2,2 (+0,3)	2,5 (+0,1)	42,5 (+ 8,3)	2,2 (+2,1)	12,4 (+3,6)
G	2,0 (+0,2)	2,6 (+0,1)	43,7 (+ 7,9)	4,4 (+0,4)	14,6 (+1,9)
H	2,1 (+0,3)	2,4 (+0,2)	48,4 (+ 7,0)	3,5 (+0,3)	15,2 (+1,8)
K	2,1 (+0,2)	2,4 (+0,1)	37,3 (+14,6)	4,6 (+0,2)	14,4 (+2,6)
L	1,9 (+0,2)	2,4 (+0,1)	37,0 (+ 9,5)	3,1 (+1,0)	12,6 (+2,6)
M	2,3 (-0,3)	2,4 (-0,2)	34,3 (+14,4)	3,6 (+0,2)	12,5 (+1,2)
N	1,7 (+0,4)	2,2 (+0,1)	44,7 (+12,2)	2,2 (+0,6)	11,6 (+2,6)
O	2,1 (+0,1)	2,4 (0,0)	52,4 (+11,9)	3,2 (+0,3)	13,3 (+1,6)
P	2,0 (+0,3)	2,2 (+0,2)	45,3 (+ 7,6)	3,0 (+0,4)	13,0 (+2,0)
R	2,1 (+0,2)	2,2 (+0,1)	47,1 (+11,5)	3,4 (0,0)	13,9 (+1,7)
S	2,0 (+0,1)	2,3 (0,0)	49,3 (+11,5)	2,9 (+0,1)	14,7 (+1,8)
T	2,7 (-0,3)	2,6 (-0,1)	50,8 (+ 2,0)	2,8 (+0,1)	15,6 (-0,2)
U	2,2 (+0,2)	2,8 (+0,1)	54,1 (+11,0)	1,1 (+1,5)	12,1 (+3,0)
W	2,1 (+0,2)	2,6 (+0,2)	47,2 (+ 4,9)	4,3 (-0,1)	15,5 (+0,9)
X	2,0 (+0,3)	2,5 (+0,1)	40,2 (+ 4,2)	2,8 (+0,1)	13,0 (+1,1)
Y	2,6 (+0,3)	2,8 (+0,1)	48,4 (+ 7,5)	4,6 (-0,2)	16,6 (+1,2)
Z	1,7 (+0,3)	2,4 (+0,2)	45,2 (+21,1)	4,2 (0,0)	16,4 (+3,3)
AC	2,8 (-0,3)	2,9 (-0,2)	60,0 (+ 3,9)	3,1 (0,0)	15,6 (-0,4)
BD	2,3 (+0,2)	3,0 (+0,1)	63,4 (+12,5)	3,1 (0,0)	14,9 (+1,7)
MEDELTAL	2,2 (+0,1)	2,5 (0,0)	48,4 (+10,2)	3,1 (+0,3)	13,8 (+1,7)
I	3,1 (+0,3)	2,7 (+0,2)	46,3 (+ 7,5)	3,1 (+0,1)	14,5 (+1,6)
MM	2,7 (+0,1)	2,9 (0,0)	50,4 (+12,7)	2,7 (+0,5)	15,3 (+2,0)
OG	2,6 (-0,3)	3,1 (-0,2)	52,9 (+ 2,3)	4,0 (+1,0)	16,9 (+0,4)
MEDELTAL	2,7 (-0,1)	3,0 (-0,1)	51,5 (+ 6,3)	3,5 (+0,8)	16,2 (+1,0)
RIKS-MEDELTAL	2,2 (+0,1)	2,5 (0,0)	48,7 (+ 9,8)	3,1 (+0,4)	14,0 (+1,6)

1) Inom parentes anges antal platser (netto som tillkommer/avgår på grund av avtal/överenskommelser mellan olika huvudmän. Länsbokstav, se bilaga 4.

2) Samtliga huvudgrupper särredovisas ej

3) 1000 inv 70 år och äldre

4) Inklusive Karolinska sjukhuset

5) Inklusive Akademiska sjukhuset

Källa: LKELP 82, rapport 4.

Bilaga 4

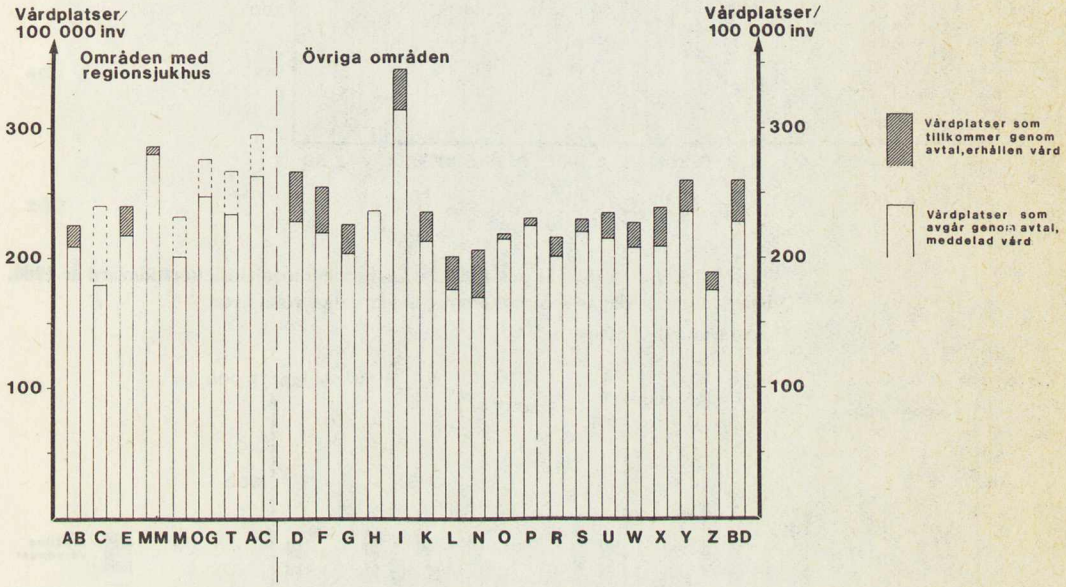
Relativ fördelning av folkmängden på olika åldersklasser 1981

Huvudman/Läns landsting		0–14	15–44	45–64	65–74	75–84	85–
Område med regionsjukhus							
AB	Stockholms	18,7	45,0	21,9	8,9	4,4	1,1
C	Uppsala	20,9	45,1	19,4	8,5	4,8	1,3
E	Östergötlands	19,9	41,0	22,4	10,1	5,4	1,2
MM	Malmö kommun	14,8	40,3	25,9	11,8	5,8	1,4
M	Malmöhus	20,7	42,3	21,2	9,3	5,2	1,3
OG	Göteborgs kommun	16,1	43,1	23,5	10,6	5,4	1,3
T	Örebro	19,2	40,3	22,6	10,8	5,8	1,3
AC	Västerbottens	20,1	41,9	22,8	9,5	4,7	1,0
Övriga områden							
D	Södermanlands	20,2	41,4	22,3	9,8	5,2	1,1
F	Jönköpings	20,4	39,8	22,8	10,3	5,4	1,3
G	Kronobergs	20,6	40,0	21,9	10,0	6,0	1,5
H	Kalmar	19,2	39,2	22,7	11,3	6,2	1,4
I	Gotlands kommun	20,1	41,7	21,2	10,2	5,7	1,2
K	Blekinge	19,7	39,9	22,6	10,6	5,9	1,3
L	Kristianstads	20,2	39,4	22,5	10,6	5,8	1,5
N	Hallands	21,1	41,0	21,8	9,6	5,2	1,3
O	Gbg och Bohus	21,3	42,0	22,0	8,9	4,7	1,1
P	ÄLvsborgs	20,6	40,8	22,0	10,0	5,4	1,2
R	Skaraborgs	20,6	40,3	21,8	10,1	5,8	1,4
S	Värmlands	18,4	39,0	24,1	11,1	6,1	1,3
U	Västmanlands	20,1	42,7	22,4	9,3	4,5	1,0
W	Kopparbergs	19.0	39,7	23,2	11,1	5,8	1,2
X	Gävleborgs	18,4	40,0	23,5	10,9	6,0	1,2
Y	Västernorrlands	18,9	39,5	23,7	10,9	5,8	1,2
Z	Jämtlands	18,4	38,9	23,6	11,2	6,4	1,5
BD	Norrbottens	20,8	43,4	22,2	8,6	4,2	0,8
Riket		19,4	41,8	22,4	9,9	5,3	1,2

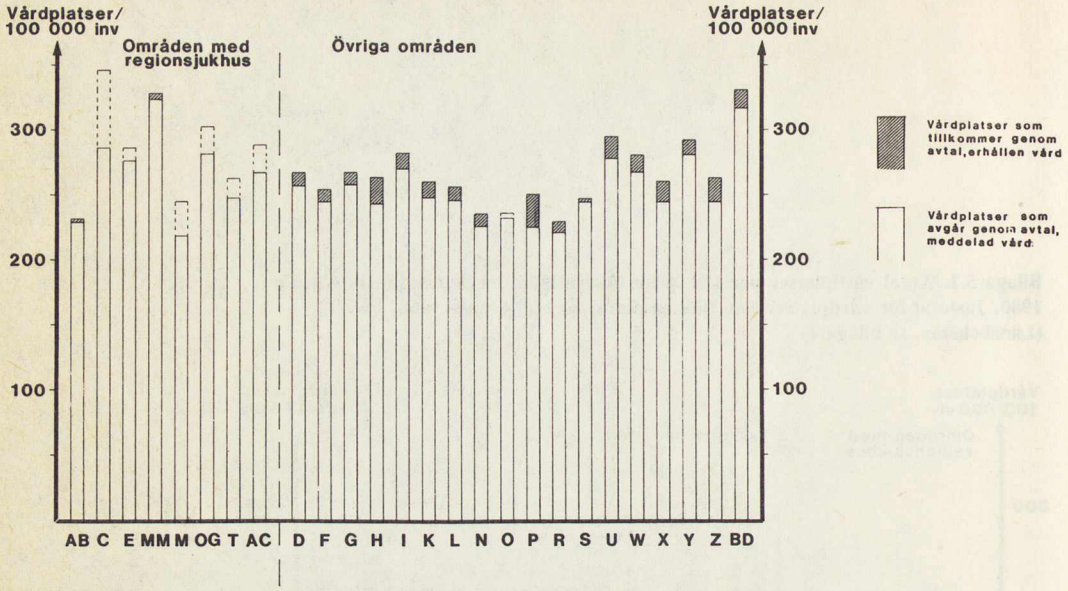
Källa: Bearbetade uppgifter från den officiella befolkningsstatistiken.

Bilaga 5

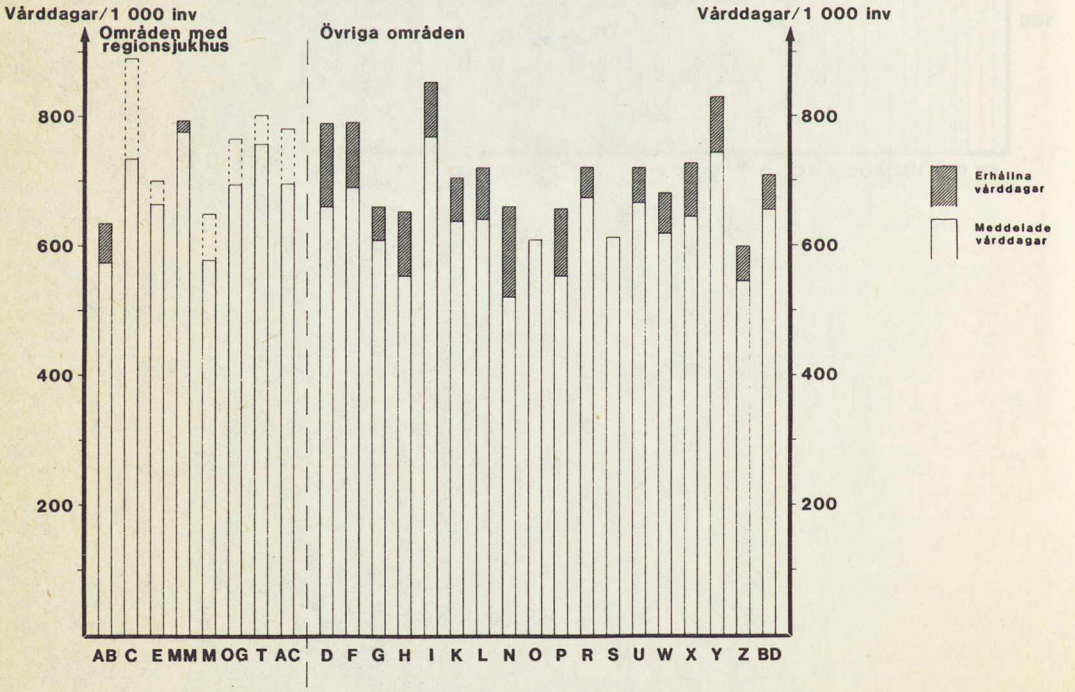
Bilaga 5.1. Antal vårdplatser per 100 000 invånare inom medicinsk korttidsvård år 1980. Justerat för vårdplatser som tillkommer/avgår enligt vissa avtal. (Länsbokstav, se bilaga 4)



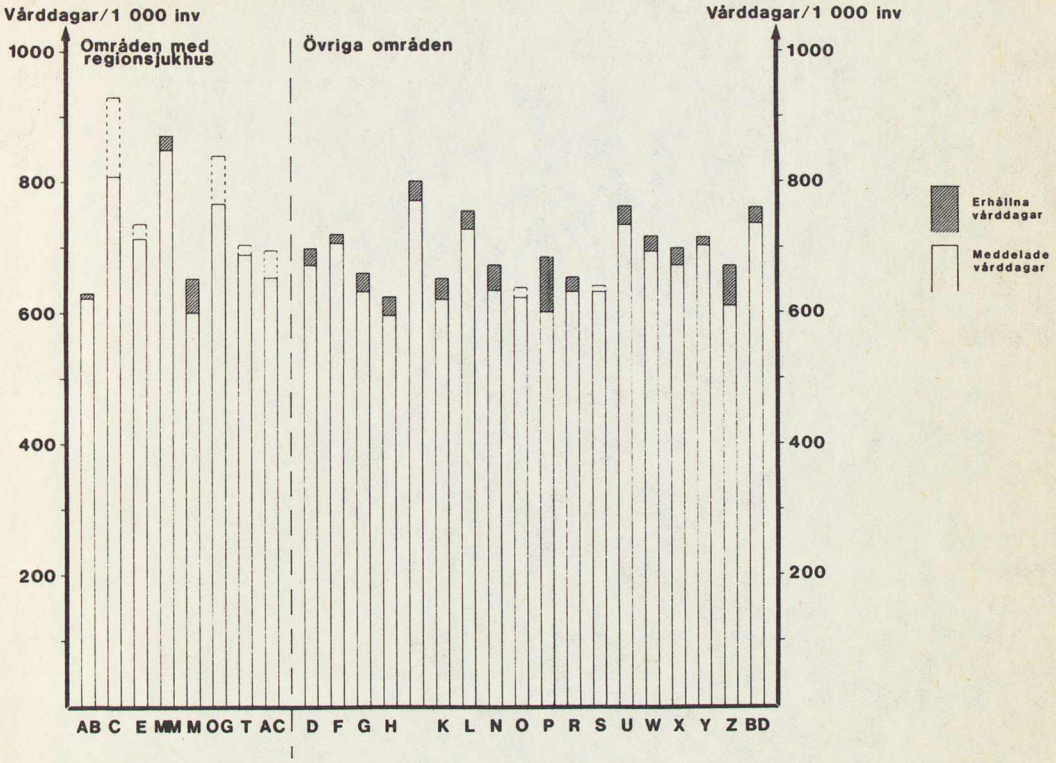
Bilaga 5.2 Antal vårdplatser per 100 000 invånare inom kirurgisk korttidsvård år 1980. Justerat för vårdplatser som tillkommer/avgår enligt vissa avtal. (Länsbokstav, se bilaga 4)



Bilaga 5.3 Antal vårddagar per 1 000 invånare inom medicinsk korttidsvård år 1980. Justerat för vårddagar som tillkommer/avgår enligt vissa avtal. (Länsbokstav, se bilaga 4)



Bilaga 5.4 Antal vårddagar per 1 000 invånare inom kirurgisk kortidsvård år 1980. Justerat för vårddagar som tillkommer/avgår enligt vissa avtal.
(Länsbokstav, se bilaga 4)



Bilaga 6

Bilaga 6.1 Fastställt antal vårdplatser vid olika kliniker inom medicinsk korttidsvård respektive antal per 100 000 invånare 1982. Fördelade per sjukvårdsområde. Ej justerat för erhållen/meddelad vård enligt avtal

Sjukvårdsområde	Folkmängd 1982-12-31	Allmän int med	Lungsjukvård	Reumatologi	Neurologi 1)	Övr inv med 2)	Inv medicin abs	Inv medicin per 100 000 inv	Infektionssjukvård	Barnmedicin	Hud och könssjukvård	Onkologi	Medicinsk korttidsvård totalt Antal	Medicinsk korttidsvård totalt per 100 000 inv
Område med regionsjukhus														
AB	1544454	1 542	169	71	172	105	2 059	133	305	344	118	174	3 000	194
C	247068	324	73	-	46	40	483	196	66	66	28	96	739	299
E	392214	405	47	16	30	59	557	142	95	91	26	94	863	220
MM	230381	247	61	-	-	37	345	150	103	69	21	52	590	256
M	513955	462	75	68	73	76	754	147	115	155	29	90	1 143	222
OG	425875	359	100	38	52	139	680	160	128	138	45	109	1 100	258
T	273128	319	57	60	60	17	513	188	67	63	24	48	715	262
AC	245055	262	50	25	30	60	427	174	50	70	25	94	666	272
Övriga områden														
D	251610	362	-	-	-	12	374	159	50	75	-	15	514	204
F	301439	413	20	18	15	19	485	161	62	61	14	18	640	212
G	174021	236	-	-	-	-	236	136	51	43	12	-	342	197
H	240823	321	44	-	-	-	365	152	48	56	6	-	475	197
I	55897	82	15	-	-	-	97	173	50	25	-	-	172	308
K	152091	198	40	-	-	-	238	156	40	42	-	-	320	210
L	280299	351	-	-	15	-	366	131	64	74	15	-	519	185
N	234339	232	44	-	14	5	295	126	42	47	-	-	384	164
O	283963	368	28	-	-	-	396	139	50	95	27	-	568	200
P	425110	580	52	20	26	-	678	160	47	83	18	29	855	201
R	270613	337	48	16	-	-	401	148	47	79	-	-	527	195
S	282115	419	-	-	-	-	419	149	67	55	20	-	561	199
U	257783	347	59	-	-	8	414	161	60	62	22	-	558	216
W	286278	390	56	24	-	3	473	165	60	45	21	-	599	209
X	292723	376	38	-	-	-	414	141	40	80	15	27	576	197
Y	266038	439	60	-	-	-	499	188	37	77	16	-	629	236
Z	134865	125	30	-	-	-	155	115	43	30	-	-	228	169
BD	265347	378	60	30	-	-	468	176	40	64	20	-	592	223
Riket	8 327484	9 866	1 226	386	533	580	12 591	151	1 827	2 089	522	846	17 875	209

anm. Länsbokstav, se bilaga 4

Källa: LKELP 82, Rapport 4 med grundmaterial

Bilaga 6.2 Antalet fastställda vårdplatser vid kliniker inom den medicinska korttidsvården 1982-12-31. Fördelning per sjukhus/sjukvårdsområde. R=Regionsjukhus/Regionklinik, L=Länssjukhus. Övriga = länsdelssjukhus. Ej justerat för erhållen/meddelad vård enligt avtal.

Huvudman *		Sjukhus/sjukhustyp	Fastställda vårdplatser 1982-12-31										
			All-mänint med	Lung-sjuk-vård	Reuma-tologi *	Neuro-logi	Övr inv. med. klin **	S:a inv. med.	Infekt-ions-sjuk-vård	Barn-medi-cin	Hud och köns-sjv	Onkologi	Totalt medicinsk korttidsvård
AB	L	Danderyd	169		15			184	93	50		20	347
		Norrtälje	59					59					59
	R	Karolinska	132	75	38	70	33	348		70	64	124	606
		Löwenströmska	78					78					78
		S:t Göran	106					106		67 R)	28		201
		Sabbatsberg	204					204					204
		S:t Erik	207					207					207
	L	Södersjukhuset	251	30		60	30	371		61	26	30	488
		Nacka	87					87					87
	R	Huddinge	163	64	18	42	42	329		96			425
		Södertälje	86					86					86
C	R	Akademiska	141	73		46	40	300	66	66	28	96	556
		Enköping	67					67					67
		Samariterhemmet	116					116					116
D	L	Eskilstuna	195				12	207	50	50		15	332
		Nyköping	92					92		25			117
		Kullbergska	75					75					75
E	R	Linköping	132	26	16	30	53	257	50	47	26	94	474
	L	Norrköping	117				6	123	45	44			212
		Finspång	63					63					63
		Motala	93					93					93
F	L	Jönköping	116	20	18	15	19	118	62	61	14	18	343
		Eksjö-Nässjö	182					182					182
		Värnamo	115					115					115

Hu-vud-man *		Sjukhus/sjukhustyp	Fastställda vårdplatser 1982-12-31 All-män int med	Lung-sjuk-vård	Reuma-tologi *	Neuro-logi	Övr inv. med. klin	S:a inv. med. **	Infekt-ions-sjuk-vård	Barn-medi-cin	Hud och köns-sjv	Onkologi	Totalt medicinsk korttidsvård
G	L	Växjö	145					145	51	43	12		251
		Ljungby	91					91					91
H	L	Kalmar	124	44				168	38	35	6		247
		Västervik	107					107	10	21			138
		Oskarshamn	90					90					90
I		Visby	82					82	50	25			157
K	L	Karlskrona	112					112	40	42			194
		Karlshamn	86					86					86
L	L	Kristianstad	120			15		135	64	50	15		264
		Ängelholm	90					90		24			114
		Hässleholm	79					79					79
		Simrishamn	62					62					62
MM	R	Malmö allmänna	247	61			37	345	103	69	21	52	590
M	R	Lund	125	45	68	73	76	387	70	97	29	90	673
		Landskrona	58					58		10			68
		Trelleborg	63					63					63
	L	Helsingborg	151					151	45	48			244
		Ystad	65					65					65
N	L	Halmstad	103	44		14	5	166	42	47			255
		Varberg	129					129					129
OG	R	Sahlgrenska	140		38	52	139	369			44	109	522
	L	Östra	203					203	128 R)	136 R)			467
O	L	Uddevalla	112					112	50	50	27		238
		Lysekil	27					27					27
		Mölndal	139					139		45			184
		Kungälv	90					90					90

Bilaga 6.2 forts.

Bilaga 6.2 forts

Huvudman *		Sjukhus/sjukhustyp	Fastställda vårdplatser 1982-12-31										
			All-mänint med	Lung-sjuk-vård	Reuma-tologi *	Neuro-logi	Övr inv. med. klin **	S:a inv. med.	Infekt-ions-sjuk-vård	Barn-medi-cin	Hud och köns-sjv	Onkologi	Totalt medicinsk korttidsvård
P	L	Vänersborg	225					225		35			260
		Dalsland	30					30					30
	L	Borås	146	52	20	26		244	47	48	18	29	386
		Alingsås	90					90					90
		Skene	89					89					89
R		Falköping	95					95					95
		Lidköping	104					104		23			127
	L	Skövde	138	48	16			202	47	56			305
S	L	Karlstad	125					125	67	55	20		267
		Kristinehamn	90					90					90
		Arvika	87					87					87
		Säffle	60					60					60
		Torsby	57					57					57
T	R	Örebro	180	57	60	60	17	374	67	63	24	48	576
		Karlskoga	84					84					84
		Lindesberg	55					55					55
	L	Västerås	144	59			8	211	60	62	22		355
		Sala	60					60					60
		Köping	88					88					88
		Fagersta	55					55					55
W	L	Falun	162	56	24		3	245	60	45	21		371
		Mora	86					86					86
		Ludvika	60					60					60
		Avesta	82					82					82

Huvudman *	Sjukhus/sjukhustyp	Fastställda vårdplatser 1982-12-31										
		All-mänint med	Lung-sjuk-vård	Reuma-tologi *	Neuro-logi	Övr inv. med. klin	S:a inv. med. **	Infekt-ions-sjuk-vård	Barn-medi-cin	Hud och köns-sjv	Onkologi	Totalt medicinsk korttidsvård
X L	Gävle	97	38				135	40	45	15	27	262
	Hudiksvall	95					95		35			130
	Sandviken	66					66					66
	Söderhamn	57					57					57
	Bollnäs	61					61					61
Y L	Sundsvall	164	60				224	37	39	16		316
	Härnösand	90					90					90
	Sollefteå	84					84		18			102
	Örnsköldsvik	101					101		20			121
Z L	Östersund	125	30				155	43	30			228
AC R	Umeå	90	50	25	30	60	255	40	45	25	94	459
	Skellefteå	116					116	10	25			151
	Lycksele	56					56					56
BD L	Boden	75	60	30			165	40	39	20		264
	Luleå	87					87					87
	Gällivare	50					50		25			75
	Piteå	61					61					61
	Kalix	45					45					45
	Kiruna	60					60					60
OG Ö	Lundby	1					1					1
Ö	Västra Frölunda	7					7		2	1		10
E Ö	Kolmårdssjukhuset		21				21					21
K Ö	Fur		40				40					40
M Ö	Orup		30				30					30
O Ö	Svenshögen		28				28					28
I Ö	Follingbo		15				15 R					15
OG Ö	Renströmska		100 R				100 R					100
AB Ö	Roslagstull							212				212
	RIKET	9866	1226	386	533	580	12591	1827	2089	522	846	17875

Bilaga 6.2 forts

Bilaga 6.2 Kommentar: Uppgifterna i tabellen hänför sig till den formella klinikindelningen. Tekniska platser, platser för intensivvård, intagning m m ingår inte.

*) Exklusive enskilda sjukhus, Riksförsäkringsverkets sjukhus och reumatikersjukhusen

**) Allergologi, njurmedicin, endokrinologi, kardiologi, gastroenterologi och yrkesmedicin

Bilaga 7

Bilaga 7.1 Fastställt antal vårdplatser vid olika kliniker inom kirurgisk korttidsvård år 1982. Fördelade efter sjukvårdsområde. Ej justerat för erhållen/meddelad vård enligt avtal.

Sjuk-vårds-område	Fastställda vårdplatser 1982-12-31 Allm kir	Orto-pedisk kir	Uro-logisk kir	Neuro kir	Pla-stik kir	Tho-rax kir	Barn-kir	För-loss-nings vård	Gyne-kolo-gi	S:a kvinno-sjuk-vård	Ögon-sjuk-vård	Öron-sjuk-vård	Kirurgisk korttidsv totalt Antal	per 100 000 inv
Områden med regionsjukhus														
AB	1112	482	192	114	75	67	112	455	460	915	125	215	3409	221
C	268	94	41	51	66	39	34	91	60	151	40	59	843	341
E	373	169	32	37	37			119	113	232	57	70	1007	257
MM	206	145	59		54				121	121	27	41	653	283
M	410	199	78	63		56	24	163	98	261	49	75	1215	236
OG	354	174	58	66	59	47	77	143	135	278	44	68	1225	288
T	247	112	36		29	24		100	69	169	45	46	708	259
AC	265	75	36	25	30			95	77	172	33	35	671	274
Övriga områden														
D	252	90						82	84	166	31	43	582	231
F	262	156						97	113	210	42	42	712	236
G	204	48						78	33	111	22	20	405	234
H	290	58						83	67	150	32	34	564	234
I	82							21	24	45	9	13	149	267
K	176	46						40	46	86	18	20	346	227
L	341	90						83	86	169	30	48	678	242
N	235	86						67	80	147	20	23	511	218
O	285	87						97	88	185	30	49	636	224
P	490	139						120	103	223	40	60	952	224
R	280	72						94	74	168	24	32	576	213
S	412	58						69	73	142	23	30	665	236
U	312	99	30					103	89	192	30	50	713	277
W	353	96	28					99	88	187	35	34	733	256
X	379	60						99	75	174	44	35	692	236
Y	337	90	30					95	93	188	44	40	729	274
Z	117	65						34	40	74	17	27	300	222
BD	345	84	20					113	109	222	36	35	742	280
Riket	8387	2874	640	356	350	233	247	2640	2498	5138	947	1244	20416	245

Bilaga 7.1 Kommentar: Uppgifterna i tabellen hänför sig till den formella klinikindelningen. Tekniska platser, platser för intensivvård, intagning m m

Bilaga 7.2

Antalet fastställda vårdplatser vid kliniker inom den kirurgiska korttidsvården 1982-12-31. Fördelning per sjukhus/sjukvårdsområde. R=Regionsjukhus/Regionklinik, L=Länssjukhus. Övriga = länsdelssjukhus. Ej justerat för erhållen/meddelad vård enligt avtal.

Huvudman		Sjukhus/sjukhustyp	Fastställda vårdplatser 1982-12-31												
			Allm kir	Ortop kir	Urol kir	Neuro-kir	Plastik kir	Thorax kir	Barn kir	Förlossn vård	Gynekologi	S:a kvinnosjukvård	Ögonsjukvård	Öronsjukvård	Summa kirurgisk korttidsv Totalt
AB	L	Danderyd	106	75	40					71	73	144		20	385
		Norrtälje	51												51
	R	Karolinska	138	76	40	74	46	67		76	70	146	47	61	695
		Löwenströmska	78							36	36	72			150
		S:t Göran	75	70					112R						257
		Sabbatsberg	147	30			29						4	32	242
		S:t Erik	89		39					38	49	87			214
	L	Södersjukhuset	120	147	30	40				86	66	152	30	58	577
		Nacka	87							48	51	99			186
	R	Huddinge	128	84	44					54	62	116	44	44	460
		Södertälje	93							46	53	99			192
C	R	Akademiska	115	94	41	51	66	39	34	91	60	151	40	59	690
		Enköping	68												68
		Samariterhemmet	85												85
D	L	Eskilstuna	87	90						32	33	65	24	30	296
		Nyköping	90							27	30	57	7	13	167
		Kullbergska	75							23	21	44			119
E	R	Linköping	119	106	32	37	37			52	44	96	42	50	519
	L	Norrköping	96	63						42	44	86	15	20	280
		Finspång	64												64
		Motala	94							25	25	50			144
F	L	Jönköping	112	77						37	46	83	42	42	356
		Eksjö-Nässjö	90	55						30	34	64			204
		Värnamo	60	24						30	33	63			147

Bilaga 7.2 forts

Hu-vud-man		Sjukhus/sjukhustyp	Fastställda vårdplatser 1982-12-31												
			Allm kir	Ortop kir	Urol kir	Neuro-kir	Pla-stik kir	Tho-rax kir	Barn kir	För-lossn vård	Gyne-ko-logi	S:a kvinno-sjuk-vård	Ögon-sjuk-vård	Öron-sjuk-värd	Summa kirurgisk korttidsv Totalt
G	L	Växjö	120	47						58	33	91	22	20	301
		Ljungby	84							20		20			154
H	L	Kalmar	100	57						39	42	81	19	23	281
		Västervik	100							27	25	53	13	11	177
		Oskarshamn	90							16		16			106
I		Visby	82							21	24	45	9	13	149
K	L	Karlskrona	104	46						26	46	72	18	20	260
		Karlshamn	72							14					86
L	L	Kristianstad	90	90						52	60	112	30	28	350
		Ängelholm	95							31	26	57		20	172
		Hässleholm	94												94
		Simrishamn	62												62
MM	R	Malmö allmänna	206	145	59		54				121	121	27	41	653
M	R	Lund	116	109	56	63		56	24	85	54	139	49	52	664
		Landskrona	49	24											73
		Trelleborg	77							13		13			90
	L	Helsingborg	88	66	22					51	44	95		23	294
		Ystad	80							14		14			94
N	L	Halmstad	106	26						34	43	77	20	23	252
		Varberg	129	60						33	37	70			259
OG	R	Sahlgrenska	228	94	58	66	59	47		65	75	140	44	68	804
	L	Östra	126	80					77	78	60	138			421
O	L	Uddevalla	96	60						34	50	84	30	21	291
		Lysekil	20												20
		Mölndal	79	27						63	38	101		28	235
		Kungälv	90												90

Hu-vud-man		Sjukhus/sjukhustyp	Fastställda vårdplatser 1982-12-31												
			Allm kir	Ortop kir	Urol kir	Neuro-kir	Pla-stik kir	Tho-rax kir	Barn kir	För-lossn vård	Gyne-ko-logi	S:a kvinno-sjuk-vård	Ögon-sjuk-vård	Öron-sjuk-vård	Summa kirurgisk korttidsv Totalt
P	L	Vänersborg	153	43						46	49	95	16	23	330
		Dalsland	30												30
	L	Borås	128	96						68	54	122	24	37	407
		Alingsås	90							6		6			96
		Skene	89												89
R		Falköping	82												82
		Lidköping	78							30	30	60			138
	L	Skövde	120	72						64	44	108	24	32	356
S	L	Karlstad	112	58						45	73	118	23	30	341
		Kristinehamn	90												90
		Arvika	90							12		12			102
		Säffle	60												60
		Torsby	60							12		12			72
T	R	Örebro	110	87	36		29	24		63	69	132	45	46	509
		Karlskoga	85	25						22		22			132
		Lindesberg	52							15		15			67
	L	Västerås	115	99	30					75	45	120	30	44	437
		Sala	60												60
		Köping	82							28	44	72		6	160
		Fagersta	55												55
W	L	Falun	112	96	28					63	68	131	35	34	436
		Mora	90							16	20	36			126
		Ludvika	76							10		10			86
		Avesta	75							10		10			85

Bilaga 7.2 forts

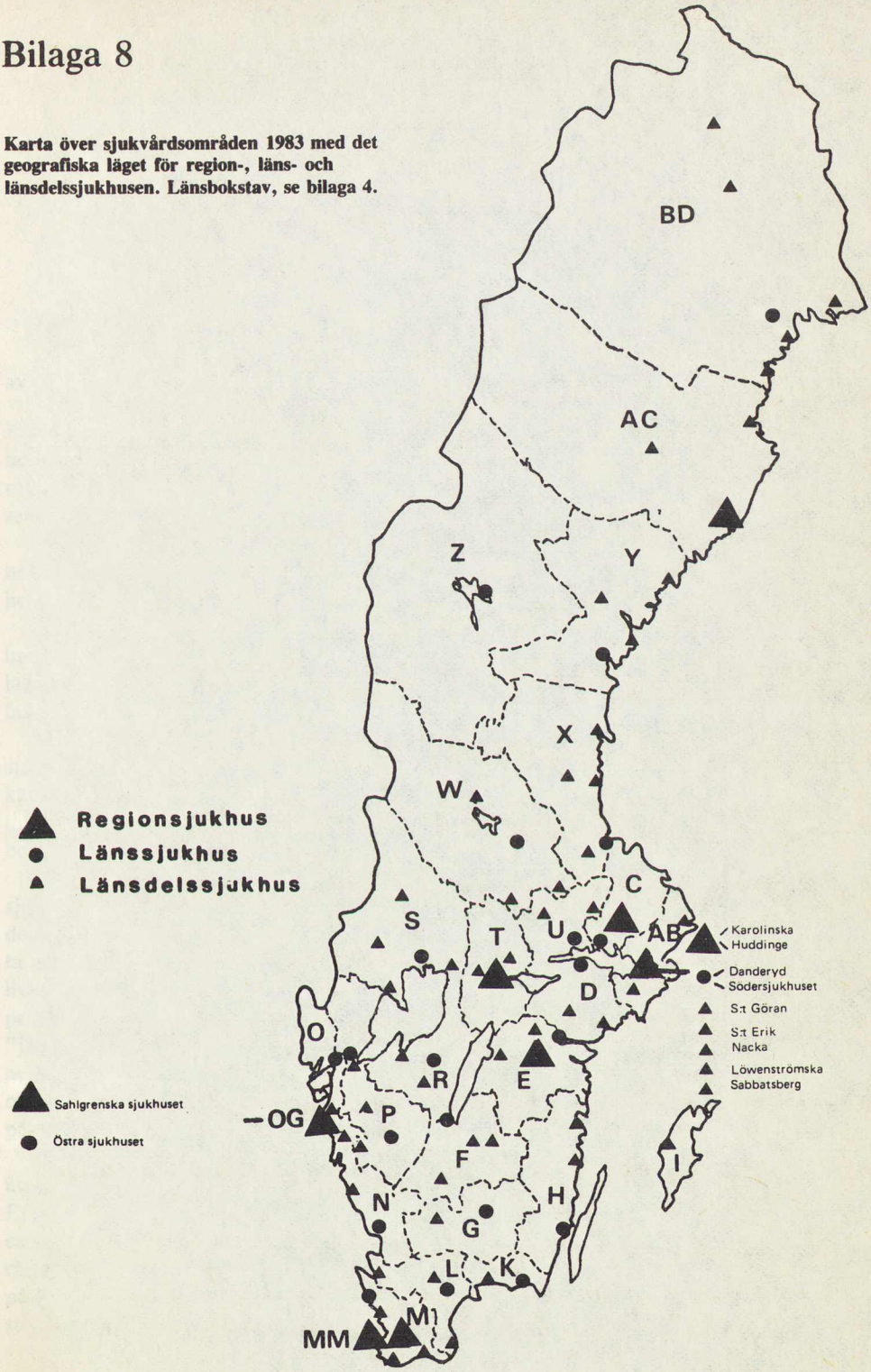
Huvudman	Sjukhus/sjukhustyp	Fastställda vårdplatser 1982-12-31												
		Allm kir	Ortop kir	Urol kir	Neuro-kir	Plastik kir	Thorax kir	Barn kir	Förlossn vård	Gynekologi	S:a kvinnosjukvård	Ögonsjukvård	Öronsjukvärd	Summa kirurgisk korttidsv Totalt
X L	Säters	-	-						-	-	-	-	-	-
	Gävle	90	60						36	50	86	24	23	283
	Hudiksvall	100							25	25	50	20	12	182
	Sandviken	65												65
	Söderhamn	56							14		14			70
	Bollnäs	68							24		24			92
Y L	Sundsvall	94	90	30					46	60	106	30	30	380
	Härnösand	75							10		10			85
	Sollefteå	65							17	13	30			95
	Örnsköldsvik	103							22	20	42	14	10	169
Z L	Östersund	117	65						34	40	74	17	27	300
AC R	Umeå	113	75	36	25	30			48	50	98	25	35	437
	Skellefteå	102							35	27	62	8		172
	Lycksele	50							12		12			62
BD L	Boden	77	84	20					28	36	64	26	35	306
	Luleå	87							25	28	53			140
	Gällivare	50							20	25	45	10		105
	Piteå	47							20	20	40			87
	Kalix	44							10		10			54
	Kiruna	40							10		10			50
	Totalt	2387	2874	640	356	350	233	247	2640	2498	5138	947	1244	20416

anm. Uppgifterna i tabellen hänför sig till den formella klinikindelnigen. Länsokstav, se bilaga 4.

Källa: LKELP 83, rapport 4.

Bilaga 8

Karta över sjukvårdsområden 1983 med det geografiska läget för region-, läns- och länsdelssjukhusen. Länsbokstav, se bilaga 4.



Bilaga 9

”Patienten”

av Lars Wikander

Patienten – kunden – är den som skall stå i centrum. Utan patienten vore hela sjukvårdssystemet meningslöst och personalen arbetslös. Det får inte råda något tvivel om vem som är till för vem. Personalen har en serviceuppgift.

I de flesta fall får personalen högt betyg av sina ”kunder” men det finns en hel del som behöver förbättras. Poängterandet av omvårdnad (omsorg) och helhetssyn får en allt större omfattning.

Men när t ex sekreteraren sitter där med en oförskämd, krävande patient i luren, som skäller ut HENNE för att inte just HAN/HON får en tid hos läkaren, då är det inte lätt att tänka på service. Och det finns patienter, som faktiskt är rejält besvärliga, krävande, sjåpiga och självupptagna.

Det är en konst att ta folk. För att kunna göra det, måste man ha både självkännedom och ”kundkännedom”. Vad innebär det att bli patient? Hur känner sig en patient ? Hur reagerar en människa i den situationen? Ju mer man förstår av detta, desto bättre kan man bemöta patienternas olika behov.

Ett av våra djupaste behov är *trygghet*. Att bli sjuk eller vara anhörig till en sjuk, innebär att tryggheten hotas. ”Hotet” kan vara sjukdomen själv eller dess följder eller tänkta följder. (Vi har en förmåga att uppförstora faran och ta ut de farligaste följderna i förväg.) För just DEN människan är det livsviktigt att komma fram i telefonen, att få tid, att bli undersökt. För personalen är det kanske bara en banal rutin. Patienten upplever intensivt ”jag är den ende” medan personalen kväver en gäspning och tänker ”en till av hundra”. Paniken är inte långt borta när man är rädd, kanske har mycket ont, känner sig ensam och samtidigt får vänta i telefon, kanske inte bli tagen på allvar eller får beskedet att ringa i morgon igen.

På mottagningen är det oförklarlig väntan. Patienten är ofta i underläge, åtminstone upplever han/hon det så. Speciellt äldre kan ha auktoritetsrädsla. Efter tre timmars väntan, kaffesugen och hungrig, vågar man inte gå till cafeterian. I undersökningsrummet är man avklädd, spänd, frysande, blyg, rädd och har ont. Frågorna man tänkt ställa glömmer man bort och kommer på efteråt. Att personalen har bråttom är en ”signal” till patienten att inte störa i onödan. Utebliven information om undersökningen ökar spändheten,

som i sin tur kan öka smärtupplevelsen.

På avdelningen fortsätter patienten in i den nya, främmande situationen. Man hamnar i en helt ny värld. Gammal, van och känd för personalen men ny för patienten. Bara det att få på sig en nattskjorta för den som hela livet sovit i pyjamas ! Eller att ligga i en "mellansäng", när man är van att kunna vända sig mot väggen. Att dela rum med främmande människor och ibland vara tvungen att göra saker "offentligt", som man tidigare alltid gjort i skymdundan. Upplevelsen av att behöva blotta sig för ronden och medpatienterna. Att bli intimtvättad av en av det andra könet. Att få främmande mat på andra tider. Och förnedringskänslan av att inte klara avföringen själv. Att alltid behöva hjälp, vara beroende. För en del är detta en nedbrytande känsla och personalens attityd och handlingssätt kan antingen mildra eller förvärra den.

Återigen kan patienten uppleva känslan av underläge. Patienter säger att de inte ringer, fast de behöver, därför att de inte vill besvära personalen. När en patient ville byta fil mot lättöl blev svaret: "Duger inte filen? Måste jag gå ut i köket och hämta en öl?" Men det finns också patienter som berättat om personal som frågat: "Vi ska köpa pizza. Ska du vara med och dela på en?" eller "Jag ska ut och handla. Är det nåt du vill att jag ska köpa?" Andra har berättat om rädsla för repressalier om de yppar kritik. Ibland kan personal avbryta ett välbehövligt tröstsamtal med orden: "Nej, nu hinner jag inte sitta här och prata längre. Nu måste jag ut och arbeta."

Vilken uppfattning har personalen om vad som är arbete? Vilken uppfattning får patienten av en sådan inställning? Och vad är det viktigaste för patienten? En undersökning gav till resultat att som nummer ett på listan kom "kontakten med personalen" och som nummer två "den medicinska vården". En patient uttryckte det så här: "Personalen måste ha tid att prata. Det är mycket viktigt för hälsan. Viktigare än mat, dryck och övrig vård. Om man menar något med "patienten i centrum" så är det kanske ett och annat som behöver omprioriteras i vården.

Information är ett annat viktigt område för patientens trygghet. Men i sitt underläge och i sin rädsla kan han/hon missa informationen. Antingen därför att man inte tar den till sig, t ex som det är känt vid allvarliga diagnosbesked. Eller också vågar patienten inte fråga, för att han inte vill visa att han inte förstår eller märker att personalen är jäktad. Ibland glömmer personalen bort att ge information eller den hinns inte med. En 75-årig kvinna hade legat inne några veckor för en allvarlig hjärtinfarkt. En dag sade läkaren på ronden att hon skulle få åka hem den dagen. Hon packade sina saker, ringde efter en taxi och åkte hem. Utan utskrivningsceremonier. Det hade ingen tänkt på att tala om för henne.

"Det är en människa som ska vårdas, inte en sjukdom." Den tanken har inte slagit rot överallt. På en rond undersöktes en gravid kvinnas mage. Läkarna diskuterade och slutligen sade den ene till kvinnan: "Det blir ultraljudsundersökning i eftermiddag." Och sedan lämnades hon ensam med ängslan och obesvarade frågor kring vad det var för en undersökning, om den gjorde ont, om den kunde skada fostret. Man hade undersökt en mage, inte en människa.

Det gäller att kunna ha *helheten* i tankarna och också kunna se bakom det rent biologiska. "Att allt inte är det, som det synes vara." En lots, som bara

tar hänsyn till det som syns av isberget utgör en risk för dem han är satt att betjäna.

Att bli patient är för många en stor omställning, där människor reagerar olika. Olikheterna kan bero på ålder, kön, sjukdomens art och/eller personligheten. En kan reagera med desperation, nervös spändhet och oro, som kan leda till "onödiga" ringningar, som irriterar personalen.

En annan får en depression och sjunker ner i apati, vill inte något. Regression är också vanligt. Man blir "barnsligare" och omognare än normalt och hjälpbehövande i överkant. En fjärde visar aggresion. Många rädda patienter blir aggressiva, ilskna, retliga och kritiska. Inget och ingen är till pass. Under sorgereaktionen är detta ett vanligt inslag. Dessa reaktioner är helt naturliga i sitt sammanhang och det gäller för personalen att ha kunskap om dem, känna igen dem och bemöta dem.

För att kunna arbeta i den nya hälso- och sjukvårdslagens anda, räcker det inte med medicinskt-tekniska kunskaper. Det är viktigt, men minst lika viktigt för patienten än personalens sätt, tonfall, attityder och handlingar, som säger "Jag bryr mej om." Medmänsklighet är inte medfött men det kan tränas upp. Att öva öga, öra och hjärta för en annan människas behov. En medmänniska, som kanske upplever sitt underläge, som är rädd, som kan vara nervös, deprimerad, omogen eller aggressiv.

Det kan aldrig krävas av personalen att de ska tycka om alla människor men de kan lära sig ge samma sakliga omsorg, lika till alla. Tryggheten är en stor och viktig faktor för behandlingsresultatet och tillfrisknandet. Det är en faktor, som ofta kommer i skymundan för det objektiva fyndet som konkret skall behandlas med påtagliga metoder eller mediciner.

För patienten är *personalen* den faktor, som tryggheten hänger på.

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.
40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
42. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.S.
43. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. S.
45. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. S.
46. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. S.
47. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. S.
48. Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie. 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]

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] 2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjade av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. [44] 7. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. [45] 8. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. [46] 9. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. [47] 10. Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie. [48]

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]

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]

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]

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

ISBN 91-38-08378-7
ISSN 0375-250X