



Fattigdom hotade hustru och barn om provinsialläkaren dog.

Osäkra villkor för änkor blev startskottet för Distriktsläkarföreningen

Att vara provinsialläkare på 1800-talet var ingen dans på rosor. Många avled i unga år, ibland via smittor de ådrog sig i arbetet, och änkor och barn riskerade hamna i fattigdom. År 1880 bildades Provinsialläkarföreningen, sedermera Distriktsläkarföreningen, som den första fackliga organisationen bland landets läkare. Det handlade initialt mest om att skapa efterlevandeskydd till familjer, men senare mer om lön och arbetsvillkor.

Följ med på en historisk exposé i Distriktsläkarföreningens 140-åriga historia.

Arbetsvillkoren för provinsialläkaren under 1800-talet var ofta svåra med stora distrikt, långa arbetsdagar och lite ledighet. Man skulle även skriva årliga rapporter till centrala myndigheter om hälsotillstånd inom sitt distrikt [1-3], och detta förutsatte en ingående kännedom om distriktet och dess invånare. Till detta kom risker förknippade med yrkesutövningen, t.ex. risken för smitta och tidig död, liksom olycksfall med skada och dödsfall under tjänsteresor [4]. Detta ledde till ett omfattande missnöje i yrkeskåren och en oro för att efterlämnade hustrur och barn till avlidna provinsialläkare skulle kunna hamna i svåra ekonomiska situationer med bristande försörjning. Diskussionerna ledde fram till att initiativ togs för att reglera denna ersättning. En väg var facklig organisering med inrättandet av fonder för efterlevande [4]. Detta ledde fram till ett första möte för den nybildade Provinsialläkarföreningen 1880. Under detta möte presenterades en statistik över "Dödsorsaker och Dödsbo för Provinsialläkare och extra Provinsialläkare som avlidit under åren 1840-1879" [5]. Man redovisade 126 dödsfall bland läkare (medelålder vid döden var 57.7 år) under denna tid, kvarlämnande sammanlagt 83 änkor, 129 vuxna barn, och

193 minderåriga barn. Många av läkarna hade inte någon större kvarlåtenskap, och hela 42 hade noll ekonomiska tillgångar. Av sammanlagt 95 avlidna där uppgifter om kvarlåtenskap var kända så hade 47 (49.5%) efterlämnat mindre än 2 400 kr värde, dvs. ej sällan brist. Däremot hade 20 (21%) av dessa läkare en förmögenhet på i medeltal 47 000 kr, ofta tillkommen genom rikt giftermål, lukrativ praktik (13 läkare) eller "affärsspekulationer" [5].

Behandlade medlemmarnas klagomål

Denna provinsialläkarförening, sedermera Distriktsläkarföreningen, har haft stor betydelse för kåren genom att företräda sina medlemmars fackliga intressen. Provinsialläkarna hade tidigt allmänna riksmöten, det första 1861. Den 17 juli 1880 beslöts vid ett av dessa möten i Stockholm att bilda en förening omfattande landets alla provinsialläkare. Organiserad samverkan och gemensamma möten var svåra att åstadkomma på grund av den yrkesmässiga bundenheten och obekväma kommunikationer. Föreningens speciella språkrör var till en början tidskriften Eira (namngiven av prof Seved Ribbing, Lund). Denna grundades 1876 på initiativ av lasarettsläkaren



Text:

Peter M. Nilsson
*Professor i klinisk
 kardiologisk
 forskning och chef
 vid Enheten för
 medicinsk historia,
 Lund*



Text:

Bengt Dahlin
*f.d. primärvårdschef
 Södra Älvsborg,
 medicinshistoriker*

i Borås, A.J. Amneus. Syftet var att vända sig till "de många läkare, vilkas verksamhet är en helt annan än den rent vetenskapliga", läkare som hade det praktiska till uppgift. Provinsialläkarföreningen har som facklig organisation ingått som en av Sveriges läkarförbunds yrkesföreningar sedan förbundet bildades år 1905 [6-8].

Provinsialläkarföreningen behandlade också medlemmars många klagomål över svårigheter av olika slag och försökte påverka deras arbetsförhållanden och löner. De extra provinsialläkarna, t.ex. var beroende av de lokala kommunpolitikerna och andra i kommunen inflytelserika personers ofta godtyckliga agerande. Man kunde då genom föreningen samla sig till s.k. petitioner till höga vederbörande, något som den enskilde läkaren inte hade möjlighet till. Oftast var läkarnas ekonomiska förhållanden uppe till diskussion, då man för det mesta kände sig underbetald i sitt bundna arbete. Vissa distrikt var fattigare än andra och detta påverkade kommunernas ekonomi och betalkraft för provinsialläkarnas löner. Ibland kunde patienter även komma med gåvor eller naturabetalning vid läkarbesök.

Lågtaxan fackligt irritationsmoment

Föreningen bevakade genom Läkarförbundet provinsialläkarnas löneutveckling. Från 1663 ända fram till 1970, då totallön infördes för en 42,5 timmars arbetsvecka, hade provinsialläkaren dels en fast lön, dels taxebundna inkomster. Under 1900-talet tillkom särskilt ersatta bisysslor för deltagande i förebyggande vård, skolläkarverksamhet, sjukhems- och ålderdomshemsronder m.m. Provinsialläkaren skulle ge sjukvård i sitt distrikt och landsortens befolkning till en "billigare betalning". Man föreskrev en taxa som var långt under motsvarande för praktiserande läkare i städerna och andra offentliga läkares. I instruktioner från 1700-, 1800-talen stadgades också skyldighet

Provinsialläkare distriktsläkarens föregångare

Provinsialläkare, föregångaren till dagens distriktsläkare, har funnits sedan 1600-talet. En instruktion för provinsialläkare utfärdades 1744, men tjänsterna fick fast struktur först genom 1773 års medicinalstat. Provinsialläkarna hade en bestämd stationeringsort och tjänstgöringsdistrikt och utnämndes av Kunglig majestät på förslag av Collegium Medicum, som senare benämndes Medicinalstyrelsen. Dessutom fanns det extra provinsialläkare, som hade samma tjänstgöringsskyldighet som ordinarie provinsialläkare, men var helt eller delvis avlönade av kommunerna.

att behandla medellösa gratis. Principen om billig läkarvård bibehölls även sedan konsultationerna subventionerades av allmän sjukförsäkring. Den fasta lönen skulle kompensera de låga taxorna och också ersätta provinsialläkarens skyldighet att utföra vissa tjänsteförrättningar. "Lågtaxan" kom under lång tid att utgöra ett fackligt irritationsmoment. Allmänheten kunde befaras jämställa "billig" med "secunda" (sämre). Den ansågs också utgöra ett rekryteringshinder då en underläkare vid sjukhus i och med övergången till en provinsialläkartjänst tvingades tillämpa en lägre sjukvårdstaxa än den läkaren hade haft rätt till i sjukhusens öppna vård.

Under 1800-talet kunde provinsialläkaren även bära en högtidsuniform, vilket avskaffades först 1909. Den var dyr i inköp och gick ofta "i arv" mellan olika läkare.

En tidig företrädare för provinsialläkarna var Gottfrid Isidor Törnell (1861-1930), läkare i Vet-



Att bli läkaränka kunde innebära ekonomisk katastrof. Majoriteten av provinsialläkarna saknade tillgångar.

Foto: Adobe Stock



Ur provinsialläkarens rapport:

Provinsialläkare Gustaf Lundqvist (1818–1908) var stads- och provinsialläkare i Nyköping i nästan 50 år, 1848–1896. Provinsialläkarna skulle årligen rapportera till Kungliga Sundhets Collegium. Så skrev dr Lundqvist 1855 om hälsotillståndet i Nyköping:

"Värmånaderna voro temligen vackra och hade sina vanliga följeslagare. Catarrher och Bröst inflammationer, hvartill under Maji och Junii månader kom en mycket utbredd Epidemi af Messling, hvori dock ingen mig veterligen innom staden afled. Sommaren var ej ovanligt varm; men alstrade under Julii och Augusti månader Diarrhéer, Nerfvebrar och Cholerin, hvartill under September månad kommo några (20) sjukdomsfall af Asiatisk Cholera. Hösten var jemn och kall, då Påssjuka och Frossor voro mycket allmänna."

CC BY SA – Foto: August Kling / Sörmlands museum

landa och Norrtälje, som blev ledamot av Svenska Läkaresällskapet 1910 och var sekreterare i Sveriges läkarförbund från 1925. Han var ordförande i Svenska Provinsialläkarföreningen 1924–26 och dess hedersledamot från 1928. Dessutom var Törnell redaktör för Svenska Läkartidningen från 1925, medlem av redaktionskommittén för Socialmedicinsk tidskrift och medarbetare i Nordisk Hygienisk Tidskrift. Det fanns många som han, verksam inom olika fält.

Problem med lönen – en facklig fråga

Så sent som i början på 1960-talet var årsarvodet från Medicinalstyrelsen 18 000 kronor och

besökstaxan 4 kronor. Ett hembesök betingade 12 kronor samt bilersättning enligt statligt reglemente. Läkarbostaden var oftast subventionerad av kommunen liksom mottagningslokalerna. Alla förbrukningsartiklar fick läkaren själv bestå med liksom avlöning till eventuell mottagningspersonal.

Under 1960-talet, då många stora sjukvårdsreformer genomfördes, bevakade föreningen provinsialläkarnas ställning i de nya organisatoriska formerna. Inte minst arbetstidsfrågan och borttagande av prestationslönen gav tillfälle till många diskussioner vid föreningsmötena. Kompetens- och utbildningsfrågor var viktiga för föreningen.



Läkarrum från mitten av 1900-talet.

Foto: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet



Bengt Scherstén var Sveriges första professor i allmänmedicin. Han tillträdde 1981.

Foto: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet

Gustav Haglund, provinsialläkare i Dalby, medicine hedersdoktor, en portalgestalt på 60- och 70-talen, var förkämpe för "allmänmedicinaren" eller allmänläkaren med höga kompetenskrav och specialistutbildning motsvarande sjukhusens överläkare. Han visade också framåt mot allmänmedicinen som en universitetsdisciplin med egna professorer, varav den första, Bengt Scherstén, tillträdde i Dalby 1981. Om allmänmedicinarens arbetsuppgifter ansåg han att skolhälsovård, företagshälsovård och åldringsvård väntade på provinsialläkarens insatser.

Landstingsövertagandet 1963 utlöste många känslor och reaktioner. Ett mindre antal äldre provinsialläkare (med kunglig fullmakt) fick lov att stanna kvar i statlig tjänst. De flesta valde den nye huvudmannen.

Totallön och reglerad arbetstid

Mycket av provinsialläkarens ekonomiska och arbetsmässiga problem löstes i och med att landstingen övertog huvudmannaskapet för provinsialläkarna 1963. Landstinget övertog också kostnaderna för mottagningen, på samma sätt som för sjukhusläkarna. Taxan skrevs också upp till samma nivå. För att inte provinsialläkaren skulle "tjäna för mycket" inarbetades en inkomstreglerande faktor, ETH (ersättning till huvudmannen). För många upplevdes detta som "fiskaliskt".

Förhandlingarna 1969 om nya arbetsförhållanden innebar en helt ny verklighet för provinsialläkaren. Då infördes totallön och reglerad arbetstid (42,5 timmar). Många av problemen med arbetstider, taxor och löner försvann. Man såg dock en del nackdelar

också med det nya avtalet: en hög arbetsinsats belönades inte, övertidsarbete (om det inte var jourtjänst) ersattes inte och lön utgick inte för den aktuella insatsen utan för ett genomsnittsarbete.

Men det fanns också fördelar. En kraftig lönegradshöjning gav högre pension. Man fick kraftigt förbättrade sjuklöneförmåner och förbättrade förmåner vid tjänstledighet, möjlighet till jourkompensationsledighet och socialmedicinskt och liknande arbete värderades lika med sjukvård.

En av förutsättningarna för det nya avtalet var att den s.k. sjukvårdsproduktionen inte fick minska i omfattning. Till en början kom man ihåg denna förutsättning inte minst för att patienttrycket var stort men eftersom tiden gick minskade antalet besök per läkare, ibland drastiskt.

Tjänsteläkaren skrotas

Under 1960-talet, då många stora sjukvårdsreformer genomfördes, bevakade föreningen provinsialläkarnas ställning i de nya organisatoriska formerna. Inte minst arbetstidsfrågan och borttagande av prestationslönen gav tillfälle till många diskussioner vid föreningsmötena. Kompetens- och utbildningsfrågor var viktiga för föreningen.

Tjänsteläkaren skrotades i och med landstingsövertagandet och successivt blev provinsialläkarna, som på 1970-talet åter kom att kallas distriktsläkare, praktiskt taget enbart "sjukvårdsläkare", patient/läkarrelationen var det viktiga, samhällsansvaret tonade bort. Så försvann så småningom också ansvaret för ett distrikt – ett geografiskt område.

Då den nya provinsialläkartaxan trädde i kraft 1962 hade läkarna att enligt vissa regler inbetala del av besöksavgifterna till statsverket. Dessa medel avsattes till en särskild fond. Enligt reglementet för fonden skall medlen användas till provinsialläkarnas förkovran. Årligen har många kurser anordnats för distriktsläkare och blivande specialister i allmänmedicin. Under en period utbildades distriktsläkare till handledare för AT- och FV-läkare och det anordnades speciella kurser i hur allmänmedicinen borde bedrivas ute i läkardistriktet.

Under 70- och 80-talet blev provinsialläkaren distriktsläkare med specialiteten allmänmedicin och samma längd på utbildningen som sjukhusläkarna. Detta bidrog till att öppnavårdsläkarens/distriktsläkarens status höjdes igen. Samarbetet med kollegorna på sjukhuset stärktes. Den moderna vårdcentralen började ta form. ■

Referenser

1. Se: <http://www.ep.liu.se/databases/medhist/> angående provinsialläkarrapporterna på 1800-talet.
2. Appelquist M, Nilsson PM. Folkhälsan i östra Skåne 1860-1899 – en studie utifrån provinsialläkarrapporter. *Sv Medicinhist Tskrf* 2005; 9:95-114.
3. Jakobsson U, Nilsson PM. Provinsialläkarnas arbetsförhållanden i historisk belysning. *AllmänMedicin* 2014; 35:18-20.
4. Nilsson P, Persson B. Dödsorsaker bland svenska provinsialläkare 1840 - 1879. *AllmänMedicin* 1995; 16:30-1.
5. *Förhandlingar vid 1880 års Provinsialläkarmöte*. Tabell 2. Skrift.
6. Dahlborg C. *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1881-1905 / på föreningens uppdrag utarbetad år 1905 av Carl Dahlborg*. Stockholm: Svenska tryckeriaktiebolaget, 1930.
7. Sandell CG. *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1931-1955*.
8. Dahlin B. <http://www.bengtdahlin.se>, och www.bengtreinholddahlin.se.

Korrespondens: Peter M. Nilsson, professor, chef vid Enheten för medicinens historia, Lund
Mail: Peter.Nilsson@med.lu.se; samt dahlin.lerum@telia.com

Notis

Få läkare i innovation eller Primärvårdsreform

Den som passar bäst i detta utrymmet