

PROVINSIALLÄKAREN BLEV DISTRIKTLÄKAREN/ALLMÄNLÄKAREN

Vi har i projektet följt den öppna vården i Mittenälvsborg från början av 1800-talet till år 2000. Man kan konstatera dels att samhällsutvecklingen i dess olika delar varit den stora påverkande faktorn för förändringar och utveckling av vården dels att läkarna också, i olika avseenden, varit nyckelpersoner i utvecklingen.

Samhällsutvecklingen både ekonomiskt och politiskt har vi därför ansett viktig att följa både allmänt och genom att referera olika offentliga utredningar och lagändringar.

Läkarnas roll i hälso- och sjukvården var till en början allomfattande (se bild) .



Rollen har successivt reducerats genom att nya personalkategorier tillkommit som tagit över stora delar av läkarnas tidiga uppgifter.

Först tillkom *1:e provinsialläkaren/länsläkaren*, som blev hygienikern i landstinget, blev smittskyddsläkare och tog över olika tillsynsfunktioner. Rättsläkarfunktionen överfördes till patologer och rättsläkare även om i viss del kvarstod enligt läkarinstruktionen ända fram till början av 1970-talet. Då kommunerna tillfördes kompetens försvann provinsialläkarens roll i de kommunala nämnderna både vad gällde hälsovård, socialvård och skola.

Distriktssköterskorna var lång tid provinsialläkarens "underläkare" och hade hemsjukvård och barnhälsovård som specialområden. *Barnmorskorna* var på samma sätt inriktade på mödrahälsovård.

När vårdcentralerna tillkom på 1970-talet blev de medlemmar i vårdcentralens team tillsammans med distriktsläkaren. De fick nya funktioner som specialsjuksköterskor för olika sjukdomsgrupper som hypertoni och diabetes. Mödra- och barnhälsovårdens funktionella ledning togs över av mödra- och barnhälsoöverläkare, knutna till sjukhusets specialistkliniker

men med ett ben i primärvården. Både sjuksköterske- och barnmorskeutbildningen blev högskoleanknuten. Kompetensen och självständigheten för de båda yrkeskategorierna ökade alltmer.

Andra medlemmar i vårdcentralteamet tillkom vid de större enheterna som *sjukgymnaster* och *arbetsterapeuter*, senare också *beteendevetare/kuratorer* och *psykologer*. Alla var högskoleutbildade och kompetensen i teamen ökade.

Teamets hälso- och sjukvårdsansvar för primärvårdsområdet ”stympades” i och med Ädelreformen 1992 då primärkommunen tog över hemsjukvården och vården i särskilda boende (tidigare ålderdomshem och sjukhem).

Läkarna hade naturligt varit de olika befattningshavarnas ledare och chefer. Efter hand som de administrativa uppgifterna ökade på vårdcentralen tog sjuksköterskor över ledningsansvaret.

Allmänläkarspecialiteten kom på 1970-talet att få specialistutbildning motsvarande sjukhusspecialisternas. Den brist som tidigare funnits i form av brist på forsknings- och utvecklingsarbete löstes i och med universitetsanknytning av allmänläkarspecialiteten med professorer inom ämnet. De tidigare fåtaliga doktorskompententa distriktsläkarna ökade i antal och övriga medlemmar i vårdcentralteamen fick också möjlighet att utvecklas inom FoU. På allmänmedicinska institutionerna utvecklade allmänläkarrollen mot ”konsultationen” – vad som hände i mötet mellan läkare/vårdgivare och patient.

Läkarna kom allt mer att fokusera sin kompetens på den enskilde patienten med diagnostik och behandling av sjukdom. Den preventiva medicinen prioriterades lägre.

Den ”omnipotente” provinsialläkaren/distriktsläkaren fanns inte längre vid sekelskiftet 2000.

Vi skall här under ett antal rubriker försöka fånga förändringsprocessen både vad gäller samhällsförändringar som förändringar för befolkning och för personalen vad gäller organisation och förändrat arbetssätt.

ARBETSMILJÖN OCH ARBETSSÄTTET

I och med vårdteamens uppkomst när vårdcentralerna kom till på 1970-talet blev det stora förändringar i arbetssätt och arbetsmiljö både för läkare, distriktsköterskor och barnmorskor. Att anpassa sig till det nya arbetssättet var svårt för de äldre. Det var heta diskussioner i provinsialläkarföreningen på 1960-talet kring de stora förändringarna som pågick. Ett fåtal provinsialläkare kunde, med hjälp av övergångsbestämmelser, redan 1963 kvarstå i statlig tjänst och på sina enläkarmottagningar. Den första vårdcentralen i Lerum, Brobacken, byggdes också så att de tre provinsialläkarna fick var sin ”enhet” med expedition och två undersökningsrum avskilda från gemensamhetsutrymmena, väntrum, reception och laboratorium och gemensamt behandlings-/operationsrum. I de senare planerade vårdcentralerna, som i Floda och Gråbo, byggde man för gemensamma undersöknings- och behandlingsrum. Distriktsköterskor och barnmorskor med BVC och MVC blev också mer integrerade i vårdcentralen bl. a. genom att man fick gemensamt fikarum och konferensutrymmen.

Den s. k. *Lerumsmodellen* innebar mycket administration och planering kring patientbesöken och rådgivning per telefon. Detta fick sjuksköterskorna i sina arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna kom på så sätt att få ”makt” över läkarnas arbetstid. Den styrningen upplevdes inte positivt av läkarna och gav upphov till en hel del irritation hos bägge parter.

På de stora vårdcentralerna, som den nya i Lerum 1983, tillkom fler enheter på vårdcentralen som sjukgymnastik, arbetsterapi och barnläkare samt konsulter av olika slag. Det innebar att man fick ha en samlande administrativ kraft i form av en vårdcentralsföreståndare. Kvar hade man länge en av läkarna som vårdcentralchef, men även denna funktion togs på många vårdcentraler över av sjuksköterska. Läkarna hade så avhånt sig ”makten” även över vårdteamet. Men samtidigt hade man återtagit möjligheten att själv få bestämma över sin arbetstid och sina patienter. Detta möjliggjordes genom datoriseringen på 1990-talet och husläkardiskussionen med närmare koppling mellan läkare och patient. Man upptäckte samtidigt fördelarna med teamarbetet och möjlighet att delegera specialuppgifter till andra personalkategorier. Så uppkom t. ex. diabetes- och hypertoniomottagningar där sjuksköterskan hade en viktig roll. Sjuksköterskor fick specialutbildning för detta och kvaliteten i vården kunde

höjas. Det innebar också att dessa patientgrupper togs över av primärvården från sjukhuset i allt större omfattning.

För många läkare gick dessa förändringar utan problem. Man kunde ägna sig åt mötet med sina patienter/konsultationen, vilket kändes bra. För andra var det irriterande att sjuksköterskorna tog över. För en del blev förändringarna så stressande att man gick över till annan verksamhet, en period till företagshälsovården. Läkarna som grupp, som tidigare haft mycket låga sjukskrivningstal, närmade sig mer och mer andra grupper var gällde t. ex. utmattningssyndrom. Orsakerna till detta kan vi inte diskutera här men en del ligger nog i de ändrade arbetsformerna.

MBL

Medbestämmandelagen, som infördes i början på 1970-talet, kändes av många som jobbig. Dels kom en ny kategori av ”makthavare” in i bilden, de fackliga representanterna, dels tog medbestämmandet mycket tid. Att man fick ett partsförhållande ”vi och de” upplevdes på chefsnivå frustrerande. Men samtidigt fann man snart att samråd var en positiv faktor för det ständigt pågående förändringsarbetet i vårdorganisationen. Förändringar var lättare att genomföra om de förankrats väl hos alla de berörde. Det var av bl.a. av den orsaken det nya allmänläkarblocket fick hitta former för att nå ut med information. Regelbundna blockkonferenser med uppföljning i läkardistriktet och på vårdcentralerna genom representation på alla nivåer möjliggjorde detta. Efter hand växte primärvården så att de centrala mötena fick utgå. Allt mer av informationen och besluten decentraliserades till läkardistrikt och vårdcentraler och till deras lednings- och samordningsfunktioner. Efter hand vände man sig vid MBL och den kändes som ett naturligt inslag i organisationen.

LÄKARBRISTEN

Läkarbristen ska avhjälpas med arbetskraftsinvandring och med fler platser på läkarutbildningen. Man ska också kunna arbeta till 72 års ålder. Den borgerliga alliansen vill generellt satsa mer pengar på forskning. Patientnära forskning i primärvården är ett exempel.

Det kom att visa sig att invandrade legitimerade läkare blev cirka 1000 per år, lika många som utexaminerade i Sverige.

Trots detta verkar de personella resurserna inte räcka till för den service som befolkningen i Lerum önskar sig omkring 2015. Åtminstone inte om man ser till klagomålen på bl. a. tillgängligheten och kontinuiteten i de insändare som då och då dyker upp i lokaltidningen. Dessa mål var ju på 1970-talet grundläggande – jämför ”Löpande vårdplanering i Lerum”, Sprirapport 3/77.