

Från  
**Provinsialläkare**  
Till  
**Primärvård**

---

– en historisk exposé  
Med exempel från Mittenälvsborg  
i Västra Götalandsregionen

ISBN 978-91-633-6196-8



Bilden på pärmen är provinssiälläkarföreningens emblem med Eskulapstav, Linnéa-blomma och lagerblad. Emblemet är hämtat från provinssiälläkarnas 1800-talsuniform - se CD-skivan del 1.

Eskulapstaven, en stav kring vilken en orm ringlar sig, är en symbol för läkaryrket. Med orm och giftskål betecknar den fortfarande apoteken och hedrar minnet av Asklepios (latin, Aesulapius).

Ormstaven förekommer i Bibeln. I 2:a Mosebok, 7:9-13. Där beskrivs hur Moses magiska stav förvandlas till en orm och med vars hjälp Moses nekallade "de egyptiska landsplågorna" över Faraos land.

Och i 4:e Mosebok, 21:8-9, som lyder: "Herren sade till Moses: gör en orm och sätt upp den som ett fälttecken. Var och en som blit biten skall se på den, så får han leva". Och Moses gjorde en orm av koppar och satte upp den som ett fälttecken. Den som blev biten av en orm såg på kopparormen och då fick han leva.

Författarna till boken

---



Bengt Dahlin. F.d. provinssiälläkar och distriktsläkare i Korpilombolo, Gråbo och Lerum. Medicine hedersdoktor vid Göteborgs Universitet.



Jan Kuuse. Docent i ekonomisk historia vid Göteborgs Universitet

Text: Bengt Dahlin och Jan Kuuse.  
Illustrationer: Anges vid bilderna eller tagna ur allmänna skrifter som Sprirapporter, några fotografier Bengt Dahlin.  
Grafisk form: Lars Feuk, Lerum  
Prepress: Kompago kommunikation, Jönköping.  
Tryck: Göteborgstryckeriet. 431 23 Mölndal.  
Utgiven av: Bengt Dahlin Samhällsvärv, Lerum år 2010.  
ISBN: 978-91-633-6196-8.

# En programförklaring

---

*"Vari ligger mognaden, om inte i förmågan att ställa händelser i vår egen tid  
i relation till företeelser i gången tid?"*

Vad Marcus Tullius Cicero yttrade 50 år före vår tideräknings  
början känns som en programförklaring till denna bok.

Det hela började med ett projekt år 2003 vars syfte var att teckna ner vad som hänt i primärvården från dess födelse i mitten på 1900-talet med fokus på primärvården i Lerum och Mittenälvsborg. Det var då lands-  
tingen tog över provinsialläkarväsendet från staten. Provinsialläkaren blev distriktsläkare och fick helt nya arbetsvillkor med reglerade arbetstider och fast lön. Enläkarstationerna ersattes av vårdcentraler med flera läkare, sjuksköterskor och annan servicepersonal. Det blev en revolution för många äldre provinsialläkare att anpassa sig till förändringarna. Bengt Dahlin (BD) var då en av de yngre läkarna, som hade verkat som provinsialläkare på enläkarstationer i tio år. BD deltog med entusiasm både lokalt och centralt i uppbyggnaden av primärvården och kunde följa dess fortsatta utveckling fram till 2000-talet. Jan Kuuse, ekonomhistoriker och författare till ett flertal böcker ställde villigt upp med sin erfarenhet. Hans del i projektet blev att sätta in hälso- och sjukvårdsutvecklingen i ett samhällsperspektiv. Mycket hände under resans gång, och det vill vi skildra.

Vi fann snart att det kändes riktigt att även skildra provinsialläkartidens händelser redan från dess ursprung på 1600-talet. En rik källa till kunskap om 1800-talets provinsialläkare fann vi i deras årsrapporter, som hade digitaliserats och fanns tillgängliga på internet. Vi fann också att internet var ett bra medium för att sprida resultatet av vår möda. När projektet var i hamn år 2006 lades det ut på <http://www.bengtdahlin.se> i tre delar: Provinsialläkartiden, Primärvårdstiden och Närvården. De tre år projektet 2009 legat ute på nätet har hemsidan haft mer än 150.000 besök.

Vi har valt att ge fördjupningar till skildringen av den öppna vårdens utveckling på en bifogad CD-skiva med hemsidematerialet delvis uppdaterat, som pdf-dokument.

*Innehållet i boken har anpassats till detta upplägg. Vi vill med själva boken ge en översikt över den öppna hälso- och sjukvården från äldsta tider fram till idag.*

<b>PROVINSIALLÄKARTIDEN</b>	<b>1 – 50</b>	<b>PRIMÄRVÅRDEN</b>	<b>51 – 128</b>
En programförklaring	3	Karta	52
Innehållsförteckning	4 - 5	Samhällsutvecklingen 1970-1999	53
Den öppna vårdens utveckling	6	Socioekonomisk bakgrund	53
Asklepios och stetoskopet	8	1970-talet och dess kriser	54
Provinsiälläkaren	9	1980-talet – devalveringar, inflation,	55
Före provinsiälläkartiden	10	1990-talet – räntechock,	57
Provinsiälläkarorganisationen byggs upp	12	Befolkningsutveckling	58
Provinsiälläkarinstruktioner	13	Landstingen bygger ut slutenvården	60
Läkarregler över tiderna	15	Primärvården skapas	63
<i>Provinsiälläkarens uniform</i>	16	Socialstyr. öppenvårdsvision 1969	63
<i>Nils Rosén von Rosenstein</i>	16	Älvsborgslandstinget anammade	
Provinsiälläkarnas årsrapporter	17	primärvårdsmodellen	65
Exemplet Warenius i Alingsås	19	Primärvårdens innehåll och mål	66
Provinsiälläkartjänster och läkartäthet	20	Vårdcentralen	66
Barnmorskor	21	Områdesansvar	67
Sjuksköterskor	23	Jourcentraler	67
Början till förbättrad folkhälsa	25	Brobacken i Lerum, en första vårdcentral	68
Folkökning och jordreformer	26	”Lerumsmodellen”	70
Exemplet Stora Lundby	27	<i>Hur man löste problemen med till</i>	
Industrialisering, ekonomisk tillväxt	28	<i>gänglighet och kontinuitet</i>	71
Industrier i Sävås dalgång	29	<i>Vårdplaneringsmodellens innehåll</i>	71
Summering av tiden fram till 1920	31	<i>Befolkningsansvaret</i>	72
Perioden 1920 – 1969	32	<i>Tillgängligheten</i>	72
Ekonomisk tillväxt	33	<i>Telefontillgänglighet</i>	73
Industrialisering - brukssamhällen	33	<i>Patientmottagarfunktionen</i>	73
Socialsverige växer fram	34	<i>Registret ”Kontaktorsaker</i>	
Axel Höjer - en radikal reformivrare	35	<i>– åtgärder”, KÅR</i>	74
Den Höjerska utredningen	36	<i>Brådskegradsindelningen</i>	75
Privata och frivilliga insatser	38	<i>Tid för läkarkontakten</i>	75
Sociala ambitioner, men realiteterna	39	<i>Registrerings- och planerings-</i>	
Reformer under ”rekordåren”	40	<i>blankett (R/P-blankett)</i>	77
Distriktssköterskorna	41	<i>Bevaknings- och kallelserutiner</i>	77
Provinsiälläkarna får ny huvudman 1963	42	Erfarenheter av vårdplaneringen	79
Ny sjukvårdslag och stadga	42	<i>Sjukvårdsupplysning 1977</i>	79
Landstinget rustar upp enheterna	43	<i>Vårdplanering i omvärlden</i>	80
Gråbo enläkarstation, ett exempel	44	Floda vårdcentral och nya vindar blåste	81
Bengt Dahlin Gråbos andre prov.läk	45	<i>Forskning på vårdcentral</i>	82
Ett paradigmskifte för läkarna	48	Gråbo vårdcentral ännu ett exempel	83
<i>Sjukronorsreformen</i>	48	Ny vårdcentral i Lerum 1985	85
Sammanfattning 1920 – 1969	49	<i>Barndistriktsläkarna</i>	85
		<i>Äldrehälsovård i utveckling</i>	86
		Samverkan, en Lerumsideologi	87
		Alingsås lasarett – ett exempel	88
		Övriga lasarett	90

Centralisering/decentralisering	91
Sjukvårdsdistrikt och klinikkblock	91
Lerum fick egna politiker	92
<i>Vården närmare befolkningen</i>	93
<i>Primärvårdsnämnd i Lerum</i>	93
<i>Kerstin von Sydow</i>	95
Landstingets ledningspolicy	96
Centralisering igen	96
FoUU, Forskning, utveckling, utbildning	98
FoU i omvärlden	98
Vad är en FoU-enhet?	101
FoU-enhet i Lerum	101
FoU-enhet i Borås	103
Allmänmedicinen blev egen specialitet	104
Allmänmedicinsk proffessur	105
Utbildning av läkare	106
<i>Grundutbildningen,</i>	106
<i>Kurs i allmänmedicin</i>	106
<i>Kurs i konsultationskunskap</i>	107
<i>"TYK", Tidig yrkeskontakt</i>	108
<i>AT-/FV-/ST-utbildning</i>	109
<i>Lokal efterutbildning av läkare</i>	110
<i>Efterutbildningens historik</i>	110
<i>Nääsmötena</i>	111
<i>Balintgrupp</i>	111
<i>Västsvensk allmänläkarklubb</i>	112
Husläkarförsöken	113
Husläkare, 1978	113
Lerums husläkarmodeller 1978	115
Utredningens efterspel 1978	116
Ny husläkarlag 1992	117
Husläkarsystem i Älvsborg 1990-tal	118
Perioden 1970 - 1990	121
Om Apoteken	126
<b>NÄRVÅRD</b>	<b>129 – 142</b>
Ekonomi och kultur i förändring	130
Globalisering	131
Skattesystemet, hälso- o sjukvården	132
Välfärd och förankringar	132
Social position, hälsa och livslängd	133
Befolkningsutveckling	134
Sjukskrivning, sjukpensionering	136

En organisation ständigt i förändring	136
Primärvård i förändring – närsjukvård	137
Olika organisationsmodeller	137
<i>Protos</i>	137
<i>Läkarförbundets</i>	138
<i>Åtta Saco-förbunds</i>	139
<i>Norges fastlegeordning</i>	139
Fler organisationsmodeller	141
<b>VÅRDVAL</b>	<b>143 – 146</b>
Mot vårdval	144
Patientens rätt	144
Lag Om Valfrihetssystem	144
Vårdval Sverige	145
Fri etableringsrätt	146
Primärvårdens uppdrag i vårdvalet	146
Etablerade vårdvalsmodeller	147
Vad gör andra landsting?	149
<i>Hallandsmodellen</i>	149
Vårdval Västra Götaland	151
Jämför med tidigare åtaganden	152
Jämför med andra vårdvalsmodeller	153
VG Primärvård i praktiken	153
Vårdval i Mittenälvsborg	154
Sammanfattning Närvård och Vårdval	154
<b>En epikris</b>	<b>157 – 173</b>
En problemorienterad "epikris"	158
Problemöversikten	158
1. Ett historiskt perspektiv – Anamnesen	158
2. Viktiga påverkande faktorer	162
2 a. Arbetsmiljön, arbetssätt	162
2 b. MBL	164
2 c. Information, kommunikation	165
2 d Om primärvårdsmålen	166
2 e. Förebyggande insatser	166
3. Aktörer och Resurser	168
3 a Sjukvårdens aktörer över tid	168
3 b Spelet om resurserna	169
3 c Läkarna	171
3 d Sjuksköterskor, Barnmorskor	173
3 d Politiker	173
En slutkommentar	174

# Den öppna vårdens utveckling

---

*I vår historik över hur den öppna vården har utvecklats exemplifierar vi i olika delar av hälso- och sjukvårdens utveckling med exempel från Mittenälvborg och Lerum.*

**Den första historiska delen,** ”provinssiällkartiden” fram till och med år 1669, ger bakgrunden till den därpå följande ”primärvårdstiden”, som inleddes 1770. Detta blev ett systemskifte i den öppna vården, som beskrivs med Lerums primärvårdsområde som exempel. Den historiska exposén behandlar sjukvårdens organisatoriska utveckling från 1600-talet ända fram till 2000-talet. Det medicinhistoriska förloppet sätts in i ett socioekonomiskt sammanhang. Det kändes naturligt att se på sambanden mellan faktorer som befolkningsförhållanden, boendemiljö, levnadsvanor, arbetsförhållanden och levnadsstandard samt förekomsten av farsoter, epidemiska sjukdomar, förebyggande hälsovård och medellivslängd. Den tidens syn på sjukdomars orsaker och hur man behandlade sjukdomar tas också upp. Den historiska studien avhandlar förändringar på såväl nationell som regional och lokal nivå med olika exempel framför allt från socknar ingående i nuvarande Mittenälvborg. Med tanke på Älvsborgslandstingets säregna utformning, som ett timglas med tre lasaretsområden, delades

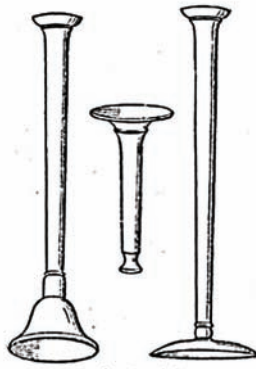
landstinget organisatoriskt/administrativt in i norra, södra och mellersta Älvsborg. Alingsås lasarets upptagningsområde motsvarar Mittenälvborg med nuvarande kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. I boken och i dokumentet ”Yrkesbeskrivningar” på CD-skivan kommenteras förutom provinssiällkarna även andra sjukvårdens nyckelaktörer som sjukhusläkare och privatpraktiserande läkare. Som grupp har barnmorskorna en lång yrkestradition medan sjuksköterskorna i öppen vård tillkom först under 1900-talet. **Den andra delen,** om primärvårdens uppbyggnadstid och den så kallade ”lerumsmodellen” fokuserar mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun. Lerums primärvård speglade mycket av vad som hände i hela riket under denna tid men var också en föregångare i många avseenden inte minst i Älvsborgslandstinget. Denna andra del utgör själva kärnan i studien av den dåtida hälso- och sjukvården. Som en bakgrund till de förändringar av primärvården som kom 2010 ser vi tillbaka på de försök till husläkarsatsningar som gjordes i början av 1990-talet.

**Framställningens tredje del** ger en beskrivning av den stagnation och de problem som tornade upp sig kring sekelskiftet. Det var en sökandets tid då olika modeller för primärvårdsorganisation diskuterades. Detta mot bakgrund av en dålig tillgänglighet och kontinuitet i primärvården trots ökande resurser. **Den fjärde delen** beskriver Vårdval Sverige, som den nya primärvårdsmodellen kallas. I och med en ny borgerlig regerings inträde på arenan 2006 kom mycket att förändras i svensk hälso- och sjukvård. Det innebar ett systemskifte för den öppna vården. Den nya organisatoriska modellen gav innevånarna fritt val av vårdenhet, för vårdgivarna etableringsfrihet och kostnadstäckning genom de patienter som valt vårdenheten. Målet med Vårdval Sverige var också att bygga in konkurrens mellan enheterna om patienterna och därmed förhoppningsvis ökad kvalitet i vården, inte minst tillgänglighet till vården. **I en femte avslutande del** kommenterar vi problemorienterat en del av utvecklingen och drar slutsatser ur detta.

På CD-skivan finns dokumenten:

- *Referenser.pdf*
- *Del 1 Provlakartiden.pdf*
- *Del 2 Primärvården.pdf*
- *Del 3 Narvården.pdf*
- *Farsoter – epidemiska sjukdomar.pdf*
- *Sjukdomars natur och behandling.pdf*
- *Apoteksväsendet.pdf*
- *Datorjournalen.pdf*
- *Yrkesbeskrivningar.pdf*





Stetoskop är ett instrument för att fortplanta ljud från ett munstycke till användarens öron. Att använda instrumentet kallas i medicinska sammanhang för att auskultera. Det första stetoskopet, som utgjordes av ett trårör, uppfanns 1819 av René Laënnec. Barnmorskorna använde ett sådant trästetoskop för att lyssna på fosterljuden.



Asklepios

Asklepios läkekonstens gud i den grekiska gudasagan var son till Apollon och far till Hygieia hälsans gudinna. En annan dotter var Panakéia, läkeörternas gudinna. Hustrun Epione var den smärtlindrande.

Asklepiosstaven med den omslingrande ormen har blivit en symbol för läkekonsten.

När en ung man började studera läkekonst i gamla Grekland måste han svära att leva sitt liv som det anstod en medlem av den läkekunniga Asklepios' familj. Eden har i många olika former bevarats genom århundradena och legat som grund för läkaretiken under alla tider. Asklepios eden se sidan 15.



# Provinsiälläkaren genom tiderna

Från början var provinsiälläkaren nästan enbart en av konungen utnämnd "befallningshavare", tjänsteläkaren. Eftersom tiderna förändrades och kåren växte, blev han alltmer folkets tjänare men med befogenhet att "säga ifrån" om så fordrades.

Han kom att bli respekterad, kanske ibland också älskad i det distrikt han verkade. Han fanns alltid tillhands dag som natt. Han uppfyllde därmed också senare tiders målsättningar om hög tillgänglighet. Det kunde han eftersom tjänsten bjöd det med obegränsad arbetstid och ett avgränsat betjäningsområde. Han representerade den fullständiga kontinuiteten.

Kvalitet, enligt den tidens krav, uppfyllde han med många sjukhusår bakom sig. Det kan man se i de yrkes- och levnadsbeskrivningar, som vi samlat.

Han var en "Mädchen für alles" med alltför många uppgifter och där till dåligt lönad. Kanske var det detta som blev hans fall. Läkarna fann inte yrket attraktivt längre i "den nya tiden".

Kollegorna på sjukhusen såg ned på honom. Den centrala fackliga organisationen svek honom ofta. Han kunde inte överleva de villkor som gavs honom.

Kanske var det bra som skedde, att provinsiälläkarorganisationen lades ned. Men som fågel Fenix uppstod han i ny skepnad i form av distriktsläkaren/allmänläkaren, som så småningom kom att återta de förlorade positionerna, dessutom med drägliga arbetsvillkor.

*Ibland tror vi att det vi gör bara är en droppe i havet.*

*Men havet skulle vara mindre utan den droppen*

## Före provinsialläkartiden

Genom olika källor vet vi, att en tidig läkekonst utvecklades i fornkulturerna i Egypten och Babylonien. I Egypten fick läkekonsten redan från omkring 3 000 år före vår tideräkning en speciell utveckling genom att man balsamerade sina döda. I och med att kropparnas inälvor avlägsnades fick man en omfattande anatomisk kunskap. Balsameringen skedde under templens och prästernas överhöghet, och det var också främst till templet som praktiserande läkare knöts. Sambandet mellan medicin och religion var naturligt i det forntida Egypten, och en rationell medicin utan religiösa och magiska inslag existerade inte.

Undersökningar av bevarade mumier ger också besked om den fornegyptiska sjukdomsbilden. Man har påträffat inslag av tuberkulos, artrit, polio, spjälkade benbrott och proteser. Den fornegyptiska medicinen gick sedan i arv till den hellenistiska världen, och via kristna kloster i Egypten nådde den också Europa under tidig medeltid.

De nordiska länderna – i Europas periferi – hade under lång tid inte särskild kontakt med den tidens ledande kulturer. Dock vittnar stenåldersgravar om skelett, som visar arm- eller benbrott, som läkts på sådant sätt att spjälor måste ha använts. Bland våra tidiga förfäder måste alltså någon form av primitiv läkekonst ha tillämpats. Man har också funnit skallar som genomborrats med flintverktyg och där patienten överlevt ”operationen”.

Genom vikingarnas färder till Medelhavet och Bysantinska riket lärde man sig också mer om läkekonsten. Vikingarna hade således särskilda ”läkare” som följ-

de med på de långväga skeppsfärderna. Eddan lämnar samtidigt exempel på övertro och magiska medikamenter under vikingatiden.



I det fornnordiska samhället var det huvudsakligen släktens sak att svara för vården av de sjuka och fattiga. Med kristendomen och kyrkan kom en ny syn på de sjukas och fattigas situation. I klosterorganisationen kom många lekmän att arbeta för sjuka och nödlidande.

För de sjuka och fattiga blev från 1200-talet införandet av tiondet som en laglig beskattning av viss betydelse. Bestämmelser om tionde finns i våra landskapslagar. Där kan man också läsa om skyldighet för barn att försörja sina sjuka och åldriga föräldrar. Med tiden kom emellertid tiondet allt mer att användas till många andra saker än sjuk- och fattigvård. De sjuka och fattiga fick i växande grad förlita sig på privat välgörenhet.

I medeltidens samhälle hörde sjukdom och fattigdom samman. Fattigdom med knapp och enformig föda, trånga och kalla bostäder i en miljö som präglades av smuts, avfall och otaliga råttor gjorde att bristsjukdomar och epidemier blev

vanliga. Några läkare i vår tids mening fanns inte. I fråga om sjukvård var det kyrkan som gick i spetsen. Vid klostren inrättades sjukhus, där inte bara klosterpersonal utan också allmänheten kunde få vård. Inom klostersjukhusen utvecklades med tiden en viss medicinsk kompetens. Den vanligaste behandlingsformen var åderlåtning. I övrigt ordinerades sängläge, bad, vila, urindrivande medel, laxering, örtdekokter och i vissa fall smärtstillande och febernedsättande medel. Vid denna tid var hospitalen och helgeandshusen de viktigaste inrättningarna för vård av sjuka. Båda var samtidigt försörjningsanstalter och härbärgen för vägfarande, och de främsta inkomsterna kom från fromt inriktade donationer. Hospitalen och helgeandshusen var inga stora anläggningar. Vårdkapaciteten uppgick till högst 10-20 personer. I Västsverige uppfördes hospital i Lödöse och i Skara i slutet av 1200-talet.

I senmedeltidens Sverige slog digerdöden till. Det var utan jämförelse den svåraste sjukdom och en pest som drabbat inte bara vårt land utan hela Europa. Digerdöden kom till Europa från Kina och nådde Sverige 1350, Den spreds med den pestbärande loppan hos den svarta råttan. Sjukdomen yttrade sig i svarta och likfärgade fläckar över hela kroppen. Ingen medicin eller läkedom hjälpte mot den högst smittosamma sjukan. Nästan alla drabbade dog inom tre dagar. När pesten efter några år ebbat ut, hade mer än en tredjedel av Sveriges befolkning ryckts bort. Det skulle dröja 150 år innan landets befolkning åter nådde upp till den storleken hade åren närmast före digerdöden. Hela landsändar ödelades. Skog växte över byar och kyrkor, som återfanns långt senare. Minnet av digerdöden levde länge kvar i folkmedvetandet och fick näring

genom ständigt nya pestepidemier. Det var först på 1720-talet som sjukdomen helt försvann från Europa, i samband med att den svarta råttan utkonkurrerades av den ofarligare brunråttan.

Vid medeltidens slut fanns det i Sverige knappast någon läkare värd namnet. Uppsala universitet inrättades 1477, men där fanns ingen lärostol i medicin. Enstaka unga svenska män studerade medicin utomlands. Gustav Vasa försökte genom statsstipendier underlätta de medicinska studierna i utlandet. En holländare, som doktorerat i medicin vid universitetet i Pisa och som kallats till Sverige av Erik XIV, inlämnade 1561 ett förslag till medicinalordning, som i flera avseenden var före sin tid. Förslaget stannade emellertid på papperet. Först när Uppsala universitet verkat i 136 år installerades 1613 den första professorn i medicin.

Genom reformationen under Gustav Vasas tid försvann en hel del av den katolska kyrkans sjukvårdssystem. Klosterväsendet avskaffades, tiondet upphörde och de fromma stiftelsernas egendom drogs in till staten. Hospitalen hörde till de få medeltida institutioner som överlevde reformationen. Efter reformationens genomförande överfördes uppgiften att ordna med sjuk- och fattigvård till staten. Men då de statliga resurserna var mycket begränsade och samhällets hospital var få, fastslogs det i kyrkoordningen från 1571 att även socknarna skulle uppföra mindre sjukstugor för 4-6 personer. För första gången trädde socknen fram som organisatorisk enhet i sjuk- och fattigvården. Ett antal sjuk- och fattigstugor byggdes också, men eftersom behovet var enormt, kan åtgärderna liknas vid droppar i havet.

Den nya uppgiften att socknen skulle ta hand om de sjuka och fattiga aktuali-

serade behovet av att lagstiftningsvägen reglerade hemortsbegreppet för att kunna bestämma till vilken socken en person hörde. Genom olika lagar försökte man hindra socknarnas strävan att vältra över sjuk- och fattigvårdsbördan på annan socken. Hur de sjukas och fattigas hemortsrätt skulle tolkas blev länge en allvarlig tvistefråga, ofta i osympatiska former. Det blev ett allas krig mot alla och kallades därför allmänt för sockenkriget. Under 1700-talet blev principen om socknens skyldighet att ta hand om sina sjuka och fattiga allmänt accepterad. Men det dröjde till 1763 års hospitalsordning, innan denna skyldighet uttryckligen fastslogs.

Under 1600-talet gjordes försök att centralt organisera fattig- och sjukvården men utan framgång. Axel Oxenstierna hade velat inrätta ett centralt ämbetsverk för fattigvården, men hade mött motstånd inte bara från sockennivå utan också från bönderna och prästerna i ständsriksdagen. Mer framgångsrik skulle man bli med att bygga upp ett ämbetsverk för sjukvården – Collegium medicum – som 1663 bildades i Stockholm, och som av drottning Hedvig Eleonora fick fullmakt att ha tillsyn över de läkare som verkade i huvudstaden. Detta kom att bli början till den provinsialläkarorganisation i Sverige, som trots förändringar skulle vara i tre hundra år.

## Provinsialläkarorganisationen byggs upp

---

Collegium medicum var både en yrkesförening och ett ämbetsverk. Yrkesrepresentationen övertogs 1807 av Svenska Läkarsällskapet, och ämbetsverket omvandlades 1813 till Sundhetskollegium. I sin tur ersattes Sundhetskollegium 1878 av Medicinalstyrelsen, som senare – 1968 – kom att ingå i Socialstyrelsen.

Bakgrunden till den organiserade hälso- och sjukvården i Sverige var den läkarverksamhet som under 1600-talet bedrevs i de större städerna. Vid sjukdomar av olika slag erbjöd många med tvivelaktig utbildning sina tjänster till allmänheten som badare, bardskärare, kryddkrämare samt all slags kringresande kvacksalvare. De sålde även läkemedel, som ibland kunde vara livsfarliga. Man behövde få insyn i apotekarna och deras officiner, Det befanns därför nödvändigt att reglera såväl läkarverksam-

heten, som läkemedelshanteringen.

Den 16 maj 1663 undertecknade ”karlamodern”, mor till den då omyn-dige Karl XI, Hedvig Eleonora, en resolution enligt vilken fyra Stockholmsläkare med fransmannen G. F. Du Rietz i spetsen på underdånig anhållan beviljades rätt att bilda en sammanslutning som fick namnet ”Collegium medicorum”. Ur denna lilla privata sammanslutning av en handfull läkare har hela det svenska medicinalväsendet vuxit fram.

En faktor bakom det organiserade medicinalväsendets tillkomst och utbyggnad var också de åtgärder som behövdes för att motverka de farsoter, som drabbade landet. Under 1600-talet och 1700-talets första hälft var pesten den mest fruktade farsoten, och under senare delen av 1700-talet ledde

de veneriska sjukdomarnas spridning till att sjukhus och kurhus byggdes ut.

Under 1730- och 1740-talen växte en merkantilistisk åskådning fram i Sverige. Det gällde att till det yttersta tillvarata landets tillgångar i en statlig planhushållning, som gav maximal produktion för export. Folkets arbetskraft var nationens stora resurs. Därför låg det i landets intresse att befolkningen ökade i antal och att hälsotillståndet var gott. Äktenskap och barnalstring uppmuntrades. Det var viktigt att få ner barnadödligheten och bekämpa farsoterna. Ett led i denna strävan var inrättandet av Tabellverket 1749 för att få demografiska uppgifter som underlag. Tabellverket samlade och sammanställde uppgifter om folkmängd, födda och döda från varje församling.

## Provinsialläkarinstruktioner

I medicinalordningarna av 1688 fanns föreskrivet att blivande provinsialläkare skulle undergå en särskild examen inför Collegium medicum. Först efter genomgången examen inför kollegiet fick en läkare rätt att ha praktik. Tillsättandet av provinsialläkartjänsterna skedde av Kungl. Maj:t efter förslag av Collegium medicum. För att kunna upptas på förslag till tjänst som provinsialläkare fordrades att sökanden var promoverad medicine doktor. När Provinsial Medicus började sin tjänst var han tvungen att anmäla sig i Collegium medicum där ”Tro och Ämbets Eden” avlades.

I medicinalordningarna från 1688 angav man provinsialläkarnas skyldigheter, men det var först 1744 som man fick en särskild provinsialläkarinstruktion signerad av Fredrik I.

Instruktionen innehåller olika föreskrifter om provinsialläkarens åligganden. Exempelvis sägs att läkaren, innan han tillträder sitt ämbete, skall avlägga Tro- och Ämbetseden i Collegium medicum. Om omständigheterna så kräver, kan läkaren i stället avlägga eden hos landshövdingen på den ort läkaren kommer att förrätta sitt ämbete. Eftersom residensstaden oftast är största staden i regionen bör läkaren ha sin hemvist där, och där är han lättast tillgänglig för de sjuka som bor på landet.

I instruktionens fortsättning finns föreskrifter om provinsialläkarens skyldighet att bo i landshövdingens residens, att förestå hospitalet på orten, att meddela föreskrifter om smittsamma sjukdomars bekämpande och att företa vissa besiktningar. Han skulle också övervaka länets barnmorskor och apoteksväsendet bland

*Instruction hwarefter the Provincial Doktorer, som af Kronan eller på Städernas Stater njuta någon wiss och ständig Lön, hafwa sig at rätta. När provinsialläkaren anlitas - av fattig eller rik - bör han handla skyndsamt. Han får inte låta sig hindras av mindre angelägna sysslor. Endast ett ringa uppskov av nödig vård och skötsel kan vid svåra sjukdomar öka faran till hälsa och liv. En av instruktionens föreskrifter återges här: "När han /läkaren/ tillika af flere, högre eller lägre, fattigare eller rikare Patienter tillitad warder, eller ock flere at sköta hafwer, bör han utan anseende till person, först med nödig hielp bispringa them, som han i sit samwete wara stadde i största nöd och fara, the förmögnare för skäligh betaling, the fattige af Christelig kärlek utan wedwergällning, och thetta så mycket willigare, i anseende til then ständige lön han af publico njuter"*

**Kongl. Maj:ts**  
Nådige

# INSTRUCTION

Svarefter  
**The Provincial Doctors, som af  
Kronan eller på Stådernes Stater niuta nå-  
gon wijs och ständig Lön, hafwa sig  
at råttä.**

Gifwen Stockholm i Kåd: Cammaren den 12. April.  
1 7 4 4.



*Cum Gratia & Privilegio S:e R:e Maj:ts.*  
**STOCKHOLM, Tryckt uti Kongl. Tryckeriet,  
Hög Directeuren P. E. MOMMA.**

annat genom årliga visitationer. Utan landshövdingens tillstånd fick läkaren inte resa utanför länet, och vid läkarens sjukresor ut på landsbygden skulle landshövdingen underrättas. Relativt detaljerade taxeföreskrifter fanns också med i instruktionen. Han var tvungen att åta sig alla typer av smittosamma fall samt utan betalning tillhandagå domstolar i medicolegal verksamhet och utfärda rättsintyg när så påfordrades. Liköppning kostade 2 daler silvermynt. För sjukbesök i hemstaden fick han första gången en halv daler silvermynt och därefter halva summan. Kallad utanför staden fick han fri resa och underhåll samt en halv daler för varje mil och för varje dag hos den sjuke en daler. För besök nattetid var ersättningen dubbel.

Efter 1744 kom det flera instruktioner bland annat med detaljuppgifter om taxor. I början varierade provinsialläkarnas löne-

förhållanden högst avsevärt, och ofta finner man klagomål över låga löner. Det var först med 1773 års stat som lönerna kom att förbättras något.

Från och med 1812 måste man ha såväl medicine doktorsgrad som kirurgie magistertitel. År 1828 tillkom därutöver det så kallade ”medicinska embetsprofvet”. Det rörde färdigheter i rättsmedicinsk obduktion och apoteksvisitation. Provet avskaffades 1861. Vid provinsialläkarföreningens årsmöte 1883, två år efter dess bildande, krävdes anordnandet av en ”provinsialläkarkurs”, och 1886 fanns i tidskriften Eira ett förslag till en sådan. Någon sådan kom inte till stånd. Behörighetskrav på åtta månaders

### Oscar II:s fullmakt för Axel Berger

**OSCAR**

med Guds nåde, Sveriges, Norges,  
Götes och Wendes Konung

*Yrre värdigt att M:J genom denna  
min äffrens fullmakt i min-  
der utöfning och förordna  
de af Provinsialläkaren i st.  
Lingås distrikt af Gylberg  
Län, Medicinska Licentiaten  
Julius Axel Berger att  
vara provinsialläkare i näm-  
nda distrikt, med rätt att ut-  
njuta den lön och äffrens för-  
måner, som enligt stat och  
författningar äfvel äfvens-  
randa provinsialläkare till-  
minn, men med skyldighet  
att vara underkastad till  
liköppning af bestämmande  
sams i nämnda distrikt  
högst den 31 december 1862 och till  
som underligger till underkastning efter  
nämnda länders Statthöfdars till den  
31 december 1866.*

*Oscar*

sjukhustjänstgöring efter med. lic. examen och läkarlegitimation tillkom 1915 och var gällande ända fram till 1973, alltså tills provinsialläkaren ersattes av distriktsläkaren. Successivt ökades kraven åter på att förordnas till distriktsläkare. Sedan början av 1980-talet skall man vara specialist i allmänmedicin, en cirka 5-årig, målinriktad praktisk tjänstgöring som FV-läkare (läkare under Fortsatt Vidareutbildning), senare kallad ST-läkare (läkare under specialistutbildning).

## Läkarregler över tiderna

Hippokrates' och Asklepios' ed har i många olika former bevarats genom århundradena och legat som grund för läkaretiken under alla tider. Eden kunde lyda:

*"Jag svär vid Apollon, läkaren, och Asklepios, Hygieia och Panakeia samt alla gudar och gudinnor, att jag efter bästa förmåga och förstånd skall hålla denna ed och detta villkor skall hålla den, som lärt mig denna konst, lika kär som mina föräldrar, dela mina tillhörigheter med honom, hjälpa honom i nödens stund, om det skulle behövas, betrakta hans ättlingar såsom mina egna bröder och lära dem denna konst, om de skulle vilja inhämta den, utan avgifter eller villkor, och att genom föreskrifter, föreläsningar och varje annan form för undervisning överlämna kunskapen om denna konst till mina egna söner och till lärjungar bundna av... ed i enlighet med medicinens lag... Jag skall följa den behandling, som jag enligt förmåga och förstånd anser lämpligast för mina patienter och aldrig använda något, som är skadligt eller olämpligt. Jag skall aldrig giva dödligt gift till någon, om man ber*

*mig om det, och aldrig tillråda det. I renhet och sanning skall jag leva mitt liv och utöva min konst... Vad än... jag ser eller hör bland människorna, som icke bör omtalas offentligt, skall jag icke avslöja utan anse detta såsom det man bör hålla hemligt. Om jag håller denna ed utan att bryta den, må det bli mig förunnat att njuta av och utövandet av min konst, aktad av alla människor och i alla tider. Men skulle jag bryta och överträda denna ed, må det motsatta bli min lott!"*

Ända fram till år 1962 tillsattes provinsialläkarna av Konungen. Bilden visar den av Oscar II utfärdade fullmakten för Alingsåsläkaren Julius Axel Berger. När läkarna på 1800-talet avlade medicine licentiatexamen fick de också avlägga en trohetsed till Gud, Kung och Fosterland liksom till sitt yrke.

I författningssamlingen 1824 kom än mer detaljerade föreskrifter för provinsialläkare. De hade ansvar för den allmänna hälsovården och den enskilde enligt föreskrifterna. De hade att beskriva sin verksamhet i en väl specificerad årsrapport. De hade att anmäla sin bortvaro från distriktet och därtill skaffa ersättare vid frånvaron. De riktlinjer som utstakades genom den första instruktionen 1744 har i stort sett blivit vägledande för provinsialläkarnas arbete genom åren ända fram till landstingsövertagandet 1963. Detta år trädde en ny läkarinstruktion i kraft. I den angavs att provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och stadsdistriktsläkare var tjänstläkare, däremot inte stadsläkarna. Vissa förändringar har under tiden ägt rum, framför allt på det socialmedicinska området. Exempelvis har förebyggande mödra- och barnavård blivit viktiga egna verksamheter.

## Medicine - Licentiat - Ed - Trohets ed

Jag J. A. Berger lofvar och svär vid Gud och Hans heliga Evangelium, att jag städse vill och skall vara min rätte Konung, den Stormäktigaste Furste och Herre, Oscar II, Sveriges, Norriges, Göthes och Wendes Konung, samt det Kungl. Huset huld och trogen. Jag skall ock med lif och blod försvara det Konungliga väldet samt Riksdagens rättigheter, allt i öfverensstämmelse med Rikets Grundlagar, dem jag till alla delar skall lyda och efterkomma.

Och som mig rättighet nu meddelas att utöfva Läkarekonsten, så vill jag och skall jag i sjukdomars behandling endast använda sådana medel, hvilka erfarenheten, Vetenskapen och mogen pröfning godkänt, sjelv, der fara är och sådant ske kan, söka upplysning genom andra Läkares tillkallande och råd, ej undandraga min tjänst, der den erfordras, ej heller genom hemliga sjukdomars upptäckande den sjuke skada och bedröfva, utan öfva mitt kall i Gudsfruktan och kärlek till nästan efter samvete och bästa förstånd. Detta lofvar jag på heder och samvete hålla. Så sant mig Gud hjelpe till lif och själ!

Dessutom försköts tyngdpunkten i uppgifterna successivt från hälsoövervakande verksamhet till enskild sjukvård.

### Provinsialläkarens uniform

Under 1800-talet hade provinsialläkarna skyldighet att vid högtidliga tillfällen bära uniform. Uniformen var avsedd som ett slags hederskostym för ståndspersoner och var obligatorisk som paraduniform ända fram till 1909. Först då slapp provinsialläkaren att bära uniformen, tvåhörningen och värjan. Utrustningen var dyr i anskaffning och många provinsialläkare hade säkerligen inte råd att skaffa den.

Uniformsreglementet hade syftet att stärka nationalkänslan, jämför trohetseden. Högre ämbetsmän skulle vid högtidliga tillfällen bära sin kårs uniform. Provinsialläkarens dräkt bestod av blå rock av fracksnitt, vit väst och blå byxor. På krage och ärmuppslag fanns läkar- emblemet broderat i guld. Uniformen i färg på CD:n, Del 1 Provlakartiden.pdf.

### Nils Rosén, en tidig hälsoupplysare

En sjuttonhundredrataläkare som vi vill lyfta fram i historien är Nils Rosén (1706 – 1773), som adlades till von Rosenstein. Han kom att verka i skuggan av den mer utåtagerande och världsberömde Carl von Linné. Nils Rosén föddes ett år innan Linné, på en prästgård nära Borås. De sju syskonen överlevde alla till mogen ålder





troligen på grund av att de amrades länge och undgick mycket av den tidens läkekonst. Dessa två faktorer för barns överlevnad tog Rosén upp i sin hälsoinformation. Han propagerade för amning och bekämpade den tidens koppning (åderlåtning) av barn, en vanlig behandlingsmetod vid sjukdom på den tiden. Han ansåg att fler barn dog av koppningen än på grund av sin sjukdom.

Han kom dock att bli den störste och viktigaste av dem bägge för svensk hälso- och sjukvård. Linné publicerade sin kunskap på latin, Rosén använde det svenska språket. Han var den som hade störst upplaga av utgivna skrifter. Han blev den förste folkupplysaren då han publicerade hälsoråd i Den Svenska Almanackan. Almanackor började ges ut på 1600-talet och stod för 25 procent av all utgivning under den tiden. År 1750 hade man en upplaga på 180000 exemplar. 1790 var den uppe i 294000. Den kom att utges i över två miljoner exemplar under åren framåt och såsom bibeln fanns ett exemplar i varje stuga. Läskunskapen var för dåtiden hög i Sverige. Under de 25 år som Nils Rosén von Rosenstein skrev för almanackan svarade han för 100 procent av dess medicinska texter. År 1764 skrev han "Under rättelse om barnsjukdomar och deras botemedel". Artiklarna i almanackorna var underlaget för läroboken i barnmedicin och Rosén kom att kallas barnmedicinens fader i Sverige. Det är världens första pediatrikbok. Den gavs ut 25 upplagor på 9, möjligen 10, språk och var användbar i närmare 100 år.

Rosén gav också ut en första "FASS" (Farmakologiska specialiteter i Sverige)



på uppdrag av Ulrika Eleonora, ett Hus- och reseapotek. Skriften fanns på till exempel sockengårdar ofta tillsammans med en kista med läkemedel.

Drottning Lovisa Ulrikas reseapotek: Ett schatull av ek innehållande 24 glasbehållare, våg, vikter samt anteckningsbok. Längd 24 cm, höjd 17,5cm, bredd 15,5 cm (se bild).

## Provinsialläkarens årsrapport

Provinsialläkarna, som förstätligades 1774, hade som tidigare framgått börjat sin verksamhet i slutet av 1600-talet. Under lång tid framöver placerades provinsialläkarna i städerna, även om de främst kom att tjänstgöra i relativt vidsträckta landsbygdsdistrikt. Från 1755 ålades provinsialläkaren att sända årsrapporter om hälsotillståndet i sitt distrikt till Collegium Medicum, som verkade mellan 1663 och 1812. Detta centrala ämbetsverk för sjukvården var i tur och ordning föregångare till Sundhetskollegium som verkade från 1813, Medicinalstyrelsen från 1878 och Socialstyrelsen från 1968.

Årsrapporternas innehåll och struktur byggde till stor del på Rosensteins avhandling år 1730 om "Rätt dokumentation av sjukdomars förlopp".

## Rapport rörande embetsgöromålen och sundhetstillståndet inom ett provinsialläkardistrikt

- 1:o Väderlekens och årsväxtens förhållande i allmänhet såvidt detsamma varit af beskaffenhet att utöfva märkbart inflytande på helsotillståndet och sjukdomslynnnet.
- 2:o Allännare förekommande sjukdomar
  - A. Endemiske (en i befolkningen ständigt förekommande sjukdom)
  - B. Epidemiske
    - a. Smittkoppor
    - b. Nervfeber
    - c. Rödsot
  - C. Sporadiske
    - a. Skarlakansfeber
    - b. Mässling
  - D. Syphilis, saltfluss, elephantiasis, chroniska hudsjukdomar
  - E. Sinnessjukdomar
  - F. Epizootier (farsot hos djur)
- 3:tio Förhållandet i allmänhet med:
  - a. Sundhetspolis, Sockennämnders verksamhet för helsovården, Sockenapotek m. m.
  - b. Fattig och Fångvård
  - c. Allmänna välgörenhetsinrättningar, folkskolor m. m.
  - d. Helsobrunnar och badorter
  - e. Vaccination och revaccination
  - f. Apothek – privilegierade (sjelfständige och filial)
  - g. Barnmorskeväsendet
  - h. Beväringsmanskabet
- 4:to Embetsförrättningar pga vederbörande auctoritets serskilda förordnande
  - A. För helso- och sjukvårdsärenden
    - a. I och för smittkoppor
    - b. Rödsot
    - c. Nervfeber
  - B. För medicolegala ändamål, besiktningar af lefvande personer, liköppningar, undersökning af misstänkta eller giftiga ämnen
- 5:to Uppgift på inom districtet bosatt personal af:
  - a. Legitimerade läkare och sådana, som med särskilt tillstånd, eller p. g. a. innehafvande förordnande till läkekonstens utöfvning äro berättigade
  - b. Badaremästare, Dentister
  - c. Djurläkare
  - d. Apothekare, Provisorer och Lärlingar
  - e. Barnmorskor med underrättelse om de af kommunen äro antagne och aflönade
  - f. Vaccinatorer samt huru desse godtgöras
  - g. Quacksalvare (namn m.m.)
- 6:to Vetenskaplige iakttagelser, märklige sjukdomshändelser, chirurgiske och obstetriske operationer af intresse
- 7:mo Andra med allmänna helsovården sammanhang egande ämnen, som anses böra till allmän kännedom komma, men icke under ofvanstående rubriker äro hänförlige.

## Exemplet Warenius i Alingsås

Som ett exempel på 1800-talets provinssiälläkare vill vi lyfta fram provinssiälläkaren i Alingsås Gustav Warenius. I vår bifogade CD finns många exempel på hur han arbetade i Alingsåsdistriktet, och hur läkarna såg på och behandlade sjukdomar i mitten av 1800-talet.

Gustav Warenius föddes 1808 i en församling utanför Borås. Fadern var kyrkoherde, men sonen blev läkare. Hans CV visar på den tidens provinssiälläkares gedigna utbildning och karriär. Medicinartutbildningen i Uppsala började 1827 och omfattade en Med. Fil. Kand efter tre år, Med Kand och disputation om dysenteri efter ytterligare fem år samt Med. Lic året efter, ytterligare ett halvt år till Kir. Mag. 1837. Blev Med. doktor samma år och avlade då också embetsprovet för att kunna söka olika tjänster.

Som många då blivande provinssiälläkare blev han militärläkare samtidigt som han biträdde sjukvården i de närliggande distrikten. År 1848 flyttade han till Hjo som praktiserande läkare, och efter några år utnämns han till bataljonsläkare vid regementet där samt verkade 1842 –

1848 som provinssiälläkare i Hjo distrikt. Han utnämndes 1848 till extra provinssiälläkare i Alingsåsdistriktet samt till bataljonsläkare vid Westgöta regemente. Han verkade där till 1860.

Hans mycket speciella och omfattande årsberättelser från provinssiälläkartjänsterna i Hjo och Alingsås 1842 – 1860 ger en spännande inblick i provinssiälläkarens arbete under mitten av 1800-talet. Detta kan läsaren ta del av genom ett flertal citat i vår bifogade CD-skiva.

Gustav Warenius var mycket verbal och ger detaljerade beskrivningar av sina arbetsuppgifter och den bygd han verkade i. Han deltog också i diskussioner om dåtidens hälso- och sjukvård, även på det akademiska planet. En avhandling rörde ”De menckliga hörselverktygens beskriwning och förrättning”, Akad. Afhandling, Upsala 1845. Ett flertal artiklar publicerades i olika tidskrifter. Han ”speciminerade” 1845 för professuren i anatomi och fysiologi vid Uppsala universitet och uppfördes i tredje rummet på förslaget. Utnämndes till Ridd. af K. N. O. 1870 11/6. Avgick med pension 1879. Död 1880.

### En vård och omsorgshistorisk databas

Provinssiälläkarinstitutionen, det vi idag kallar primärvård, instiftades av drottning Hedvig Eleonora den 16 maj 1663 och bibehölls ända till 1967. Varje år skickade provinssiälläkaren sin årliga rapport till Collegium. Till en början fanns det endast åtta i hela landet.

1800-talets provinssiälläkarrapporter finns digitaliserade och kan nås på internet på Linköpings universitets Vård och omsorgshistoriska databas.

<http://www2.ep.liu.se/databaser/medhist/>

Provinssiälläkarnas årsberättelserna beskriver den lokala situationen framför allt vad gäller sjukdomstillståndet i distriktet, men även hur befolkningen lever och hur vädret påverkat livet i området.

Det finns mer än 6000 provinssiälläkarberättelser i databasen från 1814 fram till sekelskiftet 1900.

## Provinsiälläkartjänster och läkartäthet

Provinsiälläkarväsendet startade i liten skala, och i slutet av 1600-talet fanns det i landets residensstäder endast fyra tjänster. Därefter ökade antalet provinsialläkare i öppen vård, men till en början endast måttligt. År 1700 fanns det således sammanlagt 13 tjänsteläkare, varav 7 i landsbygdsdistrikt och 6 i städer. Dessa läkare skulle betjäna en befolkning på 1,5 miljoner invånare. Det innebär att det på varje läkare då gick cirka 115 000 svenskar.

Genom riksdagsbeslut 1756 skulle provinsiälläkarväsendet byggas ut. Alla län skulle ha minst en avlönad provinsialläkare med uppgift att betjäna allmogen i sitt distrikt, motverka epidemier och i synnerhet den höga barnadödligheten. Tjänsteläkarkåren förstatligades 1773, och främst genom en ökning av provinsialläkarna i landsbygdsdistrikten hade

tjänsterna detta år vuxit till 43. Antalet läkare hade också ökat i snabbare takt än folkökningen, varför en läkare ”endast” behövde betjäna cirka 49 000 personer. Fram till 1840 hade läkartätheten fortsatt att öka, och då fanns det 124 verksamma läkare på en befolkning av 3,2 miljoner invånare. En läkares patientunderlag hade därmed i medeltal minskat till ”endast” 26 000.

Under de följande årtiondena kunde provinsiälläkarväsendet utvecklas i snabbare takt. År 1890 hade antalet tjänsteläkare ökat till 369, och 1920 hade antalet vuxit ytterligare till 524. Denna utveckling innebar att mellan 1700 och 1920 hade läkartätheten mer än tiodubb-lats. Läkartätheten visar tillgängligheten till läkare och är därmed en indikator på människornas levnadsstandard.

**Antal tjänsteläkare 1700 – 1920**

År	1700	1773	1840	1890	1920
Antal tjänster	13	43	124	369	524
Innevånare/läkare	115 000	49 000	26 000	13 000	11 000

*När man läser siffrorna i tabellen måste man beakta att de endast speglar utvecklingen för tjänsteläkare. Bland landets yrkesverksamma läkare fanns dessutom privatpraktiserande läkare och sjukhusläkare. Omkring 1890 var antalet sjukhusläkare ännu ganska litet eller knappt 15 procent av hela läkarkåren. Privatläkarna utgjorde emellertid den största gruppen och svarade för 60 procent och tjänsteläkarna 25 procent. År 1920 hade bilden påtagligt förändrats. Sjukhussektorn hade börjat expandera, varför sjukhusläkarnas numerär ökat kraftigt i absoluta tal och svarade för 40 procent av hela läkarkåren. Tjänsteläkarna hade i stort behållit sin andel på 25 procent, medan privatläkarnas andel minskat till 35 procent.*

# Barnmorskor

Förr föddes alla barn i hemmet med hjälp av någon kunnig kvinna på orten. Hon kallades jordemor och var den tidens barnmorska. Barnmorska är dock ett gammalt ord i svenska språket. Redan 1571 förekommer det i skrift i pluralformen ”barnamoderskor”. Betydelsen var kvinnor som hjälpte medsystrar vid barns-börd, jordemödrar. Det var inget yrke, det var en syssla som anförtroddes en äldre hustru eller änka.

Samhället behövde dock säkerställa kompetensen. I 1686 års kyrkolag heter det:

*” Till barnmorskor eller jordegummor skola gudfruktiga, ärliga, nyktra och i sådana beställningar förfarna kvinnor antagas och förordnas, uti städerna av magistraten och på landet av kyrkoherden och kyrkans föreståndare och sexmän.”*



Navelsträngen klipps. Litografi 1850. Källa Barbro Holmdahl.

**Philip Semmelweiss (1818-1862)** arbetade vid en förlossningsavdelning i ett sjukhus i Wien. Under 1800- talet klarade sig de som födde sitt barn hos en barnmorska nästan alltid ifrån barnsängsfebern. Semmelweiss trodde att anledningen kunde vara den stora skillnaden mellan läkares och barnmorskors uppgifter. En läkares uppgifter var bland annat att stå och dissekera en kropp i sjukhusets dissektionsrum och sedan när det kom in någon som skulle föda barn så gick han oftast direkt över till förlossningsrummet utan att vare sig tvätta händerna eller byta kläder. En barnmorska däremot skulle bara ta hand om blivande mödrar. Semmelweiss misstänkte ett samband. Han fick igenom krav på att läkarna skulle tvätta händerna i en klorlösning för att döda alla bakterier innan de förlöste en kvinna. Under ett testår sjönk dödligheten och förekomsten av barnsängsfeber från 12 procent till 1,5 procent på förlossningsavdelningen.

Den nya organisationen av sjukvården under 1600-talet medförde att läkarvetenskapen uppmuntrades och att flera praktiska initiativ togs. År 1682 öppnades ett ”barnsängshospital”, där blivande barnmorskor fick undervisning.

Förlossningskonsten förbättrades, inte minst genom den store nydanaren John von Hoorn. Han utgav 1697 skriften ”Den swenska wälöfwade Jordgumman”. Hoorn, som fått sin utbildning i Holland och Frankrike och var drottning Ulrika Eleonoras livmedikus, var en framstående läkare. Det var han mer än någon annan som medverkade till att förvandla jordegummorna från ”samvetslöse fyllkäringar” till välutbildade barnmorskor. Innan barnmorskorna fick utöva sitt yrke, måste de examineras inför Collegium medicum. Särskilda barnmorskereglementen utfärdades 1711 och 1723.

Den första regelrätta barnmorskeutbildningen startade i Stockholm 1708.

Collegium medicum bearbetade landshövdingarna att verka för att sända kvinnor för utbildning men gensvaret var klen. Kungl. Maj:t ville sörja för ”*jordegummors undervisning uti jordekonsten. Underwiste och kunnoge jordegummor skulle underwisa såwäl de hustrur, som ej blefwo underwiste i jordekonsten men ändock låta bruka sig at som barnmorskor förlossa.*” Allmogem ”*erkände med underdådighet och wördnad Kungl. Maj:ts ömhet*” men man hänvisade till närheten till Göteborg, ”*hwarest på förfarna och edswurna jordegummor ingen brist torde blifwa*” för att slippa den befarade utgiften (Vättle härads dombok 1778). Se CD-skivan för exempel. I början av 1800-talet var barnmorskans utbildning sex månader. Det påbjöds att varje socken borde ha en examinerad barnmorska.

Barnmorskorna hade sedan länge utbildats i Stockholm och Lund. Med den nya undervisningsanstalten i Göteborg 1856 blev det potentiellt sett lättare för

### Hemförlossningsväska

De flesta förlossningarna skedde i hemmen. Barnmorskan hade en ”*hemförlossningsväska*”. Den blev med tiden ganska innehållsrik och vid slutet av 1800-talet kunde hon inte längre bära den själv. Då var den stor som en resväska (Ur ”*Jordemor – barnmorskor och barnaföderskor i Sverige*” av Pia Höjeberg) och innehöll följande:

”*Två peanger, två pincetter, två saxar (en rak och en böjd), en nålförare, nålar, catgut och silkestråd i en behållare med sprit, injektionsspruta, katetrar, termometer, instrumentlåda, instrumentkokare av koppar med galler och lock, lavemangskanna, bäcken, tre emaljerade handfat, tre rondskålar, ett litermått, en påse steril bomull, desinfektionsvätska. Sterila navelband, såplösning, fyra kokta borstar för handdesinfektion, lapislösning för barnets ögon, salpetersyra för urinprov (för att undersöka om kvinnan hade äggvita i urinen), handdukar, talk, förlossningstång*”.

Under ett antal år hade också barnmorskor skarpa instrument. Många barnmorskor hade med sig barnkläder – små skjortor, som de själva sytt – om de visste de skulle till ett fattigt hem.

Allt detta fick rum i den stora svarta läderväska som barnen storögt tittade på när barnmorskan gjorde sitt besök. Det sades ju att hon kom med deras syskon – att hon hade det lilla barnet i sin väska!”

Västsverige att anställa barnmorskor. År 1920 fanns det i Sverige cirka 3000 barnmorskor, varav en fjärdedel i privat verksamhet. Det innebär att 1920 fanns det en barnmorska per 2000 invånare.

Barnmorskor som biträdde läkarna har alltid varit en viktig personalgrupp i det totala vårdssystemet. Barnmorskeyrket har som framgått en långvarig tradition, och under lång tid var barnmorskorna

På CD-skivan "Del 1-Provinsiälläkarti-  
den" än mer om barnmorskorna

provinsiälläkarens främsta hjälp. Enligt 1822 års instruktion skulle provinsiälläkaren också ha tillsyn över de barnmorskor som var verksamma i hans distrikt. Denna bestämmelse levde kvar till 1963. I provinsiälläkarnas årsrapporter fram till landstingsövertagandet 1963 noterades barnmorskornas verksamhet i distriktet. Därefter lämnade barnmorskorna egna årsrapporter till landstinget.

En barnmorskas berättelse  
se CD-skivans "yrkesbeskrivningar".

## Sjuksköterskor

Vaktmadamer och sjukvakterskor anställdes av de välbeställda för att i hemmen sköta sjuka. Regler för dessa fanns redan år 1760, tryckta av Collegium Medicum.

*"Vakterskan ska vara trogen och flitig och sitta vid den sjukas säng. Hon ska avvakta den svettning som*

*kommer hos den febersjuka. Hon ska hålla värmepåsen varm och flitigt ge den sjuke att dricka. Ofta ska hon begagna ljusbitar oh klistir (en fingerlång ljusbit insmord med smör att föras upp i ändtarmen, så att tömning underlättades med samma effekt som lavemang).*



En annan bild av vaktmadamen år 1883. Texten av C.D. Wirsén.

## Röda korset utbildade sjuksköterskor

Röda Korset, som organiserades 1864 för att under neutralt skydd ge hjälp åt sjuka i fält, fick samma år en svensk förening. Dess viktigaste uppgift blev att ekonomiskt ställa sig bakom en svensk sjuksköterskeutbildning. 1867 påbörjades en sex-månaders utbildning till krigssjuksköterskor i Röda Korsets regi i Uppsala. Eleven fick en säng i avdelningssköterskans rum. På dagarna hjälpte hon sköterskan på natten turades de om att hjälpa de svårast sjuka.

Översköterskan Emma Klingberg (1840 – 1917) utbildad i Uppsala blev före-

ståndare för elevutbildningen på Sahl-grenska sjukhuset 1877 – 1898. Arbetsförhållandena i Göteborg blev de samma som uppsalasjukhusets. Drömmen om ett eget elevhem lång långt borta i tiden.. Emma Klingberg hann att utbilda 27 sjuksköterskor innan rödakorsutbildningen flyttade till Stockholm 1882.

Sahlgrenska sjukhuset hade då 188 sängplatser med salar som rymde upp till 24 patienter. Avdelningssköterskan kunde observera patienterna från rummet som hon bodde.



Läkarkandidaten Bengt Dahlin, en av författarna, hade sin första patientkontakt 1952 i en sal liknande denna.

År 1831 utkom boken "Den husliga sjuksköterskan", översatt från tyska till svenska (Celnert). Den handlade om vård och omvårdnad av patienten och riktade sig till sköterskor i hemsjukvård. 1916 års utredning om kvinnor i vården skrev:

*"Man kan säga, att sjuksköterskekåren till nyaste tiden rekryterats av två skilda kategorier. Den ena utgörs av de djupt religiösa kvinnor, som helt offrade sig själva, frivilligt avstod från världslig lycka, endast åtrående att genom bön, andakt och hängivet arbete för sjuka, döende, fattiga och övergivna, vinna himlens salighet. Den andra utgöres av kvinnor i de lägre eller lägsta samhällsklasserna, av individer, som ofta ägnade sig åt sjukvårdskallet, emedan ingen annan bana stod dem öppen".*



## Början till förbättrad folkhälsa

Inom medicin och sjukvård gjordes allt flera betydande framsteg. Trots dessa framsteg gäller att den förbättrade folkhälsan och ökade livslängden ännu mer berodde på förebyggande vård, bättre kost och hygien samt allmänt förhöjd levnadsstandard. Denna slutsats framstår ännu tydligare i ett internationellt perspektiv. I många länder är bristen på en så basal faktor som rent vatten fortfarande ett avgörande hinder för förbättrad folkhälsa.

I Sverige hade under 1700-talet vart tredje barn inte upplevt tioårsåldern. Från

början av 1800-talet spelade en mer positiv attityd till amning, förbättrad spädbarnsvård och vaccination mot smittkoppor en stor roll. En effekt blev den minskande barnadödligheten. Under senare hälften av 1800-talet påverkades hälsotillståndet också av ökad produktivitet i jordbruket. Vid denna tid hade 75 procent av svenskarna sin utkomst från jordbruket. Därför blev den höjda produktiviteten av utomordentlig betydelse och gav förutsättningar för bättre kosthåll och högre standard.



Edward Jenner i arbete

virus överförs från djur till människa. Förfarandet kallades vaccination, av det latinska ordet för ko, vacca. Hur stor Jenners upptäckt var illustreras av att 300 miljoner i hela världen dött i smittkoppor. De överlevande blev vanställda av fula ärr eller blinda.

En ny mindre riskfylld ympningsmetod, vaccinationen, lanserades vid sekelskiftet av Edward Jenner.

Edward Jenner (1769 – 1823) var då provinsialläkare i en liten by några mil utanför London. Han fann 1798 att mjölkerskor som fått kokoppor var skyddade mot den livshotande sjukdomen smittkoppor. Det hade många läkare före honom hört men inte trott på.

Kokoppor uppträdde som små varfylla blåsor på boskapens hud. De som skötte boskapen fick ibland liknande blåsor. De blev annars inte sjuka och de fick aldrig smittkoppor. Han fann 1798 att mjölkerskor som fått kokoppor var skyddade mot den livshotande sjukdomen smittkoppor.

Tack vare denna iakttagelse kunde vätska från kokoppor med kokopps-

## Befolkningsstatistik, folkökning och jordreformer

Den första sammanställningen för hela Sveriges befolkning gjordes 1749 genom det redan nämnda Tabellverket, vilket 1858 ändrade namn till Statistiska Centralbyrån (SCB). Därmed fick Sverige världens äldsta sammanhängande och heltäckande befolkningsregister. Vid denna tid var dödsorsaksstatistiken den enda källa som fanns tillgänglig för att studera sjukdomars utbredning. Med hjälp av tabellerna är det möjligt att göra statistik över sjukdomarnas framfart i Sverige på 1700-talet, vilket är unikt i världen. Det var prästerna i församlingarna och inte läkarna som fyllde i uppgifterna, vilket gjorde att det ibland blev fel diagnos. Men vid denna tid kunde inte heller läkarna ställa säkra diagnoser.

Eftersom smittkoppor dödade många barn var det viktigt för Tabellverket att som en första utgångspunkt samla demografiska uppgifter. Verkets mortalitetstabeller bygger på formulär som Abraham Bäck, en av 1700-talets mest berömda läkare, utarbetat och som hade ett stort antal kolumner för dödsorsaker såsom smittkoppor, lungdot och frossa.

Hundraårsperioden 1750-1850 innebar för Sveriges del en folkökning som var långt större än tidigare i landets historia. Särskilt kraftig var ökningen under 1800-talets första hälft. Folkökningen kan inte förklaras av stigande födelsetal utan främst av minskande dödlighet. Det var framför allt barnadödligheten som visade klart fallande siffror, särskilt efter 1820. I sin koncisa sammanfattning: freden, vaccinen och potäterna har Esaias Tegnér förklaring till händelseutvecklingen blivit

klassisk. Det bör dock framhållas, att smittkoppsdödligheten i någon mån börjat gå tillbaka, innan vaccinationen startade. Det tyder på att befolkningen kunnat bygga upp en viss egen motståndskraft mot epidemiska sjukdomar.

Genom skiftesreformer under senare delen av 1700-talet och början av 1800-talet kunde den odlade jorden sammanföras i större sammanhängande ägor. Brukningsmetoderna blev mer rationella. Samtidigt som jordreformerna förbättrade möjligheterna till försörjning, utgjorde de en förutsättning för den starka befolkningsökningen. I sin tur pressade detta fram en omfattande nyodling. Ny mark lades under plogen, och på de nya jordarna odlades framför allt havre och potatis.

Den starka folkökningen inom jordbruksbefolkningen ledde under 1800-talet till en omfattande hemmansklyvning. Fastän jordstyckningen och nyodlingen var långtgående, kunde de inte hålla jämna steg med den ännu kraftigare folkökningen. Mellan 1810 och 1860 fördubblades antalet torpare, drängar och backstugusittare – jordbrukets underklasser – medan de egentliga böndernas numerär i stort sett var oförändrad. Befolkningstrycket skapade alltså en tydlig proletarisering inom jordbruksbefolkningen. Anmärkningsvärt är att dödligheten minskade och att människorna blev märkbart friskare under denna period. Någon påtaglig höjning av inkomsterna för jordbrukets underklasser skedde nämligen inte förrän vid mitten av 1800-talet. En positiv faktor, inte minst för underklasserna, var förstås den billiga och närande potatisen.

Det ovan sagda gäller utvecklingen för Sverige i dess helhet. Men det finns inressanta regionala skillnader bakom det

generella mönstret. Exempelvis visade Göteborg och de västsvenska landskapen Halland, Bohuslän, Västergötland, Dalsland och Värmland mellan 1750 och 1850 en ännu kraftigare folkökningstakt än vad genomsnittet för riket gjorde. Å andra sidan hade Stockholm och östra Sverige en klart svagare folkökning än medeltalet för landet. Medan Västsverige präglades av hög fruktsamhet, låg dödlighet och kraftig folkökning kännetecknades Östsverige av motsatta skäl av en klart svagare folkökning. Under första hälften av 1800-talet var således ökningstakten bland jordbrukets underklasser dubbelt så hög i Västsverige som i mälardalslandskapen.

### Exemplet Stora Lundby

Den allmänna demografiska trenden för västra Sverige kan illustreras med uppgifter från Stora Lundby socken i nuvarande Lerums kommun. Mellan 1750 och 1850 ökade folkmängden från 800 till 1660 personer. Generellt sett sjönk dödligheten, och som regel översteg födelsetalen klart dödstalen. Det var endast under kortare

men intensivare perioder av epidemier – främst rödsot, smittkoppor och kolera – som antalet döda var fler än antalet födda. Sedan vaccin mot smittkoppor tagits fram i England på 1790-talet, började man i Stora Lundby år 1805 vaccinera barn mot sjukdomen. Vaccineringen fick också effekt genom att antalet smittkoppsfall minskade betydligt. Det skulle dock dröja – såväl nationellt som lokalt – innan vaccineringen blev allomfattande. Därför återkom smittkoppor långt in på 1800-talet om än i minskande omfattning.

Även andra förändringar som var betydande för perioden, återfinns i utvecklingen för Stora Lundby. Befolkningsökningen ledde till större tryck på den odlade jorden, vilket i sin tur medförde att jordbrukets underklasser ökade kraftigt. År 1750 fanns i socknen 127 bönder och 4 torpare. Hundra år senare hade böndernas antal minskat till 85 medan antalet torpare ökat till 75. Under tiden hade dessutom antalet drängar och backstugusittare stigit betydligt.

**Lokal befolkningsstatistik 1897**

Årtal 1897	Folkmängd	Födda	Födda per 1000 innevånare	Döda	Döda per 1000 innevånare	Mortalitet i % av födda
Alingsås*	41 331	943	22,8	680	16,5	9,7
Alingsås stad	3 200	71	22,2	39	12,2	5,6

\* Sollebrunns, Stora Lunbys, Skallsjös, och Lerums församlingar ingår här.

## Industrialisering och ekonomisk tillväxt i Sverige

---

I Sverige kom det industriella genombrottet relativt sent och kunde genomföras utan verkligt stora friktioner. Ur flera synpunkter var det sena inträdet i industrialiseringsprocessen ingen nackdel. Man kunde nämligen undvika en del av den tidiga industrialismens barnsjukdomar. Den ökade produktiviteten i jordbruket gav förutsättningar att flytta över arbetskraft från modernäringen till andra grenar som industri och tjänster med ännu högre tillväxtpotential. Dessa samhällsekonomiska överföringsvinster gav en betydande ekonomisk tillväxt och resulterade i högre levnadsstandard. Den togs ut i form av bättre kost, bostäder, hygien och sociala förhållanden. I sin tur påverkade dessa förbättringar också människors hälsotillstånd.

Vid mitten av 1800-talet var Sverige ännu ett fattigt jordbrukarland i Europas periferi. När industrialiseringsprocessen väl kom igång på 1890-talet gick den desto fortare. Bruttonationalprodukten per invånare steg kraftigt. Omkring 1920 hade Sverige således utvecklats till en fullvärdig medlem i de mogna industrialisationernas krets. Här kan framhållas den obligatoriska folkskolans betydelse för utbredningen av läskunnighet, arbetsamhet, ordningssinne, och inte minst för framväxten av ett demokratiskt politiskt system. I Sverige kunde en relativt harmonisk

strukturomvandling från jordbruks- till industrisamhälle kombineras med ekonomisk tillväxt och en gradvis övergång till full demokrati. Med införandet av kvinnlig rösträtt i Sverige markerar tiden omkring 1920 också sista steget i demokratiseringsprocessen.

Med industrialiseringen följde också en koncentration av arbetsplatser, bostäder och människor till större städer. I de stora och växande städerna blev trångboddheten ofta akut med svåra hygieniska problem. Under lång tid hade det ur hälsosynpunkt varit gynnsammare att bo på landet än i städer. Men det var i de större städerna, där man bodde tätast, som man först började ordna med att förbättra de allmänhygieniska förhållandena som gatuhållning, vattenledningar, avlopp, födoämneskontroll och sjukvård. Det ledde till att dödligheten vid sekelskiftet 1900 kunde bli lägre i städerna än på landsbygden. Sedan folkskolan i Sverige blivit obligatorisk 1842, byggdes mot slutet av århundradet nya ljusa skollokaler. Särskilt vid skolor i större städer ordnades med läkar- och tandläkarvård samt med gymnastik och bad. Den förbättrade hygien märktes inte bara i Sverige utan i alla mer industrialiserade länder. Dödligheten minskade påtagligt under 1800-talets senare hälft, och det var de skandinaviska länderna som redovisade den klart lägsta dödligheten.

## Industrier i Sävleåns dalgång

Till skillnad från många länder i Europa skedde den tidiga industrialiseringen i Sverige till stor del i brukssamhällen på landsbygden. I Lerumsdelen av Sävleåns dalgång och området kring sjön Sävleån uppkom tidigt en bruks- och industri- tradition. Sävleån som kraftkälla var en viktig faktor vid lokaliseringen, liksom västra stambanan och riksvägen mellan Göteborg och Stockholm som sträcktes genom området.

Den största fabriksanläggningen i området utgjorde Näås fabriker, som grundades i Tollered vid Sävleån 1833. Fabriken omfattade främst ett bomullsspinneri och hade som mest cirka 500 anställda. Tollered utvecklades till ett typiskt brukssamhälle, som dominerades av det stora företaget.

Vid Hedefors fanns Sävleåns största vattenfall, och här uppfördes 1884 en textilfabrik som drevs med vattenkraft. Hedeforsfabriken var den största arbetsplatsen i Lerums socken. Som mest sysselsatte den omkring 150 personer, av vilka många var kvinnor. Fabriken var främst

ett väveri för tillverkning av konfektionstyger, och kring denna anläggning växte det fram ett typiskt mindre brukssamhälle.

Den yngsta av industrianläggningarna i distriktet var Britanniafabriken i Stenkullen som grundades 1893. Tillverkningen omfattade främst matbestick och husgeråd i lättmetall. Britannia är en metallegering av tenn med tillsats främst av koppar. Som mest sysselsatte fabriken 50 personer åren kring 1910. Beroende på Britanniafabrikens begränsade storlek jämfört med fabriken i Tollered och Hedefors blev Stenkullen aldrig ett utpräglat brukssamhälle. De patriarkaliska system, som var förhärskande i brukssamhällen som Tollered och Hedefors, fanns inte i Stenkullen annat än som ansatser.

Man kan konstatera att industrialiseringen i Lerumsområdet i hög grad koncentrerades till den södra delen av nuvarande Lerums kommun. I denna del, tillhörande Lerums och Skallsjö socknar, uppstod som framgångsrika brukssamhällen, som helt kom att domineras av ett



Redan år 1723 startade Jonas Alströmer (1685 – 1761) ett manufakturverk i Alingsås, vars folkmängd inom kort växte från 300 till 1 800 invånare. Det upprättades tid efter annan klädes-, fris- och yllevävstolar, bomullsväveri, vaddmakeri, spinnerier för ull, kamelhår, silke, lin och bomull, stora ylle- och silkesfärgerier kattuns-tryckerier med flera verk. Mest känd i västsverige är han för införandet av odling av potatis.

företag och en arbetsplats.

Kommunens norra delar – Stora Lundby och Östad – berördes däremot inte alls av industrialiseringen. De kom i allt väsentligt att bevara sin agrara karaktär ända fram till omkring 1960.

Brukssamhällena präglades av en patriarkalisk anda som å ena sidan tog sig uttryck i kontroll och de anställdas bundenhet vid bruksföretaget. Å andra sidan utvecklades i brukssamhällena tidigt en omsorg om de anställdas välfärd. Inte minst inom sjukvårdens område blev bruksarbetarna därför bättre lottade än kollegerna i andra arbetsmiljöer. Den sjukvård som tillhandahölls vid bruken kom också till viss del att längre fram bli normgivande för samhället i stort. Se bild – Britanniafabrikens sjukkassa.

Det kan avslutningsvis sägas att bruksandan vid Säveåns industrimiljöer starkt tunnats ut under senare delen av 1900-talet. Genom urbaniseringsprocessen kom Lerumsområdet allt mer att präglas av närheten till storstaden Göteborg. Lerums olika kommundelar – såväl de södra som de norra delarna – har omvandlats till relativt anonyma förorter. Bildandet av Stenkullens industriområde från 1980-talet kan ses som ett försök av kommunen att skapa mer av egen identitet.

### **Britanniafabrikens sjukkassa**

Stadgarna för sjukkassan hade följande lydelse:

Alla i firman sysselsatta tillhöra sjukkassan. Undantagande sådana som ej äro anställda mer än en vecka. Såsom understöd beviljar Kassen:

- Från sjukdomens början fri läkare, medicin, äfvensom under arbete Glasögon, Bräckband & dylika hjälpmedel.
- Genom sjukdomsfall förorsakad förtjenstlöshet ersätter sjukkassan med hälften av den genomsnittliga arbetsförtjensten såvida denna ej öfverstiger Kr 3,50.
- För medlemmar vars förtjenst bestäms genom accord antages medelantalet af de 3 sista veckornas förtjenst eller en likställd medlems förtjenst.
- Under sjukdom förstås äfven olycksfall.
- Dagen då sjukdom anmäles antages såsom sjukdomens början.
- Premierna erlägges postnumerando. Understöd beviljas dock endast till och med den 13 veckan.
- Föreståndarne kunna i stället för understöd bevilja fritt uppehälle å sjukhus m. m.

Hela listan på CD-skivans Del 1. provlakartiden.pdf.

## Summering av tiden fram till 1920

---

Medicinhistoriskt kan perioden fram till cirka 1800 betecknas som en tid, då den ekonomiska knapphetens kalla stjärna lyste över Sverige. Befolkningen var då helt beroende av jordbruk. Många levde på marginalen och var extremt känsliga för bakslag i form av krig och dålig väderlek, som ofta resulterade i missväxt, nödår och svält. Brister i näringsintag, hygien och boendemiljö gjorde människorna mottagliga för allehanda sjukdomar och farsoter. Denna period kan därför kallas svältens och farsoternas tidevarv. Betecknande för perioden var att missväxt och krig från tid till annan framkallade olika farsoter, som gav kraftiga pendelutslag i dödlighetstalen. Dödligheten låg omkring 30/1000 invånare med toppar i mitten av 1700-talet (55/1000) och början av 1800-talet (40/1000).

Perioden 1800-1920 kännetecknas av att epidemier och farsoter fortfarande fanns med i bilden. Smittkoppor, rödsot, kolera och tyfus återkom visserligen med jämna eller ojämna mellanrum under större delen av 1800-talet, men trenden var tydlig. Dödlighetstopparna var inte längre så höga och vanliga. Människorna fick det bättre. Det kan klart avläsas med hjälp av medicinsk statistik. Mellan 1800 och 1920 ökade medellivslängden i Sverige från 37 till 60 år. Kvinnorna levde i genomsnitt något längre än männen. Men utvecklingen mot allt högre medellivslängd var lika tydlig för båda könen. En viktig förklaring var att dödligheten på allvar började sjunka under 1800-talets första årtionden. Detta blev inledningen på en trend mot ökad livslängd. En avgörande förutsättning bakom denna

utveckling var, som framgick, tillväxten i en samhällsekonomi, som gav möjlighet till olika välfärdsvinster. Frånvaron av Sveriges deltagande i krig efter 1809 och olika medicinska framsteg bidrog också till en allmänt förbättrad hälsa.

Vid 1800-talets början var spädbarnsmortaliteten, det vill säga dödligheten bland barn under ett års ålder, fortfarande mycket hög. År 1820 dog vart fjärde spädbarn i Sverige, men hundra år senare knappt vart tionde. Under denna period var det spädbarnsdödligheten som till stor del bestämde storleken på den totala dödligheten.

Tillsammans bidrog nämnda förhållanden till att risken för farsoter och epidemier reducerades. Kring sekelskiftet 1900 hade de stora farsoter, som tidigare drabbat Sverige, i allt väsentligt spelat ut sin roll. Men man hade ännu inte fått grepp om tuberkulosen. En folkrörelse mot tuberkulosen startades, och de första sanatorierna byggdes på privat initiativ. I början av 1900-talet övergick de i landstingsregi, och de blev därmed fler. Vissa, mera sporadiska epidemier skulle också dyka upp framöver. Det gällde spanska sjukan 1918 och polion vid olika tillfällen på 1900-talet. Sammanfattningsvis kan därför perioden 1800-1920 kallas de krympande epidemiernas tidevarv.

Slutet av 1800-talet och början av 1900-talet innebar mer kunskap om sjukdomars orsaker och därmed också deras behandling. Vaccination mot smittkoppor minskade dödlighet och förekomst av denna farsot. Barnmorskornas och sjuksköterskornas antal ökades liksom deras kunskaper. Provinsialläkarkåren ökade

också något och avlastades många allmänhygieniska och övervakande uppgifter genom att tjänster för 1:e provinsialläkare tillkom i varje län. Politikerna kunde lättare nås med upplysning om hur

samhället skulle utformas för att undvika farsoter. Man förbättrade avloppssystemen och dricksvattenförsörjningen och verkade för bättre bostäder. Allt detta bidrog till förbättrad folkhälsa.

## Perioden 1920 – 1969

---

Befolkningens hälsa speglar det samhälle människan lever i, och det finns tydliga samband mellan socio-ekonomiska förhållanden, levnadsmönster och hälsa. Att en tidsgräns här satts till 1920 betyder inte, att detta specifika årtal markerar en tydlig förändring vad gäller hälso- och sjukvårdens utveckling. Med hänsyn till att ett välfärdssamhälle började ta form i mellankrigstidens Sverige, då begrepp som folkhem och folkhälsa lanserades, är det likväl motiverat att låta år 1920 stå som inledning till en ny epok.

För Sveriges del markerar åren omkring 1920 även i politiskt hänseende något nytt. Då knäslattes nämligen det parlamentariska systemet genom att liberaler och socialdemokrater på basis av underlaget i riksdagen tillsammans bildade regering 1917-20. Genom 1921 års riksdagsval kunde den demokratiska principen om allmän och lika rösträtt för män och kvinnor för första gången fullt ut tillämpas.

Det har redan nämnts att Sverige industrialiserades relativt sent. Men när processen väl kom i gång gick det snabbt. Under hundraårsperioden 1860-1960 ökade BNP, bruttonationalprodukten, per capita snabbare i Sverige än i något annat land i världen med undantag av Japan. En av orsakerna till att tillväxttakten kunde

bli så hög var att den skedde från en låg nivå vid periodens början, då Sverige fortfarande var ett fattigt jordbruksland i utkanten av Europa. Ökningstakten var relativt jämn. Avbrott och nedgångar förekom endast under några korta perioder. Det gällde åren under första och andra världskriget samt de två internationella lågkonjunkturerna under mellankrigstiden - början av 1920- och 1930-talen.

Omkring 1920 hade Sverige utvecklats till en mogen europeisk industrialisation. Detta fick konsekvenser för den svenska arbetsmarknaden. Under 1930-talet inträffade nämligen ett strukturellt brott, eftersom antalet industrisysselsatta blev fler än de som arbetade i jordbruket. Övergången från jordbruks- till industrisamhälle var inte heller i Sverige problemfri. I industrialiseringens inledningsskede var industrin ännu för liten för att kunna bereda anställning för hela den arbetsstyrka som av olika skäl lämnade jordbruket. Sett i detta perspektiv fungerade emigrationen till Amerika, då cirka 1 miljon svenskar utvandrade 1860-1920, som en säkerhetsventil för många i jordbruket som, bland annat till följd av mekaniseringen i agrarsektorn, blev arbetslösa. Därmed bidrog emigrationen till att göra övergången från jordbruks till industrisamhälle mindre problema-



tisk än den annars skulle ha varit. Jordbrukets bidrag till BNP var under lång tid endast cirka hälften av industrins. Det innebar att överföringen av arbetskraft från jordbruket till industrin medförde en märkbart ökad arbetsproduktivitet inom hela ekonomin. Dessa överföringsvinster

kunde göra sig gällande fram till 1960-talet. Eftersom jordbrukets andel av arbetsmarknad och BNP därefter reducerats till ett par procent, framstod nu denna form av samhällsekonomiska vinster som i det närmaste uttömda.

## Ekonomisk tillväxt

---

### **Industrialisering - brukssamhällen - nya industri- grenar - strukturbrott**

Industrialiseringen i Sverige grundades på utnyttjandet av naturtillgångar, främst järnmalm, skog och vattenkraft. Därför kom industrin i ett första skede att i stor utsträckning lokaliseras till landsbygden. Under lång tid av industrialiseringsprocessen kom brukssamhällena att bli en typisk svensk företeelse. Som redan framgått utgör Sävås dalgång i Lerums kommun en tydlig illustration till hur ett tidigt industriområde med bruksorter växte fram. Bruken fungerade länge som stora självhushåll, där det mesta man behövde för uppehållet producerades. De anställda tillförsäkrades en viss social trygghet, och de fick tillgång till bostäder, handelsbod, skola, läkare och sjukvård. Den tidiga sociala omsorg som utvecklades vid bruken kom senare att delvis stå som modell för det framväxande välfärdssamhället.

I samband med att nya industrier växte fram, som i mindre grad var råvarubaserade, kunde den industriella basen i Sverige vidgas och differentieras. Det nya tillskottet utgjordes främst av verkstads-, elektrotekniska och kemiska industri-grenar, som i hög grad lokaliserades

till stadsmiljöer. Samtidigt med denna utveckling växte en allt större tjänstesektor ut. Därmed inleddes en urbanisering på bredare front. Med jordbrukets avfolkning kom stads- och tätortsbefolkningen under 1930-talet att passera folkmängden på landsbygden.

Under mellankrigstiden var Sverige på väg att förvandlas från ett väsentligen jordbruksarbetande samhälle med bönder, torpare, backstugusittare, statare, dagsverksarbetare, drängar och pigor utspridda i bondbyar till ett samhälle med modernt strukturerad industri och en vidgad tjänstesektor, där en större del var på väg att samlas i städer och tätorter. Omvandlingen blev långt ifrån fullbordad under mellankrigstiden, men stenen var helt klart satt i rullning. Ett första strukturbrott har redan nämnts. Det var industriarbetarna som på 1930-talet blev fler än de som arbetade i jordbruket. Ett andra strukturbrott - då tjänstemännen blev fler än industriarbetarna - kom dock först på 1960-talet.

I början av mellankrigstiden var Sverige på väg att formera sig som en demokratisk stat och modern industrination. Under lång tid hade den ekonomiska tillväxten varit gynnsam. Nu gällde det att skörda vinsten och börja bygga Socialsverige.

## Socialsverige växer fram

---

Efter första världskrigets slut 1918 växte ambitionerna i Sverige att bygga ut ett ännu så länge relativt svagt socialt skydds nät. Landet var - trots nämnda framgångar - fortfarande präglad av stora klasskillnader, dåliga bostäder och en ojämn folkhälsa med utbredd tuberkulos. Stora socialpolitiska planer smiddes under 1920- och 1930-talen, då olika förgrundsgestalter trädde fram.

Den socialdemokratiske ledaren Per Albin Hansson, som blev statsminister 1932, hade i ett riksdagstal 1928 använt begreppet folkhem, en term som därefter vann allmän spridning. I talet beskrev han hur det av socialdemokratin eftersträvade samhället skulle åstadkommas. Sociala och ekonomiska skrankor som skilde medborgarna i härskande och beroende samt i rika och fattiga skulle brytas ner. Per Albins folkhemsvision var att alla likt en stor familj på lika villkor skulle dela på landets välstånd.

På det mer konkreta planet blev det framför allt socialminister Gustav Möller (1884 - 1970) som skulle förverkliga de socialpolitiska intentionerna. Gustav Möller kom att kallas Socialsveriges skapare. Hans verksamhetsperiod sträckte sig längre än mellankrigstiden och varade även några år efter det att Per Albin gått bort 1946. Valet av ny statsminister stod då mellan Gustav Möller och Tage Erlander, varvid den senare utsågs. Trots besvikelsen kvarstod Möller som socialminister fram till 1951. Enligt Möllers grundsyn borde de sociala reformerna i princip vara generella rättigheter för alla utan drag av välgörenhet och genomföras i decentraliserade och



Gustav Möller

obyråkratiska former. Hans namn är nära förknippat med 1930- och 1940-talens reformer som arbetslöshetsförsäkring, allmän folkpension, semesterlag, obligatorisk sjukförsäkring, folktandvård, allmänna barnbidrag och social bostadspolitik.

Vid mitten av 1930-talet kom familjepolitiken i centrum, inte minst genom att det unga paret Alva och Gunnar Myrdals bok "Kris i befolkningsfrågan" utkom 1934. Där målades upp en hotbild av ett bortdöende land, eftersom det under lång tid fötts för lite barn. Hotbilden blev dock inte bestående, eftersom födelsetalen ökade markant under andra världskriget och resten av 1940-talet och resulterade i stora barnkullar.

Genom inrättandet av Statens institut för folkhälsa 1937 bekräftades statsmaktens stora intresse för det förebyggande arbetet. Begreppet folkhälsa fick en definition som kom att bli ganska offensiv: "Ett tillstånd av fysiskt och psykiskt

*välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp*". Folkhälsan är alltså beroende av en rad faktorer som ofta ligger utanför sjukvårdens område. Ökad levnadsstandard, bättre miljö, bättre hygien, social välfärd och bättre utbildning har stor betydelse för folkhälsan.

Ett konkret uttryck för förbättrad folkhälsa är exempelvis ökad medellivslängd. År 1920 uppnådde befolkningen en genomsnittsalder av 60 år. År 1970 hade medellivslängden ökat till cirka 75 år. Ända fram till 1950 ökade medellivslängden i samma takt för kvinnor och män. Kvinnorna blev då i genomsnitt två till tre år äldre. Efter 1950 har dock utvecklingen varit något olika mellan



Alva och Gunnar Myrdal

könen. För kvinnorna fortsatte medellivslängden att öka i nästan oförändrad takt medan en långsammare ökning noterades för männen.

## Axel Höjer - en radikal reformivrare

En av den tidens förgrundsgestalter när det gäller hälso- och sjukvården i bredare bemärkelse var barnläkaren Axel Höjer. Barnläkaren Axel Höjer utnämndes till generaldirektör för medicinalstyrelsen 1935 - två år före bildandet av Statens institut för folkhälsan. Han föddes 1890 och tog sin läkarexamen vid Karolinska institutet 1916. Redan tidigt var han klar över att bli barnläkare. Med hjälp av ett statligt resebidrag gav han sig ut i Europa för att studera modern barnsjukvård. I Paris träffade han sjuksköterskan Signe Dahl och de gifte sig 1920. Såväl Axel som Signe Höjer var socialt och politiskt engagerade. När de slog sig ner i Solna gick de som socialdemokrater båda med i arbetarkommunen där. Yrkesmässigt inriktade sig Axel främst på barnhälsovård och Signe på förebyggande barn- och mödravård. Erfarenheten från Solna-

tiden påverkade Höjers sjukvårdspolitiska inriktning, som utmärktes av förebyggande barnhälsovård, bra bostäder, god hygien och tillgång till sjukvård för alla grupper i samhället.

Vid sidan av sitt arbete och sociala engagemang började Höjer tidigt på 1920-talet forska i Lund. Efter disputationen 1924 fick han året därpå en docenttjänst i hygien på fysiologen vid universitetet i Lund, dit familjen flyttade. I forskargruppen på fysiologen fanns kolleger med samma radikala åsikter som Höjer, och i Akademiska föreningen träffade han bland andra Tage Erlander. Under Lundatiden medverkade Axel Höjer också i olika socialistiska grupper och i Clarté.

Då Höjer 1930 utnämndes till 1:e stadsläkare i Malmö, flyttade familjen dit. I sitt arbete där kom han alltmer att ägna sig åt hygienfrågor. Som skolöverläkare



Axel och Signe Höjer

utarbetade han råd i näringsfrågor och utförde hälsokontroller av skolbarn. Utan större framgång gick han som stadsläkare till angrepp mot arbetsgivare och husvärdar för de undermåliga bostäder som många arbetarfamiljer fick finna sig i.

I fråga om sjukvård ansåg Höjer att den skulle ställas i hälsovårdens tjänst och fokuseras på förebyggande åtgärder. Avsevärt fler läkare och sjuksköterskor skulle utbildas, och läkarna skulle enligt honom ha fast tjänst med årslön och bestämda arbetstider. Vidare framhöll han att patienten skulle ha vård och inte vara en inkomstkälla för läkaren. Det var tankegångar som då var helt främmande för flertalet inom läkarkåren.

Innan Axel Höjer utsågs till generaldirektör för medicinalstyrelsen, hade Gustav Möller besökt Malmö för att sondera terrängen om Höjer gick att samarbeta med. Hur det än var med den sonderingen, skulle det visa sig, att Höjer inte kunde skapa samarbetsklimat på ett väsentligt område. Framför allt gällde det hans förhållande till Läkarförbundet. Höjer och Läkarförbundet kom att inta helt motsatta ståndpunkter i fråga om sjukvårdens ut-

veckling och läkarnas ställning. Motsättningarna slog under 1940-talet ut i full konflikt, och enligt Höjer skall man från Läkarförbundets centralstyrelse vid ett sammanträde ha sagt att ”vi måste vägra att samarbeta med medicinalchefen”. Mellan Läkarförbundet och medicinalstyrelsen befestes motsättningarna under alla de år som Höjer tjänstgjorde som generaldirektör.

## Den Höjerska utredningen

Under Höjers tid i medicinalstyrelsen genomfördes flera socialmedicinska reformer inom förebyggande vård som mödrakontroll, mödrahjälp, spädbarnskontroll och folktandvård. Han ledde också medicinalstyrelsens utredning 1948 om den öppna vårdens omorganisation. Bakgrunden till utredningen var att regeringen 1943 gett medicinalstyrelsen i uppdrag att föreslå hur den öppna vården vid sjukhusen skulle regleras. Utredningen - som i hög grad kom att präglas av Höjers visioner - föreslog en satsning på förebyggande vård och en förstärkning av provinsialläkarväsendet.

Utredningsförslaget motiverades av utvecklingen för de olika läkarkategorierna. I slutet av 1800-talet hade 85 procent - tjänsteläkare och privatpraktiker - verkat i den öppna vården, medan resterande 15 procent tjänstgjorde vid sjukhusen. Därefter skedde en kraftig expansion av sjukhusvården samtidigt som läkarna i den öppna vården fick vidkännas en relativ tillbakagång. År 1940 hade således antalet sjukhusläkare blivit fler än läkarna i öppenvården. Brytpunkten då läkarna i öppenvården hamnade i minoritet inträffade i slutet av 1930-talet.

Bakgrunden till sjukhusens och den slutna vårdens expansion var att vårdformen differentierades för att kunna ta hand om olika patientkategorier. Inom sjukhusen fortsatte specialiseringen på avdelningar för kirurgisk och medicinsk vård. Under 1900-talet har den medicinska utvecklingen krävt allt starkare koncentration av de specialiserade resurserna, och för att höja vårdkvaliteten behövdes ökad samverkan mellan olika specialister.

Den öppna vården utanför sjukhusen tycks under lång tid varit otillräcklig i förhållande till landets behov. Statens finanser hade varit en återhållande faktor när det gällt utbyggnaden av provinsialläkarsystemet.

Den Höjerska utredningen 1948 var det första mer genomgripande försöket att analysera problemen inom den öppna vården. Utredningen kom också med konkreta förslag till åtgärder. Läkarna borde ges nya uppgifter inom de hälsovårdande och förebyggande områdena och möjlighet till bättre arbetsvillkor. Utredningen fastslog också att antalet provinsialläkare/allmänläkare i öppen vård sedan länge var alldeles för lågt. Därför föreslogs en kraftig ökning av antalet läkare - framför allt allmänläkare.

När utredningen offentliggjordes motogs den med stor tveksamhet av flera remissinstanser. Läkarförbundet stod för den skarpaste kritiken och riktade sig mot ändrat huvudmannaskap för den öppna vården. Vidare framhöll förbundet att om den öppna vården skulle ingå i sjukhusläkarnas arbete, skulle detta menligt inverka på den slutna vården. Man värjde sig också kraftigt mot förslaget att göra läkarna till totalavlönade statstjänstemän

inom sjukvården. Som skäl angav man att en detaljreglering av läkaryrket var olämplig beroende på de mycket skiftande arbetsuppgifterna. Förslaget om kostnadsfri vård utan prövning förkastades också.

Resultatet av invändningarna blev att utredningens förslag inte kunde förverkligas. Den reform inom hälso- och sjukvården Höjer ivrade för utsattes av läkarkolleger för hätska presskampanjer, och man krävde hans avgång. Till följd härav bad Axel Höjer regeringen 1950 att bli befriad från sin tjänst som generaldirektör men ombads av statsminister Tage Erlander att stanna kvar några år. Höjer avgick 1952 och efterträddes av Artur Engel, som närmast kom från en chefspost vid Falu lasarett.

Genom att Höjers utredningsförslag hamnade i papperskorgen ändrades inte situationen för den öppna vården. Under 1950-talet fortsatte i stället utbyggnaden av sjukhusen, som bemannades med allt fler specialistutbildade läkare. Samtidigt avstannade utbyggnaden av provinsialläkarväsendet, och provinsialläkarna fick allt sämre status. En sjukhuskarriär var mer lockande, och det blev svårt att rekrytera unga läkare till provinsialläkarbanan. År 1960 hade antalet provinsialläkare stagnerat, och då svarade de endast för sju procent av landets samtliga läkare.

I avsikt att komma till rätta med problemen beträffande provinsialläkarna tillsatte regeringen i mitten av 1950-talet en ny utredning med uppgift att särskilt granska den öppna vården. I sitt betänkande Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15) föreslog utredningen att landstingen skulle överta provinsialläkarväsendet.

I stor utsträckning kom 1958 års

utredning att genomföras, då landstingen 1963 övertog provinsialläkarväsendet, och antalet provinsialläkartjänster ökade därefter snabbt. Med facit i hand kan sägas att den Höjerska utredningen 1948 var före sin tid, och att det skulle dröja ett tiotal år innan dess tankegångar fick politiskt gensvar. De flesta av utredning-

ens förslag skulle också förverkligas så småningom genom successiva reformer, och den kom att förebåda utbyggnaden av den primärvård som initierades i början av 1970-talet. Även om landstingen tillförde många provinsialläkartjänster, fanns det inte sökande till dem. Vakanserna ökade kraftigt. Se tabell.

**Provinsialläkartjänster och vakanta tjänster 1920 - 1970**

År	Antal tjänster	Vakanser i %	År	Antal tjänster	Vakanser i %
1920	200	16	1955	590	15
1930	305	7	1960	611	19
1940	337	5	1965	743	24
1950	562	10	1970	1 023	38

Källa SOU 1978:74

## Privata och frivilliga insatser inom hälso- och sjukvården

Innan de offentliga resurserna hunnit få en viss omfattning bör det framhållas, att många insatser inom hälso- och sjukvården gjordes genom privata och frivilliga initiativ. Så skedde även under mellankrigstiden. Längre fram då de offentliga resurserna blivit mer omfattande tog stat, landsting eller kommuner ofta över de privat initierade verksamheterna.

Exempel på privata insatser är den redan nämnda omsorg som tidigt utvecklades i brukssamhällena. Den hälso- och sjukvård, som utövades vid bruken, kom längre fram att delvis bli normgivande för offentlig vård i det moderna välfärdssamhället. Svenska Röda korset bildades 1865, som en del av den internationella Rödakorsrörelsen. Verksamheten omfattade ursprungligen frivillig vård av sjuka och sårade i fält. Som nämnts kom

svenska Röda korset att satsa på privat sjukvård och sjuksköterskeutbildning. Röda korsets privatsjukhus i Stockholm inledde på 1960-talet samarbete med Karolinska sjukhuset.

Ellen Keys bok "Barnets århundrade" utkom år 1900. Den bidrog till att föreningen Mjölkdroppen bildades i Stockholm i början av 1900-talet. Föreningens främsta uppgift var att distribuera mjölk till behövande spädbarn och engagera sig i hälsofostran. I flera städer bildades senare mjölkdroppföreningar, som blev föregångare till de allmänna barnvårdscentralerna. På ett annat privat initiativ - genom Beda Hallberg - växte från 1907 lokala majblommekommittéer fram. Genom försäljning av majblomman har medel kunnat användas för att förebygga, lindra och bekämpa sjukdomar hos

barn. Längre satsade man på att ge fattiga barn ökad motståndskraft mot tuberkulos och att driva sommarkolonier. Majblommeidén spreds från Sverige till flera andra länder.

Tuberkulosvården är ytterligare ett exempel på privata initiativ. De första sanatorierna öppnade 1900 och 1901 och betecknades som folksanatorier efter tyskt mönster. De var till för obemedlade lungotspatienter. Starkt pådrivande i kampen mot tuberkulos var Svenska nationalföreningen mot tuberkulos, som bildades 1904 med lokalavdelningar på olika håll i landet. Samma år tillkom Älvsborgs läns förening mot tuberkulos. Initiativtagare var länets läkarförening, där förste provinsialläkare Nils Englund blev ordförande. Insatserna mot tuberkulosen växte fram som en väckelse-rörelse, vilket bland annat medförde att Älvsborgs läns landsting efter flera motioner tvingades engagera sig. År 1909 beslöts att landstinget i princip skulle överta all tuberkulosvård i länet. Från länets tuberkulosförening fick landstinget 1911 ta emot egendomen Bolltorp utanför Alingsås för uppförandet av ett sanatorium.

## **Sociala ambitioner och ekonomiska realiteter**

Sverige hade, som nämnts, en exceptionell snabb ekonomisk tillväxt 1860-1960. Åren 1920 - 1945 kom dock delvis att avvika från huvudtrenden, då de påverkades dels av två djupa internationella lågkonjunkturer, dels av andra världskriget.

BNP (bruttonationalprodukten) per invånare kan användas som ett mått på hur ett lands ekonomiska standard utvecklats över tid. I Sverige tredubb-

lades BNP per capita räknat i fasta priser mellan 1870 och 1920. Ökningen kunde visserligen fortsätta 1920-45 men i lägre takt och stannade vid totalt 60 procent. För Sveriges del kom åren 1945-60 att innebära att det fördelaktiga utgångsläget efter kriget åter skapade förutsättningar för snabbare ekonomisk tillväxt. Under dessa 15 år kunde alltså BNP per capita - justerat för inflationen - mer än fördubblas.

Det var främst två faktorer som bidrog till att hålla tillbaka tillväxttakten 1920-45. De internationella lågkonjunkturerna i början av 1920- och 1930-talen kom i hög grad att verka hämmande på sysselsättningen. Arbetslösheten blev därför det helt överskuggande samhällsproblemet under mellankrigstiden. Massarbetslöshet trädde under denna period fram som en ny svensk företeelse. Före 1920 hade den registrerade arbetslösheten varit förhållandevis låg, men 1920 - 1940 understeg arbetslösheten bland LO-medlemmarna inte något år 10 procent. I början av 1920- och 1930-talen uppgick arbetslösheten som högst till 20 - 25 procent.

Efter andra världskriget inträdde en markant scenförändring, då arbetslösheten nästan helt upphörde. Medan mellankrigstiden i Sverige präglades av ett folk som sökte arbete, blev det efter kriget i stället näringslivet som sökte arbetskraft, och de ekonomiska hjulen kunde åter snurra för fullt.

En faktor som ytterligare bidrog till att hålla tillbaka ökningstakten i ekonomin 1920 - 1945, var de då vanligt förekommande arbetskonflikterna med ett stort antal förlorade arbetsdagar som följd. Saltsjöbadsavtalet 1938 mellan SAF och LO kom emellertid på sikt att bana väg

för en samförståndsanda på arbetsmarknaden - Saltsjöbadsandan - och den så kallade svenska modellen. Ett undantag som bekräftade huvudregeln utgjorde den långa metallkonflikten i krigets slutskede 1945, men den blev en isolerad företeelse. Arbetsfreden kunde upprätthållas, och den svenska modellen kom att fungera långt in på 1960-talet, vilket befrämjade stabiliteten i den ekonomiska tillväxten efter 1945.

När socialdemokratin efter det demokratiska genombrottet kom i regeringsposition med Hjalmar Branting i spetsen på 1920-talet och Per Albin Hansson från början av 1930-talet, ville man använda den förbättrade ekonomin till att genomföra en rad reformer. Till följd av ett begränsat skatteuttag var den offentliga sektorn ännu liten. De offentliga utgifterna svarade 1920 endast för tio procent av landets totala BNP. Fram till slutet av 1930-talet kunde andelen växa till femton procent. Efter krigsslutet 1945 ökade de offentliga utgifterna desto snabbare och uppgick 1960 till trettio procent av BNP, som då tredubblats jämfört med 1920.

Ser man i stället på en mer avgränsad del av de offentliga utgifterna, nämligen de sociala utgifternas andel av BNP, blir bilden ännu tydligare. Till sociala utgifter räknas kostnaderna för hälso- och sjukvård, åldringsvård, familjepolitiska åtgärder, arbetslöshet och socialhjälp. Under 1900-talets två första årtionden följde de sociala utgifterna takten i landets ekonomiska utveckling men på en mycket låg nivå. Utgifterna utgjorde då knappt två procent av BNP. Från 1920 märks emellertid ett första brott i denna utveckling. De sociala utgifternas andel av BNP började då stegvis öka, så att de 1940 uppgick till fem procent. Därefter skedde

ett andra brott genom att de sociala utgifterna kraftigt stegrades, och 1960 svarade dessa utgifter för 14 procent av en ständigt växande BNP.

I mellankrigstidens Sverige växte tankar kring folkhem, folkhälsa och det goda samhället fram. De sociala ambitionerna var stora och hade tänts av ett ekonomiskt framåtskridande under en föregående period. Ekonomiska bakslag under mellankrigstiden kom emellertid delvis att sätta käppar i hjulen för dessa ambitioner. Visserligen påbörjades uppbyggnaden av välfärdens samhälle med vissa sociala reformer. De ekonomiska resurserna var emellertid ännu otillräckliga för att reformerna skulle få större genomslag.

## **Reformer - genomslag under "rekordåren"**

Mellankrigstidens radikala företrädare - av vilka några nämnts i det föregående, såg som sin uppgift att förändra samhället. Samtidigt som de med hjälp av olika regelverk strävade efter att uppfostra medborgarna i social-mediskt avseende, ville de förbättra levnadsvillkoren för folkets breda lager. Men här stötte de på motstånd inte bara på grund av ekonomisk knapphet, utan det fanns också många etablerade kretsar som då såg sådant tankegods som utslag av beskäftig social ingenjörskonst. Läkarförbundets inställning till Höjers och medicinalstyrelsens reformförslag kan stå som ett illustrativt exempel på detta.

Efter krigsslutet 1945 behärskades Sverige av en stor optimism. Med oförstörda industrier och växande export inleddes en ekonomisk utveckling. Den kom



att omfatta några decennier, som allmänt benämnts ”rekordåren” i svensk historia. Det var under denna epok som samhället fick resurser att på allvar bygga ut välfärden och fullfölja de sociala reformer som planerats och initierats under mellankrigstiden.

Exempel på viktiga efterkrigsreformer inom hälso- och sjukvårdsområdet är 1955 års obligatoriska sjukförsäkring, som i stort gav fri sjukvård åt alla. Ett allmänt pensionssystem - ATP - infördes 1959. På basis av 1958 års utredning om öppen-

vården övertog, som nämnts, landstingen 1963 ansvaret för provinsialläkarväsendet. I ett äldre resursfattigare samhälle hade staten styrt viktiga delar av sjukvården. På 1960-talet fick emellertid landstingen ta ledningen av en omfattande utbyggnad av hälso- och sjukvården. Fram till 1968 var det medicinalstyrelsen som utövade den högsta tillsynen över hälso- och sjukvården. Då slogs medicinalstyrelsen och den tidigare socialstyrelsen ihop till ett samlat medicinskt och socialt statligt ämbetsverk - den nya Socialstyrelsen -

## Distriktssköterskorna

---

Älvsborgs läns länsstyrelse överlämnade till 1919 års landsting en promemoria från civildepartementet om statsbidrag till distriktssköterskor på landsbygden. Bidragen kunde utgå antingen till landsting, som gjorde upp plan för hela landsbygden inom sitt område och fick denna godkänd av Kungl. Maj:t, eller till kommun eller sammanslutningar av landskommuner, som ordnade distriktsvård enligt plan, som Kungl. Maj:t godkände. Ärendet överlämnades till förvaltningsutskottet för utredning.

De sakkunniga för utarbetande av förslag till statsbidrag hade tänkt sig en sjuksköterska för varje 3000-tal invånare, vilket för Älvsborgs läns landsting innebar 75 sköterskor. Med den sjuksköterskebrist som rådde ansåg man det omöjligt att anställa så många. Behovet bedömdes också vara så litet, att bara en mindre del av dessa sköterskor kunde beredas sysselsättning.

Syftemålet med anställande av distriktssköterskor var dock enligt nämndens mening behjärtansvärt, särskilt för orter,

som låg långt från läkarstationerna. Kommunerna borde själva svara för det men få hjälp från landstinget med lika stort bidrag som statsbidraget, nämligen 500 kr. Därför borde ett förslagsanslag på 2.000 kr tagas upp i staten. Landstingsmötet följde denna försiktiga linje. Vidare uppdrog det åt utskottet att verka för ytterligare provinsialläkartjänster.

I förhållande till några landsting började distriktsvården i större skala mycket sent i Älvsborgs län. På sina håll hade man verksamhet till och med före 1919 års riksdagsbeslut. Först på 1920-talet byggde man upp en planmässig organisation.

Landstinget hade till 1940 byggt ut distriktsvården till 32 distriktsskötersketjänster. Två var obesatta på grund av brist på sökande. Anslaget för 1941 uppgick till 137.960 kr. Däremellan låg tillkomsten av 1938 års plan för distriktsvården inom länet. I sin tur var den en följd av ett beslut vid 1937 års riksdag om distriktssköterskeväsendet. Detta flyttades principiellt över från primärkommunerna

till landstingen, samtidigt som statsbidragen höjdes avsevärt. Utgångspunkten för planen var, att det skulle finnas en sköterska per 3.000 invånare på landsbygden och 5.000 i stad.

1938 års plan innebar, att Älvsborgs-länet delades upp i 25 distrikt med 60 sköterskor för landsbygden och 19 för städerna. Av dessa var 20 distrikts- och stadssköterskor, som övergick i landstingets tjänst. Senare byggdes organisationen ut, och även vissa stationeringsorter ändrades.

Planen 1939 upptog 80 sköterske-distrikt. Landstinget hade medgivit inrättande av 55 distriktsskötersketjänster. Det rådde sköterskebrist och 12 befattningar var vakanta. I början av 1950-talet upp-

tog planen 83 distriktsskötersketjänster. Av dessa var 60 inrättade och 54 besatta. Anslaget uppgick för 1952 till 316.000 kr.

Vid 1951 års landsting antog man en ny plan för distriktsvården. Enligt den ökades antalet sköterskor till 87, varav 70 skulle vara på landsbygden och 17 i städerna. Sedan planen fastställts av medicinalstyrelsen, har man arbetat efter den med endast mindre förändringar. Man kunde i samma tjänst ha dubbel-funktion – distriktssköterska/barnmorska. Så sent som 1966 utbildades och verkade syster Annie Bauhn i Gråbo i denna dubbelfunktion.

Se CD-skivan: "yrkesbeskrivningar" om Annie Bauhns och flera andra sjuksköterskors verksamhet.

## Provinsialläkarna får ny huvudman 1963

Under cirka tre hundra år var staten huvudman för provinsialläkarna. Som tidigare framgått kom – relativt sett – provinsialläkarsystemet under 1900-talet i bakvatten. Av olika skäl förmådde staten inte ge provinsialläkarväsendet tillräckliga ekonomiska resurser. Man satsade i stället allt mer på den högteknologiska sjukhussektorn. Problemet togs först upp av Höjer på 1940-talet. Det kom därefter att livligt diskuteras i slutet av 1950-talet och början av 1960-talet. Så småningom kom ett förslag att landstinget skulle överta statens huvudmannaskap för provinsialläkarväsendet. Förslaget motiverades med att landstinget skulle ha bättre förutsättningar att leda vården.

Efter diverse förhandlingar antogs den så kallade provinsialläkaröverenskommelsen den 16 juni 1961. Den fastslog att huvudmannaskapet skulle övertas av

landstinget den 1 juli 1963. Samtidigt överfördes också stadsläkartjänster i städer under 15 000 invånare till landstingen. År 1966 följde även stadsläkare och stadsdistriktsläkare i övriga städer efter, varför all offentlig öppen vård kom att lyda under landstingen.

### Ny sjukvårdslag och stadga

1962 – 1963 kom en ny sjukvårdslag och sjukvårdstadga. I lagen stadgades bland annat att landstingskommun skulle vara indelad i läkardistrikt för bestridande av öppen vård utanför sjukhus. Till sammanträden i sjukvårdstyrelserna skulle kallas – allt efter ärendenas art – stadsdistriktsläkare, provinsialläkare eller överläkare. Dessa ägde ej rösträtt men rätt att få sin mening antecknad till protokollet. Inom varje landsting skulle

en provinsialläkare utses för denna uppgift. I varje läkardistrikt/kommun skulle finnas minst en provinsialläkare. Inga extra provinsialläkardistrikt kunde längre inrättas. Biträdande och extra provinsialläkare kunde tillsättas (något som provinsialläkarföreningen motsatt sig). Provinsialläkare skulle fortfarande tillsättas av Konungen, sedan förslag med fyra namn uppgjorts av medicinalstyrelsen. Landstinget bereddes tillfälle att yttra sig över förslaget och av medicinalstyrelsen givet förord. Lagen innehöll även vissa ändringar av provinsialläkarens åliggande i tjänsten. Det stadgades, att provinsialläkaren hade skyldighet att meddela vård även åt personer utanför distriktet ” i den mån verksamheten tillät”. Skyldigheten att åta sig dubbelförordnande inskränktes till tre månader per år och gällde endast inom landstingsområdet. Provinsialläkare befriades från plikten att åta sig verksläkartjänst liksom arbete inom förebyggande vård vid sjukvårdsinrättningar.

Det nya regelverket innebar uppenbara förbättringar för provinsialläkarna. Den stora bristen på provinsialläkare hade tidigare gjort att dubbelförordnanden var legio och långvariga. Detta begränsades, i realiteten försvann dubbelförordnandena för många. För den kommande utvecklingen av den öppna vården utanför sjukhusen kom bestämmelsen om representation av provinsialläkarna i landstingsledningen att visa sig bli av stor betydelse. Man kunde inför de beslutande politikerna lägga fram kårens synpunkter på utvecklingen av verksamheten. Detta kom att bli en nagel i ögat på den slutna vårdens representanter, som ansåg att de

var missgynnade i detta sammanhang. Något som dock var tveksamt då den slutna vården och sjukhusmottagningarna allt sedan landstingens skapande hade särskilt omhuldats av politikerna.

## **Landstinget rustar upp enheterna**

Provinsialläkarmottagningarna var vid denna tid enläkarmottagningar med ofta dålig utrustning och avsaknad av hjälppersonal till läkarna. Detta ville landstinget, som ny huvudman, råda bot på. Det blev en upprustning av enheterna. Som exempel tar vi Gråbo i Älvsborgslandstinget. Ett centralt ansvar för distriktsvård och mödra- och barnhälsovård fanns redan. Nu kunde dessa verksamheter få närmare anknytning till provinsialläkarna genom att till ledningen knöts en tjänsteman som ansvarade för kontakten med provinsialläkarna. Det innebar en gemensam administration av den öppna vården utanför sjukhusen, vilket var en början till integreringen av dessa verksamheter även lokalmässigt i de kommande vårdcentralerna.

Enläkarmottagningarna försågs med bättre utrustning. Man fick anställa mottagningsbiträden som hjälp till läkarna. Journalsystemet utvecklades, och så småningom tillsattes också sekreterare. Taxorna för läkarbesök höjdes till samma nivå som på sjukhusens öppna mottagningar (25 kronor). Då man ansåg att läkarnas inkomster skulle bli alltför höga, speciellt som lokaler, utrustning och personal nu bekostades av landstinget, beslöts om en särskild ersättning på drygt tio kronor per patientbesök till huvud-

mannen (ETH). Dessa pengar gick till en central fond "Provinsiälläkarfonden" att användas för läkarnas fortbildning. Fonden finns kvar och har fortfarande gett utdelning i form av kursverksamhet ända in på 2000-talet.

## Gråbo enläkarstation, ett exempel

Gråbo enläkarstation var på alla sätt typisk för 1960-talets provinsiälläkarmottagningar och provinsiälläkardistrikt. Gråbo, tätort och järnvägsstation i dåvarande Stora Lundby kommun, hade blivit extra provinsiälläkardistrikt 1956 med Lennart Stadling som förste läkare. Distriktet om-

fattade Bergum, Stora Lundby och Östad församlingar med tillsammans 4000 innevånare.

Tidigare hörde Gråbo till Sollebrunns provinsiälläkardistrikt med Gustav Sköld som provinsiälläkare sedan 1938.

Dr Sköld skrev vid skiftet av läkare, saxat ur Fredagsbladet, Gråbos lokaltidning, 12/10 1956:

*"I närmare 19 år har jag haft förmånen att vara tjänsteläkare i Stora Lundby. Det har varit en utomordentligt angenäm tid tillsammans med en synnerligen präktig, snäll och trivsamt befolkning i en vacker trakt, som jag ofta berest. Tomheten känns därför stor, när jag nu lämnat Stora Lundby".*



Läkarbostad och enläkarmottagning i Gråbo 1956 - 1978.

Lennart Stadling skrev oktober 1956 om sin tjänst i Gråbo:

*"Detta distrikt med 4000 innevånare är alldeles idealiskt för det ger läkaren möjlighet att ägna varje enskilt fall, stort eller litet, den tid som erfordras för effektiv behandling, utan att läkaren behöver jäkta ihjäl sig."*

Sic! Jämför detta omdöme med 2000-talets krav på högst 1500 invånare per distriktsläkare och ändå upplever man stor stress i arbetet.

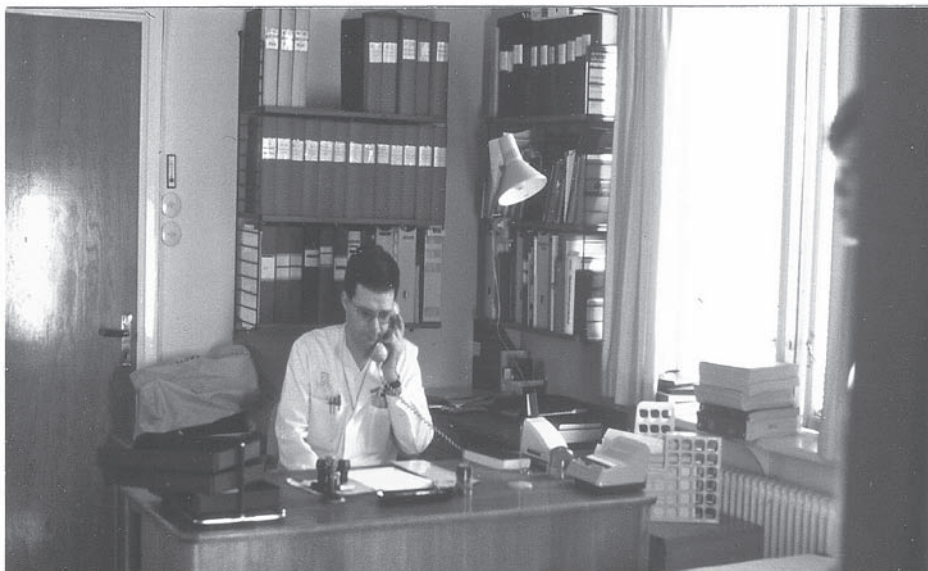
Enläkarmottagningen var enligt en dåtida vanlig modell sammanbyggd med läkarbostaden. Se bilden. Alla 50-tals mottagningar var byggda enligt centrala standarddirektiv och enligt denna modell.

## **Bengt Dahlin, Gråbos andre provinsialläkare**

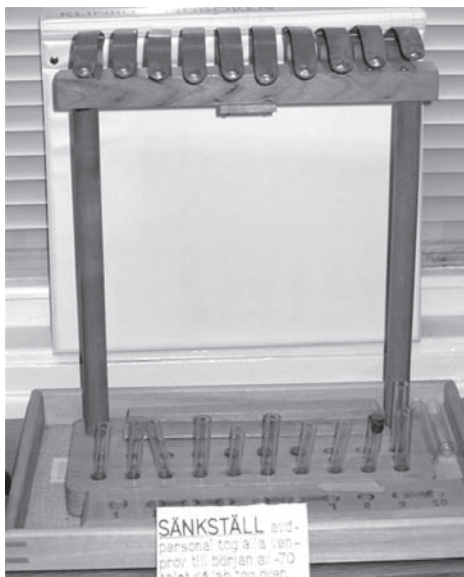
Bengt Dahlin, provinsialläkare i Gråbo, berättar:

*"Som provinsialläkare har jag minnen från slutet av 1950- och 1960-talet, då jag med kunglig fullmakt tjänstgjorde först i Korpilombolo och senare i Gråbo provinsialläkardistrikt.*

*Provinsialläkarväsendets 300-åriga era med statlig huvudman var under avveckling och den nya primärvården i landstingets regi var under uppbyggnad. Mycket av provinsialläkarens tidigare uppgifter fanns dock kvar i reglementen om ej alltid i vardagsarbetet. Hur jag upplevde den tiden vill jag beskriva (mera finns på CD-skivan).*



Dr Olof Wik vid telefonen i läkarexpeditionen.  
I bakgrunden dörren in mot lägenheten.



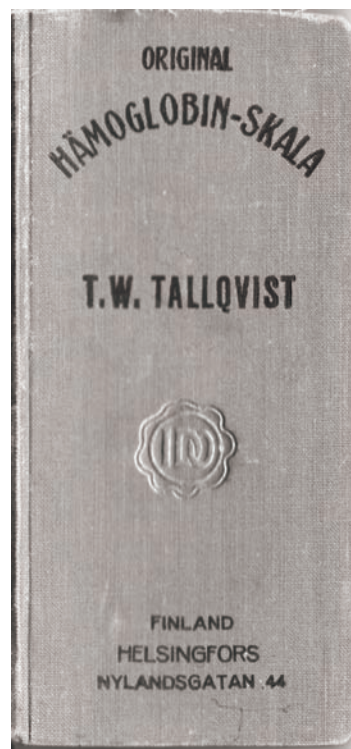
Ett vanligt prov var ”sänkan”. Blod fick stå i ett glasrör en timma varefter man mätte hur långt de röda blodkropparna hade sjunkit i röret. Förhöjd sänka kunde tyda på sjukdom. Robin Fåhraeus upptäckte 1915 sänkningsreaktionen, ”sänkan”,

*Redan under utbildningen vid Medicinska högskolan i Göteborg vikarierade jag av och till som provinsialläkare i bland annat Göteborgstrakten. Både dåvarande provinsialläkare Sköld i Sollebrunn och extra provinsialläkaren i Gråbo, Lennart Stadling upplät sina mottagningar och patienter åt mig.*

*Speciellt minns jag Sollebrunns mottagning, ett par rum i en äldre centralt belägen villa. Jag tror det var en trappa upp. Utrustningen var påver, inte mycket mer än man kunde ta med sig i läkarväskan på hembesöken, som var vanliga på*

*den tiden. Patientjournalerna var i vykortformat, kryptiskt handskrivna med många förkortningar. De var mer som minnesanteckningar för doktorn än för att ligga till grund för eventuella anmälningar om felaktig behandling. Sådana anmälningar förekom dock sällan på den tiden, då patienten blint trodde på den ofta auktoritäre läkaren. Detta kanske också för att medicinarsenalen var begränsad och doktorn i sig själv troligen var den viktigaste medicinen. Dr Sköld var de unga konstnärernas mecenat, och överallt hängde tavlor. Till och med på bägge sidor av toalettdörren.*

*Prover var det väl knappast tal om förutom Hämoglobintest med Tallqvists Original Hämoglobinskala med en bloddroppe på ett filter-*





Provinsialläkaren provade ut glasögon till dem som ej kunde ta sig till optiker, som fanns endast i de större tätorterna. Glasögonen kom på posten till patienten!

*papper att jämföra med en 10-gradig färgskala (Hb från 20 till 100 med normalvärde 90 – 100. Med Hellers prov kunde man konstatera eventuell äggvita i urinen. I ett spetsglas med salpetersyra skiktades urinen överst. Blev det en vit ring mellan vätskorna så var det äggvitan som fällts ut. Sänka (SR) gjordes också ganska flitigt med uppsugning av blodet i sänkerör, som ställdes i speciella ställ en timma. Inte sällan sög man till för mycket och blodet hamnade i provtagarens mun.*

*Gråbomottagningen hade för den tiden god utrustning med bland annat röntgenkula, enkanalig EKG-apparat och laboratorieutrustning. Det var kommunen som för att få en extra provinsialläkare på plats hade stått för allt detta. Efter landstingsövertagandet av provinsialläkarväsendet 1963 blev det i första hand en förstärkning på personalsidan. Ett*

*mottagningsbiträde anställdes, vilket avlastade läkaren eller ofta också hans hustru, som tidigare hade varit honom behjälplig.*

*På "obekvämlig tid" kunde många problem klaras av per telefon eftersom man oftast kände patienten (provinsialläkaren/husläkaren) och om det var nödvändigt kunde ta hand om det hela på morgonen innan den ordinarie patientmottagningen kom igång. Andra problem som gallsten, njursten och eventuellt appendicit fick komma till mottagningen under natten. Det var då en fördel att ha bostaden i anslutning till mottagningen. Enstaka hembesök gjordes också nattetid till äldre och när någon avlidit i hemmet. Befolkningen i Gråbodistriktet var "skonsam" mot sin doktor och besvärade sällan i onödan."*



Telefonen kunde flyttas från mottagningen till den intilliggande bostaden när mottagningen var stängd men provinsialläkaren fortfarande i tjänst (dygnet om).

# Ett organisatoriskt paradigmskifte för läkarna

---

Utredningar som följt upp Axel Höjers visioner på 1940-talet om en framtida väl fungerande och utbyggd öppenvård omsattes nu i lagändringar och löften. Provinsiälläkarna fick social trygghet och drägliga arbetstider. En schemalagd 42,5 timmarsvecka infördes. Man beslutade om förbättrade utbildnings- och efterutbildningsmöjligheter för läkarna inom arbetstidens ramar. Med totallön för arbetet fick läkarna ”råd” att prioritera annat än rent patientarbete, något som också uppmuntrades i de nya direktiven för vårdens utformning till exempel med insatser inom förebyggande vård.

I och med arbetstidsreglering inklusive jourarbete kom den totala läkararbetstiden för provinsiälläkaren att i det närmaste halveras. Samtidigt var vakansläget stort och intresset för provinsiälläkarbanan lågt.

Läkarutbildningen hade inte funnit sina former. Det tog också enligt de nya intentionerna 10 - 12 år att få fram en allmänläkarkompetent läkare. Övergångsreglerna blev många. Läkarbemanningen blev därför ett av de största problemen, då man skulle genomföra de nya intentionerna i den förändrade öppna vården.

## Sjukronorsreformen

Efter det att sjukförsäkringsreformen trätt i kraft 1955 skedde successivt förändringar av sjukvårdsersättningen. Sjukronorsreformen 1970 var en sådan. Den innebar att den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna öppna vården såväl vid som utanför sjukhusen finansierades av sjukförsäkringen. Patienten betalade en ringa del – till en början sju kronor.

Resterande del erhöll landstingen direkt av försäkringskassan. Efter hand har patientavgiften höjts för att år 2005 vara mellan 150 – 300 kronor per patientbesök. Istället har införts kostnadstak för patientersättningarna för att inte ekonomiskt knäcka dem som behöver mycken vård. Dessutom har barnen i många landsting fått gratis vård.

Henric Hultin före detta ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse och förhandlingsdelegation och senare sjukvårdschef i Älvsborgslandstingets norra distrikt. Han skrev i Läkartidningen 1999 om sjukronorsreformen:

*”Sjukronorsreformen var en mycket genomgripande förändring både för den svenska sjukvården som samhällssystem och för den svenska läkarkåren som professionell grupp. Själva reformen var egentligen en fråga om införande av enhetstaxa i den statliga sjukförsäkringen. Men den förde med sig både arbetstidsreglering och tidbaserad lön i stället för tidigare oregerad arbetstid och prestationsersatt öppen vård för de offentligt anställda läkarna.*

*Under flera år före 1970 hade det pågått en intensiv intern debatt kring arbetstiderna och löneförhållandena. Naturligtvis präglade »egennyttan» olika gruppers inställning. De yngre läkarna hade inte samma ekonomiska kompensation för den tunga arbetsbördan som de äldre, och de värderade ökad fritid högre.*

*När sjukvårdshuvudmännen hösten 1969 i samband med enhetstaxereformen kom med sitt förslag om en helt ny arbetstids- och avlöningsmodell (reglerad arbetstid och tidlön) för alla*



*offentligt anställda läkare, så fanns det alltså en jordmån inom läkarkåren i form av ett ganska utbrett missnöje med det befintliga systemet.” „„„„„*

Sylf förordade någon form av reglering av arbetstiden och öppenhet för en övergång till tidlön, om det under förhandlingarna befanns ge mest utbyte. Inom Lasarettsläkarföreningen och övriga överordnade läkares yrkesföreningar förordade man fortsatt prestationslön för mottagningsverksamheten och var skeptiska till reglerad arbetstid.

Läkarförbundets fullmäktige 12 oktober 1969 gav dock sin acceptans till att man träffade avtal både om tidlön och bestämmelser om arbetstid »om så under förhandlingarnas gång bedömes lämpligt eller erforderligt». Fullmäktige uttalade sig också tydligt för att »avskaffande av nuvarande omotiverade inkomstskillnader mellan olika läkargrupper inom skilda kategorier och mellan specialiteter bör eftersträvas.

## Sammanfattning av perioden 1920 – 1969

---

Samhällsekonomiskt innebar perioden 1920-69 för Sveriges del en fyrdubbling av BNP per invånare, räknat i fasta priser. Detta skapade förutsättningar för ett reellt lyft av befolkningens levnadsstandard och välstånd. En viktig faktor bakom den ekonomiska tillväxten var en överflyttning av arbetskraft från jordbruket med lägre produktivitet till en industri sektor med avsevärt högre produktivitet. I detta perspektiv kan 1930-talet ses som en brytpunkt, eftersom antalet sysselsatta inom industrin då passerade antalet som arbetade i jordbruket.

När det gäller ekonomisk tillväxttakt kan perioden delas upp i två faser. Under den första fasen 1920-45 hölls tillväxten tillbaka av lågkonjunkturer och krig, medan bilden var en helt annan under den andra fasen 1945-69. En gynnsam sats efter krigsslutet 1945 följdes av en expansiv efterkrigskonjunktur – ”rekordåren” – som skulle fortsätta ända fram till början av 1970-talet.

Det fanns flera exempel på privata initiativ och insatser inom hälso- och sjukvården under ett tidigt skede. Denna typ av insatser var fortfarande i kraft under mellankrigstiden. I takt med att samhällsekonomin längre fram blev gynnsammare och de offentliga resurserna mer omfattande, hände det ofta att stat, landsting eller kommuner tog över privata verksamheter.

I mellankrigstidens Sverige formades tankar och planer på ett folkhem med förbättrad folkhälsa. Ekonomiska realiteter och omfattande motstånd mot vittgående reformer ledde dock till att endast mindre delar av planerna då kunde genomföras. Efterkrigstidens gynnsammare ekonomi erbjöd avsevärt bättre förutsättningar att genomföra de planer som tidigare initierats. I takt med den förbättrade ekonomin minskade också det mentala motståndet mot sociala reformer.

Medicinalstyrelsens chef Axel Höjers planer angående den öppna vårdens organisation är ett tydligt exempel på hur tidigare avvisande attityder under 1950-talet ändrades till allmän acceptans. Den öppna vården hade mer och mer flyttats över till sjukhusen, som med landstinget som huvudman växt sig allt starkare. I slutet av 1930-talet hade sjukhusläkarkåren blivit lika stor som tjänsteläkarkåren.

Statens intresse för hälso- och sjukvård var lågt, vilket resulterade i stagnation inom provinsialläkarväsendet och psykiatrin. Den öppna vården utanför sjukhusen var och har alltid varit otillräcklig i förhållande till samhällets krav. Svårighet att få läkare till de mer avlägsna distrikten kan också registreras genom ett stort antal vakanser ända sedan 1800-talets mitt. Många ansträngningar har gjorts för att locka läkare till dessa områden. Kommunerna ställde upp med bra och billiga bostäder och mottagningslokaler. Dubbel tjänsteårsberäkning för vissa norrlandsdistrikt infördes på 1920-talet. Jämför CD-skivans beskrivning av Korpilombolo läkardistrikt där BD tjänstgjorde 1959 - 1963 med dessa förmåner.

Axel Höjer uppmärksammade den negativa utvecklingen av den öppna vården utanför sjukhusen. Hans visioner, om en provinsialläkare per 4 000 invånare och fler läkarstationer med mer än en läkare, kom inte att genomföras på grund av motstånd från läkarkollektivet och politiker. Sjukhusläkarna var i dominans inom Läkarförbundet. Under 1950-talet tillsattes emellertid utredningar, som i Höjers anda arbetade för en upprustning av den öppna vården.

Den förbättrade levnadsstandarden i form av bättre hygien och boendemiljö,

social välfärd och utbildning, resulterade i slutändan i bättre folkhälsa. Ett uttryck för bättre folkhälsa är ökad medellivslängd. Under 1800-talet och tiden fram till 1920 hade en fördubbling av medellivslängden ägt rum i Sverige. Vid den senare tidpunkten uppnådde befolkningen i genomsnitt en ålder av 60 år – något högre för kvinnor och något lägre för män. Den stigande medellivslängden fortsatte efter 1920, men av naturliga skäl kunde den inte öka i riktigt samma takt som förut. År 1970 uppgick således medellivslängden för kvinnor till cirka 77 år och till ungefär 72 år för män.

Övergången från ett Sverige med ekonomisk knapphet till ett välfärdssamhälle medförde också ett nytt sjukhuspanorama. De tidigare epidemierna och infektionssjukdomarna trängdes definitivt tillbaka. Smittkopporna hade genom vaccinationsinsatser helt utrotats 1970. Däremot ökade cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och hela fältet av välfärdssjukdomar påtagligt. Tuberkulosen var fortfarande ett hot liksom lunginflammationer. Effektiva botemedel mot infektionssjukdomarna kom när antibiotika introducerades på 1940-talet. Då kunde för första gången lunginflammation och tuberkulos botas.

Difteri och scharlakansfeber var periodvis vanliga. Mödra- och barnhälsovården hade byggts ut med många förebyggande insatser mot ohälsa, bland annat ett omfattande vaccinationsprogram mot ”barnsjukdomarna”. En relativt ny infektionssjukdom, polion, som uppträdde i olika vågor kom att delvis bryta huvudmönstret. Genom poliovaccinering utrotades också polioviruset i Sverige. Se mer om detta på CD-skivans avsnitt om Farsoter,

# Primärvården

*Denna andra del handlar om primärvårdens uppbyggnad och utveckling i Mittenälvsborg*

Det var kanske den öppna vårdens bästa tid med stora förhoppningar på framtiden. Men samtidigt hopade sig problemen för den nya primärvården i form av befolkningens berättigade krav på service efter politikernas många löften. Förhoppningar som i realiteten inte fanns resurser att tillfredsställa.

I historisk belysning konstaterade vi att tiden efter andra världskriget fram till början av 1970-talet framstod som en period av en unikt snabb och jämn ekonomisk tillväxt. Allra snabbast var tillväxten på 1960-talet. Attityder och förväntningar på fortsatt tillväxt blev då fast rotade. Man hade svårt att följa med i den förändrade ekonomiska verklighet som stod för dörren genom konjunkturavmattningen på 1970-talet. Framgången under 1960-talet bidrog indirekt till att skapa problem, som så småningom kom att visa sig på 1970-talet. Om detta berättar vi inledningsvis i en ”omvärldsbeskrivning”.

Vi fokuserar nu mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun och återger olika lokala aktörers upplevelser. Lerums kommun blev 1969 ”storkommun” genom sammanslagning av Stora Lundby och Lerums kommuner och tillägg av Skallsjö församling från Alingsås kommun. Lerums primärvård, som samtidigt föddes, speglade mycket av vad som hände i hela riket under denna tid, men var också en föregångare i många avseenden inte minst i Älvsborgslandstinget.

Vi har lyft fram Axel Höjer, chef för Medicinalstyrelsen under 1940-talet. Hans visioner kom att genomföras under 1970-talet. Både utbyggnaden av den öppna vården motsvarande en provinsialläkare per 4000 invånare och flerläkarstationer genomfördes. Detta efter ett flertal utredningar under 1950- och 1960-talen, som föreslog upprustning och utformning av den öppna vården i Höjers anda. Utredningarna omsattes i lagändringar. Löften gavs av centrala instanser. De skulle genomföras av landstingen, som fått ansvaret för hela den öppna vården.

Då landstingen tagit över huvudmannskapet för provinsialläkarna 1963 inleddes en genomgripande förändring av den öppna vården utanför sjukhusen. Enläkarstationerna ersattes efter hand med välutrustade flerläkarstationer. Läkarna fick kvalificerad hjälppersonal på mottagningarna, jourverksamheten omorganiserades i och med att läkarna fick reglerad arbetstid, man planerade för fler läkare motsvarande en läkare per 3500 invånare. Distriktsvården samlokaliseras med läkarstationerna till vad vi kom att benämna vårdcentraler.

### Lerums primärvårdsområde

Som exempel på primärvårdens utveckling har vi valt Lerums kommun och primärvårdsområde i Mittenälvsborg i Västra Götalandsregionen, några mil nordost om Göteborg. Lerums primärvårdsområde har tre tätorter med var sin vårdcentral – Lerum, Floda och Gråbo. Dessa vårdcentraler är huvudaktörerna i den fortsatta berättelsen.



### Mittenälvsborg

Älvsborgslandstingets hade en säregen utformning, som ett timglas. Landstinget delades organisatoriskt/administrativt in i norra, södra och mellersta Älvsborg. Alingsås lasarets upptagningsområde motsvarar Mittenälvsborg med nuvarande kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. Södra Älvsborg är en del i Västra Götalandsregionen, som bildades år 1999 genom sammanslagning av de tidigare landstingen Skaraborg, Älvsborg och Bohuslän samt Göteborgs stad.

## En omvärldsbeskrivning

För att bättre förstå allt som hände efter Höjerutredningen, när primärvården skapades ges först en beskrivning av samhällsutvecklingen under 1900-talet. Därefter beskrivs den nya primärvården. Då Lerum hade relativt lätt att rekrytera läkare i en tid av omfattande vakanser på inrättade tjänster och dessutom hade en kraftigt växande befolkning, satsade landstinget

tidigt på utbyggnad av den öppna vården i kommunen. De nyanställda unga läkarna och annan personal var öppna för förändringar. Det blev en sjudande verksamhet mot primärvårdens mål: Närhet, Tillgänglighet, Kontinuitet, Helhetssyn, Kvalitet/säkerhet och Samverkan. Målen är en röd tråd i framställningen och diskussionen av primärvården.

## Samhällsutvecklingen 1970-1999

---

### Socioekonomisk bakgrund

För Sveriges del kan större delen av 1900-talet sammanfattas som en ekonomisk och social framgång. Det var också då som svensken i allmänhet i ekonomiskt och socialt hänseende upplevde de största förändringarna.

Som framgått av föregående avsnitt innebar de första årtiondena efter andra världskriget ett starkt uppsving för svensk ekonomi. I svensk ekonomisk historia har 1950- och 1960-talen också allmänt kallats ”rekordåren”. Efter krigets regleringar och avspärrningar infördes friare handel, och tullarna sänktes. I Europa bildades frihandelsområdena EEC och EFTA. En uppdämd efterfrågan på produkter släpptes loss. Allt detta gynnade svenskt näringsliv och i synnerhet exportindustrin.

Den socialdemokratiska regeringen bedrev en ganska måttfull keynesiansk politik, det vill säga man försökte ”bromsa” under högkonjunkturer och ”gasa” i lågkonjunktur. Det var en tid då det var relativt lätt att bedriva ekonomisk politik. 1950- och 1960-talen kännetecknades också av full sysselsättning och en ganska

måttfull inflation. Företagen kunde göra goda vinster, och lönebildningen med LO och SAF som ledande parter fungerade i stort sett harmoniskt. Dessa år var den svenska modellens höjdpunkt, då arbetsmarknadens parter i samförstånd kunde göra upp om fördelningen av produktionsresultatet.

Den svenska modellen saknar en helt entydig definition. Under 1930-talet framhölls särskilt delar av social- och sysselsättningspolitiken som utmärkande för den svenska medelvägen mellan kapitalism och socialism. Senare kom de goda relationerna mellan SAF och LO – symboliserad av Saltsjöbadsavtalet 1938 – att framhävas. Även välfärdsstaten med dess arbetsmarknads- och jämställdhetspolitik och olika transfereringar kom att integreras i det som skulle forma begreppet den svenska modellen. I bilden av den svenska modellen kom föreställningen om SAF och LO som jämbördiga parter att ingå. Tanken var att parterna skulle känna ansvar för arbetsfreden och träffa avtal inom ramen för samhällsekonomin resurser. Om utrymmet överskreds skulle båda parter drabbas genom att vinsterna föll och

arbetslösheten steg. Den svenska modell som växte fram i en gynnsam ekonomisk tid kom att fungera ganska länge. Under lång tid kunde Sverige uppvisa en i stort sett konfliktfri arbetsmarknad, hög sysselsättning och en levnadsstandard, som var bland de högsta i världen.

De gyllene åren i svensk ekonomi skulle fortsätta några år in på 1970-talet. I början av 1970-talet var BNP per capita – räknat i fasta priser – i det närmaste dubbelt så hög som den varit 1950. Optimismen fick näring under de goda åren och förväntningarna stegrades. Man trodde att man kommit tillrätta med konjunktursvängningarnas, arbetslöshetens och krisernas problem. Det som närmast väntade var satsningar på ännu större sociala åtgärderna.

### **1970-talet och dess kriser**

I ett längre perspektiv visade sig dock optimismen vara ogrundad. Redan mot slutet av 1960-talet kunde vissa orostecken skönjas. Dessa var delvis en följd av en internationell nedgång. Möjligheterna för Europa och Japan att snabbt expandera genom att bara imitera USA som ledande ekonomisk och teknisk nation minskade. USA fick nämligen vidkännas växande problem dels på grund av skärpt konkurrens från övriga västländer, dels på grund av Vietnamkrigets kostnader. Det innebar att förtroendet för dollarn som internationell nyckelvaluta fick en allvarlig knäck. Under lång tid hade tillgången på billig energi varit säker. Genom oroligheter i Mellanöstern fyrdubblades priset på olja 1973-74. Oljepriset fördubblades sedan ytterligare en gång 1979-80. Följden blev kraftig i hela västvärlden. Den långa och gynnsamma efterkrigskonjunkturen fick

1974 ett abrupt slut. De länder som var starkt beroende av importerad olja fick se sina handelsbalanser drastiskt försämrade. I många länder stramade man åt hushållens köpkraft för att minska importen och ”svälta sig ur” problemen. Resultatet blev stigande arbetslöshet och kraftigt dämpad ekonomisk tillväxt. Sverige försökte – i motsats till de flesta andra länder – dämpa de negativa effekterna genom att stimulera ekonomin. Den svenska regeringen syftade till att hålla uppe produktion och sysselsättning genom stöd till utsatta branscher och ökat inslag av trygghetslagar. Man kalkylerade med att oljekrisen skulle bli kortvarig. I valrörelsen myntade statsminister Olof Palme uttrycket mindre svängrem och mer svängrum. Men kalkylen slog fel. Oljekrisen och den hårdnande konkurrensen slog särskilt hårt mot det svenska industriblocket varv, stålverk och gruvor. Stödpolitiken bidrog bara till att fördröja nedläggningarna. Hårt drabbades de göteborgska varven, som särskilt inriktat sig på produktion av stora oljetankers. Samtidigt miste Göteborg en stor del av sin tidigare så omfattande rederinäring. Naturligtvis fick Lerum som en del av Göteborgsområdets arbetsmarknad också

känning av detta.

Samtidigt drabbades svenskt näringsliv av en egen, hemmagjord kostnadskris, som förvärrade oljekrisens skadeverkningar. På grund av timlöneökningar och stora ökningar av arbetsgivaravgifter höjdes de svenska kostnaderna starkt vid mitten av 1970-talet. Tillväxten motsvarade inte alls löneökningarna, varför den kraftigt ökande inflationen endast ledde till mer luft i lönekuverten. Jämfört med konkurrentländerna steg de svenska kostnaderna per producerad enhet kraftigt. En omfattande utslagning av svensk industri ägde rum långt in på 1980-talet. För svensk ekonomisk politik blev 1970-talskrisen något av en chockartad upplevelse. Man hade vant sig vid snabb ekonomisk tillväxt och den svenska modellens förträfflighet. Plötsligt rycktes allt undan. Industrinedläggningar och arbetslöshet kom tillbaka och därmed svåra statsfinansiella problem. Mitt i detta krisernas årtionde valde Sverige 1976 att byta ut ett långvarigt socialdemokratiskt regeringsinnehav mot en borgerlig ministär.

Det kärvare läget med en ekonomi i obalans bidrog till att den svenska modellen, som under lång tid baserats på samförstånd mellan olika intressen, nu började knaka ordentligt i fogarna. På arbetsmarknaden blev det efter 1970 allt vanligare att LO sökte sig fram genom politik och lagstiftning i stället för att som tidigare träffa avtal med SAF. Samtidigt skedde en uppdelning och splittring av arbetsgivarfronten, genom att SAF:s andel av den totala arbetsmarknaden stagnerade till följd av expansionen hos de offentliga arbetsgivarna – stat, landsting och kommuner.

Trots att den ekonomiska tillväxten upphörde under 1970-talet byggdes den

offentliga sektorn ut i ökad takt. Mellan 1970 och 1982 ökade de offentliga utgifternas andel av BNP från 43 till 67 procent, vilket var mycket mer än i omvärlden. Det resulterade i snabbt växande budgetunderskott och stigande räntor på statsskulden, och 1982 hade underskottet vuxit till 12 procent av BNP. Det framstod då som nödvändigt att bromsa utbyggnaden av den offentliga sektorn och ompröva en rad verksamheter, men det skulle dröja innan detta vann allmän acceptans.

En väg som Sverige prövade för att återställa landets urholkade konkurrenskraft var devalveringarna vid fem olika tillfällen 1976-82. Devalveringspolitiken prövades av såväl socialdemokratiska som borgerliga regeringar. Avsikten var att den svenska kronan skulle skrivas ner så mycket i förhållande till utländska valuta-system, att landet åter fick igång en exportledd expansion. Sammantaget skrevs den svenska kronan genom devalveringarna 1976-82 ner med cirka 40 procent.

### **1980-talet – devalveringar, inflation, offentlig sektor och hög skattekvot**

Till en början tycktes devalveringsstrategin ge avsett resultat. Men framgångarna blev bara tillfälliga. Politikerna lyckades inte få bukt med inflationen, som fortsatte att stiga under 1980-talet. Att så skedde berodde delvis på devalveringarna – som avsiktligt gjorde importen dyrare – men också på arbetsmarknadsläget. Det kom nämligen att präglas av en pris- och lönespiral. Problemen förstärktes av att olika grupper började strida om vem som skulle få de största bitarna av den krympande kakan, vilket ökade strejkaktiviteten inte minst bland de offentliganställda. Devalveringarna kom att verka som stötdämpare, som minskade omvandlingstrycket i

fart på 1970-talet, och den fortsatte sedan på 1980-talet. Sverige hade 1960 en offentlig sektor som låg på ungefär samma nivå som genomsnittet för västländerna. Men på 1980-talet hade den offentliga sektorn expanderat så, att Sverige då klart toppade de offentliga utgifterna bland västländerna.

Den offentliga sektorns expansion skedde i nära samband med kvinnornas stora intåg på arbetsmarknaden. För att så skulle ske, krävdes en omfattande utbyggnad av daghem och förskolor. De förvärvsarbetande kvinnorna sökte sig i hög grad till den offentliga sektorn. Den stora ökningen skedde bland gifta kvinnor, som genom den utbyggda barnomsorgen lättare kunde gå ut i arbetslivet. Vid mitten av 1960-talet hade var tredje gift kvinna förvärvsarbetat, men på 1980-talet arbetade så mycket som två av tre gifta kvinnor utanför hemmet.

I Sverige har den offentliga sektorns framväxt skett genom skattefinansiering. Med växande offentlig sektor ökade också skattekvoten, det vill säga skatternas andel av BNP. År 1900 låg skattekvoten på 10 procent. Därefter har skattekvoten stegrats – särskilt under efterkrigstiden och i ännu högre grad efter 1970. På 1980-talet uppgick således skattekvoten till 50 procent. Sedan dess har den pendlat kring denna procentnivå. Före 1970 hade Sverige ungefär samma skattekvot som konkurrentländerna, men därefter blev den svenska skattekvoten högre än i övriga länder. I takt härmed steg också kommunalskatten. Den uppgick 1960 i genomsnitt till 15 procent. Fram till 1980 hade kommunalskatteandelen i genomsnitt fördubblats till 30 procent, där den sedan dess i stora drag legat kvar.

Det skattesystem som byggdes upp

– främst på 1970-talet – kom att få klart snedvridande effekter. Kombinationen av inflation, progressiva inkomstskatter och generösa avdragsregler gjorde att systemet fick påtagligt perversa drag. Det som avgjorde lönen efter skatt var inte vilket arbete man hade eller vilken produktion man åstadkom. Allt viktigare blev det i stället var man råkade bo, vilka bolån man hade och vilka avdrag man kunde göra. Systemet bjöd därför allsämrestimulans till produktivetsförbättring och tillväxt.

Som tidigare framgått kom arbetsmarknadsfrågorna under 1970-talet i större utsträckning att politiseras. Därigenom kom även SAF:s roll att förändras. Tydligast illustreras detta genom löntagarfonderna, som 1983 drevs igenom av Olof Palmes regering. Som svar på att politikerna gick in på arbetsmarknadens område tågade SAF in i politiken, och man samlades till protestmarscher mot löntagarfonderna. Dessa kom också att avskaffas 1991, när Carl Bildts borgerliga regering kom till makten. Av flera skäl kan man därför hävda att den svenska modell – som byggde på samförstånd mellan jämbördiga parter på arbetsmarknaden och frånvaro av politisk inblandning – efterhand fick så allvarliga knäckar, att man åtminstone till en del kan tala om modellens upplösning.

Under hundra år fram till omkring 1970 hade Sverige en lång uthållig ekonomisk tillväxt, som inte hade många motsvarigheter i världen. Att denna utveckling kom igång berodde bland annat på olika institutionella förhållanden, som bidrog till landets modernisering. Sverige kunde under denna långa period vid flera tillfällen snabbt och flexibelt ställa om och anpassa sig till vad den internationella marknaden krävde.



Man måste emellertid konstatera att många av de krafter som en gång verkade till Sveriges fördel snarast verkat till landets nackdel från och med 1970-talet. Om de institutionella krafterna tidigare framkallade en vilja till föränderlighet, rörlighet och flexibilitet, tycks samma krafter från och med 1970- och 1980-talen betonat tryggheten, vilket emellertid också medförde större tröghet. Ett vaktslående om det bestående kom också att innebära mindre benägenhet till internationell anpassning, omställning och förändring.

### **1990-talet – räntechock, systemskifte och sanering**

Den oroliga konjunkturutveckling som kännetecknade den internationella ekonomin under 1970-talet fortsatte även efter 1980. De dåliga konjunkturerna i början av 1980-talet ersattes under årtiondets senare hälft av en hektisk men kort högkonjunktur.

Under slutet av 1980-talet gled den svenska ekonomin in i en ny kris. Produktiviteten ökade endast med en procent om året, medan lönerna steg med tio procent per år. Kraven från svenska folket hade stigit långt mer än vad ekonomin kunde bära, och problemen blev akuta genom ekonomins tilltagande globalisering.

Ekonomins internationalisering gjorde det svårare för Sverige att föra en egen ekonomisk politik som avvek från omvärlden. När överhettningen och inflationen i svensk ekonomi tilltog mot slutet av 1980-talet, drevs därför räntorna i höjden. I början av 1990-talet sjönk svensk ekonomi ner i sin dittills djupaste kris under hela efterkrigstiden, den så kallade finans- och fastighetskrisen. Räntorna chockhöjdes, och efter 1992 blev det närmast tvärstopp

i husbyggandet. Utbyggnadstakten blev synnerligen låg under resten av 1990-talet.

I detta läge tvingades Sverige inleda ett systemskifte. Möjligheten att fortsätta med devalveringar ansågs uttömd. I stället påbörjades på allvar kampen mot inflationen som också pressades tillbaka. Men det skedde till priset av stagnation och arbetslöshet. Grundläggande förändringar med mer marknadsekonomi genomfördes samtidigt som skattesystemet reformerades.

Mitt under krisen sökte Sverige också medlemskap i den Europeiska Gemenskapen (EG). Några månader före sin avgång 1991 lämnade den socialdemokratiska regeringen in ansökan om medlemskap. Socialdemokratins ledning som tidigare varit emot medlemskap gjorde alltså ett åsiktsbyte. I samband med finans- och fastighetskrisen tvingades den borgerliga regeringen och socialdemokratin i opposition till en långtgående kompromiss. I syfte att komma till rätta med de svåra problemen kring arbetslöshet och växande budgetunderskott enades de politiska blocken om ett ekonomisk krisprogram. Detta kom bland annat att innebära mycket stora besparingar i de offentliga utgifterna.

Då socialdemokratin 1994 återtog regeringsmakten inleddes en sanering av ekonomin. Samtidigt som samhällsekonomin kunde stramas upp under resten av årtiondet, innebar utvecklingen att många verksamheter exempelvis hälso- och sjukvården fick känning av besparingspolitiken.

Statsmakterna har under 1900-talets senaste del haft högt ställda ambitioner om välfärd till alla. Därmed har också människors förväntningar byggts upp och stegrats. Den moderna välfärdsstaten har emellertid under denna period från och till

drabbats av olika kriser. Resurserna har ofta inte räckt till för att svara mot de högt ställda ambitionerna och förväntningarna, vilket i sin tur urholkat den svenska

modellen. Omvänt har den svenska samförståndsmodellens försvagning bidragit till att förstärka uppkomna kriser.

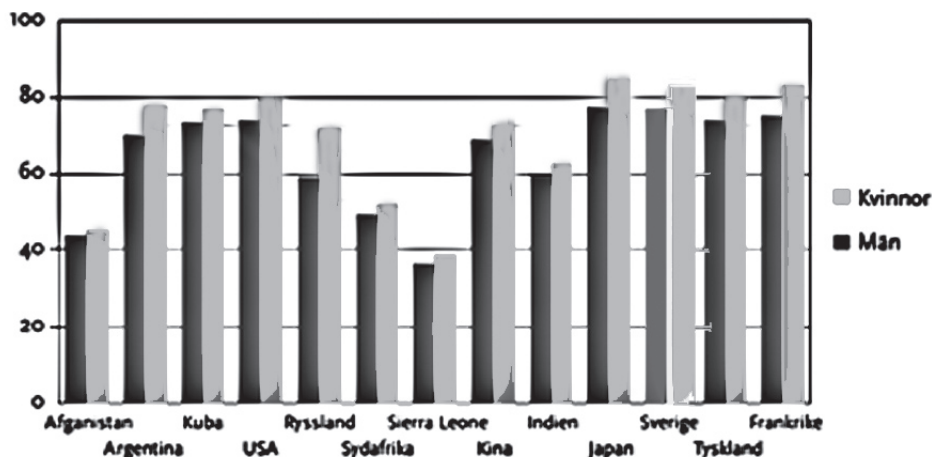
## Befolkningsutveckling, sociomedicinskt klimat

För något mer än hundra år sedan bodde den helt dominerande delen av svenskar på landsbygden och var direkt beroende av vad som hände i jordbruket. Trots lighet gjorde att allt fler kunde överleva.

Genom industrialiseringen och järnvägsbyggandet växte efterhand städer och tätorter fram. Dessa drog till sig allt större människoskaror. Under efterkrigstiden har den ökande bilismen och inte minst förortssamhällena i storstadsområdena – där Lerum är ett talande exempel – ytterligare förstärkt avfolkningen från landsbygden. Nu bor således de allra flesta svenskar i städer eller tätorter och endast en liten minoritet på ren lands-

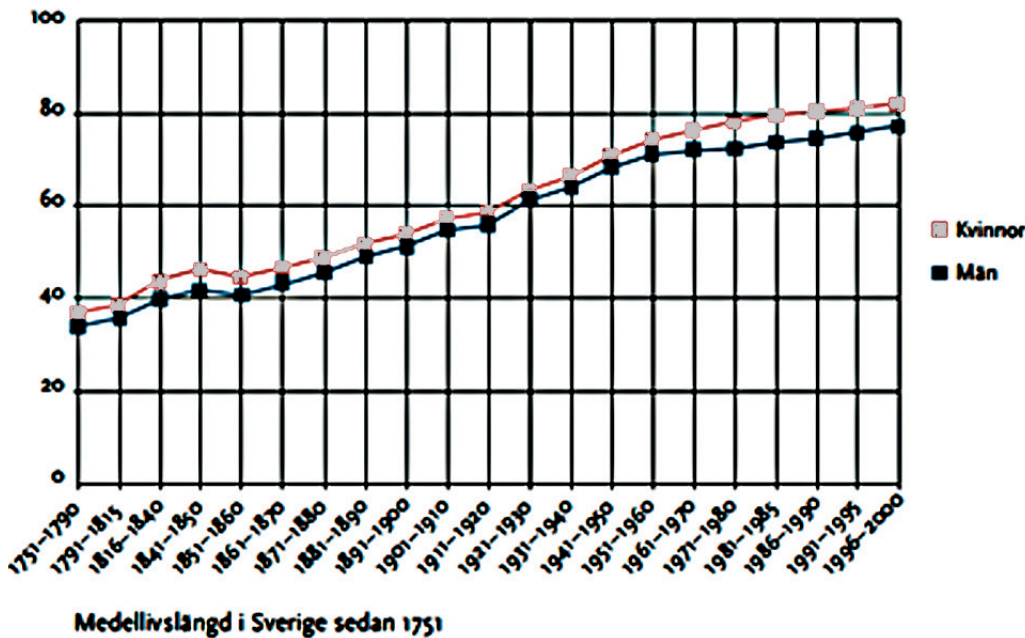
bygd. I centraliseringens tecken kan svensk landsbygd i dag i flera fall karakteriseras som glesbygd, där olika former av service successivt försvunnit och bland annat avståndet till vårdinrättningar ökat.

Till skillnad från den tidigare utvandringsepoken har Sverige under efterkrigstiden utvecklats till en nation med nettoinvandring. Årtiondena närmast efter andra världskriget präglades främst av arbetskraftsinvandring, medan flyktinginvandringen dominerat från 1970-talet. Etniskt sett hade Sverige länge en ganska enhetlig befolkning med få invandrare. Nu utgör invandrarna en relativt stor del av landets befolkning. Genom att många



Medellivslängd i ett antal länder år 2000. På många sätt har Sverige en bra folkhälsa.

Källa: WHO World Health Report 2001



invandrare kommit från utomeuropeiska länder, har Sverige fått en mera multi-etnisk och mångkulturell karaktär. Till skillnad från epoken med arbetskraftsinvandring, har politiken under flyktinginvandringen varit mindre framgångsrik. Flyktinginvandrarna har haft det betydligt svårare att bli integrerade i det svenska samhället än vad arbetskraftsinvandrarna hade. Problem med utanförskap har varit särskilt tydliga i vissa storstadsområden.

Vid mitten av 1700-talet var medellivslängden i Sverige cirka 35 år. Då var det bara ett litet antal personer som uppnådde 50 års ålder. Fram till sekelskiftet 1900 hade medellivslängden stigit till något mer än 50 år. Som tidigare blev kvinnor i genomsnitt något äldre än män. Vid millennieskiftet 2000 hade överlevnaden blivit markant större och medellivslängden ökat till cirka 80 år – 82 år för kvinnor och 77 år för män. Det betyder att Sve-

rige då hade Europas äldsta befolkning. För Sveriges del har man konstaterat att kvinnornas medellivslängd under senare tid ökar i mindre takt än tidigare. Det beror förmodligen på ändringar i livsstil. För männen tycks däremot medellivslängden fortsätta att öka i oförändrad takt. Av Sveriges befolkning var i slutet av 1900-talet så mycket som 16 procent äldre än 65 år och 5 procent äldre än 80 år. Den stora ökningen av antalet äldre är ett viktigt konstaterande, eftersom hög ålder är den faktor som har störst betydelse för såväl fysisk som psykisk vård och omsorg. Samtidigt kan man se en utveckling där en allt större del äldre fått uppleva fler levnadsår med relativt hygglig hälsa. Allt detta ställer naturligtvis större krav på samhälleliga insatser både när det gäller äldre friska och äldre sjuka.

I demografiskt hänseende har Lerum i viss mån avvikit från landet i dess helhet.

Som ett förortssamhälle med stor andel barnfamiljer och unga människor var andelen pensionärer länge lägre i Lerum än i Sverige. Men även i Lerum märks under senare tid en klar tendens till åldrande befolkning. Andelen pensionärer i Lerum uppgick 1997 således till 12 procent. Folkökningen i Sverige har märkts genom att stora barnkullar sett dagens ljus under vissa perioder som 1940-talet, 1960-talet och åren omkring 1990. I övrigt har barnafödandet varit lågt. Ur befolknings-synpunkt har detta dock kompenseras genom nettoinvandringen under 1900-talets senare del. Sammanfattningsvis kan konstateras att svenskarna vid 1900-talet slut blivit ”fler, äldre, längre och fetare”.

Att befolkningsantalet under 1900-talet fördubblats och att människorna fått ökad medellivslängd, genomsnittslängd och genomsnittsvikt har flera orsaker. Störst betydelse har den allmänna välfärdsutvecklingen haft. Både genom offentliga och enskilda åtaganden har välfärdsinsatserna inneburit stöd även för eftersatta grupper.

En annan viktig bakomliggande faktor har den allt mer varierande och proteinrikare kosten varit. Höjd bostadsstandard med rinnande vatten och avlopp har medfört en väsentligt förbättrad personlig hygien. Risken för de tidigare florerande smittsjukdomarna har därmed avsevärt minskat. Rent medicinska framsteg har också bidragit till förbättrad folkhälsa genom att gamla folksjukdomar som tuberkulos, polio och difteri kunnat utplånas. Välfärden har emellertid också skapat sin egen sjukdomsbild. Minskad fysisk aktivitet och därmed en tydlig tendens till övervikt har i sitt släptåg framkallat en ökning av hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Landets åldrande befolkning har under de senare årtiondena också blivit mer exponerad för olika cancersjukdomar. Också demenssjukdomarna har ökat markant med ökande vårdbehov som följd. Tidigare då medellivslängden var lägre, dog människor i andra sjukdomar, innan cancer och demens hunnit bryta ut. Ett moln som på senare tid dykt upp på den medicinska himlen utgör immunbristsjukdomen aids.

## Landstingen bygger ut slutenvården

---

Hälso- och sjukvården har organiserats genom en politiskt styrd sjukvårdsmodell. Staten skötte den öppna vården fram till 1963 och landstinget den slutna vården på sjukhusen. Fram till 1963 var öppenvård och slutenvård två helt olika organisationer med olika huvudmän och budgetar. Sjukhusläkarna intog en dominant position inom Läkarförbundet. Inte minst genom sjukhusläkarnas agerande i landstingen kom allt större resurser att slussas till slutenvårdens

specialistvård och sjukhussektorn. Den statligt styrda öppenvården fick inte alls samma möjligheter, och provinsialläkar-systemet hamnade i bakvatten.

Eftersom staten fick allt större svårigheter att ge provinsialläkarna och därmed öppenvården de resurser och den utveckling som erfordrades, fick man till slut släppa ifrån sig ansvaret. Då landstinget 1963 tog över öppenvården, kom båda vårdformerna att sortera under landstinget. Det betydde att öppenvården

och slutenvården också fick samsas kring en och samma landstingsbudget. Även om landstingen satsade stort på uppbyggnaden av primärvården fortsatte sjukhusexpansionen i minst lika stor omfattning.

Sedan 1963 är alltså landstinget den politiska och administrativa aktören som haft det övergripande ansvaret för sjukvården på länsnivå. Vården är en viktig fråga för nästan alla medborgare. Vi betalar också en stor del, 12 procent, av våra inkomster till landstinget i skatt. Likväl har det varit en ytterst begränsad skara personer som brytt sig om landstingspolitiken. Därför har landstinget kunnat fortleva som en ganska anonym aktör. Landstingen har därmed intagit en fredad plats på en mellannivå mellan stat och kommun och kunnat fördela sina resurser mellan primärvård och sjukhusvård, utan att den stora allmänheten skaffat sig insyn i processen.

Det kan här vara lämpligt att applicera den redan omnämnda svenska modellen på förhållandena specifikt inom sjukvården. Liksom den svenska modellen utgick en modell inom sjukvården från samordning och samförstånd mellan jämbördiga parter. Förutsättningen var att primärvården – som öppenvården kom att kallas – och slutenvården vid sjukhusen kunde samsas som jämbördiga aktörer, där båda hade att ge och ta. Problemet var dock att aktörerna inte upplevde denna jämställdhet. Allt sedan Axel Höjers dagar hade den helt dominerande delen av resurserna slussats till sjukhusens specialistvård. En förklaring härtill var att sjukhusens specialistvård genom de medicintekniska landvinningarna kontinuerligt krävde allt dyrare utrustning och insatser. Men utvecklingen hade också påverkats av att sjukhusläkarna, som domi-

nant aktör inom Läkarförbundet kraftigt motsatt sig Höjers tankar på provinsialläkarväsendets och därmed öppenvårdens utbyggnad. Samma krafter fortsatte att verka under primärvårdens tid efter 1970. Det gjorde att även primärvården ansåg sig satt på undantag.

Älvsborgslandstinget rustade också upp sina sjukhus och byggde dessutom ett nytt – NÄL, Norra Älvsborgs Lasarett. I april 1983 togs första spadtaget till Näl och 1988 började patienterna flytta in. Detta väckte starka negativa känslor hos älvsborgslandstingets primärvårdsföreträdare. Man till och med satte in en ”dödsannons” om primärvårdens nära förestående fränfalle. Detta visade sig dock vara överdrivna farhågor, även om sparbetningen i primärvården samtidigt började kännas hårda .

I tider då landets ekonomi var god, kunde vårdsektorn i dess helhet tillföras växande resurser. Under sådana förhållanden ställdes landstinget – sedan man blivit huvudman för såväl den slutna vården som primärvården – inte inför några större problem att prioritera mellan de båda vårdformerna. Men som framgått kom ju samhällsekonomin från 1970 och under resten av 1900-talet att präglas av ett flertal kriser. Med ett kärvare ekonomiskt klimat ökade också risken för revirtänkande inom sjukvården.

Primärvårdens viktigaste kontaktyta med den slutna sjukvården har utgjorts av de enskilda klinikerna vid sjukhusen. Många kliniker har sett primärvården främst som en instans som levererar remisser. Därmed har sjukhusen ofta intagit en nedlåtande hållning gentemot primärvården. I stället för samförstånd och samverkan har revirtänkandet mellan primärvård och slutenvård inte sällan

skapat stridigheter. Den slutna sjukhusvården har lagt beslag på cirka 90 procent av vårdkostnaderna. Detta till trots har politikerna – enligt primärvårdens företrädare – inte vågat bryta slutenvårdens monopolställning i fråga om resurstilldelning.

På samma sätt som den svenska modellen med tiden urholkades och försvågades, kom också den modell om samförstånd som var tänkt inom sjukvården att till stor del kapsejsa.

### **Placeringen av Dalslands sjukhus**

*Ett exempel på hur lokala och regionala sjukvårdsaktörers hamnade i intressekonflikt kan hämtas från Dalsland, som tillhörde norra delen av Älvsborgs län. Vid mitten av 1920-talet aktualiserades frågan om ett sjukhus för Dalsland. Om lokaliseringen av ett sådant sjukhus hade man då tvistat i cirka 40 år. Förste provinsialläkaren i Älvsborgs län hade 1919 förordat Billingsfors, som redan hade sjukstuga. Industrierbetskraften i landskapet var koncentrerad till norra delen med bland annat Billingsfors. Lokala företrädare från orterna i den norra delen argumenterade för en placering i Billingsfors med hänvisning till att olycksfallsrisken i industriarbetet motiverade närhet till sjukhus och vård. Trots argumenteringen vann förste provinsialläkarens förslag om Billingsfors inte tillräckligt gehör. I stället kom landskapets geografiska mittpunkt, Bäcke-fors, att segla upp som ett motalternativ. Lokaliseringen till Bäcke-fors motiverades med att orten låg mitt i landskapet och att patienterna därmed skulle få ungefär lika långt till sjukhuset. Från Billingsfors och andra industriorter i norra Dalsland framhölls att Bäcke-forsområdet hade ett mycket litet befolkningsunderlag, och därifrån sågs ett sjukhus i Bäcke-fors som en placering i "mitten av ingenting".*

*Efter olika turer togs i landstinget i slutet av 1920-talet ett principbeslut om att Dalslands sjukhus skulle placeras i Bäcke-fors. Sjukhuset i Bäcke-fors invigdes 1931, och samma år lade landstinget ner verksamheten vid Billingsfors sjukstuga. En viktig förklaring till att sjukhuset hamnade i Bäcke-fors var, att man i en folkhögskolerektor i Färgelanda hade en driftig landstingspolitiker. Som verksam i Färgelanda, i södra delen av landskapet, arbetade han målmedvetet för Bäcke-forsalternativet.*

## Primärvården skapas

Primärvården skapades i slutet av 1960-talet, en tid av god samhällstillväxt, och växte fram, som det kändes, mycket oberoende av att konjunkturen snart sviktade under 1970-talet. Först på 1980-talet bromsades utvecklingstakten.

Primärvården utvecklades ur tidigare former av öppen vård, främst representerad av de gamla provinsialläkar- och distriktssköterskesystemen. Den nya sjukvårdslagen och sjukvårdsstadgan 1962 – 1963 lade grunden för omdaning. Genom olika förändringar av den gamla organisationen, bland annat överförandet år 1963 av huvudmannaskapet för provinsialläkarna till landstingen, påbörjades successivt en utveckling av den öppna vården. Härigenom kom såväl dess roll som en del i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet som dess innehåll och former att påverkas. Utvecklingen understöddes och förstärktes genom det utrednings- och policyskapande arbete som

utfördes av Socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och även Kommunförbundet. Spri stod för ”Sjuk- och socialvårdens Planerings och RationaliseringsInstitut” och skapades 1968 för att främja utvecklingen genom att stödja utvecklingsprojekt. Spri avvecklades år 2000.

### Socialstyrelsens öppenvårdsvision 1969

I Socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1969) betonades starkt behovet av en utbyggnad av den öppna vården i riktning mot flerläkarmottagningar. Enheter med mindre än tre läkare skulle i allmänhet inte förekomma. Det skulle ta några årtionden innan man närmade sig det målet, se tabell. Vid större vårdcentraler borde ett flertal specialistutbildade läkare vara verksamma. Ett växande engagemang från vårdcentralernas läkare förutsattes, när det gällde det

Utveckling av vårdcentraler och läkarstationer 1978 – 1985  
Antal läkarstationer/vårdcentraler respektive år

Läkarst/vårdc (Antal läkare)	Antal 1978		Antal 1980		Antal 1982		Antal 1984		Antal 1985	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
I (1)	248	(36)	200	(27)	149	(20)	103	(13)	88	(11)
II (2)	171	(25)	188	(26)	221	(29)	222	(28)	206	(26)
III (3)	89	(13)	128	(18)	134	(17)	157	(20)	168	(21)
IV (4)	75	(11)	68	(9)	103	(13)	127	(16)	122	(15)
V (5-10)	97	(13)	130	(18)	134	(18)	163	(21)	201	(25)
VI (11 -)	14	(2)	16	(2)	23	(3)	19	(2)	15	(2)

hälsovårdande arbetet. Vidare pekades på fördelarna med en samordning av vårdcentraler och sjukhem samt möjligheten av att etablera dagcenterverksamhet för såväl kroppsligt som psykiskt sjuka åldringar men även för psykiskt utvecklingsstörda och handikappade. I programmet förordades också att andra samhälleliga serviceorgan, som exempelvis apotek och försäkringskassa borde förläggas i anslutning till vårdcentral.

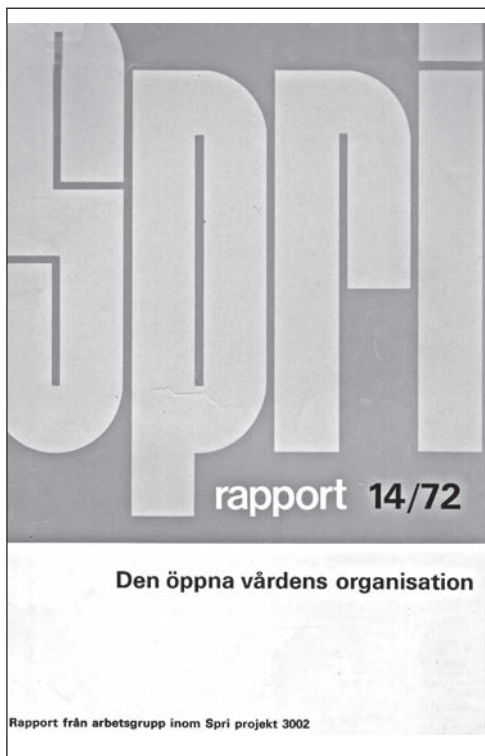
I principprogrammet ingick som grundförutsättningar dels att det var möjligt och eftersträvansvärt att överföra diagnostik och terapi från slutet till öppen vård, dels att den öppna vården i stor utsträckning kunde frigöras från sjukhusvården och decentraliseras till välutrustade enheter med annan lokalisering. Dessutom skulle en ökad samordning av hälso-,

sjuk- och socialvård komma till stånd

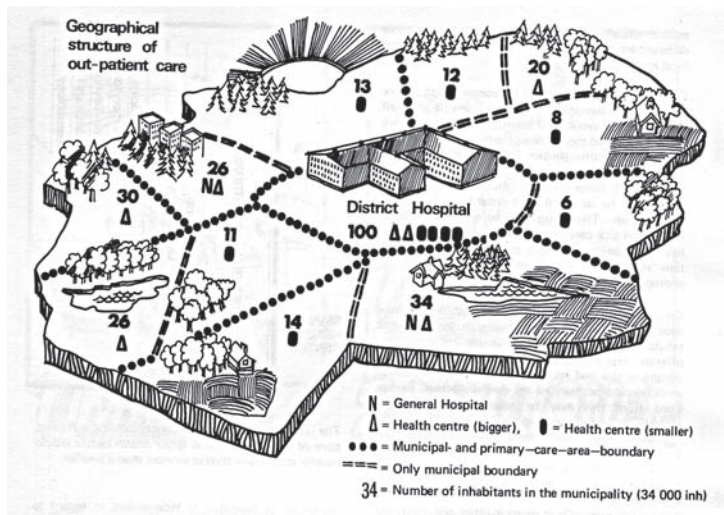
Tankegångarna i socialstyrelsens program vidareutvecklades i ett arbete som bedrevs i Spri:s regi och rapporterades i Spri-rapport nr. 14/72 om den öppna vårdens organisation. Här användes för första gången officiellt beteckningen primärvård för den offentliga öppna hälso- och sjukvård som kunde bedrivas utanför sjukhusens klinikmottagningar. Vidare beskrevs innebörden i begreppet primärvårdsområde.

Med primärvård avsågs enligt rapporten "en i landstinget organisatoriskt sammanhållen öppenvårdsverksamhet utanför sjukhus" eller som det står:

*"Öppen vård i ett geografiskt begränsat område, dimensionerat på sådant sätt att huvuddelen av befolkningens behov av specialiserad öppen vård skulle kunna tillgodoses inom området. Området kunde bestå av flera kommuner eller utgöra del av större kommun med minst en vårdcentral i varje kommun eller kommundel. Specialiserad vård kunde baseras på en större vårdcentral med förgreningar till mindre vårdcentraler inom primärvårdsområdet. De mindre vårdcentralernas viktigaste uppgift skulle vara att ge närhetsservice i hälso- och sjukvårdsfrågor samt samverka med andra verksamheter inom vårdsektorn och med socialvården. Det rent sjukvårdande arbetet vid de mindre vårdcentralerna förutsattes bli av allmänmedicinsk karaktär med viss specialistmedverkan, främst inom barnmedicinen, utformad som konsultverksamhet för läkare från närmaste större vårdcentral."*







## Älvsborgslandstinget anammade primärvårdsmodellen

Förändringarna av den öppna vården kom att bli varierande i de olika landstingen. Primärvårdsbegreppet anammades dock helt av Älvsborgslandstinget. Tolkningen följde distriktsläkarens ansvar enligt dåvarande sjukvårdslagstiftning. Läkar-distrikten som beslutats omfatta de under 1960-talet bildade kommunblocken blev primärvårdsområden. Det skulle finnas minst en vårdcentral i varje kommun/primärvårdsområde.

Man behöll i landstinget den specialiserade öppna vården vid lasaretten anknutna till klinikerna. Sjukhusens öppna specialiserade vård ansåg man inte kunna betecknas som primärvård. Specialistläkare i öppen vård vid Alingsås lasarett tillkom under 1980-talet med två gynekologer, två psykiater, två ögonläkare och en öronläkare.

Undantagna var barnläkare som kunde lokaliseras ute i läkar-distrikten vid vårdcentralerna. De fick då tjänstekonstruk-

tionen distriktsläkare tillhörande primärvårdsorganisationen. Denna konstruktion visade sig kontroversiell. Lasarettsläkarna ansåg i början att barnläkare skulle vara knutna till sjukhusklinikerna. Detta löstes genom en funktionell samverkan. Tjänstekonstruktionen för barnläkarna motive-rade med att alla som arbetar på vårdcentral, i primärvården, måste ha samma mål och kontaktvägar. Distriktsbarnläkare kom att verka i Alingsås och Lerums primärvårdsdistrikt. I Lerum anställdes den första distriktsbarnläkaren 1976 och ytterligare en 1978. De fick i början en egen fristående mottagning i det så kallade Pomonaområdet i centrala Lerum. Senare samlokaliseras de med allmänläkarna i en ny stor vårdcentral i Lerum.

Primärvårdens läkare, distriktsläkaren, motsvarade i egenansvar läns-sjukvårdens överläkare. Detta gällde också tillsättningsregler enligt sjukvårdslagen. Distriktsläkaren kunde omfatta olika specialistutbildningar, i vårt fall allmänmedicin och pediatrik (barnmedicin).

# Primärvårdens innehåll och mål

---

## Vårdcentralen

Basenheten i primärvården var vårdcentralen med distriktsläkare, distriktsköterskor, barnmorskor, distriktsjukgymnaster, distriktsarbetsterapeuter och mottagningspersonal som i samarbete tog ett primärt ansvar för befolkningens hälso- och sjukvård inom ett geografiskt avgränsat område, i regel på högst 15000 invånare, en primärkommun eller del av en sådan. I vårdcentralerna fanns all primärvårdspersonal med distriktsläkare (allmänläkare och barnläkare), den personal som arbetade på läkarmottagningarna, distriktsköterskor och barnmorskor med deras mottagningspersonal, distriktsjukgymnaster och distriktsarbetsterapeuter. Sjukhem med hemsjukvård och så småningom också tandvården med tillhörande personal anslöts ofta lokalmässigt till vårdcentralen. Apoteken anslöts också.

## Primärvårdens Innehåll

Bodelningen av den öppna vården i sjukhus och primärvård innebar att man hade olika innehåll och målsättningar för verksamheterna

Primärvårdens ansvarsområde var befolkningens primära behov av hälso- och sjukvård i betjäningsområdet. Detta innefattade mottagningsverksamhet, sjukvård i hemmen, sjukhemsvård/dagsjukvård, hälso- och sjukvårdsservice till primärkommunal verksamhet och förebyggande verksamheter.

Sjukhemmen och dagsjukvården ingick i primärvårdens ansvar fram till år 1992. Genom den så kallade Ädelreformen fick då primärkommunen ett hälso- och sjukvårdsansvar och tog därmed över sjukhemsverksamheten och de delar av distriktsvården som omfattade hemsjukvård. Till dess hade någon av distriktsläkarna medicinskt ledningsansvar för sjukhemmen och gick regelbunden rond på enheterna och distriktsköterskorna hade haft hemsjukvårdsuppgifter. Istället inrättades sjukskötersketjänster med vårdansvar inom kommunen.

Primärvårdsläkare och distriktsköterskor skulle bistå primärkommunen med hälso- och sjukvårdsservice till skolhälsovården, till eventuella alkoholtagningar och till serviceboende och ålderdomshem såvida verksamheterna inte hade egen kommunalt anställd personal.

Den förebyggande verksamheten i primärvården innebar ett folkhälsoansvar med både primär och sekundär prevention. Primärpreventionen innebar hälsouppllysning, vaccinationsverksamhet och annat smittskyddsarbete. Sekundärpreventionen innefattade patientupplysning och tidig behandling av folksjukdomar som högt blodtryck och diabetes, fetma och tobaksrökning, arbetsrelaterade sjukdomar som besvär i rörelseapparaten. All personal skulle bedriva förebyggande insatser i sitt arbete. I den förebyggande verksamheten ingick som tidigare barn- och mödrahälsovården.

## Primärvårdens mål

### Närhet, Tillgänglighet, Kontinuitet, Kvalitet/säkerhet, Helhetssyn och Samverkan.

I sammanhanget myntades begreppet "Lägsta Effektiva Omhändertagande-Nivå" (LEON). Man ansåg att en utbyggd primärvård med sina lokala kontaktytor och god kommunikation med länssjukvården skulle ge effektivare och billigare vård och omhändertagande. I denna tanke låg också en önskan om att primärvården skulle bli "gatekeeper" (grindvakt) gentemot sjukhusens dyrare vårdform. Genom att uppfylla primärvårdens mål skulle människor välja vårdcentralens resurser i första hand och inte primärt söka sig till sjukhusen. Det senare hade blivit allt vanligare under provinsialläkartidens resursbrist och den kraftiga satsning som skett på sjukhusens öppenvårdsverksamhet. Målet blev att 75 procent av all öppenvård skulle bedrivas inom primärvården.

## Områdesansvar

Provinsialläkaren hade alltid haft områdesansvar i form av avgränsade läkar-distrikt. Områdesansvaret innebar en mängd skyldigheter gentemot befolkningen och centrala myndigheter. Han var både folkets tjänare och dess lokala myndighetsperson i hälso- och sjukvårdssammanhang, vilket fastslogs i provinsialläkarinstruktionen. Han hade genom denna tjänstekonstruktion redan personifierat primärvårdens mål: Närhet, Tillgänglighet och Kontinuitet för befolkningen i sitt distrikt.

Områdesansvaret för den nya primärvårdsorganisationen var både geografiskt och innehållsmässigt. primärvårdsorganisationen behöll man det primära ansvaret för befolkningens hälsa inom betjäningssområdet/primärvårdsområdet. Sjukvårdsansvaret omfattade alla dygnets timmar och alla som vistades i området både fast och tillfälligt. Myndighetsansvaret försvann och ersattes av ett samverkansansvar.

I England, som alltid haft en väl utbyggd och områdesanknuten öppen vård utanför sjukhusen (GP:s – general practitioners, distriktsläkare), ansåg John Fry, en av primärvårdens föregångsgestalter, att det var av stor betydelse att en GP lärde känna sin befolkning och att den kunskapen inte bara var något som patienterna uppskattade utan dessutom underlättade servicen till klientelet.

*"Each patient lives and works in his or her own community with its own trades and occupations, its own social mores, its own economic and allied resources and its own problems. Each patient and each family must be diagnosed, treated and cared for with due attention and understanding of the special personal, family and community factors."*

## Jourcentraler

Provinsialläkaren var ständigt i tjänst utan någon kompensation för arbetet på "obekvämtid". Under 1950- och 1960-talet blev det möjligt att dela ansvaret med grann-distriktsläkaren halva lördagar och söndagar, såvida man inte hade dubbel-förordnande för distrikten. När provinsialläkarna/distriktsläkarna fick reglerad

arbetstid, 42,5 timmar i veckan år 1970, försvann omgående 20 – 40 läkararbetstimmar/vecka. Distriktsläkarna var fortfarande få, och i realiteten minskade antalet funktionellt med närmare 50 procent.

Läkar-distrikten som efter nyordningarna 1969 omfattade primärkommunen var inte tillräckligt stora för att ha underlag för läkararbete på obekvämtid. Större jourkedjor var en nödvändighet för att få ekvationen att gå ihop. Man skapade jourcentraler där flera läkare samverkade med arbetet under ”obekvämtid”. I Mittenälvsborg placerades en sådan vid

en vårdcentral i Alingsås intill lasarettet. Jourcentralen betjänade fyra läkar-distriktsbefolkning på kvällar, nätter, lördagar och söndagar. Bemanningen skulle de ordinarie läkarna från distrikten stå för. Kompensationsersättning i form av ledighet motsvarande arbetet utöver den reglerade arbetstiden infördes. Detta innebar en reduktion av läkararbetstiden på de enskilda vårdcentralerna, vilket i sin tur minskade möjligheten att ge den lokala befolkningen motsvarande tid för besök hos läkare.

## Brobacken i Lerum, en första vårdcentral

I det 1969 nyuppförda Hälsohuset på platsen för den gamla enläkarmottagningen vid Brobacken i centrala Lerum inrymdes en vårdcentral i två plan. I bottenplanet fanns distriktssköterskor och barnmorskor med sina mottagningar inklusive barn – och mödrahälsovård. I plan två var en treläkarstation. I huset fanns dessutom folktandvård liksom socialtjänst, skolkontor och delar av kommunadministrationen. Apoteket flyttade också över från de gamla lokalerna till Hälsohusets gatuplan mot Brobacken. Denna samlokalisering gjorde att man kunde beteckna Hälsohuset på Brobacken som Mittenälvsborgs första egentliga vårdcentral.

Planlösningen innebar att varje läkare hade en expedition med ett undersökningsrum på vardera sidan. Utrymmena avgränsades mot de gemensamma utrymmena av dörrar. På så sätt blev läkarna ganska isolerade nästan som – tre ”enlä-

karstationer” i vårdcentralen. Kanske var orsaken till planlösningen påverkan från de ”gamla” provinsialläkarna i Lerum. Gemensamma utrymmen var: Reception, väntrum, två behandlingsrum, laboratorium samt förråd och ett extrarum som snart fylldes upp av en underläkare (AT-läkare, se senare under Utbildning). Bemanningen var tre ordinarie läkare Bengt Dahlin, som flyttade hit från Gråbo läkarstation; Gunnar Hedelin och Bengt-Ivar Nöjd, bägge nyanställda

Distriktsläkare Gunnar Hedelin mindes: *”Förutomsköterskor, undersköterskor och sekreterare hade vi redan vid starten 1970 en laboratorieassistent, något helt nytt i landstingets öppna vård. Anmärkningsvärt var också att vi hade egen röntgenapparat med genomlysning, samt rörpost mellan kassan och läkarexpeditionerna. Mottagningen präglades av många läkarbesök och inte särskilt utpräglat*

Brobackens läkarstation hade redan i början på 1970-talet "specialmottagningar" för att öka servicen och ge bättre effektivitet.

### 50 LITER BLOD GICK ÅT TILL BLODPROVER



Förra året tog vi 13.600 blodprover. Det motsvarar ungefär 50.000 ml blod. De flesta blodprover utgörs av sänkan (SR) 5.240 st och blodvärdet (HB) 4.898 st. Vi sänder också många prover till Centrallasarettet för specialbedömning (3.582).

Vi tog ungefär 19.500 urinprov eller nästan 300 liter urin. De flesta tog vi för att prova socker och äggvita.

### URINDISPENSÄR FÖR BÄTTRE KONTROLLER



Har man haft urinvägsinfektion får man lämna in tre urinprov på dispensären med olika mellanrum. Nya infektioner kan då upptäckas i god tid. Kontrollerna kostar ingenting.

301 patienter gick på kontroll under förra året. På 83 av dessa upptäcktes en förnyad infektion!

teamarbete. Dock hade vi både en blodtrycks- och en urindispensär. Vi hade många jourpatienter varje dag. I övrigt var väntetiden för ett läkarbesök ofta minst cirka en månad.

År 1977 genomförde vi projektet Löpande vårdplanering, som innebär en strukturerad prioritering bl.a. med fyra olika kategorier av brådskegrader i våra tidböcker. Det ledde till en mycket mer balanserad och välplanerad mottagning."

Också distriktsläkare Bengt-Ivar Nöjd hade minnen att berätta:

"Trots att det är mer än 30 år sedan minns jag åren på treläkarstationen mycket bra. Det var fem mycket roliga och lärorika år. Gunnar, Bengt och jag utgjorde basen. Vi hade oftast en

AT- eller FV-läkare till hjälp (mestadels hjälp - ibland belastning). Efter som Bengt även var blockchef för hela Södra Älvsborgs primärvård hade vi ersättare för den tid han var borta från mottagningen bl.a. tjänstgjorde Bengt Rydén, Lasse Hedström och Per Robert Johansson. Epokgörande utvecklingsarbete utfördes i samarbete med SPRI, vi tog fram den så kallade Lerumsmodellen, som sedan spreds över landet. Väntelistorna avskaffades, arbetet löpte friktionsfritt och patienterna var belåtna. Genom den "lokala rehabgruppen" stärktes samarbetet med Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialtjänsten. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter blev naturliga samarbetspartners.



### MOTION FÖR BÄTTRE FORM

För alla patienter som söker för övervikt finns motionsverksamhet vid Brobackens läkarstation. Ann-Marie Jonsson från Skid- och friluftsförbundet, leder träningen, som är utomhus på 1 timme varje gång.

Efter 3 månader har deltagarna gått ned i genomsnitt 4 kg per person.

Många har blivit så bitna av motionen att det finns hopp om varaktig viktnedgång, vilket inte finns vid diverse andra bantningskuror.

Landstinget utvärderar också denna verksamhet för att kunna starta liknande på andra håll.

*Vi tre läkare led ej av stressymtom trots att vi även skötte alla bisysslor, BVC, skolor, ålderdomshem och sjukhem, samtidigt som patientgenomströmningen var stor. En av oss var "dagjour", men vi hjälptes åt. Jag minns en måndagsförmiddag då anstormningen var särskilt stor, tillsammans klarade vi av 50 akutfall under förmiddagen. På grund av att vi hjälptes åt kunde vi äta lunch tillsammans. Men det var inte bara vi tre läkare som skötte det hela, vi hade mycket bra medarbetare i sjuksköterskor, undersköterskor, biträden och sekreterare. Samarbetet med distriktsköterskorna fungerade också mycket bra. Synd att den modell vi gemensamt byggde på Brobacken har rasrats. Vad finns kvar av primärvårdens "närhet, kontinuitet och kvalitet"?"*

### "Lerumsmodellen"

Det största problemet för den nya vårdcentralen i Lerum var att efterfrågan på vård var större än det fanns personalresurser för. Köerna växte till läkarmottagningen. Telefonen blockerades. Men inte bara det. Folk tyckte att det var svårt att hitta rätt, nå fram, få tala med sjukvårdskunnig person, få hjälp. Många tyckte att väntetiden före ett besök var för lång. Ett vanligt system var att ha långa väntelistor, där man av kontorist placerades sist i kön allt eftersom man kontaktat vårdheten. Väntetiden i väntrummet upplevdes ofta alltför lång, inte minst då tidsbeställning inte införts. Att inte få träffa samma läkare som vid tidigare besök var irriterande, då man fick upprepa sin sjukdomshistoria gång på gång. Ytterligare ett missnöje var att upp-

repade gånger från telefonkontakten till mottagningen (kassörskan, provtagningspersonalen, läkaren) få svara på frågan ”Vad söker ni för?”

Befolkningen var allmänt missbelåten med servicen. Vårdcentralen tog då hjälp av Spri (Sjukvårdens och Socialvårdens rationaliserings institut) och tillsammans utvecklade man ett vårdplaneringssystem för att lösa problematiken.

År 1973 påbörjades i Lerum arbetet med att försöka hitta former för att närma sig primärvårdens mål. Det blev en ”löpande vårdplaneringsmodell” som kom att spridas över hela Sverige. Kanske var det första gången man i ett vårdlag i landstinget arbetat mot gemensamma mål. Resultatet presenterades i Sprirapport 3/77 ”Handbok för löpande vårdplanering vid vårdcentralen i Lerum”.

### **Hur man löste problemen med tillgänglighet och kontinuitet**

Grundläggande för det planeringssystem man skapade var att de som kontaktade sjukvården skulle erbjudas den vård de behövde och som sjukvården kunde ge. Ingen skulle få avvisas utan någon form av hjälp. Många kunde få råd till egenvård redan per telefon, om man hade en sjukvårdskunnig telefonmottagare. Andra behövde inte gå omvägen via besök hos läkare vid vårdcentralen utan kunde hänvisas direkt till länssjukvården. Detta förutsatte överenskommelser om hänvisningsrutiner mellan länssjukvård och primärvård. Åter andra kunde, om vårdcentralens resurser inte fanns för problemet i fråga, hänvisas till privatpraktiserande läkare.

Detta innebar en hel del förändringar av verksamheten: Framför allt skulle det vara lätt att komma fram per telefon och få tala med en sjukvårdskunnig person och att få hjälp.

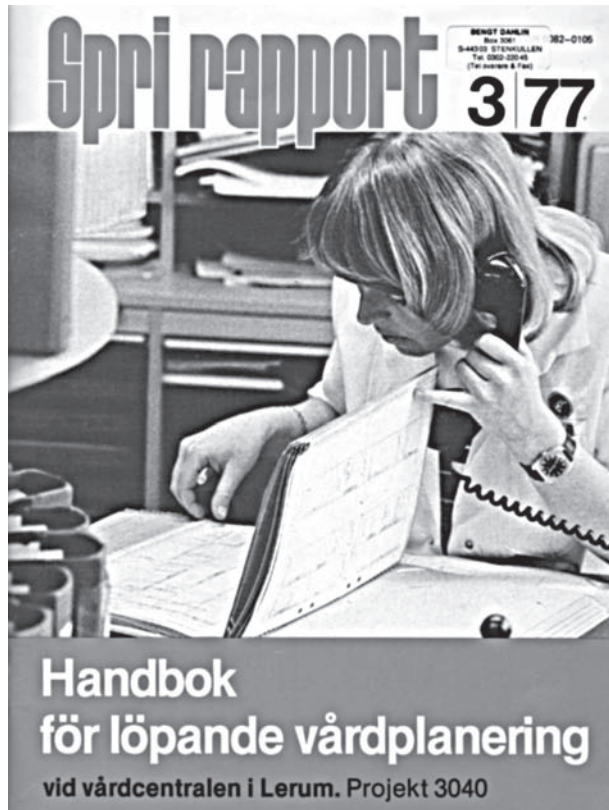
*”Alla som sökte vård skulle i princip omedelbart kunna få kontakt med sjukvårdskunnig person och därigenom hjälp att ordna erforderliga kontakter”.*

Väntetiderna hemma för besök på enheten skulle vara acceptabla med hänsyn till problemets art. En patient som kunde vänta någon dag skulle inte tvingas uppsöka en annan mottagning på grund av oro för problemet. Detta innebar vårdansvar med hög tillgänglighet, ett av primärvårdens mål.

Dessutom skulle patienten vanligen få träffa ”rätt” läkare det vill säga den som patienten träffat vid tidigare besök eller den som är speciellt kompetent att ta hand om problemet. Man ville uppfylla ytterligare ett av primärvårdens mål, patient/läkarkontinuitet. Patienten skulle på alla sätt få god service. Till exempel väntetiden i väntrummet skulle vara kort och anpassas till vårdbehovet.

### **Vårdplaneringsmodellens innehåll**

Viktiga delar i planeringen var Patientmottagarfunktionen, Informations- och bokningssystemet och, mycket viktigt, ledningens planering för hur vårdcentralen med tillgängliga resurser skulle klara de besök man åtagit sig och hur den skulle möta nya vårdsökande.



De redskap man utvecklade för att nå målen var: Patientmottagarfunktionen; Registret ”Kontaktorsaker – åtgärder”, som angav vilken åtgärd som normalt borde väljas för olika orsaker/problem patienten uppgav vid kontakten med vårdcentralen; En brådskegradsindelning av de problem patienterna sökte för; Ett vård- och resursplaneringskoncept till ledningens hjälp att planera mottagnings-tiderna. Och som ett kommunikations-medel, en innovation; En registrerings- och planeringsblankett (R/P-blankett), där all information samlades från patientens första kontakt med patientmottagaren, genom mottagningsbesökets olika faser och till planeringen av nästa besök.

### **Befolkningsansvaret – Tillgängligheten**

Ansvar för hälso- och sjukvården i distriktet var en central uppgift för primärvården under 1970 och 1980-talen. Befolkningsansvaret innebar förutom sjukvård också ett folkhälsoansvar, att förebygga sjukdomar i befolkningen. Tillgängligheten till primärvården var en nyckelfråga. Utan tillgänglighet kunde vårdcentralen inte ta sitt befolkningsansvar, hur duktig man än var på att bota sjukdom.



## Telefontillgänglighet

”Telefontid” var vanligt förekommande för att minska störningarna till mottagningarna. För mottagningen innebar annonserad telefontid att telefonlinjerna blockerades (skyddsmur mot befolkningen). Det fick inte förekomma. ”Telefontid” upplevdes oftast av patienten som lång väntan i telefonkö eller av ständig upptagetton.

För att i görligaste mån bidra till ökad telefontillgänglighet skaffade man fem ingående linjer (linjetagare) och det fanns alltid minst två personer, varav en sjuksköterska, som kunde svara på inkommande samtal. Om patienten behövde läkarkontakt per telefon var det läkarna som ringde upp på avtalade tider. Detta för att inte ge köer i telefonsystemet, vilket skulle minska tillgängligheten och ge sämre service till befolkningen.

Av samma anledning, för att minska inkommande telefonsamtal, beslutades återbesöken utan telefonkontakt. Man kallade återbesökspatienter per brev.

Om återbesöket var inom ”planeringshorisonten” det vill säga den tid då man kunde planera besöken på mottagningen, då läkarnas tider var bokningsbara, fick patienten omgående sin återbesökstid. Man sände provsvar per brev enligt särskilt formulär.

## Patientmottagarfunktionen

Patientmottagaren, den som hade första kontakten med patienten och patientproblemen, var en nyckelperson i vårdplaneringen för att leva upp till primärvårdsmålet – tillgänglighet till vården. Den vårdsökande skulle utan besvär och dröjsmål kunna få kontakt med sjukvårdskunnig person (sjuksköterska) under hela den tid mottagningen var öppen. Patientmottagarens uppgift var att göra en första bedömning av den vårdsökandes besvär/problem/symtom. Med ledning av det överenskomna åtgärdsregistret fattades beslut om handläggningen av patientens problem. Det kunde bli råd för egenvård, besök på mottagningen hos sjuksköterska eller läkare med den brådskegrad åtgärden

### Ett exempel på överenskommelse med lasarettsmottagning:

”Fall” som kan hänvisas direkt till medicinklinik (enl. Boråskliniken)

- Som regel alla ”ambulansfall”
- Medicinska katastroftillbud som lungödem, drunkning,
- Akut medvetanderubbning – om inte transporten är för lång.
- Rejäl blödning från mag-tarmkanalen (ev. till kirurgklinik.).
- Blodhostning (ev. lungklinik).
- Akut påkommen svårare bröstsmärta.
- Akut påkommen svårare andfåddhet.
- Plötsligt debuterande förlamning.
- Epileptiskt anfall.
- Förgiftning.
- Patient som regelbundet kontrolleras eller utreds vid med. mott. Och som akut försämrats och bedöms behöva läkarkontakt.

till exempel sjukhusklinik. De flesta problemen löstes av patientmottagaren med enkel rådgivning eller besök hos sjuksköterska. Hänvisningsrutinerna var överenskomna med respektive klinik. Utbildning av patientmottagare med underlagsmaterial i form av "Instruktionspärm för sjuksköterska med rådgivnings- och hänvisningsfunktion" togs fram. Eftersom flera sjukvårdshuvudmän satsade på jourcentraler och "sjukvårdsupplysning" med sjuksköterska som första kontaktperson i vården, kom Socialstyrelsen med anvisningar för denna funktion. Anvisningarna reglerade sjuksköterskans ansvarsområde och kontakten med läkare.

## Registret "Kontaktorsaker – åtgärder"

Kontaktorsaks-/åtgärdsregistret, KÅR var ett vårdcentralens vårdprogram som angav ambitionsnivån med kontrakt för olika åtgärder. Det skulle också ge ett rättvist omhändertagande inom upptagningsområdet. Det gav underlag för fortlöpande diskussioner om vårdpolicyn på enheten, resursutnyttjandet och handläggningen av patientproblemen. Dessutom blev det underlag för diskussioner med länssjukvården om hänvisningsrutiner för att ge ett effektivare resursutnyttjande.

Kontaktorsak	Åtgärd	Brädskegrad	Beräknad läkartid	Provtagningar, undersökningar, anm
<b>INFEKTIONSSJUKDOMAR – FEBERSJUKDOMAR</b>				
Halsfluss – halsont med hog feber	Besök läkare Rådgivn läkare	1		
Halsont längre tid utan feber	Besök läkare	2	20	
ÖLI	Rådgivn sjuksköt			Se "råd febersjd"
Luftrörskatarr – långvarig hosta	Besök läkare	2	20	SR
Influensa	Rådgivn sjuksköt Rådgivn läkare Besök läkare	1		Se "råd febersjd" Ev hembesök Ej förbättrade efter 1 vecka, SR, urintest, sediment ev vita
Infektion m m, bättre men behöver intyg	Besök läkare	1 el 2	10	
Oklara hudslag med feber	Hänvisn distr sköt			Hos vuxna ev hembesök
Akuta öronsmärtor	Besök läkare	1		
Rinnande öra	Besök läkare	1		
Magsjuka, (kräkningar, diarréer)	Rådgivn sjuksköt Besök läkare	2	20	
Kräkningar, diarréer hos barn under 2 år	Hänvisn barnmottagn			
UVI med feber – cystopyelit	Besök läkare	1		Urintest, sediment, dipslide
UVI – blåskatarr – urinvägsbesvär	Rådgivn sjuksköt Besök läkare	1		Urintest, sediment – dipslide
Feber utan känd orsak 1-3 dagar	Rådgivn sjuksköt			Se "råd febersjd"
Feber 4-5 dagar	Rådgivn sjuksköt Rådgivn läkare Besök läkare	2	20	Se "råd febersjd" Hb, ev SR, sediment
Feber hos äldre	Rådgivn läkare Besök läkare	2	20	Ev hembesök

## Kontaktorsaker

Kontaktorsakerna som listas i KÅR var en blandning av symtom och diagnoser som man av erfarenhet visste patienten sökte för i primärvården. Kontaktorsakerna kunde variera beroende på var och av vilka mottagningar de utformades för. Under början av 1980-talet systematiserades de av Britt-Gerd Malmberg, distriktsläkare i Sundbyberg, och Bengt Dahlin i en symtomklassifikation ”Kontaktorsaker – ett förslag till klassifikationssystem i primärvården”, Spri 1983.

Sammanfattningsvis var KÅR: ett vårdprogram, ett prioriteringsinstrument (vad vårdcentralen klarade av medicinskt och resursmässigt), ett kommunikationsmedel (primärvård – länssjukvård) och ett utbildningsinstrument.

## Brådskegradsindelningen

Före införandet av vårdplaneringssystemet fick patienterna tid i den ordning de ringde och beställde tid för läkarbesök. Väntetiden blev oftast en månad eller mer för ”icke akuta fall”. De som inte ansåg sig kunna vänta kom på akutmottagningen, någon läkare hade sådan varje dag. ”Akutfallen” ökade ständigt med långa väntetider i väntrummet som följd av den oplanerade verksamheten. Det saknades då också tider för återbesök efter akutbesöken. Det blev mer eller mindre kaos med dålig patient/läkarkontinuitet, lång väntan i väntrum, kort tid för patienten hos läkaren och irritation mellan patient/vårdteam och inom vårdteamet.

Vår lösning blev att dela upp de väntande i olika grader av brådska och alltid försöka ha tillräcklig tid avsatt för patienter som behövde komma.

- inom 1 – 2 dagar (brådskegrad 1 - röda tider i bokningsschemat).
- inom en vecka (brådskegrad 2 blå tider i bokningsschemat).
- inom en månad (brådskegrad 3 gröna tider i bokningsschemat).
- Oprioriterade besök och åter besök längre bort än fyra veckor (planeringshorisonten) gavs brådskegrad 4 – gula tider.

Patientbesöken registrerades i tidscheman som fördes veckovis med en ”planeringshorisont” på fyra till åtta veckor. Under planeringshorisonten var läkarnas tidscheman spikade och det behövdes mycket för att ändra läkarnas engagemang. Tidsschema med färgmarkeringar – se CD-skivan

## Tid för läkarkontakten

Läkartiden var ”vår dyraste resurs”. Policyn var att patienten i princip inte själv skulle bestämma om användningen av läkartiden. ”Tidsbeställning” fick inte förekomma. Varje kontakt skulle bedömas medicinskt och övervägande skulle göras angående egenvård/rådgivning, hänvisning eller tid till den egna läkaren.

Den vanliga tiden för ett beslutat läkarbesök inklusive journaldiktering var 20 minuter, två moduler i tidboken. En modul kunde användas vid besök där läkaren fick hjälp av sjuksköterska och undersökning och receptskrivning gick fort, exempel oroninflammation. Besökstiden fick också anpassas till läkarnas arbets sätt. Vid ett återbesök bestämde läkaren själv tiden. Efterhand kom besökstiden att öka. 30 minuter blev allt vanligare för ett patient/läkarmöte. I och med att kraven på journalföringen ökade, behövdes också längre tid för att avsluta besöket.

Lerums Läkardistrikt

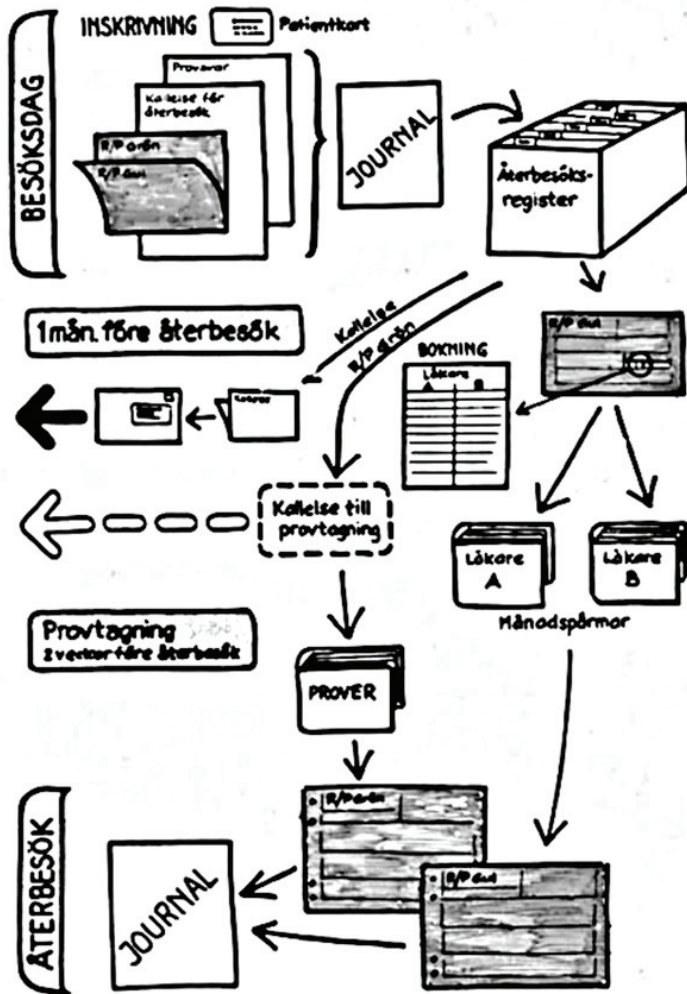
Tidsschema vecka nr: 48 4: Ex 3 A

Veckodag **MÅN** -dagen **76** år **11** månad **22** dag

Läkare	Läkare	Läkare	Läkare	Läkare
<i>P. Andersson</i>	<i>B. Bengtsson</i>	<i>C. Carlsson</i>	<i>D. Davidsson</i>	
1	4	2	4	
		TEL TID		
1	3	4	TEL TID	
			4	
	LUNCH	3	LUNCH	
LUNCH		PROV SVAR		
3	1		B. V/C.	
	2	LEDIG		
1	2		3	
Anm				



# BEVAKNINGS- och KALLELSERUTIN



## Erfarenheter av vårdplaneringssystemet

Erfarenheter efter några års användning av vårdplaneringssystemet blev till exempel att:

- *Läkare som verkat länge i distriktet blev överbelastade med återbesök. Återbesökstiderna för läkarna blev för många. Det saknades utrymme för akuttider och nya patienter. Man kom fram till att man måste sätta ett tak för återbesökskrävande patienter om läkarna skulle få möjlighet att vara tillgängliga för akutfall och korta återbesökstider (röda, blå och gröna tider).*
- *Det fordrades att man var lojal mot varandra och systemet. För att få förståelse för de problem som kunde uppstå måste samtliga läkare vara involverade i ledningsfunktionen.*
- *Läkarna kände sig trots allt ”styrda” av systemet och av sjuksköterskorna som var ansvariga för att systemet skulle fungera.*
- *Sjuksköterskorna i sin tur kände att de fick ta stort ansvar (ibland alltför stort) och inte alltid fick uppbackning/förståelse av läkarna.*

## Sjukvårdsupplysning i södra sjukvårdsdistriktet 1977

Spri-projektet 3040 i Lerum ”Löpande vårdplanering vid läkarstation” följdes upp och spreds på olika sätt i landstinget. Speciellt ansåg ledningen för primärvårdsblocket i södra distriktet att telefonrådgivningen till befolkningen var viktig, då resurserna var begränsade för mottagningsbesök. Man satsade på utbildning av den personal som tog emot inkommande telefonsamtal. I Borås samordnade man på försök möjligheten att nå en medicinsk rådgivare till en ”Sjukvårdsupplysning” med så hög telefontillgänglighet som möjligt och med speciellt utbildade sjuksköterskor i patientmottagarfunktionen.

Trots att mycket satsades på den centrala sjukvårdsupplysningen i Borås var tillgängligheten låg för telefonkontakten. Vecka 17/1977 gjordes en telefontillgänglighetsstudie som visade, att av sammanlagt 4082 inkommande samtal kunde inte 2888 eller 70 procent omgående komma i kontakt med sjukvårdsupplysningen. Slutsatsen blev att en central sjukvårdsupplysning gav dålig telefontillgänglighet.

## Vårdplanering i omvärlden

Lerums vårdplaneringsmodell uppmärksammades runt om i riket. I Älvsborgslandstinget var intresset i allmänhet litet för vårdplanering. Ingen blir profet i det egna området. Olika delar av planeringssystemet vidareutvecklades på många platser. Bokningssystemet med brådskegradsindelning och R/P-blanketten fick den största spridningen. Det sades att över 200 läkarstationer tog upp det i sin vårdplanering. Även övriga blanketter anammades - ibland så att man kopierade dem, vilket blev en hänvisning till Lerums vårdcentralers telefonnummer. Patienter från andra delar av riket ringde och ville ändra en kallelsetid till exempel.

Patientmottagarfunktionen vidareutvecklades av distriktsläkare Bertil Marklund vid Torpa vårdcentral i Vänersborg. Marklund utvärderade medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek i en doktorsavhandling *"Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek, Omfattning, innehåll och utvärdering med särskild tonvikt på vårdcentralernas telefonrådgivning. Allmänmedicinska institutionen Göteborgs Universitet 1990"*.

Han blev senare adjungerad allmänmedicinprofessor vid Göteborgs universitet.

Bokningssystemet låg till grund för många datorstödda vårdadministrativa system som utvecklades under 1980- och 1990-talen. Göran Westman tog i Vännäs upp delar av problematiken i sin avhandling *"Planning primary health care provision"*. Avhandlingen spikades på Umeå universitet 1986. Göran Westman blev en av allmänmedicinens professorer vid Umeå universitet.

Efter fyra års användning gjorde Sprin en enkätundersökning 1980-08-05 om användningen av Löpande vårdplanering och speciellt KÅR. Enkäten sändes till 700 vårdcentraler/läkarmottagningar i Sverige. Man fick 400 svar. Resultat: KÅR användes av 80 vårdcentraler vilket var 11 procent av det totala antalet och 20 procent av de svarande.

Löpande vårdplaneringssystemet, som det här beskrivs, använde 200 enheter helt eller delvis, vilket var 28 procent av det totala antalet eller 50 procent av de svarande. Registret över kontaktorsaker-åtgärder intresserade många och det spreds och anpassades till andras verklighet, inte minst till olika sjukhusklinikers öppna mottagningar.



## Floda vårdcentral och nya vindar blåste

Floda vårdcentral invigdes 1976 med nya entusiastiska medarbetare under ledning av Bengt-Ivar Nöjd, som flyttade dit från Brobacken. Man tog omgående till sig lerumsmodellens vårdplaneringssystem. Dessutom kom man igång med ett flertal specialfunktioner som blodtrycksdispensär, diabetesmottagning, friskvårdsprojekt, försök med uppspårande av alkoholmissbrukare med ett vårdprogram för detta (Bengt-Ivar Nöjd), rökavvänjning och kost- och motionsverksamhet. En produktionsstudie genomfördes liksom en journalstudie. Många rapporter producerades. Hans Lundgren, som var en av de mest ivriga ”utvecklarna”, kom särskilt att engagera sig i friskvård, även på landstingsnivå, samt diabetesproblematik. Folkhälsoarbete blev ett ideal i primärvården.

Genom distriktsläkare Hans Lundgrens intresse blev Floda vårdcentral för folkhälsoarbete en föregångare i Älvsborgslandstinget och en resurs i det centrala arbetet med utvecklande av arbetsmetoder. Bland annat gjordes försök med patientinformation i väntrummet.

Sjukvårdslagen 1983 tar upp ansvar för hälsan både individuellt och för landstinget. En offensiv hälsovård skulle bli en del av sjukvården på alla nivåer.

Detta fastställdes i landstingets hälsoplan redan 1977. Lerum började omgående arbeta med hälsoprojekt, som beskrivs i olika avsnitt i Primärvårdsdelen på CD-skivan (Brobacken, Floda vårdcentral, Samverkan med apoteket, FoU). Där berättas också om olika former för prevention, egenvård (apotekets medverkan) och friskvård samt om Hälsoenheten i södra Älvsborg. Vi berättar också om folkhälsoarbete i Lerum.

Ella Carlsson, undersköterska vid vårdcentralen, om hälso- och sjukvården i Floda mindes bland annat:

*”Under 60-70 talen hade ett antal bostadsområden växt upp i utkanten av Floda Centrum. Uddared i väster, Drängsered och Hästhagen i norr, Kyrkmossen vid kyrkan Bergshult i söder samt dessutom Tollerred,*



och Nordåsen. Antalet invånare hade under en ganska kort tid ökat väsentligt och befolkningen var i stort behov av en egen vårdcentral. I april 1976 stod den vackert belägna vårdcentralen färdig att ta's i bruk av människorna i Floda och Tollered. Läkarstationen var utrustad och tänkt för fyra tjänstgörande läkare och övrig personal anställd för att täcka behovet vid en fyrläkarstation. Två sjuksköterskor, två kontorister, två läkarsekreterare, en heltid och fyra halvtider undersköterskor. Dessutom städerska och vaktmästare för hela vårdcentralen, som också inrymde distriktssköterskor, barnmorska och apotek. Laboratorieassistent anställdes dock inte eftersom undersköterskorna redan hade viss utbildning i laboratoriearbete och kunde utföra de relativt enkla mikroskopiska undersökningar som behövdes på en läkarstation i akuta situationer. Övriga prover sändes varje dag till laboratoriet i Borås. Som heltidsarbetande undersköterska kom jag att en dag i veckan sköta blodtrycksmottagningen. Förutom AT- och FV-läkare hade vi även sjuksköterskeelever och undersköterskeelever av vilka även vi hade en del att lära. Under min tid på Floda läkarstation som un-

dersköterska, deltog nästan alltid någon av personalen i projekt av olika slag, utvecklingsarbete eller forskning. Som "blodtryckssköterska" blev jag assistent i en omfattande forskning i medicinsk behandling av blodtryck på äldre män och kvinnor. Dr. Lennart Hallerbäck var forskningsansvarig på vår läkarstation. Undersökningen startade som pilotprojekt vid - som jag minns - 25 läkarstationer runt om i vårt land. Projektet leddes av Göteborgs universitet, Östra sjukhuset i Göteborg och sponsrades av olika läkemedelstillverkare."

### Forskning på vårdcentral

Genom Hans Lundgrens olika projekt fick Primärvården i södra Älvsborg sin förste medicine doktor. Hans disputation om diabetes i primärvården blev också den första på den nya Allmänmedicinska institutionen i Göteborg 1989.



Hans Lundgren hälsoinformerar

## Gråbo vårdcentral ännu ett exempel

Gråbo vårdcentral invigdes 1978. Den var en av de första i en ny generation av vårdcentralbyggnader, enplans med de olika funktionerna i egna ”armar” i byggnaden. Bengt Dahlin (BD) flyttade över från Brobacken till den nya vårdcentralen och blev dess förste chef. Han återvände till Gråbo där han började som provinsialläkare 1962.

Gråbo vårdcentral tog också upp lerumsmodellen och kom att vidareutveckla informationsbehandlingen med inriktning på primärvårdsjournalen. En pappersbaserad problemorienterad journal (POMR) skapades och journalarkivet moderniserades, i samverkan med Spri (Gert Ljungkvist samt Annika Hässler och BD). Utvärdering av verksamheten hade börjat diskuteras på 1980-talet. Som en del i diskussionen hade Basdata för primärvården lämnats i en rapport också i samverkan med Spri.

Journalen datoriserades senare liksom R/P-blanketten och lerummodellens hela

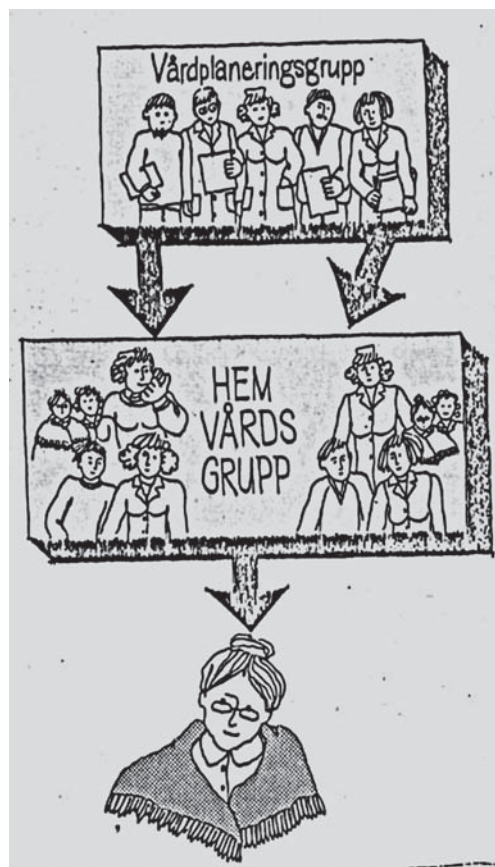
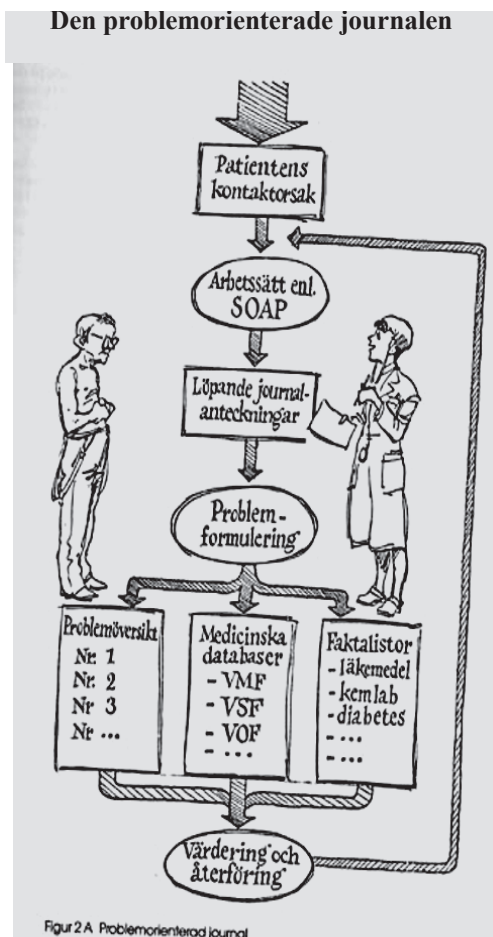
vårdplaneringssystem i ett stort försök med datorstöd för en vårdcentral. Detta beskrivs i alla sina funktioner. Bland annat gjordes en läkemedelsmodul med direktöverföring av recept till vårdcentralens apotek. Försöket var ett landstingsprojekt för att utröna datorns möjligheter i patientadministrationen. Det inleddes 1984 och avslutades 1987 med ett flertal rapporter som följde. Försöket, som var i nära samarbete med Kronans vårdcentral i Sundbyberg, resulterade i det första heltäckande, fungerande datorstödda vårdinformationssystemet i primärvården i Sverige – ja i hela hälso- och sjukvården. Det system som valts, Swede\*Star, kunde användas för utvärdering av verksamheten. Basdatarapportens erfarenheter var inbakade i systemet, men det ansågs ändå inte värdigt att göras till ett landstingsomfattande sådant.

### Gråbo vårdcentral



Vårdcentralens funktion efter datorinförandet (1985) beskrevs i flera dokument bland annat Spri-publikationer – se litteraturlista på CD-skivan. Mycket förändrades i rutinerna på vårdcentralen och personalens arbete påverkades starkt. Speciellt läkarsekreterarna fick en nyckelfunktion i den datoriserade verksamheten med ökad status som följd.

Datorjournalprojektet beskrivs i ett pdf-dokument på CD-skivan, från ”vykort till e-journal”.



Samverkan mellan vårdcentralerna i Lerum liksom med socialtjänsten var naturligt. Speciellt på äldreomsorgens område var kontakterna intensiva, Vårdcentralernas läkare tog ansvar för läkarinsatserna. Även efter Ädelreformen, som innebar att kommunen tog över hela ansvaret för äldreomsorgen fortsatte insatserna från primärvården. Bengt-Ivar Nöjd, som etablerat privatmottagning i Lerum, hade kvar sin läkarinsats på sjukhemmet i Lerum. Han ställde också upp på obekvämtid när så behövdes.

## Ny vårdcentral i Lerum 1985

---

Flytten från Brobackens vårdcentral i Hälsöhuset var efterlängtat. Man fick en egen välplanerad tvåvåningsbyggnad (det var en ny generation av vårdcentralers byggnader), där alla enheter skulle få välanpassade lokaler. Barnläkarna som hade haft egen ”barack” på Pomonaområdet medgav, efter ett visst motstånd, att flytta in tillsammans med de andra. Barnläkarna anpassade sig snart och fann att de nära kontakterna med de övriga var positiva. Mycket kom att utspelas i den nya vårdcentralen. En nyhet var införandet av ”öppen mottagning”. En snabbmottagning dit patienter fritt kunde söka utan föregående telefonkontakt. Den öppna mottagningen lades ned 1997 och ersattes av en snabbjourmottagning och av att sjuksköterskorna telefonrådgivning utökades. Gunnar Hedelin, som varit siste

chefen på Brobackens läkarstation, fortsatte som chef på den nya vårdcentralen. Han avgick som sådan år 2001 och chefsrollen förändrades. Läkare var inte längre självklara vårdcentralchefer.

### Barndistriktsläkarna

Två barnläkartjänster förlades till Mittenålvborg år 1975. En placerades i Alingsås knuten till Barnkliniken i Borås. Den andra blev barndistriktsläkare Ingegerd Emrén i Lerum knuten till primärvården och placerad på den gamla läkarmottagningen i Pomonaområdet, senare gymnasieområdet i Lerum. Efter hand fördubblades bemanningen. Så småningom kom också barnläkarna i Alingsås att tillhöra primärvården och bli ”barndistriktsläkare”.



På CD-skivans pdf-dokument om Primärvården berättar barnläkare Christer Forsell om verksamheten i Alingsås. Anita Harling/Glanz berättar om hur det började i Lerum. Ragnar Bergström fördjupar om Lerum med ”En barnmottagning i tiden (1995)”. Även barndistriktsläkarna brottades med målen Kontinuitet och tillgänglighet. ”Små patienter är också patienter” konstaterar Ragnar Bergström i en artikel 1996.

Barnläkarmottagningen flyttade 2009 tvärs över gatan till ”Polishuset” på Göeborgsvägen.

### **Distriktsvård och förebyggande vård.**

Denna i Sverige omfattande förebyggande verksamhet bidrog att minska barnadödligheten. På CD-skivan beskrivs utvecklingen från 1979 till 2000. Man kan konstatera att mödra- och barnhälsovården utvecklades starkt under denna epok. Barnhälsovårdens basprogram presenteras, och likaså hur en barndietistverksamhet etableras i Lerum.

I pdf-dokumentet om Yrkesbeskrivningar berättar Barbro Svalin, distriktssköterska i Lerum, i en intervju om vad som hände distriktsvården 1970 – 2000. Evy Johansson, barnmorska i Lerum under många år, berättar om den kraftiga utvecklingen av mödrahälsovården.

### **Ungdomsmottagning**

Detta var en ny verksamhet under 1990-talets primärvårdssatsning i Lerum. Sjuksköterskan Anita Glanz var med från starten. Ur en artikel i Vårdsidorna beskrivs verksamheten 1998 på CD-skivans

Primärvårdsavsnitt.

### **Företagshälsovård**

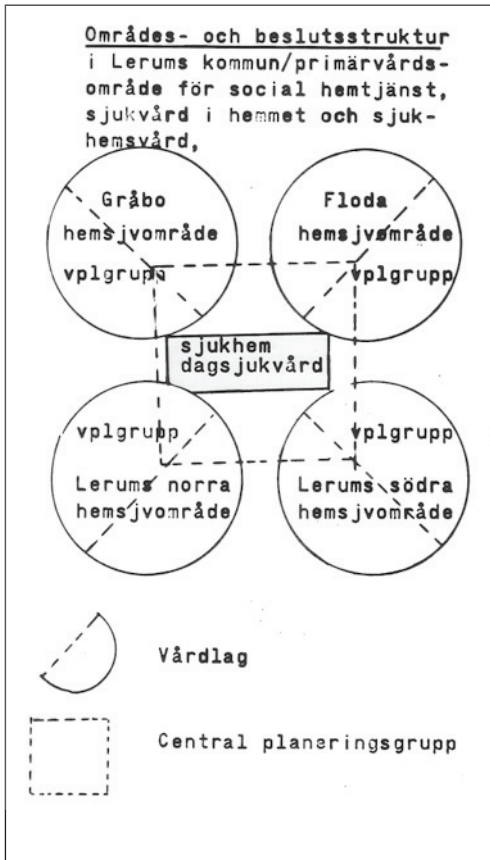
Intern företagshälsovård fanns i Alingsås. Extern sådan i landstingets regi testades i ett försök vid Vårgårda vårdcentral.

### **Psykiatri**

**i Mittenälvborg och Lerum** beskrivs i CDskivans Primärvårdsdel initierat och fängslande av psykolog Lars Egedius, som var med från första början.

### **Äldrehälsovård i utveckling**

Sjuksköterskorna och föreståndarna Solweig Kärrman och Barbro Hallengren ger en initierad bild av utvecklingen från fattigvården, via ålderdomshemen och som senast det egna boendet antingen i eller utanför institution. Hur man i Lerum arbetade med olika modeller beskrivs liksom följderna av Ädelreformen, då kommunen helt tog över äldreomsorgen. Primärvårdens ansvar inom långtidsvården under 1970- och 1980-talen med en del projekt lyfts fram. Verksamheten vid sjukhemmet, Tuvängen, ger Barbro Hallengren en bild av. Se CD-skivan.



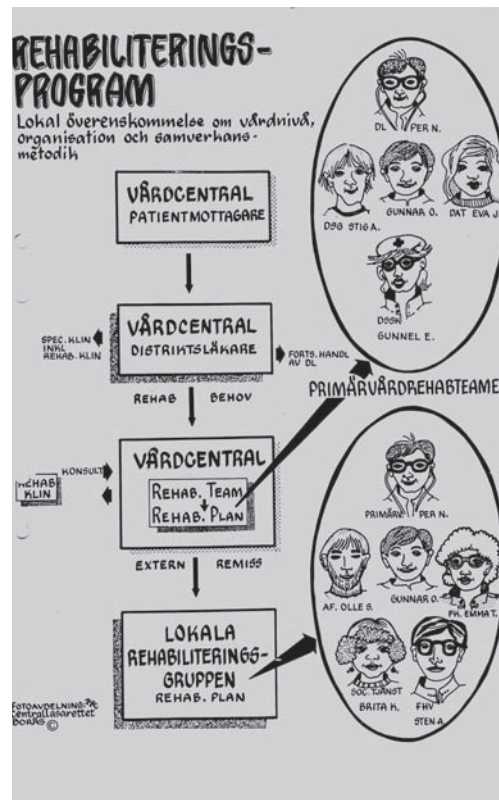
## Samverkan, en Lerumsideologi

Kopplat till äldreomsorgen beskrivs sjukgymnastiken av sjukgymnast Margareta Brantdahl och arbetsterapi i Lerum av arbetsterapeut May Thyren. Dessa verksamheter var också mycket progressiva. Under 1990-talet gjordes flera omorganisationer bland annat med anledning av Ädelreformen.

Ett honnörssord i Lerums primärvård var samverkan. Samverkan med alla aktörer med anknytning till hälso- och sjukvård. Under denna rubrik beskrivs många samverkansprojekt och samverkansformer som:

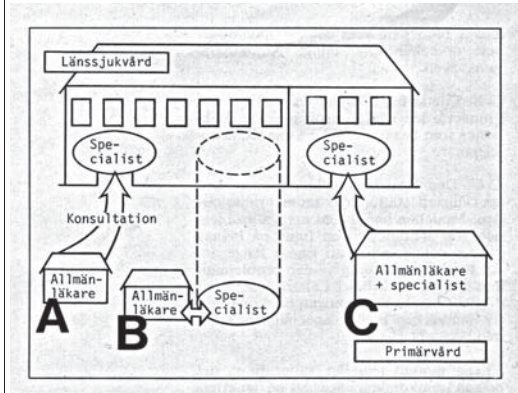
- Samverkan inom kommunen med socialtjänsten i ett projekt redan på tidigt sjuttital samt senare i POSOM, en tvärasektoriell grupp för psykiskt och socialt omhändertagande efter katastrofer, till exempel efter Tsunamikatastrofen.
- Katastrofplanering, som fungerade vid en stor tågolycka i Lerum 1987, vilken också beskrivs på CD-skivan.
- Kurator eller socialarbetare som stöd för primärvården diskuteras. Lerum har valt att samverka med socialtjänsten redan från början.

Om man skall rehabilitera långtids-sjukskrivna behövs samverkan mellan många aktörer. En modell beskrivs som utarbetades i Lerum tillsammans med Rehabkliniken i Borås i början av 1980-



talet. Den bygger på det faktum att det rör sig om månader, om man skall få en sjukskriven patient åter i arbete. Om aktörerna i processen inte snabbt samverkar blir det "en långbänk" som för patienten slutar i förtidspension. Ett viktigt projekt som borde ha uppmärksammats i och med 2000-talets alltmer ökande förtidspensioneringar.

- **Samverkan med lasarett** beskrivs nedan och på CD-skivan med olika modeller, liksom hur i vårdkedjan en samverkan är nödvändig för effektivare vård.



## Alingsås lasarett – ett exempel

Samtliga tre modeller på samverkan förekom under 1980- och 1990-talen i Mittenälvsborg mellan primärvård och lasarett.

Modell A var den traditionella samverkansmodellen med remiss-, konsultationsförfarande. Man underlättade kommunikationen genom förbättring av remissblanketter och rutiner för remissvar. I primärvårdens lokala och regelbundna efterutbildningsmöten engagerades lasarettets specialister, vilket också bidrog till förbättrande av de personliga kontakterna mellan läkarna. Samkväm med en enkel måltid av och till bidrog också till en god relation mellan läkarna. Allt detta underlättade snabba personliga telefonkontakter mellan läkarna.

Modell B prövades periodvis med specialister, som tog sig an remissfall på den egna vårdcentralen. Till Lerums vårdcentral kom från Alingsås lasarett kirurger och ortopedier. Tillsammans kunde man diskutera "fallen", vilket

bidrog till god handläggning för patienten och till en form av efterutbildning av allmänläkaren. Rehabiliteringsprojektet i Lerum gjorde att rehabiliteringsläkare från Borås lasarett deltog i den lokala rehabiliteringsgruppens sammanträden.

Modell C kan exemplifieras med att den jourhavande allmänläkaren nattetid flyttade in på lasarettet. Jourtjänsten på obekvämlig tid gav alltid anledning till en något irriterad diskussion om vilka som var primärvårdspatienter eller sjukhusläkarnas uppgift. Ofta rörde det sig om ett fåtal patienter nattetid, som både allmänläkare och sjukhusläkare fick engageras i – en för huvudmannen dyr lösning. Så småningom löstes frågan genom att primärvården "köpte" tjänster av lasarettet eller senare av en utomstående organisation.

En variant av modell C har testats genom att en av allmänläkarna i Mittenälvsborg var "konsult" på lasarettet med möjlighet att delta i läkarmöten där och ta upp samverkansfrågor av olika slag.



## Alingsås lasarett 100 år

Alingsås lasarett fyllde 100 år 2010. Samtidigt bytte apoteket vid lasarettet i Alingsås ägare. Det privatiserade apoteket blev Vårdapoteket Sörhaga. Vårdapotekets 24 apotek runt om i landet har alla det gemensamt att de ligger på sjukhus. Apoteket hade liksom det 100-års jubilerande lasarettet i Alingsås öppet hus den 27 februari 2010.

Alingsås lasarett stod, som tredje lasarett i Älvsborgslandstinget, färdigt 1910 med 101 vårdplatser. Den i Sverige då allenarådande sjukhusarkitekten Axel Kumlien ritade detta liksom Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Lasarettet byggdes ”ute på landet” med hästar och kor betande runt omkring – se bild från Christina Nicklassons bok ”Alingsås lasarettshistoria”, 2004.



Hon beskriver hur lasarettet utvecklats under seklet som gått. ”Av den ursprungliga lasarettbyggnaden återstår ej någon sten. Den sista delen revs år 1967. Då stod ett nytt, modernt lasarett på samma tomt med kirurgavdelning inklusive BB, medicin-, intensivvårds- och långvårdsavdelning, medicinlaboratorium, röntgenavdelning, mottagningar för respektive discipliner samt för verksamhet inom ögon-, öron-, och psykiatri. Dessutom

fanns det mödravårdscentral”. Lasarettet har fortfarande omkring 100 vårdplatser. Bild också på nuvarande lasarettbyggnad.

Christina Nicklassons beskriver också ”Bolltorps” historia från sanatoriesjukstuga uppförd 1917 till ett sjukhem för kroniskt sjuka 1951, då tuberkulosen ”utrotats”. Inledningsvis citerar hon Sven Hedén, som var både stadsläkare, stadsdistriktsläkare och överläkare på lasarettet i många år. Här ett utdrag:

”Först till 1904 års landsting lämnades en motion från landstingsmän i Alingsås om inrättande av en sjukstuga för Alingsås stad med omnejd... Motionen avslogs. Sedan ändrades planerna till att gälla ett lasarett. Man beslöt att bygga ett sådant för 100 platser i enlighet med av hofintendenten A. Kumlien uppgjorda ritningar. Beslutet fattades med 49 ja och 24 nej-röster. Det överklagades av en del dalslandsrepresentanter, dock utan resultat, med byggstarten fördröjdes ett år. År 1907 påbörjades byggnadsarbetena, men på grund av bland annat strejk blev inte lasarettet färdigställt förrän i början av år 1910.”



## Övriga lasarett i Älvsborgslandstinget

Efter tvister om ett eller två lasarett i länet kom Borås och Vänersborgs lasarett till redan i slutet av 1700-talet, mer än hundra år före ett tredje lasarett. Eftersom det, på grund av tvister om lokaliseringen, blev två lasarett. Lasarettet i Borås invigdes 1782. Det var ett tvåvånings trähus med fem sjukrum och sex vårdplatser. Provinsialläkare i Borås förordnades att utan särskild lön sköta de sjuka på lasarettet, så också provinsialläkare i Vänersborg. Det blev så småningom två sjukvårdsdistrikt ett norra och ett södra, som ständigt kom att tvista om en ”rättvis” fördelning av resurserna. Oftast kände sig det södra distriktet förfördelat. Borås lasarett kom att samordnas med Skene lasarett till SÄS (Södra Älvsborgs Sjukhus) med cirka 560 vårdplatser.

Trollhättans lasarett, som först hette Maria Alberts stiftelses sjukhus, togs i bruk efter många årslånga förhandlingar

och byggproblem i december 1912. Till förste läkare utsågs provinsialläkaren C. Alfred Andersson. ”Han var lika avhållen av gubben i fattigstugan som av barnet i verkstadschefens våning”.

Sjukhuset i Bäckefors invigdes 1931, vilket vi redan berättat om i början av avsnittet ”Primärvården”.

Skene lasarett började sin verksamhet 1963 med 216 vårdplatser.

NÄL, Norra Älvsborgs Lasarett, stod klart 1988. Det ersatte Trollhättans och Vänersborgs lasarett. Lokaliseringen blev efter dispyter till Trollhättans fördel men på gränsen mot Vänersborg. Näl blev senare NU-sjukvården (NÄL-Uddevalla), ett sjukhus med cirka 560 vårdplatser. Delar av Uddevalla lasarettens verksamhet är flyttade till NU-sjukvården. Det var i resursbristens tidevarv NÄL planerades och byggdes, vilket primärvården befارade påverka dess verksamhet. Några distriktsläkare satte till och med in en ”dödsannons” över primärvården, vilket orsakade en del rabalder.



Borås lasarett 1990, sedermera kallad Södra Älvsborgs Lasarett/SÄS- I entrén i huskroppen till höger finns en halvtrappa ned en Medicinsk historisk utställning. Där presenteras bland annat Roséns husapotek.

# Centralisering/decentralisering

---

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är starkt decentraliserat. Det är de 20 landstingen och de 290 kommunerna, som i huvudsak finansierar och tillhandahåller sjukvård inom sina respektive ansvarsområden. Den nationella nivån har, genom regering och riksdag, det övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska ansvaret. Decentraliseringen har förstärkts över åren genom att staten, som tidigare stått för stora delar av vården, på område efter område lämnat över finansierings- och vårdgivaransvaret till landstingen. Det gäller exempelvis provinsialläkarna och mentalsjukhusen under 1960-talet, universitetssjukhusen under 1980-talet, privata läkare och sjukgymnaster med ersättning i enlighet med nationella taxor under 1990-talet och successivt läkemedel i öppen vård från och med år 1996.

Ett nytt steg i decentraliserande riktning, nu från landstingen till kommunerna, togs i och med Ädelreformen (1992) som gjorde alla kommuner till sjukvårdshuvudmän. Kommunerna ansvarar för all sjukvård som ges i särskilt boende, exklusive läkarinsatser, och har möjlighet att teckna avtal med berört landsting om att även ansvara för hemsjukvård, vilket ca hälften av kommunerna gjort.

Vården i Sverige är till helt övervägande del skattefinansierad, genom landstings- och kommunalskatt. Patientavgifter i landstingen står för ca 2,7 procent av intäkterna. Privat finansierad vård därutöver är marginell, ca 500 miljoner kronor årligen, några promille av de totala vårdkostnaderna. Inom övriga EU är finans-

ieringen mer splittrad och frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar står för en väsentligt större del av finansieringen (2–10 procent). I USA dominerar privat finansiering, oftast via arbetsgivare.

I Sverige är landstingen och kommunerna också huvudsakliga vårdgivare. Cirka tio procent av hälso- och sjukvården utförs av privata vårdgivare. Alla landsting, men i varierande grad, anlitar privata entreprenörer, främst inom primärvården där ca 25 procent av vårdcentralerna drivs av entreprenörer. Även många kommuner anlitar privata entreprenörer. Jämfört med andra länder är det svenska sjukvårdssystemet sammanhållet med landsting och kommuner som både finansierer och dominerande vårdgivare.

## Sjukvårdsdistrikt och klinikblock

Under 1970-talet kom ansvaret för hälso- och sjukvården att alltmer decentraliseras från statsmakterna till landstingen. Älvsborgs läns landsting beslöt att successivt bygga upp en ny sjukvårdsorganisation med decentralisering av både den politiska och den administrativa ledningsorganisationen. Från 1 mars 1972 indelade man sjukvårdsområdet i två distrikt, det norra respektive det södra sjukvårdsdistriktet. Varje distrikt leddes av en direktion som fick fullständigt driftsansvar för all hälso- och sjukvård i distriktet. Man fick ledningen och ansvaret för den i distriktet förekommande provinsialläkarorganisationen,

barnmorskeverksamheten, dispenserverksamheten, distriktsvården samt mödra- och barnhälsovården.

Den politiska direktionens högsta tjänsteman, sjukvårdschefen, skulle vara en läkare. Den förste sjukvårdschefen i södra distriktet med placering vid centrallasarettet i Borås var överläkare Arne Aldman från Skene lasarett. Sjukvårdsverksamheten indelades i tolv block i södra distriktet. Dessa leddes av blockchefer. De senare skulle vara läkare då man trodde att en läkare som chef lättare skulle kunna förstå verksamheten och hålla nere de stigande kostnaderna för vården.

Den öppna vården hade tidigare en till Vänersborg helt centraliserad administration. Handläggare var sjuksköterskorna Märta Andreasson och Annie Andersson samt administratören Agne Svensson. Primärvården fick efter många diskussioner och viss tveksamhet från centralt håll egna block med blockchefer, blockföreståndare och primärvårdsadministrativa resurser. Södra distriktets primärvårdsblock leddes av distriktsläkare Bengt Dahlin från Lerum och sjuksköterskan/blockföreståndaren Inga-Britt Borén från Herrljunga.

Primärvårdsblocket växte snabbt och det administrativa ansvaret delegerades till distriktsöverläkare och primärvårdsföreståndare i fyra områden varav Mittenälvsborg var ett. Man försökte göra vårdcentralerna så mycket självstyrande som möjligt. Styrmedlen var målstyrning med regelbunden gemensam information (blockmöten), gemensamma regelverk och förstås budgetramar.

Vårdcentralernas verksamhet påverkades knappast. På vårdcentralerna utsågs chefer som också var läkare, och

avdelningsföreståndare som var sjuksköterskor. De hade att överföra blockledningens intentioner och genomföra vården på effektivaste sätt inom ansvarsområdet – inte alltid så lätt.

Man hade som orsak till organisationsmodellen förmodat att läkare som chefer skulle kunna prioritera och bättre spara på resurserna genom sin nära kontakt i verksamheten och då läkarna genererade kostnaderna. Det visade sig att så inte blev fallet och organisationen skrotades i slutet på 1980-talet. Då anställdes istället sjukvårdsdistriktschefer med de privata företagen som förebild. De fick som dessa mycket goda ekonomiska villkor med bland annat höga avgångsvederlag. Detta kan jämföras med blockchefen i primärvården i södra sjukvårdsdistriktet i Älvsborgslandstinget, som fick en månadatliglöneökning med 500:-.

## **Lerum blev eget – i en decentral organisation**

En decentralisering av verksamheterna ansågs bidra till beslut närmare befolkningen och därmed en demokratisk uppföljning av de mål som man ställde upp inom hälso- och sjukvårdslagens ram. Landstinget i Älvsborg delades upp i länssjukvård och primärvård – två länssjukvårdsområden och tio primärvårdsområden 1986, där varje område leddes av en politisk nämnd. Initiativet till den nya organisationen var en motion från centerns landstingsgrupp. Vid landstingets sammanträde, den 20 mars 1984, beslutades enligt förslaget, det vill säga att de hälso- och sjukvårdsdirektioner som tidigare funnits skulle upphöra i och med 1985 års utgång och ersättas av två länssjuk-

vårdsnämnder samt primärvårdsnämnder.

Beslut och verksamhet skulle närma sig varandra genom att varje primärvårdsområde fick en egen politisk nämnd. Varje nämnd hade att leda och utveckla verksamheten efter uppsatta mål och inom den ekonomiska ram som landstinget beslutat.

Vid sammanträdet i maj 1984 lades formerna fast och vid sammanträdet i oktober 1984 fastställdes antalet ledamöter respektive suppleanter i primärvårdsnämnderna samt att kanslierna skulle utlokaliseras.

Paragraf 189, landstingets protokoll 25/9 1984:

*”Behandlades åter frågan om förslag till landstinget om ny sjukvårdsorganisation med länssjukvårdsnämnder/ primärvårdsnämnder om indelningen i primärvårdsområdet, lokalisering av primärvårdskansliet i respektive områden samt ledningsorganisation. Under överläggningen yrkade Lars Olsson och Stig Frendberg att förvaltningsutskottet skulle föreslå landstinget besluta att primärvården skall indelas i tio primärvårdsdistrikt nämligen Dalslands, Vänersborgs, Trollhättans, Lilla Edets, Ale, Lerums, Alingsås, Borås, Marks och Ulricehamns primärvårdsdistrikt.”*

## Vården skulle komma närmare befolkningen

I och med att primärvården expanderade kände även politikerna behov av den decentraliserade organisationen. Ärendena kändes ligga alltför långt från verkligheten. Lerum blev ett av de primärvårdsområden som omfattade endast en primärkommun. Det gav stora möjligheter till närmare samverkan mellan kommunens olika verksamheter och primärvårdens. Också folk-

tandvården inlemmades i organisationen.

Vårdcentralerna var själva centralpunkten för kontakten mellan människorna i samhället och vården. Det nya var att vårdcentralerna nu skulle få ett självständigt ansvar för fördelning av resurser och administrativa rutiner. Även medicinskt skulle vårdcentralerna få ett informationsansvar. Det var alltså den politiska bakgrunden till att primärvårdskansliet den 1 januari 1986 flyttade in i lokalerna i kommunhuset i Lerum. Redan under hösten 1985 sattes den nye primärvårdschefen Gunnar Palmqvist i arbete med att forma kansliet och dess funktioner. Kerstin von Sydow anställdes som ekonomichef. Harry Lindblad blev personalchef, Solweig Kärrman primärvårdsföreståndare och Anita Glantz, då Harling, hälsoplanerare. Anita Adolfsson delade kansliets personalassistenttjänst med Inger Bäckström. Birgitta Elfström anställdes som ekonomiassistent. Som kansliassistent anställdes Ulla Wessman. Hon efterträddes 1989 av Åsa Ericson. Ett år efter kansliets bildande kom Birgitta Klintberg från Alingsås lasarett i och med att löneadministrationen flyttades till Lerum. Bengt Dahlin var knuten till staben som distriktsöverläkare. Det fanns också en distriktsövertandläkare, Carl-Henrik Bratt.

## Primärvårdsnämnden i Lerum

Ann-Mari Törnell, centerpartist och ordförande i Lerums primärvårdsnämnd, var med från starten 1986. Här citeras ur en intervju med henne från den tiden.

– *Jag har alltid varit väldigt intresserad av primärvården, sade hon. Jag trodde på en sjukvårdsmodell där så mycket som möjligt sköts nära befolkningen.*

Ann-Mari Törnell var också med i landstingsstyrelsens personalutskott. Under åren hade hon lärt sig mycket om sjukvård. Hon arbetade dock inte själv inom området, utan med arbetsmarknadsfrågor.

– *Ingen av de fem ordinarie nämndledamöterna var i sjukvårdsyrke. Det var bra! Vi täckte andra nischer i samhället. Och det var ett lagom område för en lekman att greppa. Under en mandatperiod hade man en rimlig chans att lära sig verksamheten.*

Ann-Mari verkade tre mandatperioder i primärvården.

– *Kommunikation och lagarbete var ledord hela tiden. För att kunna fatta bra beslut måste det finnas en öppen dialog. Man måste ta kontakt med dem det berör. Nämnden var heller inte större än att man kunde ta underhandskontakter. Det var bättre att fundera över en fråga ett varv till än att klubba igenom dåliga beslut.*

Hon tyckte att utvecklingsklimatet gjorde det särskilt intressant att arbeta i Lerum. Själva samarbetet med kansliet var mycket positivt, ansåg Ann-Mari Törnell. Hennes närmaste person var Kerstin von Sydow, som efterträdde Palmqvist, som primärvårdschef.

– *Kerstin von Sydow hörde alltid av sig när hon behövde diskutera någon fråga.*

– *Men hälsan tiger still, brukar det ju heta.*

– *När det var stora frågor eller bekymmer av olika slag och vi hade täta kontakter och långa resonemang. Andra tider hördes vi inte av lika ofta.*

– *Och jag försökte i min tur stämma av de*

*frågor vi hade med Kerstin von Sydow. Hon var en talang som arbetsledare. Dessutom hade hon detaljkunskap om ekonomin. Hon kunde göra snabba kalkyler och överslag på sittande möte och visste då vad vi hade att röra oss med.*

– *Om nämnden ville ha en viss service, kanske behövde få ta fram ett underlagsmaterial snabbt, eller haft åsikter om något, var det aldrig några sura miner.*

– *”Vår vilja - deras lag” – det genomsytrade verksamheten på ett suveränt sätt. Samtidigt tyckte jag inte att den ena satt sig på den andra, varken tjänstemän - politiker eller politiker - politiker.*

– *Ekonomin, de ständiga sparbetingen, var jobbiga. Men lojaliteten hos de anställda var stor. Oftast togs egna initiativ för att spara. Det är sådana extra ”överkurser” som gjorde det gänget unikt och organisationen stark. I den nya organisationen funderade jag faktiskt på om vi blev för starka i Lerum.*

Viktiga händelser under denna tid? Ann-Marie konstaterade att det var så mycket. Att vi fick specialistläkare några timmar i veckan till vårdcentralen i Lerum var något man kunde jobba ihjäl sig för. De satt fast som cement på lasaretten. I och med den gränslösa sjukvården blev det plötsligt mer intressant att utlokalisera dem, ekonomiskt sett. Det blev billigare att behandla patienter inom det egna länet i stället för att skicka dem till Göteborg. Det var lite grand som ”Mohammed och berget”. En seger även om det var jobbigt att genomföra. Och då menar jag själva genomförandet; det pionjärarbete, som

det faktiskt var att knyta ihop två olika kulturer, länssjukvård och primärvård.

Att förebygga sjukdom är klok politik. Men svårare än man kan tro, konstaterar Ann- Mari Törnell. Det är ett segt och tålmodigt arbete och resultaten märks sällan med detsamma.

Men hon tyckte att primärvården vunnit mark och pekade på ett av projekten, ett för arbetslösa, där kommun, arbetsförmedling, försäkringskassa och primärvård drog åt samma håll. Det är så det ska gå till, sade hon.

- *Primärvården i Lerum har gjort sig känd - en faktor att räkna med.*
- *Vi hade gott renommé!*

## **Kerstin von Sydow**

Kerstin von Sydow anställdes som ekonomichef när den nya primärvårdsorganisationen bildades. Kerstin von Sydow:

- *Gunnar Palmqvist arbetade med det organisatoriska, jag med ekonomin. Det var en utmaning och det var roligt.*

När Gunnar Palmqvist försvann 1989 tog Kerstin över hans arbete. Sedan 1989 kombinerade hon sina kunskaper i ekonomi med chefskapet för Lerums primärvård och tyckte att det fungerade bra. Det tyckte också hennes medarbetare. Fördelen var att hon kände att hon hade greppet även om ekonomin.

Ur en intervju med Kerstin von Sydow:

- *Jag tror på det nära ledarskapet. Lerums primärvård är precis lagom stort för det. Det är överblickbart.*
- *Jag har ett klappande hjärta för FoU-verksamheten. Den intresserar mig verkligen. Den fackliga kunskapen får jag av andra. Jag känner mig ödmjuk inför medicinsk och odontologisk expertis och det skulle aldrig falla mig*

*in att ta ett beslut utan att först lyssna på dem som kan.*

- *Det är viktigt med goda relationer, och ett gott humör. Man måste vara lojal mot landstinget och ha en god relation till politikerna. Det tycker jag vi hade här, framför allt presidiet.*

Och visst hände det mycket under dessa år i primärvården. Servicen ökade genom att vården anpassades mer till befolkningens behov. Öppethållande, tillgång till specialister på vårdcentralen, utökad barnmottagning är några exempel.

- *Man kan säga att vi konstant ökade servicen mellan 1986 och 1994.*
- *Det finns två sidor - dels hur personalen tyckte arbetet utvecklats, dels hur Lerums befolkning såg på vården.*
- *Enkäter visade att Lerumsborna var mycket nöjda med vårdcentralerna och tandvårdsklinikerna.*
- *En sak man satsade mycket på inom primärvården var arbetsmiljön. Ergonomiskt riktig utrustning för tandläkarna var ett exempel.*
- *Det var en mycket medveten satsning. Mår man bättre på jobbet och inte har ont blir man mindre trött. Vi får helt klart igen det vi satsar på arbetsmiljön.*

Att man tvingades göra neddragningar under 1990-talet och minska primärvårdskansliets personal var en utveckling som Kerstin von Sydow inte precis jublade över. Men samtidigt såg hon det som viktigt att även dra ner på administrationen i tider när det totalt sett blir minskade ekonomiska ramar.

- *Att vi anpassade oss till den ökade respekt hos andra. Och det var en stor fördel när vi flyttade administrationen till vårdcentralen. Det blev inte så lätt "vi" och "dom".*

## Landstingets ledningspolicy

”Grönt ljus för nya idéer, egna initiativ och sunt förnuft” hette en skrift som lyfte fram ledningspolicyn för landstinget i Älvsborg. Den antogs av landstingets förvaltningsutskott 1986 i samråd med landstingets förvaltningschefer. Se CD-skivan ”Primärvården.pdf”. Ledningspolicyn innebar bland annat: ”Personalen är landstingets viktigaste resurs och ska därför ges möjligheter att utvecklas. Det är cheferns ansvar att stödja och uppmuntra idéer och visioner och erfarenheter som personalen besitter. Besluten ska flytta ut så nära verkligheten som möjligt. I stället för att styra med regler i varje detalj ska kunskap och sunt förnuft få råda. Beslutsvägar ska förkortas för att tiden mellan idé och handling inte ska bli för lång. Administrativa enheter ska göras så små som möjligt.”

En satsning på utbildning av chefer på olika nivåer gjordes på bred front. En av dessa var avdelningsföreståndarutbildning för att stärka och utveckla arbetsledarrollen i en decentraliserad organisation för att utveckla vården mot helhetssyn, kvalitet, kontinuitet och tillgänglighet.

Den nya organisationen innebar nya ledningsfunktioner. Blockorganisationen var skrotad, vilket innebar att blockledningen försvann. Chefen för primärvårdsområdena skulle inte längre vara läkare utan professionella administratörer. Kvar fanns några stabsfunktioner: Distriktsöverläkaren, som blev ledningens läkarrepresentation. En tandvårdsöverläkare representerade den till primärvården nu knutna folktandvården. Primärvårdsföre-

ståndarna blev också kvar i varje primärvårdsområde. Mittenälvsborg blev ett av de nya primärvårdsområdena – åter en centralisering.

## Primärvårdsorganisationen centraliseras igen

Under hela perioden 1986 – 1994 hade Lerum den decentraliserade politiker- och tjänstemannaorganisationen med primärvårdskansliet i Lerum. Sedan blev det en gemensam primärvårdsnämnd för Mittenälvsborg. Kansliet flyttade till Oscarsgatan i Alingsås i den för Mittenälvsborg gemensamma administrationen. Man slog alltså samman Lerums och Alingsås primärvårdsområden till ett för Mittenälvsborg. Organisatoriskt försökte man införa den modell Lerum haft, men ledningsgruppen blev för stor för att ”lerumsdynamiken” skulle fungera.

Ett mellanår slog man ihop administrationen av Alingsås lasarett och primärvården i Mittenälvsborg under ledning av Agneta Kjellberg.

Några år senare centraliserades primärvårdens administration och ledning ännu en gång, nu till Borås. Den ledningsgrupp som då skapades delades upp i två. Vardera halvan träffades med chefen varannan vecka.

Som när blockorganisationen startade 1972 fick primärvården i södra Älvsborg en ledare placerad i Borås. Det blev Kerstin von Sydow, som blev primärvårdsdirektör, vilket var ett gott val. Hon kunde föra vidare mycket av lerumsandan i hela primärvården.





Varje betjäningsområde leds av en  
BETJÄNINGSOMRÅDESCHEF

Det finns sju chefer. Tillsammans med primärvårds-  
chefen bildar de

VÅR GEMENSAMMA LEDNINGSGRUPP  
för Lerums primärvård.

PRIMÄRVÅRDSNÄMNDEN

består av sju politiker.

De anger mål och riktlinjer för vår verksamhet och  
fattar de politiska besluten.

Politikerna STYR verksamheten.

Primärvårdschefen och betjäningsområdescheferna

LEDER

verksamheten.

Den politiska styrningen resulterar i beslut,  
därmed har politikerna initierat ett

**"ADMINISTRATIVT ÅTGÄRDSPAKET"**

för att få till stånd en viss verksamhet.

# FoUU, Forskning, utveckling och utbildning

---

Efter tiden som blockchef blev Bengt Dahlin (BD) distriktsöverläkare i Mittenälvsborg och verkade då för att stärka utbildningen av läkarna i området. Man samlade läkarna i Mittenälvsborg varje månad en eftermiddag på Nääs för att på primärvårdsläkarnas egna önskemål fördjupa sig inom olika områden med hjälp av bland annat inbjudna organspecialister. Några läkemedelsföretag var inte inblandade i efterutbildningen. BD engagerades också i centrala utbildningsfrågor och kursverksamhet kring läkares utbildning, bland annat Provinsialläkarfondens FoU-kurs 1984 tillsammans med Lennart Råstam, distriktsläkare i Skaraborg. Där kom hans doktorsavhandling om blodtrycksdispensär till. Lennart Råstam blev så småningom professor i Malmö.

Det blev också mer tid för utvecklingsarbete vid den nya vårdcentralen i Gråbo (1978), där BD blev betjäningsområdeschef. Man satsade där på utveckling av vårdinformationssystem, som beskrivits på annan plats. Även projekt inom förebyggande vård genomfördes.

## FoU, forskning och utveckling i omvärlden

I Sverige startade satsningen på FoU (Forskning och Utveckling) egentligen i Dalby 1968/69 med ”Enheten för forskning inom primärvården och angränsande områden av socialtjänsten”. Initiativtagare och chef var Åke Nordén, som 1972 blev förste innehavaren av en professur i ”medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård”. Huvudman var då-

varande Medicinalstyrelsen, senare Socialstyrelsen. En liknande institution skapades senare i Wilhelmina. En rådgivande församling fanns för verksamheten, BD ingick i denna något år innan verksamheten övergick i Lunds universitets regi. Universitetet fick i uppdrag att i Dalby inrätta ”en särskild enhet för forskning inom primärvård och angränsande områden av socialtjänsten”. Bengt Scherstén tillträdde 1 januari 1980 som professor i allmänmedicin i Lund, prefekt för institutionen för klinisk samhällsmedicin och föreståndare för enheten i Dalby.

Sjukvårdshuvudmännen uppmärksammade alltmer forskningens betydelse för hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Också primärvården fick en liten släng av slev, FoU-enheter i primärvården kunde organiseras. På 1980-talet blev allmänmedicinen en akademisk disciplin med institutioner och professurer vid universiteten. Bengt Scherstén fick den första professuren i Lund 1980 följt av Uppsala. Gösta Tibblin 1981 och i Göteborg 1984, Calle Bengtsson, som tillträdde tjänsten 1985. Primärvården i Mittenälvsborg fick nära samverkan med professor Calle Bengtsson med stöd för FoU-arbetet och utbildningsinsatserna inom FoU.

En vidgad FoU-verksamhet i primärvården i hela landstinget kom till stånd. Landstinget satsade på en central FoU-kommitté i samverkan med vårdskolorna i Borås och Vänersborg (BD var ledamot), vilket gav möjlighet till elementär forskarutbildning och projektanslag för enskilda befattningshavare inom landstinget. I



*”i varje landstingsområde bör vid minst en vårdcentral finnas särskilda resurser för FoU-arbete sammanhållna inom en utvecklingsenhet”.* Utveckling var då redan på gång vid Olofströms vårdcentral, *”Olofströmsprojektet”* med distriktsläkare Gustav Haglund som initiativtagare (se hans CV på CD:n Yrkesbeskrivningar.pdf). Det var en avknoppning från Dalbyprojektet. Hälso- och sjukvårdsberedningen (HS 90, 1984) framhöll att med primärvården som bas och en kompletterande länssjukvård bör FoU-arbete ske i direkt anslutning till de problem som finns inom vården och det patientarbete som bedrivs där. I socialstyrelsens PM 166/87 föreslogs att

*”Forsknings- och utvecklingsarbete av betydelse för primärvårdens utveckling bör främjas genom insatser av statliga forskningsorgan m fl. Huvudmännen bör fortsätta satsningen på samhällsmedicinska enheter och särskilda utvecklingsenheter inom den offentliga primärvården för att underlätta utvecklingen av FoU inom primärvården.”*

*I ”Kreativa FoU-miljöer i länssjukvården”* anger landstingsförbundet att FoU-enheter skall ses som delar i ett större nätverk, i vilket bl. a universitet och högskolor skulle ingå. FoU-enheterna skulle göra det möjligt för personer med lång och medellång vårdutbildning och forskarexamen att fortsätta att bedriva forskning, vårdarbete och undervisning.

Mot bakgrund av dessa centrala instansers intentioner inrättades i många landsting FoU-enheter. Älvsborgslandstinget svarade i en riksomfattande enkät 1985 om behov av och intresse för att inrätta FoU-enheter, eller om sådana redan fanns, att landstinget inte hade någon enhet och att något intresse att inrätta sådan då inte fanns. Det var alltså då inte bäddat för Lerum att få en egen FoU-enhet.

Avgränsningen mellan FoU-arbete i primärvården, verksamheten vid de framväxande samhällsmedicinska enheterna och FoU-enheterna vid vårdhögskolorna upplevdes inte som självklar. Detta blev incitament för årliga konferenser för de befintliga utvecklingsenheterna.

Lerum deltog från början i FoU-samlingarna (1985 i Hofors, 1986 i Sollentuna, 1987 i Göteborg, 1988 i Mjölby, 1989 i Ronneby, 1990 i Sundsvall), Sedan många år hade utvecklingsarbete pågått i Lerum och man hade byggt upp ett kontaktnät med likasinnade i andra landsting.

Ett av de nationella mötena hölls i Lerum 1991.

*”Mötet hölls på vårdcentralen i Gråbo där den alltid så välklädde Bengt Dahlin var värd. Här diskuteras primärvårdens FoU-enheters möjligheter och villkor i framtiden. Dessutom fanns ämnet Vårdvetenskap som en punkt på programmet. Dag två deltog mötesdeltagarna i en seminariedag om ”Kvinnors hälsa”, där Bi Puranen var en av föredragshållarna. Dag 1 avslutades på Aspenäsgården med middag och underhållning.”*

## Vad är en FoU-enhet?

Definitionsmässigt var utvecklingsenheter för primärvården sådana enheter som genom ett politiskt beslut fått ett officiellt formulerat uppdrag att verka för FoU-arbete inom primärvården, lokalt, inom sjukvårdsdistrikt eller på länsnivå.

Sådana tidigt etablerade enheter med liknande uppgifter i Dalby, Tierp och Vilhelmina, som var statligt finansierade, föll utanför definitionen. Det gjorde också många enskilda vårdcentraler som bedrev värdefullt utvecklingsarbete på lokalt initiativ. Exempel på sådana var Lerum, Floda och Gråbo. För att råda bot på detta beslöt den nya Primärvårdsnämnden i Lerum i december 1987 att inrätta en utvecklingsenhet vid Lerums vårdcentral. Lerum fick därmed officiellt status som FoU-enhet i primärvården. 1990 fanns tjugofyra utvecklingsenheter i Sverige med skilda organisationsformer. Samtliga hade i grunden samma syfte att nära verksamheten stödja enskilda projekt och stimulera enskilda projektarbetande. Dessutom var de delar i ett större nätverk för FoU-enheter i Sverige. Lerums utvecklingsenhet kom att arbeta nära ihop med utvecklingsenheterna i Mjölby och Örebro (med bland andra. Sirkka Elo, Anders Lindman, Monika Lövgren och Margareta Möller) samt Allmänmedicinska institutionen i Göteborg med professor Calle Bengtsson.

Primärvårdens FoU-enheter fick en mycket varierande uppbyggnad beroende på lokala förhållanden. I många fall kopplades samhällsmedicinska funktioner till verksamheten. I regel bemannades FoU-enheten med FoU-handledare, assistent/sekreterare, samhällsmedicinare och hälsoplanerare.

Gemensamt för alla utvecklingsenheter gällde att huvudmannen markerade förväntan och gav resurser att utveckla primärvården mot de mål som angetts i primärvårdsutredningar som till exempel HS 90 (Hälso- och sjukvård år 1990). Det innebar också att kunskap om metoder för problemformulering och strukturerat iakttagande fördes ut i vården. Projektarbete var ett medel att stimulera den processen. Man skulle ta utgångspunkt i verksamhetsnära, vardagliga problem. Handledaruppgiften fick därmed en annorlunda karaktär än inom den akademiska forskningen. De basala metoderna för projektarbete var dock de samma och utvecklingsenheterna kom att ses som ett komplement till de akademiska institutionerna. Speciellt intressanta målgrupper för utvecklingsenheterna var elever vid vårdhögskolor och blivande allmänläkare under FV/ST-skedet (den fortsatta vidareutbildningen/specialisttjänstgöringen efter allmäntjänstgöringen, AT)

## FoU-enhet i Lerum

Utvecklingsarbete var en ledstjärna för Lerums primärvård ända från starten. Många projekt som genomfördes var delvis förändringsarbete, men ofta innebar utvecklingen att man bröt ny mark i primärvården. Samarbetet med Spru (Sjukvårdens planerings och rationaliseringsinstitut) gav resurser till många utvecklingsarbeten. Andra resurser kom från landstinget, speciellt när Lerum fick egen förvaltning. Så kallade Dagmar-medel var en annan finansieringskälla.

Så fick då Lerum landstingets första Utvecklingsenhet 1988. Särskilda medel avsattes både för tjänster och för

andra resurser. Det innebar ett uppsving och en bättre organisation av utvecklingsarbetet. Samarbetet med Allmänmedicinska institutionen vid Göteborgs universitet intensifierades.

Älvsborgslandstinget utvecklade en progressiv FoU-policy och organisation under 1990-talet. Då landstinget upphörde och övergick i Västra Götalandsregionen fick FoU-organisationen en ny skepnad, som beskrivs av Henric Hultin, en av aktörerna på den arenan, se CD-skivan under Primärvård.pdf.

Utvecklingsenheten i Lerum fick genast fart med en mängd projekt genom medarbetarna och övriga primärvårdskollegor. Samarbetet med Spri fortsatte i form av olika projekt för utveckling av datorjournalen bland annat. hur data skulle kunna säkras för framtiden i de olika systemen som Datagrundjournalen; Datorisering av informationssystem vid Gråbo vårdcentral, Spri rapport 282.1990; Användarnas krav på datorstödd vårdokumentation. Spri rapport 416. 1996; Långtidslagring av patientinformation, Spri-rapport 455. 1997 och ett av Spris sista projekt inom IT, Långtidslagring av elektronisk vårdinformation i XML-format, Spri-rapport 943. 1999. Se för övrigt Litteraturlistan på CD-skivan.

Professor Calle Bengtsson, Göteborg skriver i sin historik över Allmänmedicininstitutionen i Göteborg bland annat:

*”Jag har noterat att jag den 6 mars 1985 träffade ”forskarombud” från de olika landstingen på Olskroken. Redan tidigare hade jag haft kontakt med Hans Lundgren i Floda, och den 7 mars hade vi ett möte där även Bengt Dahlin var med. Då gjorde vi tillsammans en planläggning för Hans Lundgrens forskning. Hans Lundgren blev sedermera den förste som disputerade på vår institution.”*

Om FoU-verksamhet inom landstingen skriver Calle Bengtsson vidare:

*”Det stod på ett ganska tidigt stadium klart för mig att för att få en bra läkarutbildning och bra forskningsverksamhet i primärvården räckte det inte med vårdcentralerna i Göteborg, utan jag måste vända mig till hela regionen. Det lyckades bra, inte minst tack vare att landstingen själva satsat på FoU-verksamhet. Den FoU-verksamheten gällde all sjukvårdsverksamhet, men allmänmedicinen blev där en likvärdig part. Från de papper jag fått från Bengt Dahlin kan jag exempelvis hämta att Elfsborgs läns landsting instiftade en central FoU-kommitté tillsammans med vårdskolorna i Borås och Vänersborg, där BD var ledamot, och som bland annat kunde ge projektanslag för sådana som var intresserade att utföra forsknings- och utvecklingsarbete.”*

När Lerums primärvårdsadministration lades ned och Mittenälvsborg blev ett administrativt område flyttade också FoU-enheten i Lerum till Alingsås. Samtidigt byggdes en FoU-enhet upp i Borås. Denna tog under slutet av 1990-talet över all FoU-verksamhet i södra Älvsborg.

## FoU-enhet i Borås

Professor Calle Bengtsson:

*”Bland anteckningar som jag gjort under 1993 kan nämnas att jag den 18 januari ”hjälpte i gång amanuensen Gunnarsson”, vilket bör betyda att Ronny Gunnarsson då började som amanuens på det som numera skulle kallas vår avdelning. Ronny Gunnarsson påbörjade sitt eget avhandlingsarbete, var en duktig kursadministra-*



FoU-enheten i Borås

*tör, något som han senare skulle visa som FoU-chef i Borås, och han passade också på att lära oss mycket om hur man gör litteraturstudier med hjälp av dator.”*

Ronny Gunnarssons insats för FoU-verksamheten kan inte nog berömmas. Som chef för FoU-enheten i Borås har han lyckats skapa resurser för en omfattande verksamhet. I lokaler i centrala Borås finns möjlighet för forskarstuderande att arbeta

under handledning. Ett flertal av dem med olika yrkesbakgrund i hälso- och sjukvården har disputerat och ständigt nya är på gång. FoU-enheten har blivit kläkningsanstalt för ett flertal medicine doktorer.

Ronny Gunnarsson har också bidragit till att vidareutveckla nätverken mellan FoU-enheterna i Sverige inte minst genom den nya IT-tekniken, som han är specialist på. Se FoU-enhetens hemsida: <http://www.fou.nu/is/sverige/unit/50>.

## Lokala FoU-rådet i Södra Älvsborg

Ronny Gunnarsson och Borås FoU-enhet har också varit en viktig del av det lokala FoU-rådet. Detta kan beskrivas med en kort historik:

*”Sedan slutet av 1980-talet har lokala FoU-råd (med olika benämningar) vuxit fram hos de sjukvårdshuvudmän som 1999 bildade Västra Götalandsregionen. Råden har gett ekonomiskt bidrag till projekt inom sitt respektive geografiska område. Högskolorna har ofta deltagit aktivt dels som kunskapscentrum och dels för att administrera medlen.*

*När Västra Götalandsregionen trädde ikraft 1999-01-01 förändrades förutsättningarna på flera sätt. Den sjukvårdsorganisatoriska geografin ändrades och högskolorna övergick i statlig regi. En utredning genomfördes avseende hur dessa medel skulle kunna fungera på ett likartat sätt i den nya organisationen. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) i Västra Götaland gav sedan hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att organisera FoU-verksamhet i enlighet med utredningen ”Förslag till organisation och regler*

*för lokala FoU-medel”, HSS 13/2000. Enligt beslutet skall lokala FoU-råd inrättas. (citat från hemsida på internet).*

Ett lokalt FoU-råd inrättades år 2000 i Södra Älvsborg. Beslutet i HSS får anses ange ramen för hur rådet skall arbeta. Där föreslogs en chefsgrupp som dels tillsätter ett lokalt FoU-råd och dels tar principbeslut. Sedan rådet startade har flera frågor dykt upp som inte finner svar i beslut taget av HSS. Dessa frågor har i Södra Älvsborg lösts så att rådets arbetsgrupp har lagt förslag till rådets chefsgrupp som sedan fattat beslut. Ofta har dessa beslut skett genom förfrågan och svar via e-post.

2008-01-14 samlades rådets arbets-

**Lokala FoU-rådet  
i Södra Älvsborg**



grupp och chefsgrupp för första gången i samma rum. Vid detta möte diskuterades beslutsordningen. Chefsgruppen beslutade då att rådets arbetsgrupp själv får fatta alla principbeslut, så länge besluten fattas enhälligt och minst 50% av arbetsgruppens ledamöter är närvarande. Om man inte kan enas hänskjuts frågan till rådets chefsgrupp. Vidare bestämdes att rådets chefsgrupp och arbetsgrupp fortsättningsvis skall samlas en gång per år. Ordförande för arbetsgruppen kan dessutom vid behov initiera extra möten med chefsgruppen.

## Allmänmedicinen blev egen specialitet

Professor Calle Bengtsson i berättelsen:

*”Några tankar före och efter min tid som professor i allmänmedicin”.*

*”Allmänmedicinen har egentligen mycket gamla anor. Verksamheten finns väl dokumenterad i framför allt provinsialläkarrapporterna, som säkert än i dag har stort läsvärde. Det verkade emellertid som om allmänmedicinens status efter hand minskade under mitten av 1900-talet. Det gjordes efter hand olika utredningar:*

- Medicinalstyrelsens utredning om den öppna läkarvården.
- Kommittén för översyn av hälso- och sjukvårdsområdena (ÖNS-kommittén).
- Socialstyrelsens principprogram för den öppna vården.

*Jag har fått en beskrivning från Bengt Dahlin (BD) om hur han uppfattade svensk allmänmedicins uppsving under 1980- och 1990-talet. BD arbetade som distriktsläkare i Gråbo när jag träffade honom första gången. Jag citerar några rader från det BD skriver: ”Vi hade konstaterat på 1970-talet att allmänläkarens identitet och yrkesroll var diffus, och att allmänläkarna kände sig underlägsna sina sjukhuskollegor”. I BDs anteckningar kan jag steg för steg läsa hur denna utveckling ändrades till det bättre. Det var en grupp allmänläkare som ville få en ändring till stånd. En av dem var BD. En annan viktig person i det sammanhanget var **Gustav Haglund i Dalby och Olofström**, som*



Om **Gustav Haglund** läs ”Yrkesbeskrivningar” på CD-skivan

samlade 20 intresserade allmänläkare från hela landet till en kursledarkurs på Frostavallen i Höör i januari 1981. Det var som jag uppfattat det starten för en statushöjning för allmänmedicinen och för en konkretisering av allmänläkarrollen och också start för en i hög grad förbättrad vidareutbildning för allmänmedicinare.

NLV (Nämnden för läkares vidareutbildning) hade startats 1969. År 1976 bildades en ledningsgrupp under NLV som kallades Grupp för Efterutbildning Inom Allmänläkarvård, och fyra försöks- och utvecklingsområden för fortbildning utsågs. Ett av dessa var Borås med södra Älvsborgs län och med BD som projektledare, där projektet bar en del av det nationella projektet GREIA. Försöksverksamheten där baserades på problemorienterad och deltagarstyrd undervisningsmetodik, som efter hand kom att vidareutvecklas inom olika områden och så småningom även i läkarutbildningen. I en kurs i Hjo 1980 ordnades som fortsättning på GREIA-projektet en pedagogisk idékurs ledd av BD, Lennart Råstam, som var distriktsläkare i Skövde och Ulla Riis, som var pedagog i Linköping.

Det fanns alltså redan aktiviteter på gång i olika delar av Sverige, och som jag uppfattade blev det extra fart efter den kurs i Höör i januari 1981, som jag nämnde ovan. Syftet var att deltagarna i kurs skulle sprida den ideologiska diskussionen om läkarrollen och om kunskapspridande vidare ut i landet,

något som också lyckades. Det kom nu också till stånd allmänläkar-kurser i bland annat Västsverige, och det startades NLV-kurser för läkare som utbildade sig till allmänläkare. I Lerum anordnades den första NLV-kursen för allmänläkare och av allmänläkare 1982. Kursledning var BD, Olle Lyngstam och Lennart Råstam.

Ännu tidigare hade det funnits forsknings- och utvecklingsverksamhet inom svensk allmänläkarvård men mer som försöksverksamhet och geografiskt begränsad. Från BDs sammanställning kan jag läsa att den första satsningen FoU (forskning och utveckling) gjordes i Dalby i Skåne 1968-69 med ”Enheten för forskning inom primärvården och angränsande områden av socialtjänsten”. Initiativtagare och chef var Åke Nordén, som 1972 fick en professur med benämningen ”medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård”. Huvudman för denna enhet var den dåvarande Medicinalstyrelsen. Efter hand blev allmänmedicin en fristående akademisk disciplin.”

## **En ny allmänmedicinsk institution och professur i Göteborg**

Profesor Calle Bengtsson berättar vidare:

”Som tidigare nämnts hade det bestämts att etablera en institution för allmänmedicin med start 1 juli 1982. Vad som hände efter det vet jag inte säkert, men jag har antecknat att man den 19 november 1984 hade uppe frågan om att

*inrätta ett vikariat för en professur i allmänmedicin. Frågan blev föremål för fortsatt diskussion dagen därpå, då även amanuensfrågan diskuterades. Den 21 november var jag i Olskroken, då jag fick löfte om att kunna ta emot patienter på vårdcentralen där, om jag skulle bli utsedd till professor. Den 3 december 1984 påbörjade jag ett vikariat som professor i allmänmedicin i Göteborg. Den 17 januari 1985, under pågående föreläsning meddelades att jag denna dag av regeringen hade utnämnts till professor i allmänmedicin i Göteborg.”*

## **Utbildning av läkare**

Utbildningen har varit en viktig komponent i kvalitetsutvecklingen i allmänmedicinen och lokalt i vården i Mittenälvsborg. Mycket har fokuserats på läkarnas utbildning, så också denna beskrivning, men under 1990-talet ökade insatserna också för sjuksköterskor och barnmorskor.

Provinsialläkarfonden, som skapades av från provinsialläkarnas avsatta patientarvoden i slutet på 1960-talet, gjorde det möjligt att tidigt satsa på efterutbildning av distriktsläkarna. I Mittenälvsborg resulterade det i en lokal efterutbildning. Modellen, som fortfarande används, skapades i ett projekt med Södra Älvsborg och Åtvidaberg inblandade ”Deltagarstyrd, problemorienterad allmänläkarutbildning” utvecklades. Som blockchef blev Bengt Dahlin en lokal projektledare. Projektet beskrivs liksom dess positiva följder på CD-skivan

AT-läkare (allmäntjänstgörande läkare) hade inträtt på arenan redan 1970. I och med att allmänmedicin blev en egen

specialitet skulle man utbilda blivande allmänläkare. Stegvis utformade handledarkurser kom att genomföras genom NLV (Nämnden för Läkares Vidareutbildning). En sådan avstamp gjordes i Hjo-kursen 1980 med Lennart Råstam och Bengt Dahlin som kursledare. Se CD-skivan.

För att ”styra” de kommande allmänläkarna ideologiskt utformades kurser i allmänmedicin, Flera sådana med början 1983 genomfördes i Lerum på Aspenäsgården. Kursinnehåll liksom resultat beskrivs på CD-skivan.

Kontakten med universiteten genom Allmänmedicinska institutionen och tidigare bl.a. Dalby i Skåne hade varit goda. Bengt Dahlin blev utsedd som arbetslivsrepresentant i Grundutbildningsnämnden vid medicinska fakulteten i Göteborg 1990. Då man höll på att se över grundutbildningens organisation och innehåll gavs en möjlighet att få med vårdcentralerna och distriktsläkarna i utbildningskonceptet. Det resulterade i kursen ”Konsultationskunskap”, som bland annat innebar att studenterna under termin fem skulle auskultera en vecka i primärvården med distriktsläkare som handledare. Distriktsläkarna blev ”universitetslärare”.

## **Grundutbildningen med kurs i allmänmedicin och konsultationskunskap**

Efter elva terminers godkända studier på läkarprogrammet vid något av de sex universitet där utbildningen ges (Lund/Malmö, Göteborg, Linköping, Uppsala, Umeå och Karolinska Institutet i Stockholm) får den studerande läkarexamen. Under de första terminerna studeras medicinsk grundvetenskap (denna period kallas populärt för preklin – från ”prekliniska

studier”). De senare terminernas studier äger huvudsakligen rum på ett undervisningssjukhus och i primärvården (denna period kallas följaktligen klin – från ”kliniska studier”). Från och med termin 9 kan dock läkarstudenter anställas vid landets alla sjukhus som underläkare.

Under grundutbildningens sjunde termin planerade professor Calle Bengtsson tidigt en kurs i allmänmedicin. Han skriver:

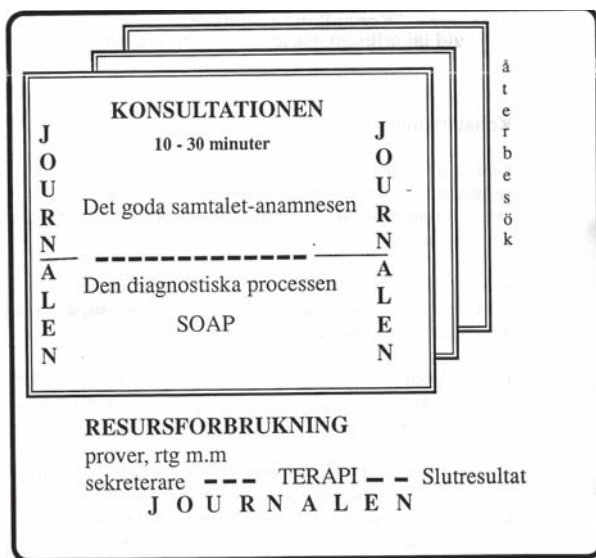
*”Jag skisserade tidigt ett schema för en tre veckors kurs i allmänmedicin, ett schema som i stort sett sedan kom att gälla, och som i väsentliga drag gäller ännu i dag. Jag upplevde att det fanns en entusiasm bland allmänläkarna under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet som jag inte upplevt varken förr eller senare. Det var lätt att få våra läkarstuderande utplacerade. Vårdcentralerna i Göteborg var så kallade upplåtna vårdcentraler och hade som sådana skyldighet att ta emot läkarstuderande. Någon sådan skyldighet hade inte vårdcentralerna*

*utanför Göteborg, men likväl var de mycket positiva till att ta emot och vid behov ordna bostad åt dem och det utan att de krävde ersättning för det.”*

## Kurs i konsultationskunskap vid Göteborgs universitet

Konsultationen (läkarens möte med patienten) är en central arbetsmetod i läkaryrket. Den omfattar mötet i alla dess aspekter. Hur samtalet mellan läkare och patient skulle föras fick studenterna lära sig en vecka i Åh i Bohuslän, då man använde videostödd undervisning.

*”Konsultationens kärna är för läkaren den diagnostiska processen. Som metod liknar den ett problem- och hypotestestande vetenskapligt arbets sätt, vilket också var inskrivet som en grund i Strategi 90. Först definierar man problemet mot bakgrund av patientens beskrivning av sina symtom och övriga anamnestiska data. Därur får man en eller flera hypoteser/preliminära diagnoser, som testas med t.ex.*



*laboratorie- och röntgen undersökningar. Man gör en bedömning som leder till behandling/ar av olika slag. Processen kan sammanfattas i bokstäverna SOAP – Subjektivt (patientens beskrivning), Objektivt (olika undersökningsfynd), Analys (läkarens bedömning av S och O) samt Planering (läkarens fortsatta handläggning som kan vara behandling av olika slag eller fortsatt utredning av problemet/en).” (BD)*

Det hela skall beskrivas i patientjournalen och är grundläggande för journalens uppbyggnad, där den problemorienterade journalen (POMR) kan vara en form av journaluppbyggnad – se CD-skivans journalen.pdf. I konsultationskursen undervisades också om datorstöd i journalföringen. Sahlgrenska hade börjat använda journalsystemet Melior som journalprogram. Ett datorjournalssystem som senare infördes i södra Älvsborgs sjukhuskliniker.

Calle Bengtsson berättade vidare:

*”Under 1993 fick vi även hand om läkarstuderande under termin 6, och jag föreläste själv för dem på Vasa sjukhus den 1 februari 1993. Det var så vitt jag vet premiär för det som kom att kallas konsultationskursen. Cecilia Björkerud vid Allmänmedicininstitutionen hade huvudansvar för denna kurs. Sedan hade vi sjätteterminarna återkommande varje termin.*

*Bakgrunden till konsultationskursen var att det funnits ambitioner om att förändra pedagogiken under grundutbildningen till läkare. Detta förändringsarbete drevs av Bo Samuelsson, som var ordförande i Grundutbild-*

*ningsnämnden, som bildats 1990, och han hade som medhjälpare Björn Järbur. Bengt Dahlin var med i nämnden som yrkeslivsrepresentant. Fakulteten hade antagit ”Strategi 90”, som bland annat syftade till längre sammanhängande praktisk tjänstgöring och utökad öppenvårdskontakt. En arbetsgrupp tillsattes den 5 mars 1991. I gruppen ingick representanter för geriatrik, som tidigare haft hand om propedeutkursen, representanter från allmänmedicin och representanter från medicinsk psykologi. Gruppen leddes av Annica Skott, docent och psykiater, och i gruppen ingick Bengt Dahlin, Cecilia Björkelund, Mats Wahlqvist från Medicinsk psykologi, Ingrid Gause Nilsson från Avdelningen för Geriatrik, Stig Rödger som internmedicinare och Gunilla Hellqvist från vår avdelning. En vecka av kursen skulle ägnas åt vårdcentralsarbete, och distriktsläkare i regionen fick allt viktigare lärarroll.”*

### **Fortsättning på processen – ”TYK”, Tidig yrkeskontakt**

Då konsultationskursen planerades diskuterades möjligheten av att studenterna skulle få kontakt med primärvården redan från utbildningsstarten. Man kom då inte längre än till att nämna primärvården i introduktionsveckan. Men man fortsatte ansträngningarna att föra in primärvården tidigt i läkarutbildningen. Man hämtade in kunskap både från Sverige och utomlands. Redan 1986 introducerade Hälsouniversitetet i Linköping en kurs, ”Patientkontakt, helhetssyn och samtalskonst”. Därefter kom Umeå med ”Tillämpad medicin”, Lund med ”Tidig

patientkontakt”, Uppsala med ”Patient-läkarrelationen” och Karolinska institutet med ”Doktorsskolan”. Avdelningen för Allmänmedicin i Göteborg fick uppdraget att skapa en ny kurs som delvis tog innehållet från kursen i Konsultationskunskap.

Höstterminen 2001 startade så en 4-poängs kurs, Kursen i tidigyrkeskunskap (TYK) vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. TYK gav första terminen en inblick i läkarrollen. Under andra terminen betonades övriga personalgruppers arbete. Tredje och fjärde terminen innehöll träning i att göra patientintervjuer, lättare kliniska undersökningar och att skriva kortare journaltexter. Läkare, relationer och samarbete med fokus på genusperspektivet, medicinsk idé- och lärdoms historia, läkarrollen förr och nu samt mångkulturell vård togs upp.Handledare från bland annat primärvården rekryterades. Floda vårdcentral involverades med distriktsläkaren Bernhard von Below. Vårdcentralerna fick ekonomisk ersättning för utbildningsinsatsen.

Ett flertal utvärderingar har gjorts av de enskilda kurserna och av lärar/handledarinsatsen vid kurserna. Här några citat ur dessa:

*”Undervisningen i primärvården ger studenterna en positiv uppfattning av allmänmedicin och många kandidater växer, både personligt och intellektuellt, under en tid på vårdcentral.”*

*”Om man vill påverka något för framtiden så är undervisning ett fantastiskt instrument.”*

Studierna visade att ”positiva” handledare anger en blandning av personliga och strukturella villkor som avgörande för hur den egna inställningen är till handledarskapet och hur väl undervisningen faller ut.

Göteborgs läkarstudenter har efter

tjänstgöring på vårdcentral, frekvent och eftertryckligt, uttryckt önskemål om ”mer tid på vårdcentral”. Tjänstgöringen uppfattas som relevant, lärorik och personlig. Allmänläkarna får genomgående mycket goda omdömen som handledare.

”

## **AT-/FV-/ST-utbildning**

För att Socialstyrelsen skall utfärda legitimation krävs utöver fullgjorda studier vid universitet minst 18 månaders teoretisk och praktisk allmäntjänstgöring (som AT-läkare) samt ”sådana personliga egenskaper” som yrkesutövningen kräver. Efter den totala AT-tjänstgöringen (allmäntjänstgöring) som är 21 månader får man läkarlegitimation, om den blivande läkaren klarat ”AT-skrivningen”, ett test på de medicinska kunskaperna. För alla blivande läkare ingår – efter grundutbildningen med läkarexamen – sex månaders AT-tjänstgöring vid vårdcentral med handledare, som fått speciell utbildning för detta uppdrag.

Majoriteten av dem som under senare år erhållit legitimation har utländsk läkarutbildning. Den som har en legitimation från ett EU/EES-land kan ansöka om svensk legitimation utan att först göra AT-/FV-/ST-utbildning. År 2008 legitimerades 2024 läkare. Av dem hade 1223 utländsk utbildning.

Dock är läkaren inte färdigutbildad förrän efter en specialistutbildning (FV/ST) under ytterligare 4 till 5 år. Totalt tar det cirka 12 år att utbildas till läkare inom en specialitet. Allmänmedicin är en av många specialiteter.

Allmänmedicin som blev en egen specialitet 1981 och fick då reglerad specialistutbildning omfattande 4-5 år.

En utbildning som tidsmässigt var i paritet med övriga specialistutbildningar. Två års utbildning skulle fullgöras i den egna specialiteten allmänmedicin. I de tillsammans sex veckor långa så kallade NLV-kurserna var det obligatoriskt med en kurs i allmänmedicin. Tre sådana en veckors kurser anordnades i Lerum under 1980-talet. (NLV = Nämnden för läkares vidareutbildning). År 2010 är åter en av Mittenälvsborgs distriktsläkare engagerad i en allmänläkarkurs, Kerstin Holmberg. Senare under 1990-talet ersattes den detaljstyrda utbildningen av en målformulerad med vissa angivna kunskaper och färdigheter under minst fem års handled vidareutbildning. Inledningsvis kallades utbildningstjänsterna FV-läkartjänster (läkare under fortsatt vidareutbildning). Senare kom den att benämnas ST-utbildning (Specialisttjänstgöring). Studierektorer samordnar och stöder handledarna på vårdcentralerna. I Mittenälvsborg engagerades Kerstin Holmberg och Eva Fine de Licht.

### Lokal efterutbildning av läkare

En fortlöpande efterutbildning av läkare är nödvändig för att upprätthålla den medicinska kunskapen och därmed kvaliteten i vården. Möjligheterna att avsätta resurser för den enskilde läkaren för efterutbildning kom i och med primärvårdstidens reglerade arbetstid och nya lönevillkor på 1970-talet. Provinsiälläkarfondens kurser var en möjlighet till veckokurser i olika ämnen. Läkemedelsföretagen sponsrade under flera årtionden efterutbildningskurser för läkare. Kontakterna med företagens representanter för information om nya läkemedel var en ständigt återkommande källa till kunskap. Lokala utbildningsmöten anordnade av läkarna själva var

av stor betydelse inte minst för att regelbundet träffa kollegor. Om dessa träffar ger vi lokala exempel på från Mittenälvsborg på CD-skivan.

### Efterutbildningens historik

NLV (nämnden för Läkares Vidareutbildning) tillsatte 1975 en ledningsgrupp och en arbetsgrupp (GREIA) för att utforma efterutbildning inom allmänläkarvården. Fyra försöksdistrikt initierades i Sverige, varav ett kom att förläggas till Södra Älvsborg och Borås. Försöket leddes av en pedagog, Ulla Riis, från Universitetet i Linköping. Arbetsgruppen i Boråsförsöket var Bengt Dahlin, projektledare, Inga-Britt Borén, blockföreståndare, Göran Hermansson, utredningssekreterare, Börje Wallheden och Bertil von der Burg, distriktsöverläkare.

Man konstaterade bland annat att:

- det fanns ett stort generellt behov av planerad utbildning.
- allmänläkarna hade problem med sin yrkesidentitet.
- genomförande av efterutbildning skall vara en gemensam angelägenhet för allmänläkarna och ske på allmänläkarnas villkor.

Den utbildningsmodell som presenterades var av generell natur. Man fokuserades på problemorienterad utbildning och en deltagarstyrning av efterutbildningen. Innebörden i problemorientering är att man undersöker problem som föreligger här och nu, oberoende av de traditionella gränser som existerar men det skall var meningsfullt och allmänt accepterat. En karaktäristisk egenskap hos allmänmedicinen är sannolikt problemorientering och därmed sammanhängande förståelse till och strävan efter att se helheten

bakom en, oftast, medicinsk symtombild. Om modellen för efterutbildning av allmänläkare se CD-skivan.

Sedan primärvårdsblocket delats i fyra administrativa enheter med vardera decentraliserad personaladministration, lokala primärvårdsföreståndare och distriktsöverläkare decentraliserades också efterutbildningen av läkare enligt den modell som utvecklats i Boråsförsöket.

## Nääsmötena

BD, som blev distriktsöverläkare i Mittenälvsborg, initierade till en regelbunden efterutbildning av områdets distriktsläkare en eftermiddag en gång i månaden med lokalisering på Nääs fabriksområde i Floda. En viktig förutsättning för utbildningstillfällena var, som Boråsförsöket angett, att utbildningen skulle vara deltagarstyrd, på allmänläkarnas villkor. Specialistläkare skulle bara inkallas som resurspersoner. Utvärdering skedde vid varje utbildningstillfälle och efter läsårets slut. Utbildningen var uppskattad och ansågs angelägen. Lite smolk i bägaren var att en del politiker irriterades över efterutbildningstillfällena, som de ansåg vara ”fackliga möten”. Efterutbildningen utvecklades dock till en ”institution”. Platsen för utbildningen flyttades till Alingsås.

År 2010 är man fortfarande igång med den lokala efterutbildningen för läkare i Mittenälvsborgs offentligt drivna vårdcentraler. Samlingarna är flyttade till andra lokaler i Alingsås. Ansvar för program och övrig planering växlar mellan intresserade distriktsläkare. Den nya organisationen med Vårdval gör att de privat drivna vårdcentralernas läkare

utesluts ur denna form av efterutbildning, vilket är beklagligt.

## Måndagsklubben i Lerum

Under en period på 1970-talet samlades läkarna i Lerumsdistriktet någon måndagskväll i månaden för att utbyta erfarenheter och förkovra sig. Ofta inbjöds en läkemedelsfirma för information. Man tog också upp intressanta eller knepiga fall för diskussion. Ur måndagsklubben kom ett initiativ att anordna Balintgrupp i Lerum ledd av distriktsläkare Olof Wik, verksam i Gråbo och Lerum.

## Balintgrupp

Att vara med i en Balintgrupp stärker den professionella integriteten, visar en avhandling framlagd på Uppsala universitet i september 2009 av Dorte Kjeldman, distriktsläkare i Eksjö.

*”Deltagarna i Balintgrupper visar genomgående bättre värden än referensgruppen, man tar fikapauser, man har en bättre relation till sin patient och man är mindre känslig för patientens krav och påtryckningar”.*

När Michael Balint införde grupparbete med handledare för läkarstuderande och allmänmedicinare fann man att erfarenhetsutbytet kolleger emellan inom en »peer group» kan bidra till mognad och utveckling av yrkesrollen.

Arbete i en Balintgrupp kan, något fritt citerat från Lennart Kaij och Michael Balint, bidra till en tryggare yrkesidentitet som kommer från egen mognad, inte enbart från kunskap om sjukdom

**Michael Balint** föddes 1896 i Budapest, Ungern, son till en allmänläkare. 1939 emigrerade Michael Balint till England, där han tillsammans med sin maka Enid startade utbildnings- och forskningsseminarier för allmänläkare, psykologer och psykoterapeuter vid Tavistock Clinic i London. På 1950-talet startades de första Balintgrupperna. I dessa träffades 8-10 allmänläkare tillsammans med en psykoanalytiskt skolad ledare två timmar i veckan under 2-3 år. Syftet med träffarna var att försöka förstå "besvärliga" patienter samt det omedvetna skeendet i mötet mellan läkaren och patienten. Balint talade om "the Doctor as a Drug", d v s att läkarens närvaro i sig själv är läkande för patienten, och han ville klargöra läkarens apostoliska funktion, d v s vikten av hur läkaren framför sitt budskap till patienten. Balint förenade psykoanalytiska tankegångar med kunskap om somatiska sjukdomar. Balint ansåg att mötet mellan läkare och patient är ett möte mellan två subjekt och att läkaren behövde vara uppmärksam på sina egna reaktioner för att bättre kunna förstå patienten.

och identifiering med äldre kolleger. Man har större förutsättningar för att kunna vara självständig gentemot konventioner, rutiner och människosyn i vården om man har förmåga till kritisk granskning och reflektion. Man ökar sina möjligheter att kunna utnyttja ett varierat och flexibelt system av egna nödvändiga försvarsmekanismer. Man kan träna sin förmåga att kombinera inlevelse och distans. Man kan finna en realistisk men likväl optimistisk syn på arbetsuppgiften och sätta en rimlig målsättning för sitt åtagande.

### **Västsvenska allmänläkarklubben**

För att stimulera till och samlas kring FoU-verksamhet bildades 1984 en västsvensk allmänläkarklubb på initiativ av Lennart Råstam och BD. Mottot var "Ensam är inte stark". Liknande klubbar hade dykt upp på flera ställen i Sverige. De hade som förebild Mälardalens distriktsläkarklubb, som bildades 1978.

Första mötet hölls i Alingsås hösten

1984. Calle Bengtsson, vår tillträdande allmänmedicinprofessor i Göteborg, var särskilt inbjuden. Under de följande femton mötena (ett eller två per år) var kontakten med Allmänmedicininstitutionen i Göteborg en stående programpunkt, som fortlöpande presenterades allmänmedicinens forskning i väster. Klubbens möten hölls under en lördag till följande söndagsförmiddag med deltagande också av "ledsagare". Tanken med detta var att familjen skulle få veta vad man sysslade med i FoU, som inte sällan tog en hel del av fritiden. Klubben sponsrades av Hässle läkemedel. På programmet fanns alltid intressanta föredrag i medicinska ämnen.

Klubben verkade till 1995 med 14 möten innan den lades ned bland annat på grund av tveksamheter om sponsorsverksamhet till läkaraktiviteter av detta slag.

Kontinuiteten i kontakten mellan läkare



# Husläkarförsöken

---

och patient hade blivit ett allvarligt problem efter reformerna 1970 med reglerad arbetstid och med ersättning i form av jourkompensation för läkarna. Den tillgängliga arbetstiden minskade därigenom med cirka 50 %. Dålig planering av patientmottagningen bidrog till den dåliga kontinuiteten. Att vid upprepade läkarbesök träffa olika läkare skapade för patienten otrygghet och bristande omhändertagande, samtidigt som det för verksamheten bidrog till ökad resursförbrukning på grund av att varje ny läkarkontakt tog längre tid, än en där läkare och patient redan var väl förtrogna med varandra.

Kontinuitet kunde innebära att man ägnade mer av den egna enhetens resurser åt ett begränsat antal patienter. I detta låg en konflikt mellan vårdansvar för hela befolkningen och ett påtaget ansvar för den enskilde i vårdapparaten. I bristsituationen fanns två vägar att välja på. Den enklaste lösningen var att avskärma sig från omgivningen och endast se till den enskildes bästa. Det blev god kontinuitet för den som nått innanför vårdmuren i den offentliga sektorn eller den som i privatläkarens praktik hörde till praktikers patientskara. Var läkaren fulltecknad göra sig övriga icke besvär. Då var det inga svårigheter att ge både god kontinuitet och hög vårdstandard. Tillgängligheten till vården blev låg för dem som ”stod utanför”. Det var den väg som många enheter valde före och efter sekelskiftet år 2000.

## Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård, 1978

Politiskt blev frågan om patient- läkarkontinuitet het och 18 maj 1977 gav statsrådet Troedsson i dåvarande borgerliga regering en särskild utredare, Gunnar Hjerne, uppdrag att utreda kontinuitetsproblematiken och ge förslag till lösningar. Resultatet av utredningen presenterades i SOU 1978:74, Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård.

I direktiven till utredaren anger statsrådet att:

*”Den öppna sjukvården bör planeras utifrån patienternas önskemål om läkarkontinuitet och närservice samt, så långt det är möjligt, valfrihet inom sjukvården. I flera landsting har man försökt komma tillrätta med de här problemen. Ett genomgående drag i de organisationsmodeller som utvecklats är strävan efter noggrannare planering av läkarnas tjänstgöring. Det blir då möjligt att planera även besöken så att kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare blir bättre.”*

I regeringsförklaringen hösten 1977 framhölls vikten av att ”stegvis organisera öppenvården som ett system med husläkare och mindre vårdenheter”. Avsikten med en sådan organisation var bland annat att få en bättre kontinuitet i vården genom att göra det möjligt för patienten att etablera en fast kontakt med ett vårdteam av sjukvårdspersonal, däribland en bestämd läkare som patienten har förtroende för.

Statsrådet Troedsson (M) framhöll vidare:

*”En sådan fast anknytning innebär att läkaren lär känna sin patient och dennes familj, vilket ger bättre möjligheter till god diagnos och behandling. Även för patienten är det tryggt att kunna vända sig till en läkare som är väl förtrogen med hennes problem och den miljö hon lever i. Patienten bör själv avgöra om hon vill ha en ”egenläkare” (husläkare) och i så fall vilken, givetvis i samråd med läkaren. Såväl allmänläkare och specialister inom den öppna vården som privatläkare bör kunna inordnas i systemet. Läkaren kan sedan hjälpa patienten till specialistbehandling när så krävs. Läkarens möjlighet att i angelägna fall göra hembesök bör också ökas.”*

Hon påpekade också distriktssköterskans viktiga roll inom den öppna vården.

*”De finns ofta ”närmare” patienterna, särskilt i glesbygden. Många hälso- och sjukvårdsproblem är av den arten att ett besök hos – eller av – distriktssköterskan är ett bättre eller lika bra alternativ som en läkarkonsultation. Distriktssköterskan kan genom hembesök lära känna patienterna i deras hemmiljö och därigenom få en mer socialmedicinskt grundad uppföljning. För en mer personlig och decentraliserad sjukvård är därför distriktssköterskeorganisationen betydelsefull.”*

Ur sammanfattningen till SOU 1978:74 hämtas:

*”Frågan om kontinuitet mellan patient och läkare inom den öppna vården har blivit ett allvarligt problem inom sjukvården. Att vid upprepade läkar-*

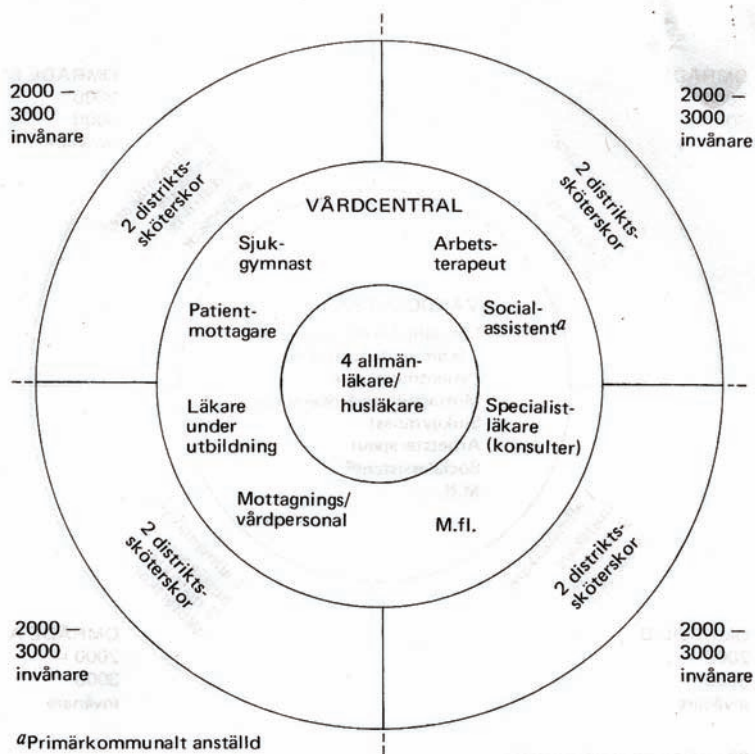
*besök hänvisas till olika läkare har hos patienterna ofta skapat en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande, Den ömsesidiga personkännedom och kunskap som är av väsentlig betydelse för ett förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare har på grund härav varit svåra att förverkliga inom den offentliga vården.”*

Man konstaterade att 60 procent av läkarbesöken i offentlig vård gjordes på sjukhusen och att den öppna vården allt mer präglades av ökad specialisering. Man pekade också på att redan Axel Höjer på 1940-talet föreslog en ökad satsning på allmänläkare. Samma tankar framkom i flera därefter följande utredningar som SOU 1958:15 ”Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena” och i Socialstyrelsens principprogram från 1968. Från senare delen av 1960-talet sökte statmakterna på olika sätt främja en utveckling av den öppna vården utanför sjukhusen, bland annat genom reformering av läkarutbildningen. Men utvecklingen gick trögt. Sjukvården förblev sjukhuscentrerad och specialistläkarbetonad.

Mot bakgrund av önskemålen om fasta läkarkontakter gav utredningen förslag till husläkarsystem som vilade på vårdcentralen som den grundläggande vårdenheten och allmänläkare och distriktssköterskor som patientens fasta vårdgivare.

Man visade på två modeller.

**Modell I**, innebar att de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna var husläkare för sina patienter/invånare, utan att varje läkare hade ett eget geografiskt ansvarsområde. Invånarna skulle ges möj-



lighet att välja en av allmänläkarna till sin husläkare. Helst borde alla i samma familj välja samma läkare (familjeläkaren).

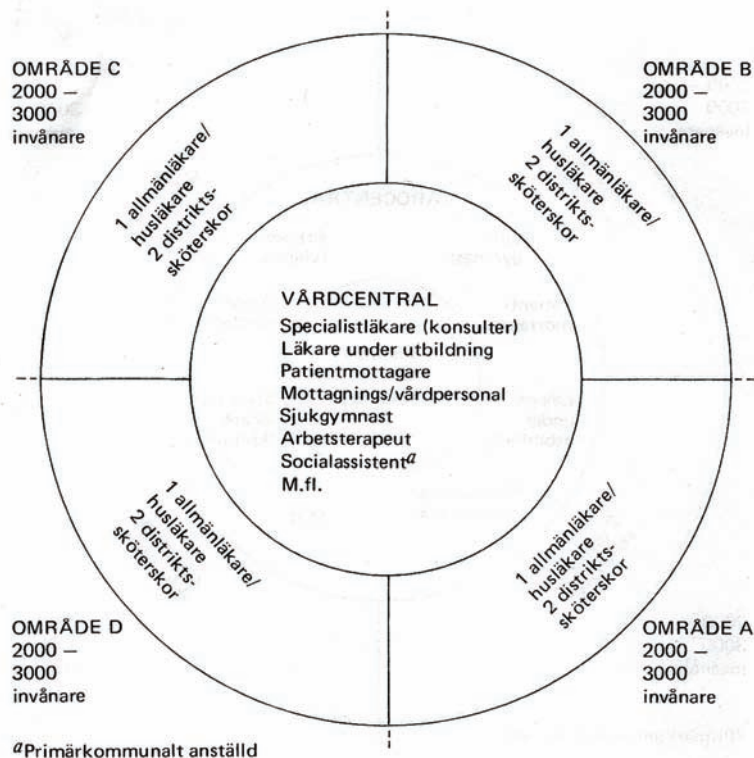
För att tillgodose kraven på lättillgänglighet och vårdepisodkontinuitet (samma vårdgivare för kontakterna vid en sjukdomsepisod) borde vårdplaneringsmetoder av olika slag användas. Vårdcentralens i Lerum ”löpande vårdplanering”, som infördes i maj 1975, angavs som ett gott exempel på sådana rutiner.

I **Modell II** delades vårdcentralens samlade betjäningsområde upp på de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna. Varje allmänläkare fick ett speciellt ansvar för invånarna i området som borde vara samma som distriktssköterskornas

betjäningsområde. Man ansåg att inom varje sådant allmänläkardistrikt borde finnas två distriktssköterskor. Varje invånare skulle också ha en fast distriktssköterskekontakt. Samarbetet mellan läkare och distriktssköterska skulle på så sätt underlättas och ge läkaren bättre möjlighet att bedriva preventiv vård.

## Lerums husläkarmodeller 1978

Som exempel på försöksverksamhet med husläkare nämndes Spriprojektet vid vårdcentralerna i Lerum som Modell I av två modeller som beskrivs. Den innebar en typ av husläkare utan ett eget geografiskt



ansvarsområde, ett system med kollektivt områdesansvar för vårdcentralens samtliga läkare. Modellen gav goda möjligheter att flexibelt utnyttja vårdcentralens resurser och en viss ökad valfrihet för patienten.

## Efterspel till husläkarutredningen 1978

I socialutskottets betänkande 1978/79:47 med anledning av husläkarpropositionen ansåg utskottet att några egentliga förslag inte förts fram och att propositionen hade karaktären av en idépromemoria och allmän viljeinriktning.

*”En utveckling av primärvården, där vårdcentralen utgör kärnan, pågår redan. Konkreta förslag för att stödja*

*och påskynda denna utveckling saknas i propositionen.”*

I en ny proposition 1979/80:116 om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården med mera återkom frågan om att införa ett husläkar-system för att förbättra kontinuiteten. I den propositionen påpekades att läkartillgången inom den öppna vården är en kritisk faktor när det gällde att förbättra kontinuiteten. I socialutskottets betänkande 1979/80:38 med anledning av propositionen framhölls nödvändigheten av att man i framtiden undvek en mycket god läkartillgång inom vissa specialiteter men brist på läkare inom andra. Man skulle genom dispenser kunna örvärva behörighet till distriktsläkartjänster inom allmänläkarvård, även om det var

en nödlösning under en övergångsperiod. Riksdagen följde utskottets förslag (1979/80:338).

### **Om husläkare m.m. Regeringens proposition 1992/93:160**

I propositionen, som undertecknats av den moderata regeringens företrädare Carl Bildt och Bo Könberg, föreslogs en husläkarreform som innebar att alla invånare skulle ges möjlighet att själva välja en husläkare. Sjukvårdshuvudmännen ålades genom ändring i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) att organisera sin verksamhet så att detta blev möjligt. En särskild lag stiftades om husläkare. Husläkaren skulle ha ett tydligt och preciserat ansvar för de personer som valt honom till sin husläkare. Vissa grundkrav var tvungna att uppfyllas för att verksamheten skulle betraktas som husläkarverksamhet. Kraven skulle vara lika över hela landet.

De uppgifter som husläkaren alltid skulle ansvara för omfattade: mottagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverkan med andra service- och vårdgivare. Dessutom skulle den egna verksamheten kunna följas upp och utvärderas. Husläkaren skulle också rapportera om lokala hälsoproblem fanns. Utöver grundkraven kunde åtagandet som husläkare även omfatta skyldighet att tillhandahålla insatser av distriktssköterska. Sjukvårdshuvudmännen skulle besluta om ersättningsnivåer. Vad gällde grundåtagandet skulle ersättning utgå per individ som är ansluten till husläkaren. För att få vara verksam som husläkare fordrades att ha specialiteten allmänmedicin. Olika driftsformer var möjliga som anställning av

sjukvårdshuvudman, egen företagare, anställning i bolag eller inom ett personalkooperativ. Fri etablering föreslogs skulle införas för husläkare. Regelverket trädde i kraft 1994.

Den då borgerliga regeringen ville ta bort myndighetsinriktningen som primärvården hade kvar sedan provinsialläkartiden. Man ville tona ner primärvårdens samlade ansvar för en given befolkning inom ett avgränsat geografiskt område och istället betona den enskilde läkarens ansvar för de patienter som själva valt att söka honom eller henne. Man ville också skapa konkurrens mellan husläkarna. Om en patient blev missnöjd med sin husläkare kunde han eller hon byta husläkare. Ekonomiska incitament infördes på så sätt i vården. I samband med att ett husläkar-system inrättats föreslogs därför även att fri etablering infördes. De blivande husläkarna borde i princip själva kunna välja lämplig driftsform för verksamheten.

När husläkarreformen startade 1994 fanns det 4188 läkare registrerade. Omkring 90 procent av dessa var specialister inom allmänmedicin, övriga hade dispens från detta krav. Under de första åren på 1990-talet genomfördes en del av husläkarlagens intentioner för att öka tillgängligheten av läkare. Man införde möjligheten att välja läkare utan att detta reglerades i lag. Antalet invånare per allmänläkartjänst hade 1992 sjunkit till 2500 och närmade sig den tidens mål med en allmänläkare per 2500 invånare. Samarbetet mellan distriktsläkare och distriktssköterskor var sedan länge väl upparbetat. Man gjorde ofta hembesök tillsammans med distriktssköterskan. Kunskapen om varandras personliga kompetens var god och gav stora möjligheter till ett effektivt teamarbete.

## Husläkarsystem i Älvsborg

Vid landstingsstyrelsens behandling av ärendet 15 juni 1993 fastlades att husläkarverksamheten i Älvsborg skulle baseras på de goda erfarenheterna av en sammanhållen primärvård med samarbete mellan olika yrkesgrupper. Det innebar att:

- åtagandet i princip skulle omfatta alla de läkarinsatser som förekom inom primärvården
- lagarbetet mellan främst husläkaren och distriktssköterskan skulle bevaras
- samarbetet mellan olika yrkesgrupper skulle säkerställas.

Alla vårdgivare i Älvsborg fick skyldighet att ansluta sig till de utvecklingsprogram som huvudmannen beslutat om.

Verksamheten skulle präglas av en trygg läkar-patientrelation med god tillgänglighet och kontinuitet. Distriktssköterskan skulle ha kvar sitt områdesansvar. I de fall husläkaren hade patienter listade från flera geografiska områden förelåg ett samverkansansvar gentemot den distriktssköterska som hade områdesansvar där patienten bodde. Reformen innebar inget hinder för teamsamverkan som redan var etablerad eller under utveckling.

Husläkarens verksamhet bestod av några delar. Grundåtagandet gällde de minimikrav som lagen föreskrev. I Älvsborg beslöts att grundåtagandet skulle kompletteras med vissa specifika villkor – etableringsgrundande. En tredje möjlighet var tilläggsuppdrag. Det vill säga *Listning*. Det var önskvärt att hela befolkningen inom ett sjukvårdsområde fick möjlighet att välja husläkare vid ett och samma tillfälle. Detta kunde ske genom en kombination av den enskildes aktiva

önskemål och ett förslag från huvudmannen om husläkare, passiv listning. Efter avslutad aktiv listning påbörjades den passiva listningen som skulle vara klar den 31 mars 1994. Enhetligt datorsystem för vårdcentralerna introducerades 1991 (ProfDoc). Möjligheter att koppla ihop listning av patienter i detta datasystem ansågs vara goda. Ansvarig för listning, registrering och vårdfrågor borde utses vid varje primärvårdsförvaltning.

*FoU*. Stimulansåtgärder inom ramen för husläkarens tilläggsåtagande borde övervägas. Det gällde alla yrkesgruppers möjligheter att delta i projekt runt forskning och utveckling.

*Läkarutbildning*. Husläkarmottagningen skulle kunna stå till förfogande för utbildningsändamål inom grundutbildningen av läkare (bl.a. AT-läkare). För specialittjänstgöring (ST) i allmänmedicin borde det ankomma på huvudmannen att anställa ST-läkare i allmänmedicin. Utbildningsinsatser reglerades genom tilläggsuppdrag.

*Utbildning för distriktssköterska i farmakologi*. Distriktssköterskor med viss utbildning kom generellt att få möjlighet att förskriva vissa läkemedel.

*Kvalitetssäkring*. Ett kvalitetssäkringsystem för husläkarverksamhet borde omfatta bland annat (urval i en lista på 10 punkter)

- Landstingsgemensam kvalitetspolicy
- Informationssystem för uppföljning
- Kontinuerlig utveckling av kvalitetsindikatorer/standards, arbets sätt och metoder
- Utbildnings- och fortbildningsprogram för alla yrkesgrupper
- Ekonomisk ersättning för kvalitetsutveckling

## Lerums husläkarsatsning 1994

Landstingets husläkarbeslut innebar ett intensivt lokalt organisationsarbete för administrationen i Lerum. Nya redovisningsrutiner med datorstöd skulle införas. Personalen informeras och motiveras. Befolkningen skulle sedan informeras och ges möjlighet att välja husläkare. I en folder till samtliga hushåll "Distriktsläkaren – din husläkare. Nu är det dags att välja husläkare" gavs information om vad som gällde.

## Husläkarsatsningen i övriga Mit-tenälvborg

Ur Alingsås Tidning 17 dec. 1993. Politikerna, primärvårdsnämndens ordförande Inger Gustavsson (Fp) och Gerd Svensson (S) uttalade bland annat, att man skall värna om vårdcentralens bästa sidor. Med husläkarsystemet fick primär-

vården 4 miljoner mer i budgetmedel för att kunna öka läkartätheten. I Alingsås fanns två anmälda privata husläkare Anders Hamark och Bertil Hajtowitz. Husläkaren skulle finansiera sin verksamhet med igenomsnitt 44 kronor per listad patient och månad plus de 25 kronorna i patientavgift. Målet var att varje läkare i Lerum skulle ha 2000 individer listade till sig men i Alingsås 2500.

Jourcentralen fungerade som tidigare. Besök där kostade 180 kronor. Besök vid distriktsköterskemottagningar var gratis.

- Utbildnings- och fortbildningsprogram för alla yrkesgrupper
- Ekonomisk ersättning för kvalitetsutveckling

Husläkare vid Lerums vårdcentral 1993



Husläkarna nedifrån höger, upp mot vänster i trappan: Gunnar Hedelin, Barbro Rothelius, Inger Gallon, Marianne Fagerström. André Stadelmann, Thomas Norberg, Olof Wik.

## Husläkarsatsningen i övriga Mittenälvsborg

Ur Alingsås Tidning 17 dec. 1993. Politikerna, primärvårdsnämndens ordförande Inger Gustavsson (Fp) och Gerd Svensson (S) uttalade bland annat att man skall värna om vårdcentralens bästa sidor. Med husläkarsystemet fick primärvården 4 miljoner mer i budgetmedel för att kunna öka läkartätheten. I Alingsås fanns två anmälda privata husläkare Anders Hamark och Bertil Hajtowitz. Husläkaren skulle finansiera sin verksamhet med igenomsnitt 44 kronor per listad patient och månad plus de 25 kronorna i patientavgift. Målet var att varje läkare i Lerum skulle ha 2000 individer listade till sig men i Alingsås 2500.

Jourcentralen fungerade som tidigare. Besök där kostade 180 kronor. Besök vid distriktssköterskemottagningar var gratis.

## Husläkarlagen upphävs

När en ny politisk majoritet (S) kom till i riksdagen genom valet 1994 upphävdes husläkarlagen. Riksdagen antog då propositionen ”Primärvård, privata vårdgivare med mera (SOSFS 1994/95:195). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) fick ett tillägg (§ 5), som innebar att landstingen fick i uppdrag att organisera sin hälso- och sjukvård så, att alla som så önskade kunde välja en fast allmänläkarkontakt i primärvården. Detta innebar ett starkt politiskt stöd för allmänmedicinen. Primärvården blev en vårdnivå i hälso- och sjukvården.

*”Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov*

*av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”.*

Som ett riktmärke för läkarbemanningen angavs att det i primärvården bör finnas i genomsnitt en läkare per 2000 invånare. Det var första gången som riksdagen, genom att anta propositionen, uttalat sig om behovet av antal allmänläkare. Detta var ett starkt politiskt stöd för utbyggnad av primärvården.

Antalet husläkare minskade till 4025 vid upphörandet av reformen. Drygt 10 procent av allmänläkarna arbetade då vid privata mottagningar som hade vårdavtal med landstingen.

## Lerum går vidare – trots allt

Bengt Dahlin:

*”Husläkarsystemets regelverk innebär i princip utträdning av primärvårdens alla tidigare mål och principer. Den öppna vården skulle kunna innebära att privatläkarsektorn fick vind i seglen, att enläkarmottagningar kunde etableras utan tanke på att primärvårdsteamens samlade kompetens tillvaratogs, att jourkedjor bröts, att på vårdcentralen läkarna ställdes mot varandra inför befolkningens val av läkare. Husläkarreformens starka betoning på läkaren skulle förändra förutsättningarna för samverkan framför allt med distriktssköterskorna. Det i många fall fina lagarbetet försvagades eller upphörde. Många primärvårdsläkare mådde väldigt illa under valproceduren. Många husläkare listade upp till 3000 invånare för att*



*öka sina inkomster. I praktiken gick det ofta inte att uppfylla patienternas förväntningar på god tillgänglighet. Det blev besvikelse och missnöje hos många patienter och ökande stress hos läkarna. Som tur var blev inte förändringarna så dramatiska i Lerum.”*

Så – Lerum valde sin medelväg: Man tog sitt områdes/befolkningsansvar och läkarna tog hand om sina patienter, sjuksköterskorna och barnmorskorna, BVC och MVC arbetade nära läkarna. Vårdlagsarbetet fortsatte och kontakten med omvärlden fanns kvar.

## Perioden 1970-1999 i sammandrag

---

### Vården före 1970

På 1800-talet inskränkte sig kontakten mellan den vanliga befolkningen och läkare till hembesök i samband med farsoter, när förlossningar inte klarats av barnmorskan, när huskurer och kloka gummor/gubbar inte hjälpt och patienten var i det närmaste döende. Provinsialläkaren var en myndighetsperson i likhet med prästen. Fastän medicinen inte hade så mycket att bjuda förrän i mitten av 1900-talet, var tron på läkaren stor om än något klugen.

Men tiderna och vetenskapen gick framåt. Provinsialläkaren blev alltmer folknära och med mer resurser och kunskap. Ofta hade provinsialläkarna lång sjukhustjänstgöring innan de fick tjänst i något av de då fåtaliga distrikten. Distrikten var stora och tillgängligheten därmed låg. Kommunerna begärde alltmer att få egna läkare för tillgänglighetens skull. Det blev en hel del extra provinsialläkartjänster på detta sätt.

Provinsialläkaren hade oftast gott anseende i bygden och folk respekterade hans arbetssituation. De störde sällan utan att behovet av hjälp var stort och sällan på nätterna. Detta gjorde att arbetet blev uthärdligt, trots att provinsialläkaren var i tjänst dygnet om i princip alltid utom vid

semestern. Lerum fick sin provinsialläkare först 1944, då Thore Nyman tillträdde den då inrättade extra provinsialläkartjänsten. Han var av den äldre skolan och ställde upp för sin befolkning i alla lägen och blev mycket omtyckt. Tillgänglighet och kontinuitet till läkaren var ”maximal”.

Landstinget tog över provinsialläkarväsendet 1963 och mottagningarna rustades upp. De som sökte provinsialläkaren var nöjda men många sökte direkt på lasaretten, som hade större resurser. Provinsialläkarens status föll både bland befolkning och kollegor på lasaretten. Dock var han fortfarande en tillgång med närservice även på obekvämtid. Han fick duga när professorn eller docenten i Göteborg inte tog emot eller när patienten endast ville ha remiss till sjukhuset. Det var ibland en frustrerande roll att känna att provinsialläkaren inte dög när sjukhusets specialister hägrade.

### 1970-talet, primärvården byggs upp

Så kom sjukvårdsreformen 1970 med sina följdverkningar. För läkarna betydde det reglerad arbetstid från kanske 60 timmars arbetsvecka till 42,5.

För befolkningen innebar det en betydande sänkning av tillgänglighet till vården och dess service. På ”obekvämtid” hänvisades man till en anonym doktor på en jourcentral många mil från hemorten. På mottagningarna räckte inte läkarresurserna till. Det blev köer. Folk klagade. Den nya primärvården kunde inte ställa upp mot befolkningens krav trots att kvaliteten på mottagningarna ökat. För att hjälpligt lösa problematiken och få ordning på köerna tillkom ”lerumsmodellen”. Sjuksköterskor blev patientrådgivare och patienterna prioriteras med hänsyn till sina sjukvårdsbehov. Hög telefontillgänglighet blev ett övergripande mål. Arbetet på vårdcentralerna blev teamarbete, vilket var till patientens fördel. I slutet av 1970-talet visade enkäter att befolkningen i stort sett var mycket nöjd med sin primärvård även om tillgängligheten på grund av resursbrist inte var helt tillfredsställande.

### **Samhällsekonomin efter 1970**

Åren 1970-1999 kom att präglas av olika återkommande kriser med klart lägre tillväxttakt. Samtidigt inträffade det paradoxala, att ambitionerna och förväntningarna på en utbyggnad av välfärden – som utvecklats under de tidigare goda åren – fortsatte att växa även under de försämrade ekonomiska betingelserna. Det blev svårt att få den samhälls-ekonomiska ekvationen att gå ihop.

Den svenska modellen, som under lång tid baserats på samförstånd mellan olika parter och intressen på arbetsmarknaden, påverkades efter 1970 av det kärvare läget med en ekonomi i obalans. Under 1970- och 1980-talen kom arbetsmarknadsfrågorna att märkbart politiseras. Av flera skäl kan man därför hävda att den svenska modell

som byggde på samförstånd mellan jämbördiga parter på arbetsmarknaden och frånvaro av politisk inblandning – fick så allvarliga knäckor, att man till stora delar kan tala om modellens upplösning.

Liksom den svenska modellen utgick en modell inom sjukvården från samförstånd och samordning mellan jämbördiga parter. Problemet var dock att aktörerna inom primärvården och slutenvården vid sjukhusen under 1970-talet inte sett varandra som jämbördiga parter. Med ett kärvare ekonomiskt klimat ökade risken för revirtänkande inom sjukvården. Då den dominerande delen av de tillgängliga resurserna slussades till sjukhusens specialistvård, ansåg sig primärvården satt på undantag. I stället för samförstånd och samverkan hade revirtänkandet mellan primärvård och slutenvård många gånger skapat stridigheter. På samma sätt som den svenska modellen med tiden urholkades, kom också den modell om samförstånd som var tänkt inom sjukvården att hotas.

### **1980-talet kom med kvalitet och samverkan**

Primärvården utvecklades positivt under 1980-talet och fick allt högre status. Detta inte minst på grund av att utbildningen till allmänläkare blev jämbördig med andra specialiteter, och professorer i allmänmedicin tillkom vid universiteten. Men också därför att antalet allmänläkare i riket så sakta ökade, och balansen mellan sjukhusläkare och distriktsläkare blev bättre i Läkarförbundet. Allmänmedicinen hade blivit en faktor att räkna med i alla sammanhang.

Samverkan mellan sjukhusläkare och allmänläkare hade successivt förbättrats

på länsnivå. Detta delvis för att länsjukvården kunde avlasta sig patientgrupper till primärvården och kontakterna i samband med patientövertagandet ökade. På universitetet dröjde det dock långt in på 1990-talet innan man respekterade den nya disciplinen. Bidragande till en ökande respekt var att primärvårdsläkare kom in som resurs i grundutbildningen av läkare.

Lokalt i Lerum gjordes ett flertal samverkansprojekt. Ett var det med Rehabklinikerna i Borås och Försäkringskassan om handläggning av långtidssjukskrivningar. Samarbetet inom läkardistriktet ökade med bättre kontakter med kommunala instanser. Kvalitetshöjningen fortsatte under 1980-talet med allt bättre utbildad personal och välutrustade vårdcentraler och nya vårdcentraler som betjänade delar av kommunerna, om de var större än 10 000 invånare. FoU-satsningar med nära kontakt med allmänmedicininstitutionen gjorde att allt fler distriktsläkare ville forska och doktorera.

## **Samhällsutvecklingen och ekonomin under 1990-talet**

Efter finans- och fastighetskrisen i början av 1990-talet kunde den svenska ekonomin gradvis stärkas under resten av årtiondet. Som ett led i den ekonomiska saneringspolitiken företogs åtstramningar och besparingar inom betydande delar av den offentliga sektorn, där även hälso- och sjukvården påverkades.

Under 1990-talet ändrades ansvarsgränserna inom hälso- och sjukvården. Organisatoriskt skapades då två åtskilda vårdsektorer. Den ena sektorn i landstingets regi inriktades på sjukhusens medicinska behandling, medan den andra organiserades av kommunerna och omfattade

omsorg och social service. Omorganisationerna ledde till att verksamheterna renodlades. Vid sjukhusen kunde specialiseringen drivas ännu längre, och större sjukhus arbetade med stordrift och arbetsfördelning mellan olika sjukhus. Industrisystemets arbetsdelning genomfördes även inom sjukvården, vilket för tanken till patientvård på löpande band. En lösning på sjukhusens kostnadsproblem var också att man kraftigt kortade ner vårdtiderna. Mellan 1980 och 2000 kunde de mest arbetsintensiva delarna av sjukvården minska sin vårdtid med så mycket som 90 procent.

Efter 1980 har skattekvoten i Sverige i stort sett pendlat kring 50 procent. Det innebar att sjukvården – som till dominerande del varit skattefinansierad – efter 1980 tvingades arbeta med en oförändrad resursandel från samhällsekonomin. Mot detta skall ställas att antalet patienter ökat. Vidare hade andelen patienter över 80 år – en mycket vårdkrävande grupp – vuxit kraftigt.

Samtidigt som statsmakten överförde nya områden inom vården till kommunerna infördes kommunalt skattestopp. Den förda politiken innebar att stora delar av den kommunala vården hamnade i en rävsax. Nya vårduppgifter måste finansieras utan nytillskott av medel, med följd att kommunerna inte kunde tillhandahålla all den vård som påbjöds uppifrån.

Trots det tidvis kärvare ekonomiska klimatet och de påtalade problemen inom vården kunde befolkningens hälsa i flera avseenden fortsätta att förbättras under 1990-talets senare del. Vid sekelskiftet 2000 hade svenskarna fått ökad medellivslängd, genomsnittslängd och genomsnittsvikt.

Störst betydelse härvidlag hade den allmänna välfärdsutvecklingen. Varierande kost, höjd bostadsstandard med rinnande vatten och avlopp har varit viktiga inslag i folkhälsoarbetet. Risken för de tidigare förekommande smittsjukdomarna hade därmed avsevärt minskat. Medicinska framsteg bidrog också genom att gamla folksjukdomar som tuberkulos, polio och difteri nästan hade utplånats.

Men välfärden skapade sitt eget sjukdomspanorama. Minskad fysisk aktivitet och övervikt framkallade en ökning av hjärt- och kärlsjukdomarna. Landets åldrande befolkning drabbades också i allt högre grad av olika cancersjukdomar. Immunbristsjukdomen aids var en annan hotbild.

### **Med 1990-talet kom patientmakten**

Till långt fram på 1970-talet var ”läkarmakten” över patienten stor. Läkarna var auktoritära. Mötet mellan patient/läkare skedde på läkarens villkor. Oviljan till information till den enskilde och allmänheten var stor. Ett exempel var apoteken, som var tvungna att ta bort läkemedelsinformationen ur läkemedelfirmornas förpackningar, och hänvisa till läkaren istället för att ge patienten någon information om läkemedlet. Insyn, inflytande och information var förmåner som förbehölls politiker och medicinska experter. Man agerade ”grindvakt” inom hälso- och sjukvården för att behålla egna privilegier.

Så småningom, i lagstiftningen, infördes informationsskyldighet till patienten. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 1999 skulle patienten ges aktivt stöd bland annat genom att

- Individuellt anpassa informationen
- Erbjudna patienterna en möjlighet att välja behandlingsalternativ
- Erbjudna patienterna en förnyad medicinsk bedömning så kallad ”second opinion”.

Den patientdemokratiska era som inleddes under 1990-talet hade rötter dels i en internationell debatt och utveckling, dels i allmänhetens växande krav på information om hälso- och sjukvårdens organisation, arbetsformer och om behandlingsresultat. Utbildningen bland befolkningen ökade påtagligt och därmed förmågan att ställa högre krav på vården. På 1990-talet hade 40 procent gymnasial utbildning eller mer. 40 år tidigare hade motsvarande andel endast utgjort 8 procent. Man önskade också bättre anpassning av samhällets standardtjänster till individuella behov. Nya valmöjligheter gav inte bara makt (patientmakt) utan också stimulans till en ny kunskapsprocess med nya strategiska informationsinsatser. Det innebar en ny situation för läkarna och i praktiken längre konsultationstider, vilket naggade på tidsresurserna.

Attitydändringen avspeglades också i läkarutbildningen. I Göteborg tillkom kursen ”Konsultationskunskap” på 1990-talet. En del av kursen behandlade hur dialogen mellan läkare och patienten skulle utformas. Idéerna kom från England. Men redan på 1980-talet hade problemet uppmärksamrats.

Kontinuiteten och tillgängligheten var stående problem. Lösningar söktes i form av husläkarsatsningar i början på 1990-talet, vilket innebar att alla skulle få sin egen läkare genom ett listningsförfarande. Detta fungerade inte då läkarantalet var

för lågt. Läkarna hade dessutom många andra aktiviteter än rent patientarbete och kunde inte klara mer än upp till 2000 listade patienter. Dessutom kom husläkarsatsningen av sig på grund av ett politiskt maktskifte. Den av en borgerlig regering föreslagna husläkarlagen spolades av den socialdemokratiska nya regeringen. Detta kanske mest för att lagförslaget innehöll fri etableringsrätt.

Det lades ned mycket administrativt arbete i samband med det påbörjade införandet av lagen. Ett läkarproblem var, att då listning skulle göras på enskilda läkare, fick de etablerade läkarna för många listade patienter och yngre mindre kända läkare fick mycket få listade. Det kändes för läkarkollektivet, som om marknadskrafterna splittrade teamet i A- och B-lag.

Antalet besök hos läkare ökade inte trots ökat antal läkare. Detta berodde delvis på ett allt tyngre patientklientel. Sjukhusen avlastade sig många sjukdomsgrupper som på grund av medicinens utveckling kunde skötas utanför sjukhuset, som hjärt- och kärlsjukdomar, sockersjuka samt äldre med många sjukdomar. Läkarbesöket tog nu kanske en timma i istället för tidigare 20 minuter. Bra för den enskilde patienten men inte bra för befolkningens tillgänglighet till vård.

Under 1990-talet tillkom att patienterna blev allt mer kunniga och medvetna om sina sjukdomar. Vid sekelskiftet hade många personer tillgång till internet med all den information som fanns där.

En annan tendens var att läkare/patientmötet (konsultationen) ändrat karaktär. Från att tidigare varit läkarstyrt blev det mer patientstyrt. Läkarna skulle inte ställa ”ledande” frågor utan öppna

sådana. Detta tog också mera tid, även om det var bra och positivt för konsultationsprocessen. Läkarens roll blev mer att vara en specialkunnig rådgivare till patienten, som själv fick besluta om den behandling som kunde bjudas.

Vad vi sett är en stor förändring av både patient- och läkarroll de senaste decennierna. Kvaliteten i vården har ökat men tillgängligheten har inte kunnat följa med på grund av ändrat arbetssätt och därigenom en funktionell ”läkarbrist”.

## Husläkaren

För att lösa ett av primärvårdens mål, Kontinuitet, tillsattes 1977 av den då borgerliga regeringen en kontinuitetsutredning. Den resulterade i ett betänkande med förslag till hur ett husläkarsystem kunde utformas. Husläkarsystemet skulle vila på vårdcentralen som den grundläggande enheten och på allmänläkare och distriktssköterskor som patientens fasta vårdgivare. Man ansåg att vårdcentralen optimalt skulle ha 2-5 allmänläkare samt övrig personal. Man visade, som ett gott exempel, på hur kontinuitet kan förbättras i lerumsmodellen.

Utredningen angav två modeller. I modell 1 skulle distriktsläkarna/allmänläkarna vara husläkare för sina patienter/invånare, utan att varje läkare hade ett eget geografiskt område. I modell 2 skulle vårdcentralens samlade betjäningsområde uppdelas på allmänläkarna. Varje läkare skulle ha ett speciellt ansvar för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område. De invånare som bor i respektive område skulle tilldelas detta områdes allmänläkare och en fast distriktssköterska,

också områdesanknuten. Husläkarsystemet skulle vara ett erbjudande till befolkningen och inte ett tvingande påbud.

Regeringsmakten växlade. Riksdagen 1979 tog inte kontinuitetsutredningens förslag utan följde istället en proposition, som hade karaktären av en idépromemoria och en allmän viljeinriktning. Man beslöt istället att man genom dispenser skulle ge möjlighet för andra specialister att verka som allmänläkare. Det hjälpte inte med en organisationsförändring ansåg man om bristen på allmänläkare kvarstod.

En ny regering tillträdde, Riksdagen antog en lag, som byggde på en ny proposition om husläkare 1992. Den innebar att alla invånare skulle ges möjlighet att själv välja en husläkare. Sjukvårdshuvudmännen ålades att organisera sin verksamhet så detta blev möjligt. I dåvarande Älvsborgslandstinget och i Lerums

primärvårdsområde gjorde man många anpassningar i verksamheten för att leva upp till lagen. Många problem i genomförandet upplevdes på vårdcentralerna. Ett av dem var att de sedan länge etablerade läkarna fick för många önskningar om egenläkare, de yngre för få. Man måste sätta tak på 2000 listade per läkare, till många invånares besvikelse.

Så kom det åter ett maktskifte, en socialdemokratisk regering tog över 1994, och husläkarlagen upphävdes. En ny proposition antogs istället av riksdagen som innebär att alla, som så önskade, kunde välja en fast allmänläkarkontakt.

Kampen om lösningar på kontinuitetsproblematiken fortsatte 2006-2010, då det ånyo blev maktskifte i regering och riksdag. Vi beskriver detta i del 3 under rubriken Vårdval Sverige.

## Apoteken

---

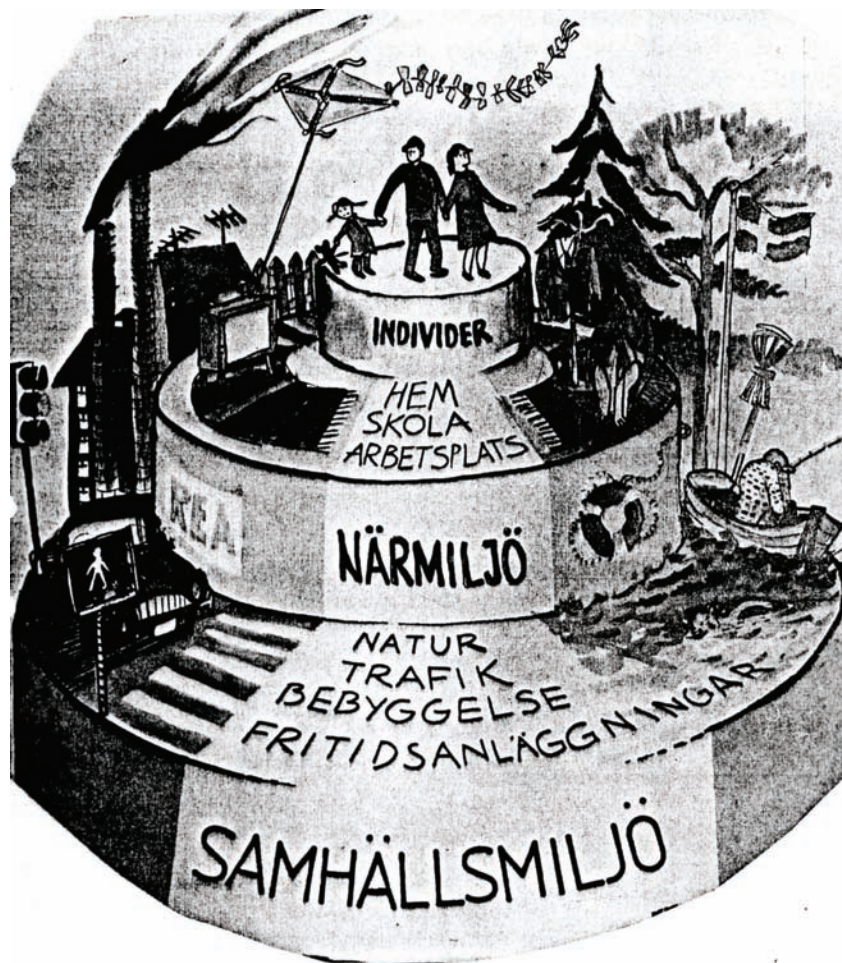


Apotekens uppgifter i samhället och kontakter med primärvården ges ett eget avsnitt på CD-skivan, ”Apoteksvasendet.pdf”. Där beskrivs kortfattat apotekens historia från 1700-talet och framåt.

I Lerum genomfördes på 1980-talet ett samverkansprojekt. En egenvårdsbroschyr framställdes som delvis byggde på de erfarenheter som samlats i patientrådgivning-

en och i det Kontaktorsaksregister som var en del i Lerumsmodellen. Apotekschefen Gunnel Anderberg lade ned mycken kraft i projektet. Så också i Gråboförsöket med datorisering av läkemedelsförskrivning, vilket beskrivs i ”Apoteksvasendet.pdf”. och i avsnittet om ”Informationssystem och datorjournal”.





Provinsiälläkaren liksom distriktsläkaren förväntades fram till 1990-talet ha kännedom om och ha nära kontakt med samhällets alla funktioner i betjäningområdet med sitt dåvarande områdesansvar.

Provinsiälläkaren var fram till mitten av 1900-talet sakkunnig i kommunens hälsovårds- och sociala nämnder. När storkommunerna bildades på 1960-talet fick nämnderna egen kompetens genom olika specialiserade tjänstemän. Läkarens medverkan behövdes inte längre.

Då områdesansvaret tonades bort i husläkarsystemen fokuserades allt mer på individen. Konsultationen blev läkarens arbetsområde. Detta accentuerades än mer när Vårdval Sverige infördes.



# Närvården

Organisationen av den öppna vården utanför sjukhusen stod i början av 2000-talet inför nya utmaningar. Den närsjukvård, som beskrevs 1969 - 1970 i Socialstyrelsens öppenvårdsprogram och Spris rapport om ”Den öppna vårdens organisation” verkade åter ha fått aktualitet. Patienttrycket ökade dessutom, då sjukhusens öppenvård hänvisade alltfler till primärvården. Tillgängligheten till läkarna, som inledningsvis var ett överordnat mål, minskade. Telefonservicen centraliserades och patienten fick allt svårare att komma fram till mottagningarna, om man inte redan hade en etablerad vårdgivarkontakt – ”var inne i systemet”. ”Den svenska primärvårdsmodellen” verkade ha gått i stå.

I denna tredje del fokuserar vi som tidigare på lokala och regionala förhållanden, men vi berör också internationella företeelser. I dagens globaliserade värld kan händelser långt borta nästan omedelbart påverka ekonomin på det lokala eller regionala planet i Sverige. Exempelvis kan en plötslig finansiell kris i Asien snabbt sprida sig i världsekonomin. Eftersom Sverige nu är så starkt integrerat i den globala ekonomin, kan en sådan kris snabbt få direkta återverkningar på hälso- och sjukvårdens ekonomi i Lerum, Mittenälvsborg och Västra Götaland.

*Livet bör begrundas bakåt men levas framåt.*

/Kirkegaard/

# Ekonomi och kultur i förändring

---

## Ekonomisk utveckling

Den svenska ekonomin kunde efter finans- och fastighetskrisen i början av 1990-talet gradvis stärkas under resten av årtiondet. Detta skedde i samband med åtstramningar inom betydande delar av den offentliga sektorn.

Omedelbart efter millennieskiftet 2000 fick världsekonomin – och inte minst Sverige – känning av IT-bubblan. Redan efter några år hade man emellertid kommit över dessa sviter och världsekonomin kunde åter stabiliseras.

Stimulerande faktorer för den globala ekonomin åren efter 2000 har varit en överlag låg inflation och ränta. Den ekonomiska tillväxten har varit särskilt hög i länder som Kina och Indien. Tyngdpunkten i det världsekonomiska skeendet har under lång tid legat i västvärldens länder. På senare tid har emellertid framför allt de folkrika länderna Kina och Indien med sina snabbt växande ekonomier utvecklats till ekonomiska stormakter. De har därmed också blivit betydelsefulla aktörer i den globala ekonomin. För världsekonomin har det varit viktigt att ekonomiska framsteg kunnat få större geografisk spridning utanför de etablerade ländernas krets. I ett globalt perspektiv kan det ge bättre balans och ökad stabilitet.

Den gynnsamma utvecklingen bröts emellertid plötsligt under 2008. En mycket svår finanskris i USA spreds till övriga delar av världen. I krisens släptåg följde en global lågkonjunktur som visade sig vara den djupaste sedan 1930-talsdepressionen. I skrivande stund – december

2009 – verkar det som om konjunkturbotten har passerats. Men hur snabbt en återhämtning kommer att ske är ännu ovisst. Trots massiva offentliga insatser från flera av världens regeringar kommer arbetslösheten att hamna på höga nivåer. För Sveriges del räknar man med att arbetslösheten de närmaste åren kommer att uppgå till cirka 10 procent och arbetslöshet föder ohälsa.

Vid sidan av världsekonomiska fundamenta kan man även visa på några möjliga hotbilder. Terrorhandlingar, som tidigare främst var lokala och regionala fenomen, tycks idag ha fått en världsomspännande omfattning. Terrorismens syfte är nu bland annat att åstadkomma allvarliga störningar i makroekonomin.

Andra konflikthärddar som har politiska och ekonomiska laddningar är situationen i Mellanöstern, Afghanistan och Pakistan. Där har konflikter av tradition lätt att blossa upp, som kan ge allvarliga konsekvenser för världsekonomin. Då en stor del av världens olja produceras i Mellanöstern, kan oljevapnet lätt användas för politiska och ekonomiska syften.

Ett påtagligt drag i den senaste ekonomiska utvecklingen är den allt tydligare internationaliseringen, som tagit sig olika uttryck. Transportkostnaderna har nu pressats så kraftigt att råvarornas belägenhet inte längre är särskilt avgörande för industriföretagens lokalisering. Datoriseringen och informationsteknikens framväxt har förstärkt internationaliseringen. Snabbare kommunikationer har skapat en krympande värld. Tillverkning och sysselsättning kan snabbare och lätt-

tare flyttas till ställen med lägre produktions- och personalkostnader. Globalisering har blivit ett samlande uttryck för dessa företeelser.

## **Globalisering – möjligheter och hot**

Förutom västländerna har nu flera olika länder på allvar trätt in på den globala ekonomiska arenan. För några årtionden sedan var det de små så kallade tiger-ekonomierna i Sydostasien och senare, som nämnts, även begynnande ekonomiska stormakter som Kina och Indien. Även andra länder – exempelvis Ryssland och Brasilien – har nu integrerats i den internationella ekonomin och omfattas av globaliseringen.

I dagens globalisering sker förändringar och omställningar i ett allt snabbare tempo och i en stegrad skala. Det betyder också att de möjligheter och hot som följer med globaliseringen blivit avsevärt större.

Vilka möjligheter erbjuder då globaliseringen? Med öppen konkurrens och frihandel kommer produktion till bästa pris och kvalitet att lokaliseras till de länder som är mest kostnadseffektiva. Ur konsumentens perspektiv innebär detta förstås en mycket betydande vinst. Snabbare och bättre kommunikationer möjliggör också resor och kontaktutbyte i en helt annan omfattning än tidigare.

Hotbilden upplevs också som stark. En hel del av arbetskraften kommer att ställas inför omställningsproblem, då verksamheter läggs ner eller omlokaliseras till annat land. I en övergångsfas – som kan bli ganska lång – kommer många att komma i kläm. I västvärlden

talas nu om globaliseringens offer genom att jobben försvinner till lågkostnadsländer. Röster höjs också för att ”förlorarna skall skyddas”. Protektionism i olika former förs in som stötdämpare i globaliseringens omvandlingstryck. En annan sak är att många protektionistiska inslag inte inneburit någon långsiktig lösning. En hotbild som blivit tydlig gäller särskilt region Västra Götaland. Regionens kraftiga beroende av bilindustrin och dess underleverantörer visar på sårbarheten i globaliseringens tidevarv.

Nackdelen med snabbare och friare kommunikationer är ökade flöden av vapen, narkotika och andra droger. Risken för spridning av sjukdomar och epidemier ökar, vilket pandemin med svininfluensan under 2009 kunde vittna om.

## **Svensk blandekonomi**

Den form av blandekonomi som tillämpas i Sverige har ibland beskrivits som ”den gyllene medelvägen”. Genom att försiktigt kryssa sig fram har landet försökt balansera mellan marknad och stat, mellan kapitalism och socialism. När det gäller förhållningssättet till globaliseringen pläderar Sverige klart för frihandel i princip och intar därmed en bejakande attityd till globaliseringen. Samtidigt byggs protektionistiska inslag in för att mildra stötarna vid omstruktureringar.

Kursen kan framstå som oklar. I en ledare från Aftonbladet (s) den 17 april 2006 tvivlar skribenten på den socialdemokratiska regeringens program inför 2000-talet och ställer frågan:

*”Hur skall vi klara oss i den globala konkurrensen där de nya tigerekonomierna och ekonomiska stormakterna producerar fler miljoner högutbildade varje år? Hur skall vi klara omsorgen om de gamla?”*

Vid riksdagsvalet hösten 2006 förlorade socialdemokraterna regeringsmakten till den borgerliga alliansen. Det blev alltså en borgerlig regering som fick ta ansvaret för den ekonomiska krisens politik. Längre fram kommer också den borgerliga politiken på hälso- och sjukvårdsområdet att närmare beröras.

Bortsett från krisåren 2008-2009 har svensk ekonomi under 2000-talets första decennium kännetecknats av tillväxt men paradoxalt nog inte av ökad sysselsättning. Arbetslösheten tycks ha bitit sig fast på en ganska hög nivå. Fenomenet har fått beteckningen ”jobless growth”. Tillväxten i ekonomin har snarast varit ett resultat av att arbetslivet effektiviserats och rationaliserats utan mycket nyanställningar. Det ökade trycket från utländsk konkurrens har under det senaste årtiondet inneburit en kraftig produktivitetsförbättring genom att varje arbetstimme utnyttjats mer effektivt. Samtidigt har Sverige varit sämre än andra länder när det gäller att nettomässigt skapa nya arbeten, särskilt inom tjänstesektorn.

## **Skattesystemet och hälso- och sjukvården**

Som tidigare framgått är Sverige känt som landet med den höga skattekvoten. Under 2005 inbetalades 1 500 miljarder kronor i olika skatter. Av dessa kom cirka 35

procent från arbetsgivarnas socialavgifter, ungefär lika mycket från inkomsttagarnas skattebetalningar och cirka 25 procent från moms och olika slags varuskatter.

Största delen av de totala skatterna gick till socialförsäkringssystemet såsom pensioner, sjukpenning, olika bidrag och arbetslöshetsersättningar. Hit gick cirka 43 procent av de samlade skatteintäkterna. I övrigt användes skatterna främst till utbildning och sjukvård, som vardera förbrukade 13-14 procent av totalbeloppet. Sjukvårdens skattefinansiering omfattade allt från utgifter för folkhälsan, öppenvård, läkemedel och tandvård till medicinsk apparatur och högteknologisk specialistvård.

Den på senare år förbättrade ekonomiska satsen medförde att kommuner och landsting kunde repa sig efter 1990-talets hårda saneringsår. Genomsnittet av Sveriges kommuner och landsting kunde därför redovisa plus under 2005. Det betyder att regeringen under senaste år blivit bättre på att följa finansieringsprincipen att tillhandahålla pengar när nya arbetsuppgifter lagts ut på kommuner och landsting.

## **Välfärd och förankringar**

Som tidigare framhållits präglades i äldre tider såväl Sverige i dess helhet som området utmed Sävveåns dalgång i hög grad av brukssamhällen. I dessa äldre samhällen och övriga platser fanns det gott om tvångsmässiga bindningar. För drygt hundra år sedan var landsbygd och brukssamhällen i Sverige fortfarande märkta av fattigdom med låg välfärd både i termer av materiell standard och livschanser. I det föregående har vi redovisat hur den internationellt sett snabba svenska

ekonomiska tillväxten medfört en kraftigt ökad materiell standard och välfärd. Den ekonomiska tillväxten har de senaste hundra åren parats med differentiering och specialisering i arbetslivet, högre utbildning och omfattande strukturomvandlingar. I Sverige har förändringen från ett fattigt land med torpare och bönder, pigor och drängar och ett stort antal brukssamhällen – där man arbetade nära hemmet – till ett modernt tjänste- och kunskaps-samhälle gått mycket snabbt. Omvandlingen har skett under bara ett par generationer och förmodligen snabbare här än i de flesta andra länder.

Med växande resurser har välfärden ökat och valfriheten blivit märkbart större. Den västtyske sociologen Ralf Dahrendorf ställer dock frågan om inte detta också har haft ett pris. Att människor brutit upp från tidigare sysselsättning samt kulturella och sociala miljöer har förvisso inneburit ökade valmöjligheter. Men det har också medfört att de tidigare banden med släkt och familj, arbetskamrater, bygd och kultur försvagats. Dahrendorf frågar vad detta har inneburit för välfärden. Han hävdar att människors värderingar och sociala förankring i sin omvärld varit lika viktiga för hennes välbefinnande som de ekonomiska valmöjligheterna. Han tycker att det är bra att alla tidigare tvångsmässiga bindningar och förankringar luckrats upp eller försvunnit. Men han framhåller, att i en tidigare tradition fanns det samtidigt positiva inslag av omsorgens och sammanhållningens band. Mer om Dahrendorf finns att läsa på CD-skivan del 3.

Problemet i dag är enligt Dahrendorf att de gamla förankringarna inte ersatts av nya. Dagens högre levnadsstandard och välfärd har därför inte fått det värde

och den mening de annars kunde ha fått, och andra med honom ställer frågan: Varför har vi det inte bättre när vi har det så bra. Landets internationellt ytterst snabba ekonomiska ”klassresa” tycks enligt dem ha medfört att svenskarnas förankringar inte hunnit med i den materiella standardökningen. Om Dahrendorfs teser och om Sveriges plats i ett diagram i form av en internationell kulturatlas, som vill illustrera sambandet mellan ekonomisk utveckling och människors värderingar, kan läsaren mer utförligt studera i bifogad CD-skiva.

## **Sambandet mellan social position, hälsa och livslängd**

Vilka grundläggande faktorer har varit och är bestämmande för befolkningens hälsa? I denna studie har vi uppmärksammat förekomsten av epidemier och infektionssjukdomar samt förmågan att motstå dem. Vi har också studerat levnadsstandard, livsstil, gener, den medicinska forskningens landvinningar, tillgång till sjukvård och sist men inte minst framväxten av en aktiv och förebyggande hälsovård. Allt detta är viktigt, men problemet är att nästan alla tillgängliga data om tillstånd och förändringar bygger på genomsnittssiffror för hela befolkningsgrupper. Men socio-ekonomiskt har befolkningen varit mer eller mindre skiktad med olika förutsättningar i livet.

Olika studier visar att det finns ett klart samband mellan social position i samhället och risken att bli sjuk och hur länge man lever. Faktorer som utbildningsnivå, inkomst sysselsättning och arbetsmiljö och därav följande social position

i samhället och risken att bli sjuk och hur länge man lever. Faktorer som utbildningsnivå, inkomst sysselsättning och arbetsmiljö och därav följande social position har varit och är i hög grad bestämmande för variabler som hälsa, dödlighet och livslängd. Hälsan är sämst och livslängden kortast för dem med lägst social

status. Omvänt leder högre status till bättre hälsa och längre liv. Historiska och aktuella exempel från England, USA och Sverige som mera utförligt belyser dessa problem finns att läsa på CD-skivan. Där finns också ett urval av uppgifter i detta ämne hämtade från Socialstyrelsens senaste Folkhälsorapport från 2009.

## Befolkningsutveckling

---

Som tidigare framgått började medellivslängden för svenskarna att öka från mitten av 1800-talet. Bättre levnadsstandard på olika områden ledde långsiktigt till att hälsotillståndet förstärktes och att medellivslängden fortsatte att öka. Olika parametrar på hälsa kan användas för att bedöma befolkningens hälsoläge som medellivslängd, nyinsjuknande i olika sjukdomar och hur vi mår.

Medellivslängden var i Sverige 2005 för män 78,4 år och för kvinnor 82,7. Männen medellivslängd ökar snabbare än kvinnornas. Om dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar fortsätter att minska ökar medellivslängden. Det betyder att Sverige har Europas äldsta befolkning. Medan kvinnornas medellivslängd har avstannat har männens ökat troligen på grund av livsstilsförändringar. Idag finns det 1,5 miljoner pensionärer – 65 år och äldre – vilket motsvarar drygt 16 procent av den totala folkmängden. Inom den närmaste tioårsperioden räknar man med att antalet ålderspensionärer i landet kommer att öka med cirka 325 000 personer. Se också diagrammen i del 2 över medellivslängden.

I demografiskt hänseende avviker Lerum i viss mån från landet i dess helhet. Som ett förortssamhälle med stor andel barnfamiljer och unga människor har andelen pensionärer av tradition varit lägre i Lerum än i Sverige. Men även i Lerum märks en klar tendens till en åldrande befolkning. År 1997 var andelen pensionärer 12 procent, men 2005 hade den stigit till 14 procent. I totala siffror hade antalet pensionärer under dessa nio år ökat med mer än tusen.

Lerums hela folkmängd uppgick år 1997 till cirka 34 800 för att år 2005 omfatta cirka 36 500, det vill säga en ökning med 1 700 personer. Det innebär en måttlig ökning på cirka fem procent mellan dessa år. Om man i stället fokuserar på utvecklingen för de äldsta delarna av befolkningen, finner man en klart större ökningstakt. Personer 75 år och däröver ökade nämligen samtidigt med 24 procent, och de som var 85 år och äldre med hela 36 procent. Uttryckt som andel av totalbefolkningen kan dessa åldersgrupper kanske inte verka så kvantitativt framträdande. Åldringarna 75 år och däröver ökade sin andel från fem till sex procent,

medan andelen för dem som är 85 år och äldre steg från 1,2 till 1,6 procent. Räknar man i absoluta tal blir dock bilden och problematiken uppenbar. Antalet personer 75 år och äldre blev under ovan nämnda nioårsperiod 420 fler, medan de som var 85 år och äldre ökade med 160. År 2005 fanns det alltså 2 180 personer som var 75 år och äldre och 590 personer som var 85 år och däröver. Det är här fråga om människor med generellt stort omsorgsbehov.

Sedan ansvaret för äldreomsorgen helt hamnat hos kommunerna ser många av dessa nu sig om efter nya lösningar för den kostsamma äldreomsorgen. Allt fler kommuner väljer att helt eller delvis konkurransutsätta äldreomsorgen. Idag är

den privata andelen uppe i 10 procent av den totala verksamheten och tendensen är växande. Medan debatten om privatiserad sjukvård verkar fortsatt politiskt hård, tycks kommunpolitikerna ha en mer pragmatisk syn på konkurrensutsatt och privat äldreomsorg.

Befolkningen i Mittenälvsborg beräknas från 2005 till 2015 öka med 2 100 personer från 65 – 84 år 92 400 invånare 2005 till cirka 94 50 invånare 2015. Åldersgruppen 65 – 84 år förväntas öka med 4 000 personer (32 procent). Antalet unga 0 – 18 år minskar med cirka 1 600 personer (7 procent). Antalet över 85 år förväntas öka med cirka 11 procent, men de är antalsmässigt ganska få, cirka 2 400 år 2015.

### Befolkningsutveckling i Mittenälvsborg

Källa: SCB

Mittenälvsborg	0-18 år	20-64 år	65-84 år	85-w år	Total befolkning
2005	23 842	53 581	12 833	2 130	92 386
2010	22 719	53 799	14 866	2 301	93 665
2015	22 188	52 997	16 958	2 372	94 515

### Behov av hälso- och sjukvård i Mittenälvsborg

Kunskap om invånarnas hälsa, sjukvårdens kvalitet, medborgarnas uppfattning om vården och tillgänglighet till vård är naturliga utgångspunkter vid beställning av vård.

### Beräknat nyinsjuknande (incidens) i olika sjukdomar i Mittenälvsborg

	65 - 84 år		85 - 99 år		Totalt	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Stroke	358	426	109	126	467	552
Höftfraktur	124	142	84	91	208	233
Hjärtinfarkt	219	261	83	96	302	357
Totalt	701	829	276	313	977	1142

## Hur man mådde 2003-2005

Cirka 8 % av befolkningen uppgav sig ha ett dåligt allmäntillstånd. Andelen kvinnor som upplever ett dåligt allmäntillstånd ökar medan männens andel minskar. Med stigande ålder ökar andelen med dåligt allmäntillstånd till 11 %. Med tanke på sambandet mellan ålder och hälsotillstånd och ökande antal äldre framöver behöver hälsofrämjande och förebyggande insatser för denna stora grupp övervägas.

De hot som finns mot barn och ungdomars hälsa är främst rökning och droger samt en oroande utveckling av psykisk ohälsa och övervikt med fetma. Sett internationellt är emellertid barnens hälsa i Sverige mycket god.

## Sjukskrivning och sjukpensionering

Som vi visat har folkhälsan successivt förbättrats i Sverige. En tydlig indikator på detta är den ökande medellivslängden. Trots detta märks från slutet av 1990-talet en markant ökning av sjukskrivningar och sjukpensioneringar med en topp 2003. Därefter tog man från politikerhåll tag i problemen, vilket ledde till att nivån på sjukskrivningar och sjukpensioneringar 2010 pressats tillbaka. Därmed har sjukskrivningarna i Sverige i stort sett nått samma relativa tal som i andra länder i Europa.

## En organisation ständigt i förändring

---

Vårdorganisationen har fortlöpande decentraliserats genom att verksamheter förts över från staten till landsting och från landsting till kommuner genom olika huvudmannaskapsreformer. Genom den så kallade Ädelreformen år 1992 fick kommunerna huvudansvaret för vården och omsorgen om äldre. Handikappreformen år 1994 och psykiatrireformen år 1995 medförde betydligt utökat kommunalt ansvar. I och med läkemedelsreformen år 1997 fick landstingen ett kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård.

I landstinget och regionen var tendensen densamma, att decentralisera. Man kom så långt att Lerums primärvård fick en egen politisk och administrativ ledning. På vårdcentralen fick man i den modellen delegerat ansvar för både drift och ekonomi. Enligt alla inblan-

dade i Lerum var det en period då primärvården fungerade som bäst där. Alla var nöjda med organisationen. Men de centrala politikerna och tjänstemännen i Vänersborg verkade känna att de tappat styrförmågan. Återcentraliserades ledningen, först till Mittenälvsborg sedan till Borås. Ett litet försök gjordes att samordna lasarett och primärvård i Mittenälvsborg, men det blev kort. Så var läget vid sekelskiftet 2000.

Regionfullmäktige beslutade 4 april 2006 att från den 1 januari 2007 skulle de dittills varande primär- och tandvårdstyrelserna upphöra för att ersättas av fem primärvårdsstyrelser och en tandvårdstyrelse i regionen. För primärvården kom de att placeras i Skaraborg, Södra Älvsborg, Fyrbodal, Göteborg och Södra/Mellersta Bohuslän. Tandvården fick sin



styrelse i Skövde. För primärvården knöts en förvaltningsledning till varje primärvårdsstyrelse. Det skulle finnas utrymme för förvaltningscheferna att själva forma sina förvaltningar. Några av villkoren för den nya strukturen var effektiva beslutsvägar, nära till beslut och fokus på verksamhetsnivå. Det föreslogs två nivåer,

nämligen verksamhetsnivå och förvaltningsnivå. Mellan dessa nivåer kunde, beroende på förutsättningarna, en områdesnivå organiseras.

I september år 2006 tillsattes nya områdeschefer. Kerstin von Sydow fick även fortsättningsvis basa över primärvården i södra Älvsborg.

## Primärvård i förändring

---

Det har skett en ständig förändring/utveckling av primärvården. Man har sökt nya vägar för att göra den öppna vården effektivare mot mål som samverkan, kontinuitet och tillgänglighet. Med begreppet Närsjukvård i början av 2000-talet önskade man en utveckling av primärvården i samverkan med närsjukhusets specialister och primärkommunens verksamheter.

Professor Anders Anell, chef för Institutet för hälsoekonomi, IHE, i Lund och ledamot av SBU:s råd (Statens beredning för medicinsk utvärdering), har på ett briljant sätt beskrivit och analyserat denna utveckling. Vi har fått hans tillåtelse att citera viktiga avsnitt i hans böcker på hemsidan <http://www.bengtdahlin.se>. Se dessa på CD-skivan, del 3.

### Olika föreslagna lokala organisationsmodeller

I början av 2000-talets första decennium tog diskussionen kring primärvårdens organisation fart. Man hade konstaterat att den dåvarande ordningen inte fungerade tillfredsställande. Flera olika modeller för en effektivare primärvård presenterades. Här beskriver vi kortfattat några – mera utförliga referat finns på CD-skivan, del 3.

### PROTOS

PROTOS var de svenska allmänläkarnas, Distriktsläkarförbundet, förslag till ett nationellt familjeläkarsystem. Syftet var att trygga befolkningens rätt till en fast familjeläkarkontakt. Alla invånare skulle ha samma förutsättningar att ha en lätt-tillgänglig, kontinuerlig och förtrolig kontakt med sin doktor. Samtidigt innehöll förslaget anvisningar om hur familjeläkarmottagningarnas verksamhet kunde organiseras så att det blev enhetligt i hela Sverige.

Sammantaget visade PROTOS en framkomlig väg till hur man på nationell grund kunde skapa ett familjeläkarsystem som på lika villkor var tillgängligt för alla invånare och som också kunde tillfredsställa Hälso- och Sjukvårdslagens krav på en fast allmänläkarkontakt för alla.

En del av förslagen i PROTOS:

- *En egen familjeläkare, specialist i allmänmedicin, ger invånarna trygghet i vården och är kostnadseffektivt för samhällsekonomin. I länder med ett väl utvecklat familjeläkarsystem är vården effektiv, invånarna litar på sina familjeläkare och kvaliteten på sjukvården är hög.*

- *Utgångspunkten var att det skulle finnas en specialist i allmänmedicin tillgänglig per 1 500 invånare.*
- *Tanken var att alla invånare listas. Befolkningen hade rätt till fritt val av fast läkarkontakt och att ingen upphandling skulle sätta sig över detta val. De som inte själva valde aktivt tilldelades en tillgänglig familjeläkare i det fall man inte aktivt valde att stå utanför systemet.*
- *Etableringsrätten skulle vara reglerad.*
- *PROTOS innefattade team som, förutom allmänläkare, skulle bestå av sjuksköterska och läkarsekreterare samt undersköterska/laboratorie-assistent. Ett sådant team kunde självständigt färdigbehandla 90 % av alla som söker.*

## Närsjukvård enligt Läkarförbundet

Läkarförbundet satte in Protosmodellen i ett större perspektiv och anvisade en närsjukvårdsmodell i skriften ”Framtidens närsjukvård”, 2006.

Sammanfattning: Sveriges läkarförbund föreslog en närsjukvårdsmodell som uppfyllde målen om en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård baserad på hög professionell kompetens.

- Närsjukvården definierades som vård nära patienten som inte krävde den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser.
- Närsjukvården bestod av tre

delar: Primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård.

Med *primär närsjukvård* menade man att:

- den primära närsjukvården skulle bestå av familjeläkarvården och vård i boendet.
- alla invånare skulle ges möjlighet att välja en egen familjeläkare med specialistkompetens i allmänmedicin.
- ersättningen till familjeläkarna skulle regleras nationellt.

Med *specialiserad närsjukvård* avsågs dels vård av dem som uppsökte specialistvård och som inte behövde den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser, dels vård av dem som remitterats dit från sjukhus eller från primär närsjukvård. Förutom dagens öppna specialistvård omfattade den specialiserade närsjukvården även vård vid närsjukhus.

*Samverkansvård* omfattade de personer som var i behov av hälso- och sjukvård i boendet och som dessutom har ett varaktigt behov av läkarinsatser.

Det kom en hel del kritik från allmänläkare mot Protos och Läkarförbundets närsjukvårdsförslag. Man tyckte att Läkarförbundets förslag försökte föra in den specialiserade öppenvården i närsjukvårdskomplexet, att göra subspecialiserad vård till första linjens sjukvård parallellt med så kallad primär närsjukvård. Man ansåg att istället skulle förbundet glasklart ha lyft fram distriktsläkarens/familjeläkarens roll och resonerat om samverkan med distriktsköterskan och vad hennes områdesansvar i förening med allmänläkaren betyder för människors grundläggande behov av bassjukvård.

## En modell för primärvård föreslogs av åtta Saco-förbund

Man anförde att primärvården behövde byggas ut och ges ökade resurser om den skulle kunna utgöra basen i svensk hälso- och sjukvård. Dessutom behövde både arbetssätt och organisation förnyas. Detta skrev de åtta förbund som ingår i Saco Vård, när de tillsammans presenterade en ny primärvårdsmodell.

Förbunden representerar sjukgymnaster, farmaceuter, allmänläkare, dietister, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter och logopedier, vilka alla skulle finnas tillgängliga vid varje primärvårdsenhet. Vårdförbundet som representerar sjuksköterskorna var inte beredda att i en första omgång ge sitt godkännande till modellförslaget.

Patienten skulle kunna lista sig hos vilken enhet som helst, inklusive den läkare, som då blev patientens fasta läkarkontakt. Patienten skulle själv kunna välja vilken kompetens inom enheten, som vederbörande vill ta i anspråk utan remissförfarande.

På så sätt skulle enligt förslaget söktrycket minska på allmänläkarna. Om patienten hade behov av flera professioner sattes teamet samman utifrån den specifika situationen. Enligt Saco Vård var det antagligen personer som lider av psykisk ohälsa och äldre med flera diagnoser som kom att kunna dra störst nytta av den möjligheten.

Saco Vård har i sitt program också formulerat vad primärvårdens uppdrag bör gå ut på:

»... att ta emot alla patienter som söker vård och slutbehandla 90 procent av de hälsoproblem som inte kräver den

*specialiserade vårdens resurser. I grunduppdraget ingår också förebyggande vård och rehabilitering.»*

## Norges fastlegeordning

År 2001 infördes i Norge ett system kallat fastlegeordningen (FLO), som bland annat innebär att patienterna väljer sin allmänläkare. Denna modell sneglade man också på i Sverige. FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland beskrev Fastelegeordningen i rapporten "Vad kan Sverige lära av fastlegeordningen i Norge". Ur rapporten hämtas:

*"I Norge fanns före reformen liksom i Sverige stora svårigheter att rekrytera allmänläkare. År 1997 var 28 % av kommunelegetjänsterna i nordnorge vakanta, i småkommunerna (under 4000 invånare) var 37 % vakanta..... Tillgängligheten liksom kontinuiteten var låg på många håll. Effektiviteten var ifrågasatt. Under dagtid behandlades ett mindre antal patienter med ett stort antal hänvisades till legevakten på jourtid då arbetet var prestationsersatt.*

*Fastelegeordningen innebär att alla invånare efter eget val får lista sig hos en allmänpraktiserande läkare benämnd fastlege. Detta är fastställt i en nationell lag. Fastelegene arbetar som egna företagare (frånsett cirka 5 % som är löneanställda) med individuella avtal med respektive kommun och ersätts enligt en nationell taxa. Allmänläkaren har en avgränsad uppgift med ett bestämt antal invånare på listan (högst 2500 och i genomsnitt 1200). I de lokala avtalen mellan kommun och fastlege regleras öppettider,*

*telefon tillgänglighet, lokaler, redovisningsrutiner och ekonomiska ersättningar samt offentligt folkhälsoarbete och deltagande i jourverksamhet. Det finns ett starkt ekonomiskt incitament till aktivitet med 70 % av inkomsten i form av prestationsbaserad ersättning”.*

Läkartäckningen i Norge har förbättrats avsevärt med den nya ordningen. Det inrättades 300 nya allmänläkartjänster. Före reformen hade 67 procent av befolkningen en fast allmänläkarkontakt. Fyra år efter genomförandet var siffran 98,5 procent. En läkares lista har i genomsnitt 1200 invånare och hälften av listorna är öppna. De listade har rätt att byta fastlege två gånger per år. Endast 5,5 procent av avtalen sägs upp varje år. Omkring 10 procent av fastlegene finns på arbetsplatser med gemensamma listor, vilket verkar bidra till ökad stabilitet. Kommunerna har rätt att kräva 7,5 timmars arbete per vecka och heltidsanställd fastlege för arbete med exempelvis särskilda boende och skolhälsovård.

Tillgängligheten är ett kvalitetsmått och det finns drivkraft hos fastlegene att erbjuda god sådan. Trots detta är det vad befolkningen är minst nöjd med. I synnerhet gäller det telefon tillgängligheten. De flesta patienter upplever stor tillfredsställelse med sina läkare. Störst var den hos de som fått sitt förstaval av läkare tillgodosett. Läkarna upplever att patienterna fått fler möjligheter att ställa krav, samtidigt som de själva blivit mer ödmjuka inför förtroendet patienterna visat dem genom valet.

Kontinuiteten var god även i de större städerna men både före och efter reformen föredrog 10 procent av befolkningen att

ha möjlighet att gå till olika allmänläkare. Varje kvartal byter 2,5 procent av befolkningen fastlege varav cirka 40 procent gör det på grund av bristande tillfredsställelse med tidigare val.

Parallellt med fastlegeordningen infördes en strängare remitteringsordning. Remiss var nödvändig för att patienten skall få reducerad avgift. Fastelegerne är dock mindre aktiva som grindvakter. De upplever stark konkurrens och anstränger sig för att erbjuda god service till patienterna, vilka upplevs mer krävande än tidigare. Det gäller också sjukskrivningar och särskilda recept för beroendeframkallande medel.

En studie visade att patienter med dålig hälsa och kronisk sjukdom oftare kontaktade andra fastlege och specialister och oftare sökte på jourtid. Antalet patienter som sökt på jourtid ändrades inte i någon högre grad men det fanns ett visst missnöje med hur den så kallade legevakten fungerar. Mer ur FoU-rapporten från Östergötland:

*”Trots stora likheter i kultur och geografi finns det på avgörande punkter stora skillnader mellan Norges och Sveriges hälso- och sjukvård, särskilt i fråga om primärvård. Norge har genom FLO ett nationellt styrt system, medan primärvården i Sverige styrs av självständiga regionala/lokala landsting. Följaktligen blir styrning och uppföljning av sjukvården mera enhetlig i Norge. I Norge finns genom FLO ett personligt avtal mellan patienten och fastlegene, medan Sverige domineras av gruppraktik samt lagarbete vid vårdcentralerna med ansvar gentemot ett geografiskt område. Fastelegen riskerar inte, som*

*de privat drivna vårdcentralerna i Sverige, att förlora nästa upphandling och därmed mista underlaget för sin verksamhet.*

*I Sverige finns större befogenheter för annan personal såsom distriktssköterskor och mottagnings-sköterskor, vilka fullgör många uppgifter som i Norge normalt utförs av läkare. I den svenska hälso- och sjukvården kläms allmänmedicin och primärvård mellan en expanderande öppen specialistvård med anknytning till sjukhus*

*(ibland kallad närsjukvård) och en uttalad satsning på kommunal vård och omsorg med tonvikt på andra professionella grupper. I detta gränsland kämpar en åldrande allmänläkar-generation, som på grund av kronisk underbemanning inte kan vara den bas i sjukvården, som befolkningen behöver. Att något behöver göras både för befolkningen och allmänmedicinen är tydligt och här kan FLO vara en inspirationskälla!”.*

## Olika modeller för primärvårdens organisation

---

Hämtat ur boken ”Primärvård i förändring” av Anders Anell, Studentlitteratur, 2005. Professor Anders Anell, Institutet för ekonomisk forskning, Ekonomihögskolan, Lunds universitet (anders.anell@fek.lu.se).

I svensk sjukvård har den allmänna diskussionen ofta handlat om hur sjukhusen ska styras och organiseras och i vilken utsträckning privat ägande ska accepteras. Betydligt mindre uppmärksamhet har ägnats åt hur den öppna vården utanför sjukhusen ska organiseras och styras. Anell vill rikta ljuset mot primärvårdens organisation. Han visar på olika primärvårdsmodeller med dess för och nackdelar. Ett centralt tema i boken och i förslagen är vilken relation den framtida primärvården bör ha gentemot befolkning och patienter.

Anell visar på och diskuterar i boken några tänkbara modeller för svensk primärvård. Delar ur professor Anells sammanfattning:

- *De medicinska professionella drivkrafterna har premierat specialisering och fokusering på avgränsade vårdbehov....Det har resulterat i en allt mer fragmenterad verksamhet som är i otakt med vårdbehovens utveckling mot fler sammansatta problem och multisjuka äldre. Det hindrar också ökat patientinflytande.*

- *Uppdelningen mellan närsjukvård och övrig specialiserad sjukvård kan skapa en bättre plattform för fortsatt utveckling inom verksamheter med olika förutsättningar, men leder inte i sig till några förändringar....*

- *Det naturliga förhållandet mellan olika professioner är konkurrens snarare än samverkan.... Förändringar mot ökad patientorientering och bättre samverkan i närsjukvården kan åstadkommas genom att befolkningen i större utsträckning får välja sitt närsjukvårdsteam där pengarna följer individens val.*

- Den viktigaste professionella drivkraften är specialisering, vilket resulterat i fragmentering av verksamheten. De sammansatta problemen har hamnat på undantag. De sjukdomar och besvär som inte tydligt kan avgränsas och definieras och som kräver insatser från olika håll har låg status, liksom den personal som har hand om sådana problem.

- Svensk hälso- och sjukvård har tappat resurser jämfört med andra EU-länder....Förhållandvis stora omfördelningar i resurserna har skett mellan landsting och kommuner beroende på politiska beslut, men även hårdare prioriteringar.

- Omfördelningarna i vårdens resurser har haft störst konsekvens för de äldre. Inom kommunerna har hårdare prioriteringar inneburit att smärre omsorgsbehov förskjutits till anhöriga.

- Hälso- och sjukvårdens resurser är i stor utsträckning koncentrerade

till en liten andel av befolkningen.... Behoven av en bättre samverkan mellan olika vårdgivare har ökat.

- Befolkningens förväntningar på vården skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper beroende på ålder, kön, inkomst, hälsostatus etcetera....De äldre värdesätter en långsiktig relation som ger kontinuitet i vårdkontaktarna.

- Mer information och inflytande för patienterna handlar inte enbart om att stärka befolkningens förtroende för vården. Att tillmötesgå dessa önskemål från patienterna har positiva medicinska effekter genom att patienterna känsla av kontroll ökar, liksom patienternas följsamhet till behandling som beslutats....

- Närsjukvårdens ambitioner är inte helt nya utan har lyfts fram tidigare för att främja primärvårdens utveckling. Närsjukvården kan till och med uppfattas som en nysatsning på en ursprunglig primärvård som aldrig fullföljdes....

# Vårdval

Då år 2006 en borgerlig regering kom till makten valde man att ta nygamla grepp på primärvårdsproblematiken. Ur försöken kring husläkarmodellerna och diskussionerna i början av 2000-talet kring primärvårdens dåliga tillgänglighet, växte det fram en helt ny syn på primärvårdens organisation – Vårdval Sverige sättes. Vårdvalssystemet lagfästes från år 2010. Det infördes successivt i landstingen med början år 2008. Som tidigare lyfter vi fram det regionala exemplet ”Vårdval Västra Götaland”.

Utan överdrift kan sägas att vårdvalsmodellen blev ett paradigmskifte för primärvården helt i paritet med det då primärvården föddes 1970, eller då primärvården genom Ädelreformen 1992 delades upp mellan landsting och kommuner.

*Tvåfalt lever den ,  
som också njuter av det förgångna.  
/Marcus Martialis/*

# Mot vårdval

---

Det fanns, som vi beskrivit, inte något helt gemensamt syn mellan huvudmännen eller de fackliga organisationerna om hur närsjukvård skulle definieras, inte heller hur den skulle genomföras. Några kopplade närsjukvård till att ge mindre akutsjukhus en ny roll i vårdkedjan. Andra såg närsjukvård som ett generellt utvecklingsprojekt för att bygga upp en långsiktig hållbar struktur för hälso- och sjukvården i sin helhet. Gemensamma nyckelord fann man i primärvårdens gamla mål tillgänglighet, samverkan, helhetssyn, kontinuitet, långsiktighet, närhet och trygghet.

I Älvsborg definierades närsjukvård som en funktion, inte som en organisation, vilket innebar samverkan mellan huvudmän, vårdgivare och professioner betonades, närmare bestämt mellan primärvård, specialistläkare på sjukhus och kommunal äldreomsorg. Närsjukvårdens karaktär av gränsöverskridande funktion framgick också om man ser till den kompetens som skulle ingå. Allmänläkarna och primärvårdens resurser skulle vara basen i närsjukvården men även annan öppen specialistvård och vårdplatser ingick. Det innebar att närsjukvården berörde många olika vårdbehov och patientgrupper.

Innan man kommit till skott med genomförandet av närsjukvård kom den 2006 nytillträdde Alliansregeringen med en ny modell kallad Vårdval Sverige. Modellen byggde i stort på den husläkarmodell man velat införa vid sitt förra regeringsinnehav i början av 1990-talet inklusive fri etableringsrätt i primärvården. Man hämtade också idéer från de olika närvårdsmodellerna. Dessutom blev vårdvalsmodellen

styrd av den rådande politiska ideologin – som rätten till fri etablering. En utredning tillsattes, som kom med sitt första delbetänkande år 2008, SOU 2008:37 ”Vårdval i Sverige”. Denna fastställdes i lag om obligatoriskt vårdval och etableringsfrihet, som trädde i kraft 1 januari 2010.

Andra viktiga utredningar och lagar i sammanhanget var ”Patientens rätt” SOU 2008:127, ändringar i sjukvårdslagen från och med 1 januari 2010, ”Lag Om Valfrihetssystem” (LOV) SOU 2008:15, ”Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring” SOU 2009:49

## Patientens rätt

Denna patientlag innebar en del ändringar i Sjukvårdslagen, som att patientansvarig läkare slopas, verksamhetschef utser fast vårdkontakt, förbud för patienter att uppsöka vård i andra landsting tas bort, att enbart allmänläkare inte är självskrivet i primärvården. Vid utgången av 2010 skulle samtliga landsting ha dessutom ha fattat beslut om en vårdgaranti.

## Lag Om Valfrihetssystem

Lagen är ett alternativ till lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU, och kan tillämpas på handikapp- och äldreomsorg samt hälso- och sjukvårdstjänster. LOV innebär fri etablering enligt vissa fastlagda och lika villkor.



Lagen innehåller regler om löpande annonsering i en ny nationell databas för valfrihetssystem, krav på utförare, förfrågningsunderlagets innehåll, ansökan

och tilldelning av kontrakt, information till brukarna/invånarna, brukarens/invånarens val av utförare och överprövning.

## Vårdval Sverige

### Riksdagsbeslut om vårdval i Sverige 2010

Alla landsting skall ha infört vårdvalssystem i primärvården den 1 januari 2010. I den tidigare hälso- och sjukvårdslagen fanns en bestämmelse om att den fasta läkarkontakten i primärvården skulle vara specialist i allmänmedicin. Redan den 1 april 2009 slopades detta krav. Det beslutade riksdagen onsdagen den 25 februari 2009. Riksdagen antog propositionen 2008/09:74 Vårdval i primärvården, vilket innebar att det blir obligatoriskt för landstingen att införa vårdvalssystem i primärvården från och med 2010 (vilket de inte hade gjort).

Genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen 5 § ges ramarna för denna landstingens nya skyldighet:

- Alla bosatta i ett landsting ska kunna »välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).
- Den enskilde ska kunna välja vårdgivare fritt inom hela landstinget.
- Alla vårdgivare ska behandlas lika och landstingens ersättning till vårdgivaren ska följa den enskildes val.

När ett landsting inför vårdvalssystem ska LOV, lagen om valfrihetssystem, tillämpas. Men även LOU (lag om upphandling av tjänster och varor) ska kunna användas i primärvården vid sidan av valfrihetssystemet i vissa fall, till exempel om ”ingen leverantör vill ge vård inom ett visst geografiskt område med den ekonomiska ersättning som anges i förfrågningsunderlaget i valfrihetssystemet enligt LOV”. Då kan LOU behövas för att ”attrahera privata vårdgivare att etablera verksamhet på en viss plats”. LOU kan även användas för avtal med privatläkare som har rätt att arbeta enligt den nationella taxan och för avtal med läkare som går över till taxan genom så kallad ersättningsetablering, som återinfördes den 1 april 2009.

S, V och MP reserverade sig mot vårdvalsbeslutet, bland annat på grund av rätten till fri etablering. När vårdvalsfrågan debatterades i kammaren den 19 februari 2009 sa Ylva Johansson (S):

- *Det är bra att medborgarna har möjlighet att välja vårdcentral. Det är bra att medborgarna har möjlighet att välja läkare. Om detta är vi inte oense.*
- *Det vi är oense om är vårdföretagens oinskränkta rätt att välja att etablera sig där det är lönsamt och*

*tvinga skattebetalarna att betala. Det är vårdföretagens rätt att välja eller välja bort lönsamma eller inte lönsamma medborgare och patienter.*

Kenneth Johansson (C) svarade bland annat:

- *När det gäller fri etablering är det bara att konstatera att man även här målar upp ett hot som i verkligheten inte finns. Självklart är det så att när det är mättat med allmänläkare finns det ingen ersättning att hämta hem. Vad är problemet?*

## Fri etableringsrätt

Många landsting - som Halland, Stockholm, Västra Götaland, Gotland och Skåne – hade redan i januari 2010 infört eller planerat att införa vårdvalsmodeller, som innebar fri etablering av enheter i primärvården och att pengarna följde patienten till den vårdenhet hon eller han valde.

Dessa vårdvalsmodeller kommer sannolikt inte att påverkas av lagen. Utredaren sätter en nationell miniminivå för vad som ska gälla för etableringsfriheten inom varje landsting. Klarar landstinget denna miniminivå, till exempel genom ett vårdvalssystem med lokal etableringsfrihet, behöver inte systemet rivas upp. Andra landsting – företrädesvis S-dominerade landsting – kommer att tvingas att införa fri etableringsrätt i primärvården. Ett huvudmotiv för förslaget är att stärka patientens rätt att själv välja sin vårdgivare. Trots den satsning på primärvården som den tidigare S-regeringen gjorde tillsam-

mans med centern i den nationella handlingsplanen saknades det fortfarande många allmänläkare i det som kallas den första linjens sjukvård.

## Primärvårdens uppdrag i vårdvalet

Primärvårdens uppdrag definieras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som att primärvården, som en del av den öppna vården, utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvårdens uppdrag är således övergripande uttryckt i lagen. Som tidigare konstaterats har inte heller landstingen i särskilt stor utsträckning arbetat med att precisera primärvårdens uppdrag.

I en vårdvalsmodell, som ger vårdgivare rätt att fritt etablera sig, behövs det på motsvarande sätt fastställas ett enhetligt grunduppdrag, som vårdgivaren ska uppfylla, oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi.

Grunduppdraget omfattar mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan samt kvalitetssäkring.

Detta innebär att det i primärvårdens grunduppdrag ingår att ansvara för att:

- *utreda, behandla och kontrollera sjukdomar samt behandla skador som inte kräver sjukhusvård. Om patientens tillstånd så kräver ska uppgifterna utföras i patientens hem,*

- den enskilde vid behov kan nå vården dygnet runt,
- hjälpa den enskilde att få sådan vård och behandling som primärvården inte själv kan erbjuda,
- utfärda intyg såsom vårdintyg och dödsbevis,
- bedriva sådant individuellt förebyggande arbete som naturligt ingår i patientkontakterna,
- samordna åtgärder som patienten är i behov av,
- samverka med andra service- och vårdgivare liksom med arbetsplatser, försäkringskassa och andra myndigheter etc. när det är av betydelse för den enskilde patienten eller ur folkhälsosynpunkt,
- medverka till att den egna verksamheten följs upp såväl kvalitativt som kvantitativt.

## Etablerade vårdvalsmodeller

För att få en god och analyserande bakgrund till olika Vårdval vill vi citera delar ur en artikel av professor Anders Anell som publicerades i läkartidningen nr 28–29 2008 volym 105 om ”Vårdval på gång i dagens primärvård. Stora skillnader mellan olika modeller och stort utvecklingsbehov”.

*”Landstinget i Halland införde sin vårdvalsmodell i januari 2007, och Västmanland och Stockholm införde sina respektive modeller i januari 2008. På ytan förefaller modellerna likvärdiga. Vid en närmare granskning finns dock ganska stora skillnader mellan landstingen. Det gäller mål och*

*visioner, kraven på vårdgivare, hur befolkningens val går till och hur vårdenheter ersätts. Minst fem sjukvårdshuvudmän planerar att införa liknande vårdvalsmodeller under 2009, däribland Region Skåne och Västra Götaland. Det ger anledning till kritisk granskning av modellerna och hur de kan utvecklas.”*

### Olika mål och visioner

*”Inom Vårdval Halland talar man inte om primärvård utan om när-sjukvård. Målet är att fler öppenvårdsbesök ska tillhandahållas av de vårdenheter som befolkningen valt, bland annat genom att dessa engagerar andra specialister utöver allmänläkare. Ambitionen är att 80 procent av alla öppenvårdsbesök ska ske i närsjukvården, vilket också påverkat ersättningssystemet.*

*I Stockholm sägs uttryckligen i regelverket att läkare vid mottagningen ska vara allmänläkare, men även specialister i geriatrik eller pediatrik får anställas av enheterna.*

*I Landstinget Västmanland sägs i kraven att vårdenheter »så långt möjligt« ska bemannas med läkare med specialistkompetens i allmänmedicin. Bakgrunden är inte ett önskemål om att andra specialister ska arbeta i primärvården, som i Vårdval Halland. Det handlar i stället om en eftergift mot bakgrund av brist på allmänläkare och att en läkare med annan specialitet då kan vara bättre än ingen läkare alls.*

*En annan viktig skillnad är att Halland och Västmanland valt att ge vårdenheter ett brett uppdrag, medan Stockholm delat upp primärvårdsuppdraget i olika delar. Det bredaste primärvårdsuppdraget finns i Västmanland där t ex både barnhälsovård och mödravård ingår i åtagandet. I Stockholm hanteras husläkarverksamhet, barnhälsovård, mödravård och även fotvård och logopedverksamhet var för sig med olika auktorisationer och ersättningsssystem. Betydelsen av att ge befolkningen en färdig helhetslösning har tonats ned. I stället påtalas att en uppdelning av verksamheten dels skapar ökade valmöjligheter för befolkningen, dels ger möjligheter för flera aktörer, däribland fler kvinnor, att etablera nya företag.”*

I fortsättningen tar Anell upp olika delar av vårdvalsmodellerna. Han konstaterar att:

*”Gemensamt för landstingen är att det inte förekommer några listningstak till vårdenheter eller läkare. Vårdenheternas möjligheter att neka individer som vill välja enheten är också starkt begränsad.”*

För bristande måluppfyllelse, det vill säga en täckningsgrad under 80 procent, reduceras vårdenheternas vårdpeng. Täckningsgraden beräknas som kvoten mellan alla listades besök i närsjukvården och det totala antalet öppenvårdsbesök. Vårdenheternas ersättning ska ses i relation till enheternas kostnadsansvar. Halland har det bredaste kostnadsansvaret

som till exempel omfattar vårdbesök hos privata allmänläkare och sjukgymnaster på nationell taxa samt medicinsk service inklusive röntgen. Nya beskrivningssystem behövs också för att utveckla bättre sätt att hantera avdrag på vårdpengen för bristande täckningsgrad. Om sådana avdrag på vårdpengen baseras på andelen öppenvårdsbesök som listade gör på den vårdenhet de valt (som i Halland) skapas i princip samma drivkrafter som med en rörlig besöksersättning.

Pensionärernas riksorganisation, PRO, har också uttalat att man vill se mer av Halland i framtida vårdvalsmodeller, eftersom ett helhetsansvar passar de äldre bäst. En viktig fråga för kommande utvärderingar är därför att jämföra utfallet av olika modeller för olika befolknings- och patientgrupper. Det är inte säkert att det finns en modell som passar alla lika bra. Olika modeller kan också vara mer eller mindre anpassningsbara till olika geografiska förutsättningar. För befolkningen i glesbygden kommer för övrigt ingen av de olika vårdvalsmodellerna att kunna tillföra något nytt, eftersom det inte finns utrymme för alternativ.

Med en hög andel fast ersättning finns risk att vårdenheterna väljer bort individer med höga förväntade vårdkostnader (eller att man söker individer med låga kostnader) och/eller att man snålar på den vård som ges till dem som listas. Denna risk kan delvis hanteras genom att vårdenheter inte får välja vem som listas.

En viktning av vårdkostnaden baserad på ålder och kön ger ökad ekonomisk rättvisa, men en sådan enkel viktning hjälper inte de vårdenheter där t ex fler individer med kroniska sjukdomar listat sig. För att rättvist hantera varia-

tioner i förväntade vårdkostnader behövs ytterligare riskjustering av vårdpengen, t ex genom registrering och klassificering av de listades diagnoser. En vanlig metod för en sådan diagnosbaserad riskjustering av ersättningen inom amerikansk vård är Adjusted Clinical Groups (ACG).

## Vad gör andra landsting?

Vårdvalssystem planerades även i till exempel Gotland, Östergötland, Region Skåne, Kronoberg och Västra Götaland. Sett till själva modellkonstruktionerna är helhetsansvar, val av vårdenheter, hög andel vårdpeng och avdrag för täckningsgrad viktiga ingredienser. Det är med andra ord mer influenser från Halland än från Stockholm. Många landsting har också förutsättningar att ganska snabbt ställa om befintliga system till en ökad betoning vårdval och konkurrens genom fler privata vårdgivare. I de allra flesta landsting fanns år 2006 en kombination av aktiv och passiv listning i primärvården. Det innebar att varje invånare hade möjlighet att lista sig aktivt hos olika vårdgivare, förutsatt att dessa var behöriga och hade ledig kapacitet. Ersättningen baserades i huvudsak på en vårdpeng i kombination med en mindre andel besöksersättning.

Staten kan påverka den fortsatta utvecklingen. Det finns många faktorer som kan påverka landstingens fortsatta utvecklingsarbete, däribland statens agerande. En ny Lag om valfrihetssystem kan underlätta för de landsting som planerar att införa vårdvalsmodeller. Likaså kan staten ge stöd åt det fortsatta utvecklingsarbetet och inte minst initiera utvärderingar av modellernas effekter.

## Hallandsmodellen

Halland var först ut med en vårdvalsmodell redan innan begreppet myntats och lagfästs. Det var en närvårdsmodell. Hallandsmodellen med en del modifieringar vad gällde vårdtyngds-tillägg anammades i stort av Västra Götalandsregionen.

Intervju av Elisabet Ohlin. Läkartidningen nr 7, 2006. av Mats Eriksson (M) ordförande i landstingsstyrelsen i Halland om Hallandsmodellen:

En vårdpeng följer hallänningarna, som ska lista sig hos en »vårdenhet« – inte hos en läkare. Halland är först i landet med den här typen av listning, som man tror bättre ska nå målen en god hälsa, nöjda invånare, god vård, stark ekonomi och engagerade medarbetare. landstingsstyrelsens ordförande Mats Eriksson (m):

– *Vi vill rigga något inför morgondagen. Vi tror att vi är lite pionjärer.*

Förslaget som hade bred politisk förankring hade »bara positiva tillrop från vården«, enligt Mats Eriksson:

– *Vi vill understödja en utveckling mot mer öppenvård och bättre tillvarata olika kompetenser som arbetsterapeuter, kuratorer och sjukgymnaster. Man listar sig inte hos en läkare, utan hos en vårdenhet, för att inte få den stora läkarfixering som vi kanske haft. Systemet ska införas den 1 januari 2007 under förutsättning att beslut fattas i landstinget i april.*

Modellen bygger på konkurrens, fritt val av vårdenhet och en vårdpeng som följer varje invånare. Den som inte aktivt listar sig blir passivt listad. Pengen, som viktas

för invånarens ålder, ska täcka all vård som rör invånaren utanför sjukhusen, oavsett hur många eller få besök patienten gör eller vem han/hon träffar. Vårdenheten får själv forma sin arbetsstyrkas storlek och sammansättning av kompetenser. Det kan se olika ut. Vårdenheten kan också välja att köpa tjänster.

Om invånarna besöker en annan primärvårdsenhet, en privat specialist eller får primärvård i annat landsting, så betalar den vårdenhet där personen är listad för besöket. Och om vårdenhetens listade invånare i högre grad besöker sjukhuset med sina öppenvårdsproblem minskas vårdenhetens ersättning.

Vi vill att 80 procent av öppenvårdsbesöken sker i öppenvården, säger Mats Eriksson.

Den bästa »affären« gör vårdenheten alltså på friska invånare som inte alls besöker vårdenheten och inte heller går någon annanstans. En vårdenhet ska därför inte kunna välja bort invånare som vill lista sig. Listorna har inget tak. Blir listan för stor får enheten istället expandera.

Alla vårdenheter, privata som landstingsdrivna, ska ersättas lika. Det blir ett sätt att komma ifrån de ekonomiska skillnader mellan vårdcentraler, hoppas landstinget, vars primärvård idag rymmer minst sex olika ersättningssystem. Dessutom har vissa tidigare upphandlingar stört kontinuiteten och skapat »dålig stämning«, enligt Mats Eriksson. Med modellen ska det inte gå att konkurrera med lågt pris i en upphandling.

Mats Eriksson hoppades att formella krav på upphandlingar enligt Lagen om offentlig upphandling skulle kunna undvikas.

- *Jag tror inte vi ska bli skyldiga att upphandla, men skulle någon överklaga får vi se det då. Istället för att*

*konkurrera med pris ska vårdenheterna konkurrera om invånarna med kvalitet.*

För att få ersättning måste vårdenheten först ackrediteras av landstinget enligt vissa grundläggande krav. Verksamheten ska sedan utvärderas efter mål som rör tillgänglighet, täckningsgrad, medicinsk kvalitet, läkemedelsförskrivning och hälsofrämjande arbete. Om målen inte uppfylls ska ersättningen minskas. Kvalitetsmålen ska följas upp flera gånger om året, enligt förslaget. Men till att börja med är det endast täckningsgraden, det vill säga i vilken grad invånarnas besök sker i öppenvården, som ska kunna påverka ersättningen. Uppföljningsmått till exempel för »medicinsk kvalitet« finns ännu inte.

- *Vi saknar uppföljningsparametrar men det jobbar vi på. Vi ska lägga mer fokus på kvalitetsuppföljning än vi gjort tidigare, istället för att i detalj tala om hur vården ska utföras.*

Enligt Mats Eriksson kan sådana parametrar till exempel vara att vårdenheten följer vårdprogram eller att hälsofrämjande insatser görs.

Finns det en risk för sneda prioriteringar, till exempel att vårdenheterna av ekonomiska skäl prioriterar resursstarka invånare i kön och prioriterar ner eller säger nej till resurssvaga patienter med större medicinska behov?

- *Nej, det tror jag inte. Det har varit ett större bekymmer idag att man säger nej än att man säger ja.*

I Hallands primärvård är tillgängligheten dock inget stort problem, enligt Mats Eriksson.

# Vårdval Västra Götaland

---

Fullmäktige i Västra Götalandsregionen beslutade den 3 febr. 2009 att införa sin Vårdvalsmodell – VG Primärvård. Endast Vänsterpartiets ledamöter röstade mot.

Vårdval VG Primärvård grundades på:

- Generella vårdvalsregler
- Medborgarens rättigheter
- Leverantörens rättigheter/skyldigheter
- Västra Götalandsregionens rättigheter/skyldigheter

I broschyren ”VG Primärvård en del av det goda livet” ges en lättillgänglig introduktion till VG Primärvård. I den anförs bland annat att:

*”Västra Götalandsregionen ska skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård på lika villkor. Därför satsar vi på kvalitet, tillgänglighet och delaktighet. På mångfald och valfrihet. På trygg vård för alla invånare, med ett resursanpassat och rättvist ersättningsystem. På nya möjligheter för alla professionella och engagerade vårdgivare. Därför inför vi VG Primärvård.”*

I februari 2009 utgavs ett förfrågningsunderlag för vårdenheter, som önskade etablera sig i VG Primärvård, en Krav- och kvalitetsbok. Denna ger utförligt förutsättningar för en etablering och rekommenderas för fördjupning i förutsättningarna för att bli godkänd och få bedriva verksamhet inom VG Primärvård.

Vårdval Västra Götaland innebär översiktligt en vidareutveckling av tidigare primärvård. Med detta menade man att: stärka medborgarens ställning, öka tillgängligheten till och förtroendet för primärvården. Men avsåg också att ge ökat lokalt ansvar, främja personalrekrytering samt att styra mot kvalitet i vården och att möta en framtida utveckling av den.

## Vårduppdrag

Vårdenheterna får ett vårduppdrag som innebär:

- Allmänmedicinsk verksamhet
- Barnhälsovård
- Medicinsk fotvård
- Psykisk ohälsa

## Närområdesansvar

Förutom detta omfattas hälsofrämjande och förebyggande insatser samt ett närområdesansvar i samverkan med andra lokala enheter med och för:

- Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
- Samverkansforum med samverkan med andra enheter, myndigheter och organisationer, som POSOM-grupper (Samarbete mellan primärvård och socialvård vid bland annat katastrofer), Familjecentral
- Smittskyddsfrågor
- Jourverksamhet inklusive läkare i beredskap
- Utbildningsplatser och handledning

- Deltagande i regionalt och lokalt utvecklingsarbeten och FoU

En gemensam närområdesplan skall upprättas, där ansvarsfördelningen mellan enheterna redovisas.

## Ersättningsmodell

VG Primärvårdsersättningsmodell består av följande delar

- En primärvårdspeng beräknad utifrån ålder, kön och vårdtyngd enligt vårdenhetens ACG-vikt, (Adjusted Clinical Groups).
- Målrelaterad ersättning kopplad till kvalitet och täckningsgrad.
- Särskild ersättning för tolk, geografi och socioekonomi.
- Ersättning för eventuella särskilda uppdrag.

Täckningsgraden är ett mått som skall stimulera vårdenheten att ta ansvar för listades behov av besök i öppenvård. På sikt kommer förutom besök även telefon och e-post att tas med i beräkningen.

Ersättning för socioekonomiska faktorer kommer att beräknas enligt CNI (Care Need Index). Den geografiska faktorn är baserad på avståndet till närmaste sjukhus.

## Jämförelse med tidigare primärvårdsåtaganden

Patienten får fritt välja vårdenhet och ingen får nekas, det finns inget tak.

En primärvårdspeng följer patientens val. Den ska täcka större delen av kostnaderna – ingen besöksersättning förutom vad patienten enligt taxa ersätter för besök på enheten. Man inför lägre patientavgift på vald vårdenhet (dubbel taxa om patienten inte söker den eget valda enheten). Den av

patienten valda enheten får ett kostnadsansvar för besök hos annan vårdenhet och också kostnadsansvar för läkemedel och medicinsk service.

Alla vårdgivare oavsett driftform får lika uppdrag – regiongemensamma sådana.

Samma ersättningsmodell för alla vårdgivare oavsett driftform. Lika villkor för offentliga och privata vårdgivare:

- primärvårdspeng, en viktad sådan.
- målrelaterad ersättning 10 procent (täckningsgrad och kvalitetsmål).
- geografisk faktor, socioekonomiska faktorer samt tolkersättning.

Det blir en ökad mångfald – etablering genom auktorisering (LOV). Det ges en ökad kontinuitet i vården – LOU (lag om upphandling av tjänster) skall inte gälla. Man vill med en Utbildningsakademi satsa på utveckling av ledarskap och medarbetarskap.

Man ger än en gång offentliga vårdenheter ökad frihet under ansvar. Jämför del 2 Primärvården i Lerum blir egen förvaltning.

VG Västra Götaland har visat på behovet av närområdesansvar. Om detta genomförs i praktiken så behåller man mycket av primärvårdens områdesansvar, men utan att patienten kopplas till områdesansvaret som tidigare. Detta ger ett ökat ansvar mot de som vill lista sig till enheten, då som sagt det inte går att säga nej till någon längre.

Man lägger fokus på kvalitet – inte på kvantitet. Man inför kvalitetskonkurrens genom offentliga/öppna jämförelser av enheterna. Det betyder att man inför kvalitetsuppföljning genom en medicinsk revisionsenhet. Detta har tidigare



inte genomförts. Att utbildning och FoU betonas som viktiga för kvaliteten, vilket är mycket positivt.

Tillgängligheten ökar då det förutsätts att enheterna tar väl vara på sina listade patienter, som annars byter till annan enhet. Tillgängligheten kan också öka om intentionerna med längre öppethållande vardagar som lördagar genomförs.

Summerat verkar den genomförda reformen av primärvården ge högre måluppfyllelse på grund av de krav mot måluppfyllelse som vårdenheterna skrivit under på.

## Jämförelse med övriga vårdvalsmodeller

VG Västra Götaland har tagit starkt intryck av diskussionerna om svagheter i andra vårdvalssystem och konstruerat en modell som verkar ”helgarderad”. Man undviker besöksersättning, som Stockholm införde, och som fick mycken kritik för att premiera enkla och snabba konsultationer samt missgynna enheter med en socioekonomiskt svag befolkning. Man vidareutvecklar Hallandsmodellen som till stor del ger ersättning efter åldersviktning. Man har lagt till en mycket omfattande kravlista som inte verkar ha gjorts i andra vårdvalsmodeller. Det kan bli tufft för vårdgivarna att genomföra åtagandena. Kanske kommer en del att dra sig ur av dessa eller ekonomiska skäl.

## VG Primärvård i praktiken

Av Västra Götalands 1,5 miljoner invånare gjorde endast cirka 200 000 ett aktivt val vårdenhet hösten 2009. Resterande fördelades på de etablerade enheterna

enligt en närområdesindelning. Redan efter två månader bytte 14 000 patienter vårdcentral, knappt 1 procent av befolkningen.

Totalt ökade antalet vårdcentraler i Västra Götaland från 143 till 205. Varje vårdcentral hade kontrakt att driva verksamheten till och med 2014. En speciell revisorsenhet skulle granska hur vårdcentralerna kom att sköta den medicinska kvaliteten, bemötandet och väntetiderna.

De offentligt drivna vårdcentralerna var oförändrat 120 stycken. Resterande enheter drevs av olika vårdbolag. Göteborgs stad fick flest nya privata vårdcentraler, 36 stycken i konkurrens med de 27 offentliga enheterna. Flera vårdcentraler i främst Göteborg kom att få problem med för lågt patientunderlag. Redan i början av år 2010 hade två privata vårdcentraler måst läggas ned och några till hade för få antal listade för att ekonomiskt klara sig. Dessutom visade sig att många listade var ”otrogna” sin vårdcentral, sökte vård på andra enheter. Det innebar att de drabbade vårdcentralerna fick ett avdrag på sin ersättning från VG region. Ett exempel – en vårdkedja fick för oktober november 2009 ett avdrag på 1,3 miljoner kronor (GP 2010-02-03). Detta verkade vara ett systemfel. De drabbade vårdcentralerna kunde i rättvisans namn inte påverka patienternas vårdval, som ju skulle vara fritt. Många gick redan till privata enheter, som ej var anslutna till det nya vårdvalssystemet. De fick oförskyld en ”straffavgift”.

En kommentar: ”Det finns inte patienter till alla, så sjuka är inte vi svenskar.”

Distriktsläkarna och vissa sjuksköterskor blir vårdvalets garanterade vinnare.

Som ”bristvara” bjuder vårdgivarna högre löner för att locka dem till sin verksamhet. De offentliganställda distriktsläkarnas löner 2009 höjdes till exempel med i genomsnitt 5 000 kronor per månad till runt 65 000 kronor per månad. Historiskt sett är det en fördubbling av lönen på femton år i löpande priser.

I Göteborg kommer konsekvenserna av den fria etableringen bli att den offentliga primärvården får överflödiga lokaler och hundratals sysslolösa sjuksköterskor.

### Vårdval i Mittenälvsborg

I Mittenälvsborg etablerades 10 vårdcentraler varav två privata enheter i Alingsås kommun, Sävelången Familjeläkare och BVC ägare Alingsås Familjeläkare AB (listade patienter nov. 2009, 2 973), nyttillkommen och Vårdcentralen OMI-hälsan ägare Bräcke Diakoni (listade patienter

nov. 2009, 5 396), tidigare Noltorps vårdcentral.

Kvarstående och fortsatt i offentlig drift vårdcentralerna i: Alingsås kommun, Sollebrunns vårdcentral (listade patienter nov. 2009, 4 862), Sörhaga vårdcentral (listade patienter nov. 2009, 9 265), Ängabo vårdcentral (listade patienter nov. 2009, 7 588). Herrljunga kommun, Herrljunga vårdcentral (listade patienter nov. 2009, 8 700). Lerums kommun, Lerums vårdcentral (listade patienter nov. 2009, 18 909), Gråbo vårdcentral (listade patienter nov. 2009, 8 756) och Floda vårdcentral (listade patienter nov. 2009, 10 915). Vårgårda kommun, Vårgårda vårdcentral (listade patienter nov. 2009, 10 132).

Man kan konstatera att en stor majoritet av invånarna i Mittenälvsborg accepterade den vårdcentral de blivit tilldelade enligt en områdesindelning.

## Sammanfattning Närvård och Vårdval

---

Som i de tidigare delarna görs utblickar i omvärlden i de delar av vår historiekavalkad vi kallat Närvård och Vårdval.

Inledningsvist i Närvård avhandlas Ekonomi och kultur i förändring. Där visas på globaliseringens och skattesystemets effekter. Vi beskriver sedan välfärden och befolkningsutvecklingen och sambandet mellan social position, hälsa och livslängd.

Man sökte modeller för att förändra primärvården, som i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet åter fick problem med tillgänglighet. Husläkarsatsningen kom av sig på grund av ett regeringsskifte.

Ofta blir det kraftig turbulens vid regeringsskiften. Vi konstaterar (som vi också erfor i södra Älvsborg), att listningssystemet inte slog igenom, och att majoriteten av landstingen i praktiken tillämpade områdesansvar. Arbetsmiljön för primärvårdsarbetarna hade förbättrats, men trots det ökade ”utbrändheten”. Informationssamhället påverkade vården i stor utsträckning – på gott och ont. Förebyggande insatser, som tidigt varit en viktig funktion i den öppna vården, reducerades eller kanske rättare koncentrerades till andra enheter än basenheten. Ökad press

på sjukvårdsinsatser har som alltid gjort att vårdcentralerna fått prioritera bort denna viktiga del av verksamheten.

Till viss del kunde den negativa utvecklingen förklaras med att det saknas allmänläkare i förhållande till vårduppgiften. Antalet läkare hade ökat de senaste åren, men det saknades år 2004 minst 200 allmänläkare i riket för att nå primärvårdsmålen. På CD-skivan beskrivs hur landstingen på olika sätt försökte öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Man ansåg att telefontillgängligheten ökat, inte minst för att man infört nya telefonpassningssystem och kommunikation via internet. Sjukvårdsrådgivningen hade också byggts ut kraftigt, men det räckte ändå inte till. Den nya tekniken var dessutom problematisk för en del äldre och funktionshindrade. Verksamheten såg olika ut i landstingen, uppbyggnad, omfattning och inriktning varierade. Man konstaterade också att den utveckling av privata vårdgivare, som skedde under 1990-talet, hade avstannat. År 2003 gjordes ungefär en fjärdedel av läkarbesöken inom primärvård hos privata vårdgivare. Landstingen hade överlag visat liten aktivitet för att stimulera mångfald av driftsformer.

I avsnittet Primärvård i förändring citerar vi olika nuvarande modeller som diskuterades, och också genomförts, för att förbättra primärvårdens organisation. Vi begrundar Närsjukvården som begrepp. Anders Anell har tagit ett helhetsgrepp på problematiken och på ett briljant sätt beskrivit och analyserat primärvårdens framtida utvecklingsmöjligheter med olika organisationsmodeller.

Målen med Närvård i Västra Götalandsregionen var i början av 2000-ta-

let en funktionell organisation med nära samverkan mellan närsjukhusets specialister och kommunens vårdverksamhet. Mittenälvsborgs primärvård ingående i södra Älvsborgs sjukvårdsdistrikt fick denna inriktning år 2007, då en ny central ledningsorganisation trädde i kraft. Men nästan omgående kullkastades dessa tankegångar genom att ett nytt system infördes, som ville sätta patienten i centrum och ge fritt val av vårdcentral. Dessutom fri etablering av vårdcentraler genom entreprenörer, som kunde uppfylla huvudmannens och lagens krav – Vårdval Sverige.

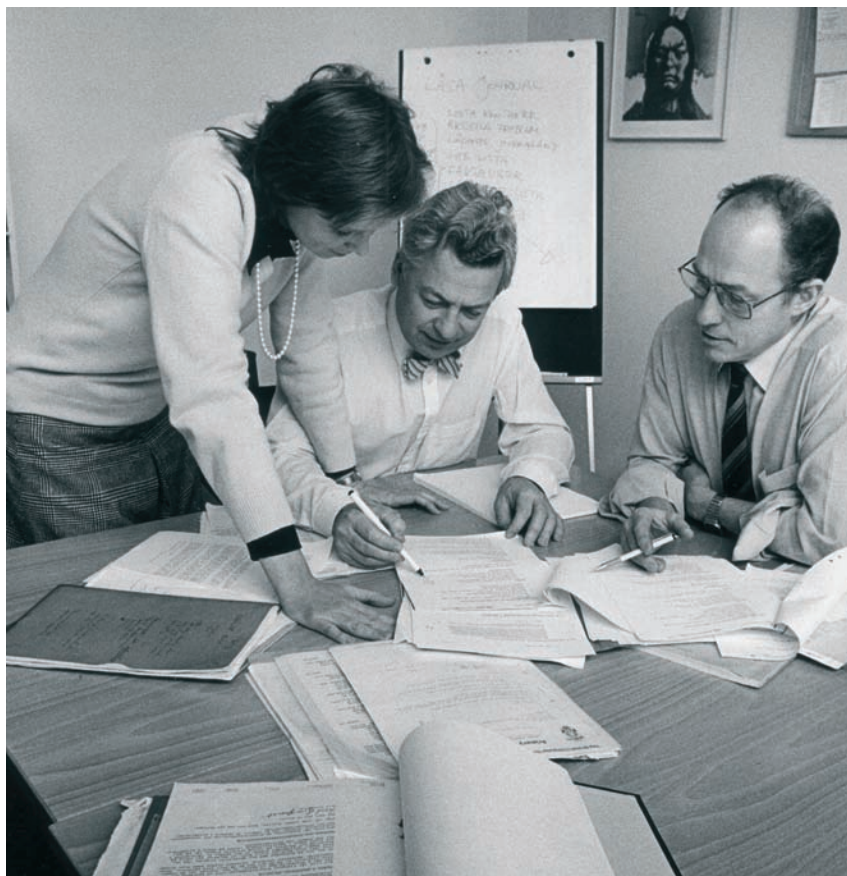
Sista avsnittet avhandlar Vårdvalssystemen, som gav primärvården nya förutsättningar att infria sina mål. I och med det slopades för gott primärvårdens områdesansvar. Den ”fria marknaden” skulle styra resurstilldelningen till de enskilda enheterna. Nya privata aktörer kom in ”på banan”. Många krav ställdes på primärvårdsenheterna som längre öppethållandetider, jouransvar dygnet om med flera. Det samhällsansvar som primärvården haft på olika områden tonades ner. Patient-, läkarkontakten kom helt i focus i den nya organisationen.

Även apoteksorganisationen ändrades kraftigt genom en privatiseringslag, som gav ett flertal nya privata aktörer. Om det nämner vi något på CD-skivans dokument om Apoteksväsendet. Noteras kan att i Lerums tätort blev det två privata aktörer, som kom att konkurrera om kunderna.

*Det enda vi lär oss av historien  
är att vi ingenting lär oss.  
men*

*Den som går vilse, finner de nya vägarna.*

*/N.KÆR/*



På bilden Annika Hässler, Bengt Dahlin och Gert Ljungkvist, som genom Spri gav ut en handbok över Problemorienterad journal 1986.

Metodiken med problemorienterad journal (POMR) beskrevs förts av Lawrence Weed i USA 1969. I Sverige introducerades den problemorienterade journalen av Paul Hall för slutenvården. Christer Gunnarsson, Örnsköldsvik, anpassade den till svensk öppen vård. Flera varianter av POMR växte fram med tiden, varianter anpassade till användarnas verksamheter.

En modell vidareutvecklades vid vårdcentralerna i Lerum och Sundbyberg. Sundbybergs modellen (Britt-Gerd Malmberg och Annika Hässler) låg nära Örnsköldsviksmodellen. I Lerum vid vårdcentralerna i Gråbo (Bengt Dahlin). Vi önskade görligaste mån anpassa POMR till Spris grundjournal. Spri representerades i projektet av Gert Ljungkvist. POMR implementerades i Gråbos datorjournalssystem - se CD-skivan.

## En epikris

I de tidigare delarna av boken har vi gett en kronologisk och faktisk beskrivning av utvecklingen. I denna del vill vi beskriva och diskutera en del problem i form av en ”epikris”. En epikris är en tillbakablick på en sjukdomshistoria med kommentarer, slutsatser, diagnoser, prognos samt eventuella förslag till fortsatt handläggning av ”fallet”.

Vi tar upp diskussionen av den öppna vården i problemorienterad form, som nämns i del 2 om den problemorienterade journalen, SOAP – subjektivt (S), objektivt (O), analys (A) och plan (P) för fortsatt handläggning (se CD-skivan, ”Datorjournalen”). En patientjournal är strukturerad i olika delar varav anamnesen är en inledande beskrivning av ”sjukhistorien”. I den kan ingå ett flertal underrubriker – här nedan Viktiga påverkande faktorer. De kan vara VMF (Viktiga medicinska fakta), VSF (Viktiga sociala fakta) och VOF (Viktiga omgivningshygieniska fakta).

Det vore förmätet att ge förslag till (P) eller ”prognos” och ”fortsatt handläggning”, något som endast framtiden kan ge oss svar på. Framtiden som till en del styrs av politikerns beslut. Med i de övriga delarna av epikrisen kan vi ge vår och andras syn på den långa process, som från provinsialläkarens födelse på 1600-talet lett till 2000-talets primärvård med den vårdvalsmodell som beskrivits.

*Lär av andras misstag,  
ty du kan inte leva tillräckligt länge  
för att själv hinna begå dem alla.*

*/Martin Vaubee/*

# En problemorienterad ”epikris” av primärvården

---

## Problemöversikten

Probl.nr	Problem
<b>1</b>	<b>Ett historiskt perspektiv, Anamnes</b>
<b>2</b>	<b>Viktiga påverkande faktorer, VMF, VSF och VOF</b>
2 a	Arbetsmiljön och arbetssättet
2 b	MBL
2 c	Information och kommunikation
2 d	Om tillgänglighet, kontinuitet och befolkningsansvar
2 e	Förebyggande insatser
<b>3</b>	<b>Aktörer och resurser</b>
3 a	Aktörer över tid
3 b	Spelet om resurser
3 c	Läkarna
3 d	Sjuksköterskor och barnmorskor
3 e	Politiker

## 1. Ett historiskt perspektiv – Anamnesen

---

Som beskrivs i del 1 – Provinsialläkartiden – utvecklades den öppna vården ur provinsialläkarväsendet, en epok som inleddes redan på 1600-talet. Verksamheten reglerades av centrala direktiv. År 1822 kom en instruktion som fastställde att läkarna skulle erbjuda vård med hänsyn till patienternas behov och inget annat. Provinsialläkarna hade också en viktig uppgift att bekämpa epidemiska sjukdomar och skulle dessutom observera och motarbeta brister i levnadsvanor hos befolkningen, som kosten, missbruk och barnens uppfostran. En gång om året skulle en rapport om hälsotillståndet i befolkningen i det egna distriktet inlämnas till centrala myn-

digheter. Primärvårdens lagstadgade områdesansvar för folkhälsan och att vården ges efter behov vilade således på en mycket gammal tradition. Attityden till medicin och läkekonst i början av 1900-talet speglades dels av förhoppningar om att den expanderande naturvetenskapen skulle leda till bättre kunskaper och behandlingsmetoder, dels av en kvardröjande misstro mot vetenskaplig medicin och professionell läkekonst.

Lasarettens öppna vård var till en början avgränsad till akut omhändertagande. Efter landstingens övertagande av ansvaret för lasarettsvården 1860 växte sjukhusvården starkt i volym. I början av 1900-talet inrättades öppna mottagningar

vid landstingens lasarett som snabbt blev populära bland befolkningen då de var bättre utrustade än provinsialläkarnas mottagningar. Allt fler läkare blev knutna till den expanderande sjukhusvården. Läkarna kunde där sköta verksamheten i helt privat regi, vilket gav goda extrainkomster. De öppna mottagningarna föll utanför de bestämmelser som angavs i sjukhuslag och sjukhusstadga (SOU 1948:14). Denna ordning med tre olika system (provinsialläkarväsendet under staten, landstingen ansvariga för den slutna vården och lasarettsläkarna ansvariga för den öppna vården vid lasaretten) gällde till början av 1960-talet. De invånare som hade närhet till lasarettens öppna vård utnyttjade denna hellre än att söka provinsialläkaren. Provinsialläkarna blev därför mest landsbygdens och glesbygdens öppenvårdsläkare. Fram till 1970-talet hade allmänläkaren/ distriktsläkaren/ provinsialläkaren och distriktssköterskan tillsammans ett områdesansvar. Till en början var distrikten geografiskt och befolkningsmässigt mycket stora för att så småningom minska till en primärkommun eller delar av den. Man hade krav på 24 timmars tillgänglighet. Kontinuiteten var total.

Axel Höjers utredning 1948 (SOU 1948:14) gav förslag till en ny öppenvårdsorganisation. Efter 20 år, på 1970-talet, blev den grunden för primärvårdens utbyggnad. Detta beskrivs också i vår del 1. Resultatet sammanfattades vad gällde den öppna vårdens organisation av Socialstyrelsen 1969 och i en Sprirapport 1972. Där beskrivs den öppna vården mycket lik den närvård som diskuterades kring sekelskiftet 2000 med primärvårdens målsättningar och med specialistfunktioner på

de stora vårdcentralerna, varav det skulle finnas minst en i varje primärkommun. Detta beskrivs i vår del 2, Primärvården.

Tiden efter andra världskriget präglades av tillväxt. Industrin gick för högvarv och levnadsstandarden förbättrades. Alla sjukvårdsinstitutioner ökade i storlek och sjukvården (sjukhusens slutna vård) fick stor betydelse som arbetsplats för den ökande andelen kvinnor som sökte sig ut på arbetsmarknaden. I början av 1950-talet utspelades en politisk konflikt då Medicinalstyrelsen ville skapa en primärvårdsorganisation med offentligt anställda, medan de privatpraktiserande läkarna kände sig hotade. Privatläkarna lyckades fördröja beslutet men inte förhindra det (som vi berättat om i del 1 och 2). Nästa stora steg mot en statligt reglerad sjukvård var 1955 års lag om obligatorisk sjukförsäkring. I takt med att sjukvården byggdes ut visade det sig att behovet av vård i stor utsträckning påverkades av utbudet. För varje ny vårdavdelning ökade antalet patienter och benägenheten att söka hjälp för mindre åkommor på sjukhusen. Västlandsutvecklingen och de medicinska framstegen gjorde att vissa hälsoproblem kunde minskas (infektionssjukdomarna) men samtidigt uppstod nya problem, välfärdssjukdomar.

Den kraftiga utbyggnaden av den öppna vården under 1970- och 1980-talen "Primärvårdstiden" innebar fler enheter, vårdcentraler, med många läkare och sjuksköterskor vid varje enhet. Man försökte behålla befolkningsansvaret, tillgängligheten och kontinuiteten genom att indela enheterna i vårdlag vardera med läkare och distriktssköterskor med ansvar för delar av befolkningen. Primärvårdsläkarna hade fortfarande 24-timmars

tillgänglighet som grupp genom inrättande av jourcentraler. Läkarkontinuiteten blev ett stort problem på grund av läkarnas reducerade arbetstid och många ledigheter inte minst ”jourkompensationsledigheten”. Patienter klagade också på styrningen till viss läkare inom ramen för områdesansvaret.

Politikerna valde att försöka lösa problematiken genom att införa ”husläkarmodeller” och ett fritt läkarval utan geografiska gränser men att vårdcentralen skulle ha ett befolkningsansvar enligt sjukvårdslagens intentioner om lika vård till alla. I en underbemannad primärvård blev reaktionen att när läkarna var fullstade avvisa dem som inte fått fast läkare. För dem som inte fanns ”med i systemet” blev primärvården mycket otillgänglig. Man fick vända sig till sjukhusens akutmottagningar och privata alternativ. Parallellt med landstingets vårdcentraler växte en ”privat” marknad upp. Dels fanns som förut de enläkarbemannade privata enheter, dels etablerades större vårdcentraler som finansierades av det allmänna men drevs av privata sjukvårdsentreprenörer. Det innebar upphandling av verksamheten enligt de regler som fanns för upphandling i samhället i övrigt. Detta i sin tur kunde innebära att, när avtalsperioden löpte ut, ett annat företag tog över med krav om att anställa ny personal. Det kunde förorsaka en känsla av kaos för patienten när en tidigare vald läkare inte längre fanns tillgänglig och man kanske åter ”stod utanför”. I och för sig var det samma situation under provinsialläkartiden, när läkaren flyttade till ett annat distrikt, även om den tidens befolkning på helt annat sätt fogade sig i systemet.

I Mittenälvsborg försökte man att balansera på slak lina. En lina som innebar att bemanna vårdcentralerna så gott det gick med brist på allmänläkare, att ha kvar teamarbetet som en överordnad resurs, att ha hög telefontillgänglighet, att ha kvar ett områdesansvar, att ta hand om de som bor inom kommunen vid ”sin vårdcentral” – även om det i enskilda fall inte lyckades. Men möjlighet till listning till enskilda läkare skulle också ges.

Befolkningsenkäter visade att man inte till mer än 80 % var helt nöjd med servicen. Så var det redan på 1970-talet fast kanske av andra skäl. Troligen gällde här som oftast 80/20-regel. Befolkningens preferenser brukar fördela sig på detta sätt oavsett vilket problem man undersöker.

Den borgerliga regeringen i början av 1990-talet valde att göra husläkarmodellen lagstadgad. När denna regering föll och en socialdemokratisk tog över drog man tillbaka lagförslaget. De nya makthavarna ville satsa på en förnyelse av primärvården som ”närvård”. Detta innebar en kompetensökning på vårdcentralerna med kuratorer och psykologer. Dessutom utlokalisering av en del av sjukhusens specialister. Modellen liknade mycket den som beskrevs redan 1969 för de större vårdcentralerna. Sett i ett historiskt perspektiv bröt man upp från en policy i Mittenälvsborg som inneburit att kommunens socialassistenter skulle vara primärvårdens kuratorsresurs. Den policyn syftade att stärka samarbetet mellan primärvård och socialvård i kommunen. Modellen visade sig ha svårigheter av flera skäl dels för bristande resurser på den kommunala sidan dels för att sekretessen kring patient/klient blev ett hinder på grund av sekretesslagstiftningens utformning.



Vad gällde sjukhusspecialisters lokalisering till vårdcentral hade man redan tidigt barnläkare tjänstgörande som barn-distriktsläkare i Mittenälvsborg. Flera andra specialister kom som konsulter till vårdcentralen. Från lasarettet var det i Alingsås kirurger, ortopedier och gynekologer och från lasarettet i Borås rehabiliteringsläkare. De senare deltog i utformning av rehabiliteringsprogram för långtidssjukskrivna i samverkan med Försäkringskassan och primärvården (se CD Del 2 Primärvården). Av olika skäl lades samverkansprojekten ned under 1990-talet bland annat av resursbrist.

När en borgerlig regering återtog makten 2006 tog man åter upp möjligheten att förändra/förbättra primärvården framförallt vad gällde tillgängligheten. Resultatet blev "Vårdval Sverige", som lagfästes år 2010. Detta innebar ett fritt val av vårdenheter för befolkningen. Alla skulle listas aktivt eller passivt till en vårdcentral, inte till en läkare som den gamla husläkarmodellen stadgat. Det blev också fritt fram att öppna nya "privata" vårdcentraler.

De ekonomiska resurserna skulle vara lika och bygga på antalet listade individer, där lönsamheten utgick från 1500 listade patienter per läkare. Det tidigare kravet på allmänläkare i primärvården reducerades till krav på minst en allmänläkarspecialist per vårdcentral. Detta troligen för att lösa problemet med för få utbildade allmänläkare för det nu allt större utbudet. I Västra Götaland, som i andra regioner, visade det sig att de privata vårdgivarna satsade på de stora städerna. Detta kom att innebära att landsortsenheter fick allt svårare att rekrytera fasta läkare. Man måste för

att kunna ge läkarservice köpa in dyrbara hyrläkare. Hyrläkare som ofta växlas till stort men för kontinuiteten.

Privata och offentliga vårdcentraler skulle ha samma driftsvillkor. En hel del krav ställdes på verksamheten. Vårdenheter skulle ha längre öppethållandetider och ansvara för sina listade patienter dygnet om. Detta löstes i samverkan mellan flera enheter motsvarande de befintliga jourcentralerna eller modeller av liknande slag. Samverkan mellan enheterna krävdes också för att lösa det tidigare "sambandsansvaret", det vill säga samverkan med olika aktörer inom ett definierat område.

Landsting och regioner hade möjlighet att finna sina egna modeller för vårdvalet inom de ramar som lagen förskrev. Västra Götalands vårdvalsmodell beskrivs i del 3.

Hur Vårdvalet kommer att uppfylla sjukvårdslagens krav på lika vård åt alla och primärvårdens mål: Närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och samverkan får framtiden utvisa. Förutsättningar finns för detta om intentionerna förverkligas och de lokala primärvårdsföreträdarna siktar mot att nå målen.

Till sist, under 2009, inträffade ytterligare en stor omvälvning i hälso- och sjukvårdssystemet, privatiseringen av apoteken. Det svenska apoteksväsendet förstatligades 1971. Under perioden 1971 till 2009 har apoteksbolaget satsat mycket på patientinformation, datorstödd läkemedelsförskrivning och samverkan med primärvården. Om detta se CD-skivan "Apoteksväsendet". Återgång till det gamla privata systemet kommer att genomföras och hur det kommer att falla ut kan inte bedömas i skrivande stund, år 2010.

## 2. Viktiga påverkande faktorer

---

### 2 a. Arbetsmiljön, arbetssättet

Anställningsförhållandena var väldigt ålderdomliga under praktiskt taget hela ”provinsialläkartiden” – se del 1. Under 1900-talet var det på sjukhusen stora sociala och ekonomiska skillnader mellan överläkare och underläkare, vilket gjorde att många underläkare var missnöjda. Provisialläkarna var också dåligt ersatta. I början på 1960-talet var årsinkomsten cirka 35.000 kronor varav hälften var den fasta lönen för alla uppgifter inom distriktet som arbetsgivaren/staten fordrade av provisialläkaren inklusive ständig beredskap. 1990 närmade sig distriktsläkarens månadsinkomst provisialläkarens årsinkomst. I och med vårdvalet 2010 hade månadsinkomsten för distriktsläkaren fördubblats.

När vårdteamen skapades vid vårdcentralerna på 1970-talet blev det stora förändringar i arbetssätt och arbetsmiljö både för läkare, distriktssköterskor och barnmorskor. Att anpassa sig till det nya arbetssättet var svårt för de äldre läkarna. Det var heta diskussioner i provisialläkarföreningen på 1960-talet kring de stora förändringarna som då pågick. Ett fåtal provisialläkare kunde, med hjälp av övergångsbestämmelser 1963, kvarstå i statlig tjänst och på sina enläkarmottagningar fram till pensioneringen. Den första vårdcentralen i Lerum, Brobacken, byggdes också så att de tre provisialläkarna 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 gemensamma undersöknings- och behandlingsrum. Distriktssköterskor och barnmorskor med BVC och MVC blev också mer integrerade i vårdcentralen bland annat genom att man fick gemensamt fikarum och konferensutrymmen.

Den så kallade lerumsmodellen, som bland annat löste den dåvarande köproblematiken, 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 i Lerum liksom på många vårdcentraler över av sjuksköterska. Läkarna hade så avhänt 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 husläkar-diskussionen med närmare koppling mellan läkare och patient. Man upptäckte samtidigt fördelarna med teamarbetet och möjlighet att delegera specialuppgifter till andra personalkategorier. Så upp-

kom till exempel diabetes- och hypertoni-mottagningar 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 med ökad belastning på primärvårdsenheterna. Senare tillkom kurator och psykolog i teamet, med mindre behov att samverka med socialtjänsten.

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. Läkarna som grupp, som tidigare haft mycket låga sjukskrivningstal, närmade sig mer och mer andra grupper vad gällde till exempel utmattningssyndrom. För en del blev förändringarna så stressande att man gick över till annan verksamhet. En period sökte sig de missnöjda läkarna till företagshälsovården senare till privata vårdgivare eller till bemanningsföretag som i sin tur ”hyrde ut” läkare till vårdcentraler som inte kunde rekrytera fasta tjänsteinnehavare. Detta drabbade främst glesbygden.

Läkarrollen kan fortsätta att förändras i framtiden. Läkarna kommer att fungera som experter i nära samarbete med andra yrkesgrupper. Läkarkårens roll som ”tolkningsföreträdare” kan komma att försvagas och patient-, anhörig- och intresseorganisationer kan komma att öka sitt inflytande. En ny tid ger nya förutsättningar och hur det blir får framtiden utvisa.

Datorisering av vårdadministration och patientjournaler innebar för personalen stora förändringar i arbetssättet och arbetsmiljön. Gråbo vårdcentral i Lerums kommun var en av de första som

totaldatoriserades redan 1984 – se CD-skivan, ”Datorjournalen”. Positivt och personaltidsbesparande var att journalarkiven försvann och att patientjournalen alltid fanns ”på läkarens skrivbord”. Dock saknade många pappersjournalen, som upplevts lättare att finna uppgifter i – speciellt den problemorienterade för dem som infört denna modell (se CD-skivan, ”Datorjournalen”). Patientinformationen upplevdes finnas i ”en svart låda”. Mycket av detta berodde på bristfälliga datasystem och utbildning i datasystemens handhavande. Läkarsekreterare som grupp blev vinnare. Som IT-ansvariga fick de ökat status i teamet. En del medarbetare klarade inte omställningen. De fick omplaceras till verksamheter som ej var datoriserade. På sikt löste det inte deras problem då praktiskt taget samtliga öppenvårdsenheter hade infört datorstöd i början av 2000-talet.

Ett annat stort problem var att det fanns över tjugo olika patientdatasystem på marknaden av olika kvalitet och med oförmåga att kommunicera. Det pågick under 1990-talet ett intensivt standardiseringsarbete i Sverige inom Spri men även på Europeanivå. Ett avbräck i detta var nedläggningen av Spri år 2000.

De olika systemen landstingen satsat på kostade mycket att införa och att underhålla. Tillräckliga medel gavs sällan för att vidareutveckla systemen till bättre funktionalitet. Efterhand lades system ned och nya ersatte dem. Så var det redan i Gråboprojektet. Informationen/patientjournalerna gick inte att överföra mellan systemen. De ”gamla” patientjournalerna var förlorade för vården. Detta var olyckligt i patientarbetet men troligen också olagligt, då patientjournaler inte får förstöras hur som helst.

Under 2000-talets första decennium har problemen uppmärksammats alltmer. Allt hårdare krav har från användarna ställts på att göra den datoriserade patientjournalen effektivare. Den bör, som konstaterades redan 1984, kunna vara ett hjälpmedel för kvalitetsuppföljning av vården och för att varna för läkemedelsinteraktion, som kan leda till patientskador. Felaktig läkemedelsförskrivning orsakar tusentals patientskador och många dödsfall i vården.

Man önskade, som diskuterades redan på 1980-talet, en central journaldatabas där vårdgivare med behörighet kunde ta del av patientens journalanteckningar från konsultationer hos alla inblandade vårdgivare. Det ansåg man skulle ge säkrare och effektivare patientvård, inte minst i akutlägen. Något som, på den tiden, Läkarförbundet var motståndare mot. Detta framhölls i två rapporter: Datorer i hälso- och sjukvården – Ett datapolitiskt handlingsprogram för Sveriges läkarförbund. Stockholm 1986 och 1990.

I en ny patientdatalog (2008:355) angavs också en möjlighet för behörig vårdgivare att få ta del av information om sin patient oberoende av var patienten vårdas. Syftet var att få en mer samlad bild av vårdbehoven. Patienten slipper att upprepa sin vårdhistoria för varje ny vårdgivare. Den sammanhållna journalföringen skall vara så utformad att den både stöder vården och skyddar mot obehörig insyn.

Så småningom skulle viktiga medicinska data kunna förmedlas inom sjukvården i hela EU och ett patientkort (som ett bankomatkort) skulle kunna ge patienten möjlighet att ”ta med sig” viktiga medicinska fakta vid sjukdom utomlands. Redan i början av 1990-talet arbetade man

på detta i standardiseringssammanhang, vari Spri var en viktig aktör.

## **2 b. MBL**

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 bland annat av den orsaken det nya allmänläkarblocket fick hitta former för att nå ut med information. Regelbundna blockkonferenser med uppföljning i läkar-distrikten och på vårdcentralerna genom representationskap på alla nivåer möjliggjorde detta. Detta bidrog till samsyn kring primärvårdens strävan mot målfyllelse. Efter hand växte primärvården så att de centrala mötena fick utgå. Allt mer av informationen och besluten decentraliserades till läkar-distrikt och vårdcentraler och till deras lednings- och samordningsfunktioner. Efter hand vände man sig vid MBL och den kändes som ett naturligt inslag i organisationen.

## **2 c. Information, kommunikation**

MBL var ett första exempel på behovet av och svårigheten att nå ut med information i den växande primärvården. Bland annat upptäckte man att trots man ansträngde sig att informera var det enskilda som ansåg sig aldrig ha nåtts av informationen.

Information till personal och mellan personal var på 1980-talet post, telefon och till den kopplad telefax. Det blev mycket papper att kopiera och sända ut. Faxen hade sina sekretessproblem. Den användes ibland att sända kopior av patientjournaler eller delar av dem mellan olika enheter. Det kunde hända att man slog fel faxnummer/telefonnummer så att känslig patientinformation hamnade där den inte skulle.

Så kom datoriseringsepoken på 1990-talet. I början med intern kommunikation inom vårdcentralen men snart med möjlighet att ge en landstingsövergripande intern elektronisk post.

Sedan kom Internet med e-post och hemsidor på 2000-talet. Man fick en gemensam informationsplattform i en utbyggd intranetfunktion. E-post gav en snabb och säker kommunikation mellan individer och till hela grupper. Man besparades pappershantering och portokostnader. Det blev ett personligt ansvar för befattningshavarna att inhämta information. Ett ansvar som kunde kännas betungande då e-postlådorna fylldes på utan hejd och den gemensamma hemsidan inte kändes aktuell eller var svår att hitta i.

Tendensen gick mot att även kommunicera med patienterna med hjälp av Internet. Detta kunde vara ett sätt att minska telefonbelastningen och göra tillgängligheten till primärvården högre. Att lägga ut information på lokala och centrala hemsidor tillgängliga för befolkningen var ytterligare ett sätt att öka informationsplattformen. Tillgången till Internet bland befolkningen ökade successivt och kraftigt. Därmed också möjlighet för individen att ta del av all den infor-

mation som fanns på nätet. Med hjälp av sökmotorer, bland andra Google, var det lätt att finna önskad information i mängden av sådan. Inte minst medicinsk information fanns tillgänglig för den enskilde. Patienterna var på så sätt väl ”förberedda” inför mötet med vårdgivaren. Detta var en ny situation som inte alla läkare kände sig mogna för. Allmänhetens allt större tillgång till datorer, internet och webbaserad medicinsk information lyftes fram i den vårdpolitiska debatten som ett sätt att både rationalisera allmänhetens kontakter med hälso- och sjukvården som en breddning och fördjupning av patienternas autonomi inom egenvårdsområdet.

På något sätt har både vårdpersonal och patienter haft svårighet att anpassa sig till det nya informationsmiljöerna, som det blivit på gott och ont. Ibland känns det som om man var på väg mot en kommunikationsinfarkt eller åtminstone angina communicalis.

För att förtydliga vad den snabba förändringstakten i arbetslivet har inneburit för människan kan man begrunda följande citat:

*”Så kom människan in i arbetslivet. Hon blev en kugge i maskineriet. Hon skulle tjäna ett högre mål än sitt eget. Men hon hade fortfarande egna önskningar och behov. När arbetet blev för hårt fungerade hon dåligt. När det blev för tråkigt fungerade hon också dåligt. Arbetspsykologer intresserade sig för människan i arbetslivet. Så kom datorn. Den skulle underlätta arbetet. Den skulle göra det tråkiga arbetet och understödja det svåra.*

*Den skulle ersätta gamla rutiner med nya, den skulle bli en ny kugge i det gamla maskineriet, Människan skulle samarbeta med datorn. Datorvetare, arbetspsykologer och psykologer började intressera sig för människa-dator-interaktion. Människan, datorn och arbetslivet. Tre ben att föra utvecklingen framåt med. Tre ben att snubbla på.” (Waern, 1993. s. 81).*

## **2 d Om tillgänglighet, kontinuitet, befolkningsansvar**

Kontinuitet och tillgänglighet har varit stående problem för primärvården. Lösningar försöktes i form av husläkarsatsningar, som innebar att alla skulle få sin egen läkare. Detta fungerade inte på grund av för få läkare. Läkarna hade också många andra aktiviteter än rent patientarbete. I Lerum gick man aldrig från befolkningsansvaret trots att politikernas budskap var ”sök var och vem Du vill”. Man bibehöll vårdlagsmodellen med ansvar för vårdinsatser inom olika delar av kommunen. Men med en flexiblare möjlighet för den enskilde att välja läkare. Så hade det i praktiken alltid varit även om de flesta i befolkningen föredrog närheten till sin vårdcentral före att söka andra vårdcentralers läkare. Man hade god möjlighet att få komma åter till ”sin” läkare även i detta system. Allt beror på planeringen av mottagningen och ledningens inställning till service.

Telefontillgängligheten klagades det ofta på i insändare i tidningarna. Då vårdcentralerna i regionen ibland allt mer skyddat sig mot störningar av telefonkontakter har man velat satsa på central sjukvårdsupplysning. Så hade man det i Borås

i slutet av 1970-talet och framåt när vårdcentralernas resurser var otillfredsställande. Det blev många samtal som aldrig blev besvarade – trycket blev för stort. I Göteborg hade man också haft en central sjukvårdsupplysning sedan 1970-talet, kopplad till möjlighet att ta emot akuta besök.

Vid en internutredning år 2005 konstaterades att endast var tionde som ringer får svar av sjukvårdsupplysningsfunktionen i Västra Götaland (GP 24 april 2006). I Göteborg var läget allvarligast med lägst bemanning per invånare. Bakom varje besvarat samtal var det 6,5 uppringningar. Södra Älvsborg har en sjukvårdsupplysning med 95 872 samtal årligen och 15,75 tjänster.

Om man skulle klara riksnormen att 90 procent av samtalen skall besvaras inom tre minuter behövde verksamheten byggas ut för cirka 20 miljoner kronor och merparten av detta med satsning i Göteborg. Man diskuterade också en anslutning till det nationella 1177-numret. Detta förslag ville inte politikerna i första omgången anta men så blev det till slut.

## **2 e. Förebyggande insatser**

I Sverige kom förebyggande, hälsovårdande uppgifter under 1600- och 1700-talet att åvila provinsialläkaren. Sjukvårdens möjligheter att bota uppkomna sjukdomar var mycket begränsad. Det var naturligt att förebyggande åtgärder blev betydelsefulla. Provinsialläkarinstruktionen innehöll därför också mycket av preventiva uppgifter.

Landstingen blev huvudmän för sjukvården (1862) och genom en ny hälsovårdsstadga blev primärkommunerna ansvariga för omgivningshygien. Det

blev en boskillnad mellan hälso- och sjukvård, som har kvarstått sedan dess. Staten hade sin insyn i hälsovården genom förste provinsialläkaren i länet, en organisation som också försvann. Intresset för förebyggande åtgärder ökade och "Statens institut för folkhälsa" tillkom 1937. Andra satsningar som fick stor betydelse var mödra-, barn- och skolhälsovård.

Diderichsen & Janlert, 1983 sammanfattade utvecklingen i tre faser

- Ympprogrammets tid
- Program för tidigupptäckt av sjukdom och sjukdomsorsaker
- Hälsoupplýsning

Vaccination blev lagstadgad redan 1816. Smittkopporna utrotades på detta sätt. Olika vaccinationsprogram sattes igång först efter andra världskriget. Calmettevaccination mot TBC hjälpte till att nästan utrota folksjukdomen i Sverige – den har dykt upp nu igen. "Barnsjukdomarna" utrotades också med hjälp av vaccinationsprogram.

Den årligen återkommande influensan förebyggs med vaccination av riskgrupper för lung- och hjärt-, kärlsjukdomar samt äldre. Den influensapandemi som drog över världen 2009 orsakad av viruset A/H1N1, även kallad svininfluensan, bekämpades med "massvaccination" av befolkningen. Resultat blev att över 50 % vaccinerades och den befärade epidemin i Sverige kom av sig.

Veneriska sjukdomar har ökat i omfattning. Klamydia har stor spridning bland yngre men också syfilis har ökat i oroande grad. I världen har HIV och AIDS blivit nutidens farsot.

Program för tidigdiagnos genom hälsokontroller startades på 1970-talet (som cytologprovtagning för livmodercancer, mammarröntgen) liksom

screening av riskfaktorer (som högt blodtryck, kolesterolhalt i blodet, blodsocker).

Primärvården blev en viktig aktör för genomförandet av den på 1970-talet nya sjukvårdslagens krav på att landstingen skulle ansvara för inte bara sjukvård utan också prevention. Läkarna, som hade fullt upp med att klara sjukvården, lågprioriterade primärpreventionen. Den utfördes av sjuksköterskor och barnmorskor på barna- och mödravårdscentralerna i form av hälsokontroller och vaccinationsprogram. Läkarna använde konsultationstillfället som möjlighet till sekundär prevention (att förebygga att befarad sjukdom förvärras). Exempel är att ta upp och med patienten diskutera vikten av att sluta röka för att förhindra lung- och hjärt-, kärlsjukdomar. Det har visat sig att denna enkla åtgärd ofta lett till gott resultat.

Hälsoupplýsning av modernare slag är det senaste stadiet som växte fram under 1960-talet. Genom att informera och försöka påverka människor att ändra sina levnadsvanor försöker man förebygga sjukdom. Exempel är kostrådgivning, antirökkampanjer, motionsstimulans med mera. En del entusiaster bland andra Floda vårdcentral i Lerum satsade tidigt på detta. Se CD-skivan, del 2 Primärvården.

När Internet blev allt mer allmänt använt under 1990-talet och början av 2000-talet kom detta medium att fyllas av lättillgänglig information om hälsa, sjukdomar, mediciner med mera. Internet har mer än andra medier bidragit till allmänhetens intresse för och kunskap om sin hälsa och sina sjukdomar.

Många ”siter”/hemsidor vänder sig direkt till grupper med en viss sjukdom. Diabetes är ett bra exempel på detta. Välinfor-

merade patienter blev en tillgång i konsultationen, men kunde också upplevas frustrerande för läkarna.

### 3. Aktörer och Resurser

---

#### 3 a Sjukvårdens aktörer över tid

I medeltidens Sverige sköttes sjukvården huvudsakligen av den katolska kyrkan. Efter reformationens genomförande överfördes uppgiften att ordna med sjukvård till staten. Då emellertid de statliga resurserna var mycket begränsade, bestämdes det att även socknarna skulle uppföra och driva mindre sjukstugor. På 1570-talet trädde alltså socknen för första gången fram som organisatorisk enhet i sjukvården. Men vid denna tid var socknarnas resurser små och behoven enorma. Insatserna kunde därför närmast liknas vid droppar i havet. Socknarna var i flera fall också motspänstiga inför den nya uppgiften. De försökte genom egna tolkningar av begreppet hemortsrätt – i det så kallade sockenkriget – vältra över sjukvårdsbördan på annan socken. Det kom att dröja till 1763 års hospitalsordning, innan socknens skyldighet att ta hand om sina sjuka uttryckligen fastslogs.

Socknen utgjorde alltså sedan gammalt basen för lokala angelägenheter på landsbygden. Genom 1862 års kommunalförordningar, som 1866 upphöjdes till lagar, lades grunden till det kommunala självstyre och de kommunala organisationer som fortfarande består. Kommunen tog över socknens uppgifter, och varje socken utgjorde en kommun fram till 1952. Två eller flera socknar kunde dock vara förenade i en kommun. För att skapa större administrativa

enheter verkställdes 1952 en ny kommunindelning. En andra kommunindelningsreform som resulterade i ännu färre och större kommuner genomfördes successivt 1962-74. Genom 1860-talets kommunreformer tillkom två nivåer av kommuner. De ovan nämnda kommunerna kallades primärkommuner, och landstingen fick benämningen sekundärkommuner.

Dagens landsting har också sitt ursprung i 1862 års kommunalförordning. Där stadgades att det i varje län skulle – vid sidan av länsstyrelse – finnas ett landsting med självständigt ansvar för länets utveckling. Därmed skapades de tre nivåer som än i dag fungerar: stat, landsting och kommun.

I dag förknippas vi landstinget nästan helt med hälso- och sjukvård. Men karaktären av sjukvårdskommun fick landstingen först efter hand. Exempelvis svarade utgifterna för hälso- och sjukvård under den första tioårsperioden 1863-73 endast för en tredjedel av landstingens samlade utgifter. Landstingens breda ansvar för just hälso- och sjukvård markerades med full kraft först i 1922 års sjukvårdslag. Något senare, 1928, fattades principbeslut att landstingen skulle driva alla kroppsjukhus i landet. Som tidigare framgått övertog landstinget från och med 1963 ansvaret för provinsialläkarväsendet – öppenvården – från staten.

Staten hade först stått för stora delar av sjukvården. Det hade främst gällt provin-



sialläkarväsendet och dess utbyggnad. Genom ämbetsverken – sundhetskollegium och medicinalstyrelsen – hade staten som huvudman i tre hundra år mellan 1663 och 1963 ansvarat för provinsialläkarnas öppna vård. Staten hade även haft ansvaret för mentalsjukvården, men det överlämnades 1967 till landstingen.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har över tid blivit starkt decentraliserat. Inom sina respektive ansvarsområden finansierar och tillhandahåller i början av 2000-talet 20 landsting och 290 kommuner hälso- och sjukvård. Det övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska ansvaret har statsmakterna haft. Men vi kan tydligt se hur staten i olika tider inom område efter område överlämnat finansierings- och vårdgivaransvaret, först till socknen och senare till landstinget eller kommunen. Genom Ädelreformen 1992 fick kommunerna ta ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg, främst då det gällde äldre och handikappade. Därmed övertog kommunerna ansvaret för flertalet sjukhem och långvårdsinrättningar.

I tider av såväl god som sämre ekonomi har olika intressen kämpat om det tillgängliga resursutrymmet. Sjukvårdens olika aktörer utgjorde härvidlag inget undantag. Utifrån olika intressepositioner drog sjukvårdspolitiker på olika geografiska nivåer, på riks-, läns-, och kommunnivå, ofta åt olika håll. Läkarkollektivet framträdde som en annan viktig aktör. Men också inom läkarkåren fanns sinsemellan påtagliga intresse motsättningar.

### 3 b Spelet om resurserna

Professor Anders Anell:

*”..... Försök från politiker eller andra ledande beslutsfattare att påverka resursfördelningen eller de drivkrafter som format denna har sällan varit särskilt framgångsrika. Det har bidragit till att specialistvården vid sjukhusen premierats. Önskemål från både sjukvårdspolitiker och andra att flytta ut specialisterna från sjukhusen och satsa mer på primärvård är numera en 30 år gammal idé som fortfarande är högaktuell. Professor Stephan Rössner uppmanade i maj 2003 ”till ärlighet och öppenhet inom kåren, att förskjutningen mellan ämnen och specialiteter ingalunda på ett öppet sätt speglar medicinska realiteter utan i stor omfattning utgör resultatet av omfattande revirkamper” Alla värnar om sin egen specialitet och förslag på försämrade förutsättningar för denna möts av kraftiga protester. ”*

Det är mot denna bakgrund svårt för politiker och högre tjänstemän att påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Problemen är flera. Hur resurserna används är inte tydligt definierat och hur alternativ kommer att fungera kan inte på förhand beskrivas. Den politiska prioriteringen mellan olika system skall spegla vad befolkningen anser, vilket ofta är en osäker grund att stå på.

Är resursfördelningen rättvis? Man kan konstatera att en mindre andel av befolkningen får en allt större andel av de samlade resurserna, vilket speciellt gäller för primärkommunerna.

Man kan också konstatera att alla svåra och obehagliga beslut ger upphov till höga och personliga beslutskostnader. De chefer som ansvarar för beslutens genomförande måste vanligen stå ut med att bli uthängda, utskälda och utpekade, bland annat i medierna. Samtidigt finns ingen personlig vinning i genomförandet. Sannolikheten att förlora jobbet kan vara hög om man skulle lyckas med genomförandet samtidigt som man blir ovän med dem som är mot förändringarna. De professionella krafterna blir således styrande då den administrativa ledningen följer efter då det kostar för mycket att försöka påverka förhållandena. Stödet från politikerna blir heller sällan särskilt starkt eller uthålligt.

I förordet i boken *Strukturer, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar* (Studentlitteratur, Lund 2004) tar professor Anders Anell upp viktiga erfarenheter:

*”De flesta politiker och administratörer med erfarenheter av hälso- och sjukvården är väl medvetna om den kollektiva makt som läkare har. Oftast brukar detta beskrivas i termer av att ”man måste ha den medicinska professionen med sig” för att åstadkomma förändring eller att förändring och beslut måste förankras ”hos den medicinska professionen” om de ska lyckas. Vanligtvis är det då läkarna som kollektivt man syftar på. ....Fokuseringen kring läkarkollektivet är i sin tur kopplad till att denna grupp i stort sett har monopol på alla beslut*

*om att påbörja, ändra eller avsluta behandling av patienter.... Läkarna själva tycker inte så sällan att de har ganska lite inflytande över vården och absolut inget inflytande när det gäller stora frågor om sjukvårdens övergripande struktur..... Hälso- och sjukvården i Sverige liksom internationellt är i hög grad organiserad utifrån utvecklingen av medicinsk kompetens och inflödet av ny kunskap och teknologi, vilket också haft mycket stor betydelse för resursernas fördelning och för enskilda sjukdomars kostnadsstruktur. Bland läkarna har det av flera skäl funnits en strävan mot ökad specialisering, vilket under senare tid även kunnat noteras för sjuksköterskor och andra personalkategorier.....De närsjukvårdstankar som formats i flera landsting under senare tid kan delvis ses som uttryck för ett ökat missnöje över hälso- och sjukvårdens oförmåga att integrera alla specialiserade tjänster.”*

Vårdval Sverige 2010 innebar en ny form av finansiering av primärvården. Patienten ”fick med sig” en penningssumma till den vårdcentral man listats till. Det blev en grundplåt för finansieringen av vårdcentralens drift. Därtill fick man ta ut en besöksavgift, som i Västra Götalandsregionens vårdval var en mindre del av finansieringen. Besöksavgiften användes också indirekt att styra vårdströmmarna. Det kunde bli dubbelt så dyrt att söka en vårdcentral man inte listats vid. Samtidigt kunde vårdcentralen få betala för patientens besök på den andra enheten. Vårdcentralen fick också

vara med att bekosta patientens läkemedelsförbrukning, laboratorieundersökningar och utredningar på andra enheter. Hur detta kommer att falla ut vad gäller kvaliteten i vården av patienterna återstår att se.

### **3 c Läkarna Läkarresurserna**

Som en följetong genom hela historiken går att se tillgängliga läkarresurserna i den öppna vården aldrig motsvarat efterfrågan av läkartjänsterna. Det finns ett flertal orsaker till detta. Under provinsialläkartiden var läkarens uppgifter hälsoövervakande, medicolegala, stöd till primärkommunernas aktiviteter på hälso- och sjukvårdsområdet, myndighetsutövning som en statsanställd specialist i läkardistriktet. Efterhand som uppgifter på dessa områden togs om hand av kompetenser och andra yrkeskategorier, till exempel förste provinsialläkaren i länet och hälsovårdskonsulenter blev det mer resurser för patientarbetet. Det blev totalt sett ändå otillräckligt då det fanns många vakanser och intresset för banan var i dalande. Landstingen satsade på utbyggnad av sjukhusvården och till den drogs patienterna.

När landstingen tog över huvudmannaskapet började en upprustning av läkarresurserna. Läkartjänsterna blev fler från en distriktsläkare per 4000 innevånare till en per 2000. Tjänsterna gick ofta inte att besätta då utbildningskapaciteten inte levde upp till behovet. Varken politiker, tjänstemän eller läkarfacket hängde med. De olika kategorierna hade olika skäl till detta. Man verkade inte kunna förutse det långsiktiga behovet dels då läkarutbildningen tidsmässigt ökade. Det tog 12 år att utbilda en allmänläkarspecialist. Dels att

allt fler läkare ville arbeta deltid. Och dels att de många unga läkare som anställdes i primärvården på 1970 och 80-talen skulle gå i pension på 2000-talet. Pensionsavgångarna ökade successivt. Sjukhusen avlastade sig allt fler patientgrupper då resurserna och kunskaperna ökade i primärvården. Tiden för varje patientbesök ökade då primärvårdsläkaren fick ta hand om multidiagnosfall som oftast utreddes och behandlades i primärvården. De administrativa uppgifterna ökade. Datorstödet med datorjournal visade sig ta mer tid i anspråk för läkarna än man räknat med. Utbildning och FoU för att höja kvaliteten i vården krävde resurser. Allt som allt sjönk antalet patientbesök per läkartjänst i primärvården under 1980- och 1990-talen.

Ytterligare påspädning av den relativa läkarbristen blev kravet på en allmänläkare per 1500 patienter, listade vid vårdcentralen. Dessutom gav den fria etableringsrätten ett flertal nyetableringar i tätorterna med omfördelning av läkarresurserna mot tätorten. Detta gav än mer vakanser i glesbygderna, som ofta löstes med ”hyrläkare” med minskad kontinuitet i vården som följd. Bemanningföretagen blomstrade.

En lösning på bristen av specialistutbildade läkare var de utländska läkare som sökt sig till Sverige, de flesta som EU-medborgare men också invandrare från andra länder. Andelen läkare med utländsk utbildning har därför ökat kraftigt det senaste decenniet. År 2007 utgjorde de en femtedel av alla läkare som då var sysselsatta i sjukvården. De flesta kom från Polen, Tyskland och de nordiska länderna.

Att förlita sig på invandring är en osäker strategi, enligt Socialstyrelsen. Förutom utökad utbildningskapacitet och fortsatt invandring finns ett tredje sätt att komma åt läkarbristen, enligt Socialstyrelsen. Det är att omfördela arbetsuppgifterna mellan de olika yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården. De flesta arbetsuppgifter befinner sig i en gråzon.

*”Exempelvis är inte rätten att ställa diagnos reglerad i någon författning. Det är snarare möjligheterna att vidta åtgärder utifrån diagnosen som skiljer olika yrkesutövare åt. Medan en läkare har rätt att ordinera behandlingar av de mest skilda slag har en sjuksköterska inte samma vida rätt”,* skriver Socialstyrelsen.

Ett problem med de invandrade läkarna kan bristande språkkunskap vara. Konsultationen, som är grunden i läkarens ställningstaganden, fungerar inte utan en god verbal kommunikation med patienten. Ofta saknar också de utländskt utbildade läkarna den ideologi i patientkontakten, som lärs ut i den svenska läkarutbildningen.

Läkarrollen kan fortsätta att förändras i framtiden. Läkarna kommer att fungera som experter i nära samarbete med andra yrkesgrupper. Läkarkårens roll som ”tolkningsföreträdare” kan komma att försvagas och patient-, anhörig- och intresseorganisationer kan komma att öka sitt inflytande. En ny tid ger nya förutsättningar och hur det blir får framtiden utvisa.

### **Läkarutbildningen**

Under mellankrigstiden omorganiserades läkarutbildningen, så att den inleddes med en teoretisk och naturvetenskaplig del för att först i slutet ha praktisk läkekonst. Tanken var att all medicinsk

utbildning skulle ha en vetenskaplig grund. Vid medicinska fakulteten i Göteborg såg man över läkarutbildningens innehåll. Det kom flera studier om att de studerande under den gamla utbildningen förlorat en hel del empati och ofta såg patienten som ett objekt, något att studera och reparera. Man ville i en förnyelse av utbildningen ge de blivande läkarna mer kunskap om mötet mellan patient och läkare, konsultationen, samtalet och kontakten. Samma trend fanns på de andra läkarutbildningarna i Sverige.

Bristituationen på läkare kom i dagen och utbildningsplatserna av läkare ökade, men inte i tillräcklig omfattning. Delvis var läkarfacket en hämmande faktor när det gäller antalet utbildningsplatser i Sverige, som visade sig vara alltför få. Det blev allt svårare att komma in på läkarutbildningen. Många studenter sökte sig utomlands för att få en grundutbildning och komma åter till Sverige för AT-tjänst och specialistutbildning. Detta ökade belastningen på de utbildningsplatser, som landstingen beräknat behövas i vården. Det första årtiondet av 2000-talet ökade de utlandsstuderande markant. År 2008 var över 60 procent av de läkare som fick sin läkarlegitimation utbildade utanför Sverige.

Alla dessa blev förstas inte allmänläkarspecialister. Intresset för banan var trots allt inte i topp. Barbro Westerholm, tidigare chef för Socialstyrelsen tog upp problematiken i en artikel i Säl-bladet nr 4/3009. Hon sade:

*”Att nämnvärt utöka antalet platser vid de befintliga läkarutbildningarna med bibehållen kvalitet är ingen lösning....Vi måste starta en ny läkarutbildning”.*

### 3 d Sjuksköterskor och Barnmorskor

Som tidigare beskrivits har sjuksköterske- och barnmorskerollen liksom läkarens fortlöpande förändrats. Sjuksköterskor och barnmorskor har fått ett allt större egenansvar med specialistfunktioner inom sina sektorer av vården. Man har tagit över många tidigare läkaruppgifter. Utbildningen har också förbättrats och är nu akademisk minst treårig. Möjligheter att forska och ta doktors-examen har utnyttjats och egna vård- och omsorgsnischer har utvecklats med egna professorer.

Tendensen finns till fortsatt specialisering och ansvarstagande i primärvården. Det är möjligt att än mer omfördela arbetsuppgifterna mellan de olika yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården skriver Socialstyrelsen 2009. De flesta arbetsuppgifter befinner sig i en gråzon. *”Exempelvis är inte rätten att ställa diagnos reglerad i någon författning. Det är snarare möjligheterna att vidta åtgärder utifrån diagnosen, som skiljer olika yrkesutövare åt. Medan en läkare har rätt att ordinera behandlingar av de mest skilda slag har en sjuksköterska inte samma vida rätt”.*

### 3 e Politiker

Som vi konstaterat har politikernas syn på primärvårdens utveckling varierat med den majoritet som haft regeringsmakten. Alla riksdagspartier är dock överens om, att vi ska ha en solidariskt finansierad sjukvård, att det är viktigt med god tillgänglighet och hög kvalitet. Man är också överens om att det finns brister i vården av de allra mest behövande, de äldre multi-sjuka, de psykiskt sjuka och de funktions-

hindrade. I stort sett har man också varit överens om att satsa på den öppna vården utanför sjukhusen. I praktiken har satsningarna inte alltid genomförts utan procentuellt har lika mycket resurser satsats på sjukhusvården, vilket i realiteten innebar en större satsning där.

De två politiska blocken har en principiellt olika syn på organisationen av den öppna vården. Det ”socialistiska blocket” vill satsa inom ramarna för primärvårdens organisation med begränsningar i privata initiativ och med landstingens bevarande. Det ”borgerliga blocket” vill ha fri etablering av vårdcentraler. Man tror på marknadens möjlighet till konkurrens och bättre kvalitet. Man har ibland också sagt sig vilja ta bort landstingen och överföra den öppna vården till primärkommunens ansvarsområde,

## En slutkommentar

---

Vi låter Per Swartling avsluta vår historia, Han var distriktsläkare i Tierp och fackligt, starkt engagerad i allmänmedicinens utveckling. Han blev också dess representant vid Socialstyrelsen som medicinalråd. Här med delar hämtade ur Den svenska allmänmedicinens historia, Läkartidningen nr 25 – 26, 2006.

*”Mot bakgrund av att det för omkring 60 år sedan fanns tankar om att avveckla provinsialläkarna (då drygt 700) har det på många sätt skett en imponerande och framgångsrik utveckling till dagens allmänmedicin och primärvård, en utveckling som dåtidens ensamarbetande provinsialläkare knappast kunnat drömma om. Dagens distriktsläkare har en specialistutbildning som är i paritet med övriga specialistutbildningar, och allmänläkares status har gradvis ökat såväl inom läkarkåren som i befolkningen. Primärvården uppfattas nu som en helt nödvändig bas inom hälso- och sjukvården. ....*

*Nya spännande uppgifter är på gång, då läkarnas grundutbildning i ökad utsträckning kommer att förläggas till vårdcentral. Även om det i början blir en ökad arbetsbörda bör det på längre sikt stärka allmänmedicinens ställning ytterligare och ge möjlighet till professionell utveckling och ökad rekrytering av allmänläkare. klinik och vetenskap.”*

Redan fyra år senare har vi kunnat konstatera att mycket har hänt i primärvården. Vem kunde då ana den revolutionerande förändringen, Vårdval Sverige med alla dess varianter i regionerna, skulle innebära för den öppna vården utanför sjukhusen. Säkert kommer nya utmaningar och fler förändringar, som vi som Swartling tror kan stärka både allmänmedicinarens och alla de andra medarbetarnas yrkesstatus. Vi hoppas att insikt i och kunskap om vår historia skall bidra till goda lösningar. Och ....

*De som inte förstår det förflutna  
är dömda att upprepa begångna misstag.*



Devisen på den medicinska fakultetens plakett (baksidan) uttalades av Phaedrus, cirka 15 f Kr – ca 45 e Kr.

HOMO DOCTUS IN SE SEMPER DIVITIAS HABET, vilket kan översättas med :  
Den bildade bär inom sig sin rikedom.

För sina undervisningsinsatser belönades Bengt Dahlin år 1993 med denna ”Medicinska fakultetens plakett för särdeles förtjänstfulla insatser”.