

1960-TALET – PRIMÄRVÅRDEN FÖRBEREDS

Samhällsutvecklingen – 1960-talet

Svensk efterkrigsekonomi blev en integrerad del av det internationella ekonomiska uppsvinget under decennierna efter 1945. I historisk belysning framstår tiden efter andra världskriget fram till början av 1970-talet som en period av en unikt snabb och jämn ekonomisk tillväxt. Allra snabbast var tillväxten på 1960-talet.

Baserat på ett expanderande varuutbyte länderna emellan kunde Sverige ganska länge upprätthålla sin internationella konkurrenskraft och plocka frukterna av sitt relativt gynnsamma utgångsläge efter andra världskriget. Inom ramen för ett jämnt konjunkturförlopp pågick under 1950- och 1960-talen en snabb strukturomvandling av svensk ekonomi. En förskjutning av produktion och sysselsättning mot mer produktiva delar av industrin ägde rum, och i den solidariska lönepolitikens namn lät man lågproduktiva delar slås ut.

Tillväxten skapade resurser som räckte både till stigande hushållsinkomster och utbyggnaden av en offentligt organiserad välfärd. Under 1960-talet steg den offentliga sektorns andel av BNP från 30 till något mer än 40 procent, samtidigt som BNP:s värde justerat för inflationen ökade med 50 procent. Om man delar upp offentlig verksamhet i vissa huvudområden, finner man att kostnaderna för hälso- och sjukvård ökade mest i absoluta tal. Kostnaderna fördubblades mellan 1960 och 1970, samtidigt som kostnaderna för utbildning ökade nästan lika mycket. Ett annat expansivt huvudområde var socialvården, som under årtiondet också fördubblade sina kostnader men från en klart lägre nivå. Försvaret var däremot en offentlig verksamhet som kostnadsmässigt stagnerade efter 1960. Symtomatiskt är att de grenar av den offentliga verksamheten som ökade mest, var de som i hög grad drog till sig en stor del kvinnlig arbetskraft, medan det maskulint präglade försvaret gick kraftgång.

Hushållens levnadsförhållanden förändrades också av att gifta kvinnor i allt större utsträckning gick ut i arbetslivet. Det var en företeelse som börjat på 1950-talet men som fick genomslag på 1960-talet genom att utbyggnaden av barnomsorgen underlättade för gifta kvinnor att förvärsarbeta. Därmed tillät den samlade hushållsinkomsten avsevärt större konsumtion än vad som gällde för den äldre typen av kärnfamilj med bara en arbetsinkomst. Hushåll med två inkomster fick avsevärt större valmöjligheter och kunde också inrikta sig på en helt ny typ av konsumtion.

1960-talet präglades av strukturomvandling, urbanisering och folkomflyttning. Det var då flyttlassen började gå från glesbygd med krympande arbetstillfällen till expansiva storstadsområden. Vid denna tid – med billig olja fram till 1973 – kunde vägar, bilism och villasamhällen i storstadsförorter byggas ut, samtidigt som svenskarna i allt högre grad samlades i städer och tätorter. Det var i slutet av 1960-talet som vi såg kulmen på det s k miljonprogrammet, då det byggdes mer än 100 000 lägenheter per år främst i de större städerna och deras närområde. När det gäller Lerumsområdet märker man en mycket kraftig befolkningsökning under 1960-talet i samtliga tre samhällen Lerum, Floda och Gråbo. Det var under denna tid som dessa – med bekvämt pendlingsavstånd till Göteborg – fick en typisk förortskaraktär.

Det fanns 1960 i samhällena Lerum (7.581), Skallsjö (3.146) och St. Lundby (1.831) och Östad (872) tillsammans 13.430 invånare. År 1970 hade dessa fyra samhällen – som året förut bildat Lerums kommun – ökat sin folkmängd till 23.500, d.v.s. en ökning med 75 % på tio år. I Lerum tillkom p.g.a. befolkningsökningen två provinsialläkartjänster.

Med ovan nämnda förändringar kom även boendet att ändras. Från ett läge där de flesta bött i ett rum och kök byggdes nu klart större lägenheter med högre kvalitet, vilka hade tillgång till vatten, avlopp, centralvärme och varaktiga konsumtionsvaror som dammsugare, kylskåp och diverse andra hushållsmaskiner. Levnadsvillkor som tidigare främst gällt för över- och medelklass spreds nu även till arbetarhushåll och lägre inkomstagare. Som en följd av rekordårens ihållande tillväxt kan man alltså notera att människornas levnadsförhållanden genomgick djupgående förändringar.

Genom den snabba och jämna tillväxten förändrades också våra attityder och förväntningar. Perioden av jämn och snabb uppgång var tydligen så lång att vi – i synnerhet på 1960-talet – lärde oss att tro på att den ekonomiska utvecklingen bara kunde gå åt ett håll. Vi blev fartblinda och trodde att vi bara skulle få det bättre och bättre. Genom politiska processer byggdes våra förväntningar in i vårt välfärdssystem. Tage Erlander framhöll redan 1956 att välfärdspolitiken också skapade balansproblem i svensk ekonomi, och han talade om ”de otåliga förväntningarnas missnöje”.

Sjukvårdspolitiken och nytt huvudmannaskap

Som tidigare framgått föreslog den Höjerska utredningen 1948 en genomgripande omorganisation av den öppna vården, men ledde inte till några omedelbara åtgärder. En del av tankegångarna kom emellertid igen i senare kommittéers betänkanden som låg till grund för socialstyrelsens Principprogram för öppen vård 1968.

Ett flertal utredningar låg till grund för den omfattande förändringen av den öppna vården som kom till stånd:

- Från senare delen av 1940-talet antog den s.k. provinsialläkarkrisen formen av kroniskt tillstånd som skulle vara under mer än 20 år. För att lösa provinsialläkarkrisen tillsattes 1958 en utredning. Utredningsförslaget realiserades 1 juli 1963. Det innebar:
 - byte av huvudman för provinsialläkarna
 - omorganisation av 1:e provinsialläkarinstitutionen.
- 1948 års läkarutbildningskommitté föreslog i sitt betänkande som kom 1953:
 - höjda kompetenskrav för provinsialläkartjänst.
 - Den 1 juli 1969 ändrades läkarutbildningen
 -
- Den Hulterströmska enmansutredningen 1967 hade betydelse för taxan och dess konstruktion.
- Den 1 januari 1970 genomfördes sjukvårdsreformen och anställningsvillkoren för läkarna i allmän tjänst.
- 1971 slutligen kom den Rahmska utredningen med förslag till ändringar i sjukvårdslagstiftningen resulterande i bl.a. provinsialläkartitels försvinnande och decentralisering av utnämningförfarandet, jämte flera andra genomgripande nyordningar.

Genom 1961 års höstriksdags beslut överfördes provinsialläkarna till sina nya huvudmän, landstingen, med verkan från 1 juli 1963. Med få undantag (några nära pensionsåldern) förband sig landets provinsialläkare att övergå till landstingskommunal tjänst. Mellan 1961 och 1963 förbereddes reformen på olika sätt både fackligt och av landstingen. Växlande problem diskuterades. Provinsialläkarföreningen förutsatte ”att landstingen besjålas av en önskan att förbättra provinsialläkarnas arbetsbetingelser och att öka den öppna vårdens resurser till båtnad inte minst för den vårdsökande allmänheten. Landstingen har nu möjlighet att bevisa sin goda vilja i handling genom att göra tjänsterna så attraktiva att den sedan flera år otillfredsställande rekryteringen befrämjas”.

Landstingen fick sin uppgift vid en tidpunkt då vakansläget var minst sagt svår. Av 708 distrikt var endast 541 besatta med ordinarie innehavare, i 85 distrikt uppehölls tjänsterna genom dubbelförordnanden och i återstående 82 fanns vikarier oftast förordnade för kortare tid. Den förbättring av rekryteringen som man väntat sig efter landstingsövertagandet uteblev dock. Landstingen började upprusta mottagningarna. Likaså utbildades och anställdes mottagningsbiträden. En annan positiv åtgärd gjordes omgående nämligen införandet av vardagsjournsdelning jämte förbättringar av helgdagsjourerna.

Läkartätheten 1950-1970

I och med att staten 1962 överlät provinsialläkarväsendet till landstingen började en utbyggnad av den öppna vården. Tabellen nedan över antalet läkare i riket visar att provinsialläkarkårens numerär mellan 1950 och 1960 ökade endast måttligt. Mellan 1960 och 1970 var emellertid ökningen desto påtagligare.

Samtidigt fortsatte den tidigare trenden med en kraftig ökning specialiserade sjukhusläkare i slutenvården. Det innebär att slutenvårdens läkare 1970 utgjorde hela 80 procent av landets samlade läkarkår. Motsvarande andel hade 1950 uppgått till 64 procent.

Utvecklingen för läkarna i öppenvården gick - trots det ökade antalet provinsialläkare efter 1960 åt motsatt håll. År 1950 hade således tjänsteläkarna svarat för 16 procent och privatläkarna för 20 procent av den totala läkarkåren. Tjugo år senare hade andelen tjänsteläkare och privatläkare minskat till 10 procent vardera.

När det gäller Sveriges totala läkartäthet - omfattande alla läkarkategorier - märks i det närmaste en fördubbling mellan 1950 och 1970. Vid den förra tidpunkten fanns det nämligen 1.405 invånare per läkare mot endast 748 år 1970. Förklaringen är att den totala antalet läkare mer än fördubblades från 1950 (4094) till 1970 (10.558). Samtidigt ökade landets folkmängd mera måttligt från 7,0 till 8,1 milj. invånare.

Antal läkare i riket 1950 – 1970

(Se även tabell i tabellbilagan om tjänsteläkarna i Sverige 1700 – 1970)

Öppen/sluten vård	Läkarkategorier	1950	1960	1970
Öppenvårdsläkare	Tjänsteläkare	805 16%	904 12%	1128 10%
	Varav prov.läkare	562	611	1047
	Antal inv./tjänsteläk. 1000-tal	8,7	8,3	7,3
	Privatläkare	1000 20%	1000 14%	1000 10%
Slutenvårds läkare		3178 64%	5393 74%	8697 80%
Summa läkare		4983 100%	7297 100%	10825 100%
Folkmängd i milj.		7,0	7,5	8,1
Antal inv./läkare		1405	1028	748

Källa: SOU 1978:74

Läkarna i Lerum på 1950 och 60-talen

Tore Nyman, Lerums förste provinsialläkare



Lerums församling var före 1944 en del av Alingsås provinsialläkardistrikt. Kommunen/församlingen blev extra prov. läk. distrikt från 1944 med Thore Nyman på tjänsten. Lerum blev ordinarie distrikt 1950. Först vid kommunsammanslagningen 1969 kom Skallsjö församling att tillhöra Lerums läkardistrikt och dess då tre läkare.

Dr Nyman pensionerades 1970. Dr Stadling kom 1964 som andre läkare till Lerums dåvarande provinsialläkardistrikt och stannade där till 1969. En tredje och fjärde läkartjänst kom snart nog omkring 1970 p.g.a. den kraftiga inflyttningen i distriktet. Eftersom plats inte fanns för den fjärde läkaren (Dr Berntsson) fick man inreda en "leasad barack" till mottagning på "Pomona" (området som så småningom kom att bli bebyggt av gymnasieskolan i Lerum).

Sonen Sten-Axel Nyman, Lerum berättar om sin fars läkargärning:

Tore Nyman tjänstgjorde på många orter (se CV) efter med.lic. examen 1932 bl. a i Västervik där sonen föddes och i Eksjö (på sanatoriet 1938-40) där dottern föddes. Vid ett vikariat i Jockmock 1941 blev han fascinerad av Einar Wallquists gärning i Arjeplog och beslöt att bli provinsialläkare. Efter ytterligare vikariat i olika distrikt hade han tillräckligt med tjänsteår för att söka och få den extra provinsialläkartjänsten som inrättats i Lerum 1944. Familjen flyttade in i en liten röd stuga som låg där köpcentret "Solkatten" sedan byggdes. Läkarmottagningen låg i ett av två tvåvåningslängor invid järnvägsstationen och dåvarande brandstationen. I denna länga fanns i bottenvåningen läkarmottagningen och kommunalsköterskan syster Britt. I andra våningen var det tandvårdsmottagning (tandläkare dr Jägerberg). I den andra längan fanns apoteket. Husen var till en början vitmålade, senare blev de röda. I samband med att "Hälsohuset" byggdes 1969 revs huset med mottagningar och all öppenvård flyttades till Hälsohuset.

Mottagningen började kl. 9. Patienterna, som satt i kö, var inte avbetade förrän fram mot kl. 13-14. Då blev det en lättare måltid hemma och så hembesök de dagar som inte var inbokade av barnvårds- eller mödravårdscentral, skolläkaruppgifter eller besiktningssupdrag som hälsovårdsnämndens läkare. Hembesöken fick i så fall skjutas på till kvällen. Ledigheter/jour helgdagsdygnet delades med granndistriktet, i detta fall Sollebrunn och Dr Sköld där. Senare med Gråbodistriktet, när det hade kommit, och då med dr Stadling respektive dr Dahlin.

På mottagningen hade läkaren tillgång till röntgenkula med genomlysningsmöjlighet av bröstkorgen, en-kanalig EKG-apparat, utrustning för "lilla kirurgin" och begränsad laboratorieutrustning. Syster Britt (Holmberg) var mottagningsköterska och senare syster Aina (Nord/Ahlsén).

Som "besiktningssläkare" av livsmedelshygien och vatten- och avloppshygien o dyl. kunde provinsialläkaren få ovänner då han måste säga ifrån vid missförhållanden. Han hade att ta vattenprover och kanske vara tvungen att stänga badet vid sjön Aspen som på den tiden var

mycket förorenad av allt avlopp som släpptes rakt ut i Sävån ända uppifrån Alingsås. Han var ofta tvungen att hota med rapportering till 1:e provinsialläkaren om man inte vidtog åtgärder.

En annan uppgift var att vara ”polisläkare” – att ta prov på misstänkta rattfyllerister, besiktiga självmördare etc. Ofta kom sådana uppgifter på ”obekvämtid”.

Då kommunen var skyldig att stå för tjänstebostad till provinsialläkaren byggdes en sådan vid nuvarande Hedlunds backe.. Tomten såldes av fröken Löfström, som arbetat som sjuksköterska på Hedefors fabriker före Aina Nord/Ahlsén. Det sades att man pratade mycket om byggnaden som ”en fyrkantig låda”. I övervåning kök och ett stort hörnrum med perspektivfönster för utsiktens skull, vilket inte var vanligt i Lerum Sovrum och mottagningsrum lades i bottenvåningen. Detta var praktiskt eftersom provinsialläkaren kunde ta emot patienter även nattetid och mottagningen låg långt från bostaden. Annars var hembesök med läkarväskan det vanliga för patientbesök på kvällar och nätter. Det blev ofta störningar i sömnen och också i måltiderna, som fick stökas undan så fort som möjligt. Efter hand som befolkningen ökade blev arbetsbördan stor och Dr Nyman pressad och alltmer tungsint av detta enligt sonen. Befolkningen ökade från 4000 år 1944 till 8000 år 1954 utan något tillskott av läkare. Dessutom var provinsialläkaren tvungen att själv skaffa vikarier då han skulle ha semester och andra ledigheter. Vikarier var det ont om och grann-distriktens kollegor var inte glada över att få en större befolkning att betjäna än de redan hade.

Dr Nyman var mycket pliktrogen och mån om sina patienter. Ann-Marie Packendorff var en av hans första patienter. Hon karaktäriserar honom som varm, snäll, klok och omtänksam. Han följde inte sin egen devis att ”en provinsialläkares främsta uppgift var att sända patienten till rätt specialist”. Han som de flesta provinsialläkare skötte om de flesta ”fallen” själv. Bara att vara en god doktor räckte till som tröst och bot för de flesta (placeboeffekt som vetenskapligt bevisats vara av största värde för att snabbare bli återställd).

Dr Nyman engagerade sig stark i Lerums Röda Kors krets, vars ordförande han var i många år. Han gick i pension 1970. Han begravdes på Lerums gamla kyrkogård 1985. Minnet av en god läkare finns hos alla gamla Lerumsbor.

Lennart Stadling, Gråbos förste provinsialläkare

Gråbo, tätort och järnvägsstation i Stora Lundby kommun, hade blivit extra provinsialläkardistrikt 1956 med Lennart Stadling som förste läkare. Distriktet omfattade Bergum, Stora Lundby och Östad församlingar med tillsammans 4000 innevånare.

Tidigare hörde Gråbo till Sollebrunns provinsialläkardistrikt med Gustav Sköld som provinsialläkare sedan 1938. Han skrev vid skiftet av läkare, saxat ur Fredagsbladet 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”.

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.”

Enläkarmottagningen var enligt en dåtida vanlig modell sammanbyggd med läkarbostaden. Konceptet med mottagning och bostad sammanbyggda var standard på den tiden. Alla 50-tals mottagningar var byggda enligt centrala standarddirektiv



Bostaden/villan kallades Westbergska villan. Den byggdes 1939 då Tord Westberg pensionerades efter att ha varit folkskollärare och kantor i St. Lundby åren 1903 – 1939, en betrodd man i kommunen som varit kommunalnämndens ordförande från 1920-talet till 1940-talet. Ordförande i barnvårds- och hälsovårdsnämnd och fattigvårdsstyrelse. Kristidsnämndens ordförande 1939 – 1946. Då blev Westbergska villan den centrala byggnad som alla måste besöka för att få sina ransoneringskort. Sina sista år bodde Tord Westberg i Borlänge där han gick ur tiden 85 år gammal. Villan användes efter flyttningen av kommunen bl. a. till skollokal och sist till läkarvilla. Den revs i samband med att Helegårdens radhusområde byggdes på 1980-talet.

Lennart Stadling var extra prov. läkare Gråbo distrikt 1956-62, prov. läkare Lerums distrikt 1964-69 och prov. läkare i Västerfärnebo distrikt 1969 - 1987.

Bengt Dahlin, Gråbos andre provinsialläkare



Bengt Dahlin berättar:

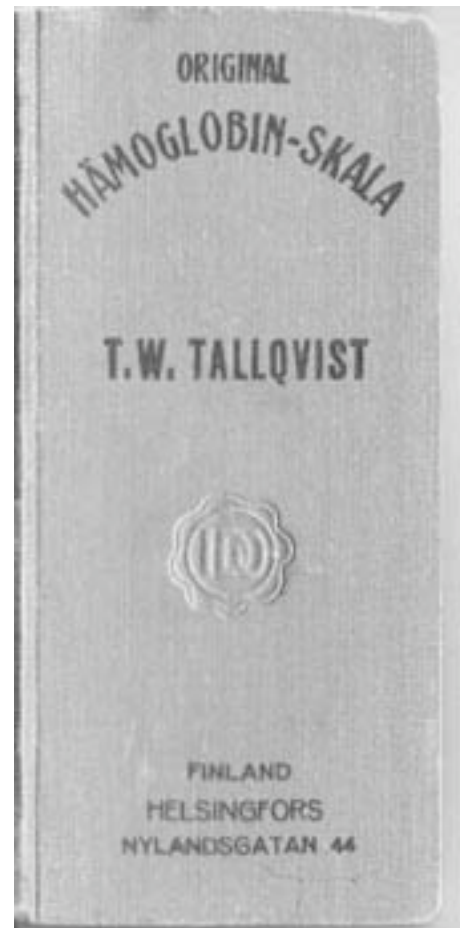
Som provinsialläkare har jag minnen från slutet av 1950- och 1960-talet, då jag med kunglig fullmakt tjänstgjorde först i Korpilombolo och senare i Gråbo provinsialläkardistrikt. Som Dr Nyman träffade jag och fascinerades av Einar Wallquist under min tid i Norrbotten 1959-1962.

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.

Redan som medicine kandidat med behov av att försörja en redan då växande familj vikarierade jag på 1950-talet i flera provinsialläkardistrikt, en månad i varje. Det gav mig inblick i den tidens provinsialläkares arbetsförhållanden från Åhus i söder till Sjulnäs utanför Piteå i norr. För att få vikariera i distrikt måste man ha gått kurserna i medicin, kirurgi och obstetrik och gynekologi. Att i början vikariera utan kurserna i ögon och öron skapade problem både för vikarien och för patienter med besvär från dessa organ. Då gällde uppehållande försvar tills ordinarie provinsialläkaren återkom.

Både dåvarande provinsialläkare Sköld i Sollebrunn och extra provinsialläkaren i Gråbo, Lennart Stadling upplät sina mottagningar och patienter åt mig. Speciellt minns jag Sollebrunnsmottagningen, 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 ev. anmälningar om felaktig behandling. Sådana anmälningar förekom dock inte på den tiden då patienten blint trodde på den ofta auktoritära 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 bäge sidor av toalettdörren.

Prover var det väl knappast tal om förutom Hämoglobintest med Tallqvists Original Hämoglobinskala med en bloddroppe på ett filterpapper 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 fällt 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.



Tjänsteläkaren

Tjänsteläkaren, provinsialläkaren utnämnd av Kung. Maj:t, hade alltid haft ett totalansvar för hälso- och sjukvården i sitt geografiska distrikt. På 60-talet hade idéaldistriktet 4000 innevånare.



Förutom rena patientarbetet innebar uppdraget bl. a. att:

- vara smittskyddsläkare med utredningar o bekämpande av epidemier inkl. smittkoppsvaccinationer
- hygienexpert (självskrivna ledamot i hälsovårdsnämnden)
- vara rättsmedicinare och socialmedicinare
- sköta skolhälsovården
- vara barn- och läkare i mödrahälsovården
- medicinskt ansvara för ålderdomshemmen
- sköta sjukhem om sådant fanns
- vara medicinsk handledare för distriktssköterska och barnmorska.

Varje årsskifte lämnade man en årsrapport till Medicinalstyret om hälso- och sjukvårdsläget i distriktet. Dessa rapporter försvann i och med att landstinget tog över provinsialläkarna 1963. Det var synd för de är nu en rik källa för forskare som vill beskriva hur hälso- och sjukvården fungerade före 1963, vilket vi exemplifierat genom utdrag ur årsrapporter på 1800-talet.

Arbetsgivaren/Medicinalstyret

Chefen satt i Stockholm, medicinalrådet Frostner. Lönen kom från Medicinalstyrelsen/staten – 18.000:-/år för att vara tjänsteläkare: att finnas i distriktet utom på semestern men med möjlighet att en dag i sänder vara utanför distriktet i 24 timmar, om man ordnat med ersättare. Vad innebar det att mer vara tjänsteläkare? Att sköta patientmottagning för fastställd taxa 4:-/besök, en tia för hembesök. För arvodet skulle man hålla mottagningen ungefär som en privatpraktiker. Det gällde att hålla ned kostnaderna. Det var ju tur att kommunen stod för lokalerna. Man skulle också betala ev. anställd personal. Därför blev det oftast hustrun som fick rycka in.

Arbetstiden

Var fram till 1969 obegränsad. Man var i tjänst natt som dag dock med undantag för helgerna.

De första åren delade jag och Dr Nyman i Lerum lördags-, söndagsjouren – från lördag kl. 13 till måndag morgon kl. 8. Senare tillkom möjligheten att dela även vardagsnätterna. Det genomfördes dock inte förrän jourcentralen i Alingsås öppnade 1970. När Dr Stadling återkom till Lerum blev vi tre att dela jouren, så det kändes riktigt skönt med så mycket helgledigt. Ja ledigt blev det inte om man var hemma. Patienterna kom och knackade på och då kunde man ju

inte avvisa dem. Det gjorde att vi byggde sommarhus på Orust för att kunna dra oss tillbaka ostörda.

Många nattliga problem gick att klara 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 ev. 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. Lerumsborna som jag fick kontakt med på jourerna, var ibland mera aggressiva – av någon anledning, troligen var de besvikna över att inte få träffa sin mycket älskade Dr Nyman eller att de var ”inflyttningar” som inte kunde nå sin docent eller professor med privatmottagning i Göteborg. Folk från Stenkullen och Slätthult sökte ofta Gråboläkaren. De var mera lika befolkningen i Gråbo. Nu efter 40 år kan de i olika sociala sammanhang komma och berätta om sina sjukvårdsupplevelser hos ”Dr Dahlin” – nästan alltid positivt.

Arbetsplatsen

Distriktet som helhet var arbetsplatsen eftersom man gjorde många hembesök. Läkarmottagningen i Gråbo, inrymd i en tillbyggnad till läkarbostaden, var för den tiden modern och bra utrustad. Det fanns flera rum, ett behandlingsrum och ett för röntgen /genomlysningapparat, en-kanalig EKG-apparat och mycket annat fint. Det var kanske en av anledningarna till att jag 1962 sökte den då från extra till ordinarie konverterade provinsialläkartjänsten i Gråbo.

Provinsialläkarhustrun och mottagningsbiträdet

Att vara provinsialläkarhustru var ungefär som att vara prästfru. Hon deltog i makens arbete. Svarade i telefon när jag var på sjukresor. Assisterade när jag skulle sy eller laga en fraktur. Hon talar ännu stolt om att hon kan hålla i en suturtråd med höger och klippa av den med vänster hand. Klipppte kompresser, virade tork, rengjorde kanyler och allt annat som hörde till utrustningen. Vi steriliserade utrustningen i ett värmeskåp.

När landstinget tog över huvudmannaskapet 1963 kunde man anställa mottagningshjälp. I Gråbo blev det Britta Lindström, en älskvärd och duktig kvinna som snabbt lärde sig att sköta det mesta av servicen läkaren behövde på mottagningen.

Hembesöken

Efter mottagningstid hade man 3 – 5 hembesök. Ofta var det febrande patienter eller sängliggande av olika orsaker. Hembesöken var positiva, då lärde man känna hemmiljöer och distriktet.

Mediciner

Medicineringen var förvisso annorlunda än nu. Vår FASS var Pharmaconomia II och III från 1945 och 1955

En ”riktig doktor” skrev ut illasmakande mediciner, komponerade piller och konstiga salvor. Pillerna var väl apotekarens fasa. Ibland blev de för stora och måste delas på med dubbel dosering istället.

Några exempel på recept med sådan medicin:

Rec/ Infusum amarum alk. 300 Tinc. Belladonnae 10 Papaverin HCl 16 Chlorbutol 2 MDS. 1 mtsk 1/2 tim före maten. (mot magbesvär)	Rec/ Sol. Atropin sulf. 0,015/300 Papav. HCl 1 Magn. ox. lev. 8 Bism. Subcarb. Syr. Sacchari aa 10 MDS. 1 dsk 4 ggr dagl. Före maten (mot magbesvär)
Rec/ Gutt. Nitroglyc. 2 Papav. HCl 0,8 Fol. digit. 3,5 Adocardin Diuretin aa 6 Ol. Cacao 10 Ol. Amygd. 5 M f pil. N:o C DS. 1 piller 3 ggr dagl 5 dagar i veckan (mot hjärtbesvär)	Rec/ Extr. Bellad. 1 Pap. HCl 2 Phenemal 3 Kal. Jodid 10 Theobromin 10 Coffein c. Natr. Benz. 5 Rad. Glyc. 3 Extr. Ad pil. 6 M f pil. N:o CC DS 2 piller tre ggr dagl. (mot luftrörsbesvär/astma)

Förutom digitalis så var väl de flesta mediciner mindre farliga, läs biverkningsfria. Nu är de flesta så potenta så det känns farligt att skriva ut dem för alla interaktioner och biverkningar. På den tiden var doktorn den viktigaste medicinen, resten var mest placebo. Studier har ju senare visat att tron på doktorn är/var 70% av boten. Man litade på att vara väl omhändertagen när man konsulterat doktorn! Hade han undersökt en och tröstat och man fick någon ofarlig medicin var man nöjd.

Skolläkare

Att vara skolläkare gav ett trevligt avbrott i vardagsarbetet. Det var regelbundna klassundersökningar i alla skolor. Första, fjärde och sjunde/niondeklasserna undersöktes. Vaccinationer gjordes. Distriktssköterskan var den som förberedde klassundersökningarna och assisterade. Så småningom fick vi skolsköterskor. Den första kom i Lerum i Knappekullaskolan, Siv Söderpalm. Efter 1969 var jag skolläkare i de flesta av Lerums skolor och i Skallsjö. Så småningom delade samtliga distriktsläkare på denna uppgift. Många nu nedlagda skolor besökte jag som Slätthults, Ryggebols, Aspens och i Stora Lundby, Östad, Stannum, Brobacka, Olofstorp.

Barn- o mödrahälsovård

Distriktssköterska jag gärna minns är syster Annie (Bauhn) och barnmorskor, Edit och Evy. Om barnhälsovården och mödrahälsovård se deras berättelser.

Vi läkare kände stort stöd i våra medarbetare. I hälsovård var de specialister – vi statistiker.

En vikarie minns sommaren 1967

Staffan Ljungberg, överläkare vid Medicin Kliniken Alingsås Lasarett berättade i april 2005 om sitt vikariat i Gråbo:

”Under två månader sommaren 1967 vikarierade jag för provinsialläkare Bengt Dahlin i Gråbo läkardistrikt. Av min utbildning till legitimation återstod assistenttjänstgöring i kirurgi. Bengt och läkarstationen var bekanta sen tidigare veckoslutsvikariat. Vid dessa tillfällen tog jag mig med rälsbuss på den ännu i bruk varande västgötabanen. Från fredag till söndag morgon var man inkvarterad på läkarstationen dit befolkningen vände sig för telefonrådgivning, besök och varifrån det gjordes hembesök med taxi. Ett veckoslut kunde inbringa 700-800 kr vilket räckte till mat och hyra i rivningslägenhet i Annedal under en månad.

Sommaren 1967 var jag gift och bosatt i Lerum med hustru och vår nyfödda dotter. Till Gråbo tog jag mig med en nyanskaffad, begagnad s.k. Volkswagenbubbla som också kom väl till pass vid de många hembesöken. På morgonen fylldes väntrummet av patienter som sökte för allehanda besvär eller var ombedda att komma för kontroll efter en viss tid. Tidbokning existerade inte, ej heller sekreterare. Det fanns sjuksköterska (en undersköterska) som prioriterade turordning och skötte ett enkelt laboratorium som tillät kontroll av Hb med Sicca-apparat (i läkarväskan fanns Hb-mätare enl. Tallquist en färgskala på pappersunderlag), sänka, urinprotein med salpetersyra och urinsocker med ett färgreagens. Urinsediment mikroskoperade man själv. Remisser till laboratorium och röntgen var ovanligt. Journaler fördes för hand på kort som arkiverades på efternamnet. Varje besök betalades direkt till doktorn som kom hem med välfyllda fickor. Kvitton sparades till det blev dags för deklaration. Arvodet gjorde en större del av inkomsten än ersättningen från landstinget. Urvalet av mediciner var mycket begränsat jämfört med dagens. Behandling på profylaktisk indikation förekom ej. Flertalet diabetiker sköttes på medicinklinikerna. Efter 15-25 besök på mottagningen återstod 3-5 hembesök på eftermiddag och kväll.

Distriktet var långsmalt och sträckte sig från Olofstorp till Gräfsnäs. I hemmen fick man behandla gall- och njurstensanfall, hjärtinkompensation, delirium och infektioner av allehanda slag, inte minst infektioner hos barn. Vid ett tillfälle besöktes ön Kärleken i Mjörn dit ett ungt par tagit sin tillflykt för att undgå samhällets moralkritik. Den unga kvinnan hade drabbats av prematurt värkarbete och fick hjälpas iland för vidare befordran till BB i Alingsås. Veckoslutsjourerna delades med närliggande distrikt men för övrigt var man mestadels jour i hemmet där det gavs råd per telefon till oroliga föräldrar om dietmat till kräkning och diarré eller som på söndagsmorgonen uppdagat att ett litet barn tuggade på cigarettfimpar från lördagskvällen. Jourcentral för hela Mittenälvsborg fanns icke ännu och ej heller mobiltelefon. För att hitta rätt kunde man få hjälp av vid vägen upphängda handdukar, utställda möbler eller utkommenderade familjemedlemmar.

Regelbundna besök på ålderdomshemmen i Gråbo och Sjövik ingick i tjänsten, liksom hälsokontroll av elever på skogsskolan i Östad. Dessa skulle bl.a. undersökas avseende stereoskopiskt seende, vilket gjordes genom att med framsträckta händer föra en normal tråd från sidan genom ett nålsöga. Detta kunde vara nog så besvärligt för dessa fingergrova ynglingar till skolsköterskans stora förnöjelse.

Trots bundenheten och den sparsamma fritiden förblev det unga äktenskapet lyckligt. Den tålmodiga hustrun hade överseende med att middagsmålet intogs på oförutsägbara, ofta sena kvällstider. Glädjen över det nyfödda barnet, umgänget med likaså nyförlösta väninnor och familjens förbättrade ekonomi bidrog bibehållen trivsel och framtidstro.

Dessa sommarmånaderna skulle jag inte velat ha ogjorda .trots stunder då man önskade att man hade förvärvat mer kunskap och erfarenhet. De gav nyttig träning i bedsidediagnostik, motivation till inhämtande och repetition av kunskaper. Insikter om primärvårdens villkor befrämjande samarbetet från ett sjukhusperspektiv samt, inte minst, en bestående och berikande vänskap med en genuin provinsialläkare.”

Provinsialläkarföreningen

Provinsialläkarföreningen, sedermera Distriktsläkarföreningen, har haft stor betydelse för kåren genom att företräda sina medlemmars fackliga intressen. Provinsialläkarna hade tidigt allmänna riksmöten, det första 1861. Den 17 juli 1880 beslöts vid ett av dessa möten i

Stockholm att bilda en förening omfattande landets provinsial- och distriktsläkare (senare extra provinsialläkare). Organiserad samverkan var svår att åstadkomma på grund av den yrkesmässiga bundenheten och obekväma kommunikationer. Föreningens speciella språkrör var till en början tidskriften Eira (namngiven av prof. Seved Ribbing). Denna grundades 1876 på initiativ av lasarettsläkaren i Borås, A.J. Amneus. Syftet var att vända sig till ”de många läkare, vilkas verksamhet är en helt annan än den rent vetenskapliga”, läkare som hade det praktiska till uppgift.

Föreningen har ingått som en av Sveriges Läkarförbunds yrkesföreningar sedan förbundet bildades år 1905.

Provinsialläkarföreningen hade att behandla medlemmars många klagomål över svårigheter av olika slag och försöka påverka deras arbetsförhållanden och löner. De extra provinsialläkarna t. ex. var beroende av de lokala politikerna och andra i kommunen inflytelserika personers ofta godtyckliga agerande. Man kunde då genom föreningen samla sig till s.k. petitioner till höga vederbörande, något som den enskilde inte hade möjlighet till. Oftast var läkarnas ekonomiska förhållanden uppe till diskussion, då man för det mesta kände sig underbetald i sitt bundna arbete.

Föreningen bevakade genom Läkarförbundet provinsialläkarnas löneutveckling. Från 1663 till 1970, då totallön infördes för en 42 1/2 timmars arbetsvecka, hade provinsialläkaren dels en fast lön dels taxebundna inkomster. Under 1900-talet tillkom särskilt ersatta bisysslor för deltagande i förebyggande vård, skolläkeri, sjukhems- och ålderdomshemsronder. m. m. Provinsialläkaren skulle ge sjukvård i sitt distrikt och landsortens befolkning till en ”billigare betalning”. Man föreskrev en taxa som var långt under motsvarande för practici i städerna och andra offentliga läkares. I instruktioner från 1700-, 1800-talen stadgades också skyldighet att behandla medellösa gratis. Principen om billig läkarvård bibehölls även sedan konsultationerna subventionerades av allmän sjukförsäkring. Den fasta lönen skulle kompensera de låga taxorna och också ersätta provinsialläkarens skyldighet att utföra vissa tjänsteförrättningar. ”Lågtaxan” kom under lång tid att utgöra ett fackligt irritationsmoment. Allmänheten kunde befaras jämställa ”billig” med ”secunda”. Den ansågs också utgöra ett rekryteringshinder då en underläkare vid sjukhus i och med övergången till en provinsialläkartjänst tvingades tillämpa en lägre sjukvårdstaxa än den han hade haft rätt till i sjukhusens öppna vård.

Så sent som i början på 1960-talet var årsarvodet från Medicinalstyrelsen 18.000 kronor och besökstaxan 4 kronor. Ett hembesök betingade 12 kronor samt bilersättning enligt statligt reglemente. Läkarbostaden var oftast subventionerad av kommunen liksom mottagningslokalerna. Alla förbrukningsartiklar fick läkaren själv bestå med liksom avlöning till eventuell mottagningspersonal.

Under 60-talet, då många stora sjukvårdsreformer genomfördes, bevakade föreningen provinsialläkarnas ställning i de nya organisatoriska formerna. Inte minst arbetstidsfrågan och borttagande av prestationslönen gav tillfälle till många diskussioner vid föreningsmötena. Kompetens- och utbildningsfrågor var viktiga för föreningen. Gustav Haglund, provinsialläkare i Dalby, medicine hedersdoktor, en portalgestalt på 60- och 70-talen, var förkämpe för ”allmänmedicinaren” eller allmänläkaren med höga kompetenskrav och specialistutbildning motsvarande sjukhusens överläkare. Han visade också framåt mot allmänmedicinen som en universitetsdisciplin med egna professorer. Om allmänmedicinarens arbetsuppgifter ansåg han att skolhälsovård, företagshälsovård och åldringsvård väntade på provinsialläkarens insatser.

Tjänsteläkaren skrotades i och med landstingsövertagandet och successivt blev provinsialläkarna, som på 1970-talet åter kom att kallas distriktsläkare, praktiskt taget enbart ”sjukvårdsläkare”, patient/läkarrelationen var det viktiga, samhällsansvaret tonade bort.

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

Ett exempel på upprörda känslor ger klipp ur en Läkartidningsinsändare 1969 av dr Swante Allgulander:

”...Många spikar drivs sakta och obarmhärtigt in i 1700-talsinstitutionens likkista. Provinsiälläkaren sitter inlåst i en arbetets grottekvarn, som genom avsaknad av meriteringsvärde binder honom vid den öppna vården. Han måste ta emot fler patienter än han orkar med och han får dagligen övertidsarbete som nöter ner hans hälsa...”

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

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

Men man såg en del nackdelar också med det nya avtalet:

1. En hög arbetsinsats belönades ej.
2. Övertidsarbete (om det inte var jourtjänst) ersattes ej.
3. Lön utgick inte för den aktuella insatsen utan för ett genomsnittsarbete.

Men det fanns också fördelar:

1. En kraftig lönegradshöjning gav högre pension.
2. Kraftigt förbättrade sjuklöneförmåner.
3. Förbättrade förmåner vid tjänstledighet.
4. Möjlighet till jourkompensationsledighet.
5. Socialmedicinskt och liknande arbete värderas lika med sjukvård.

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

Provinsiälläkarfonden

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

Socialstyrelsens öppenvårdsvision. Primärvårdsbegreppet

Primärvård utvecklades ur tidigare former av öppen vård främst representerad av de gamla provinsialläkar- och distriktssköterskesystemen. Genom olika förändringar av dessa system bland annat överförandet år 1963 av huvudmannskapet 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.

Den utveckling som ägt rum har på olika sätt understötts och förstärkts genom det utrednings och policyskapande arbete som utförts av socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och även Kommunförbundet. Spri står för "Sjuk- och socialvårdens Planerings och RationaliseringsInstitut", vilket utvecklades år 2000.

Socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1969) betonade starkt behovet av en utbyggnad av den öppna vården i riktning mot flerläkarmottagningar. Enheter med mindre än tre läkare skulle i allmänhet inte förekomma. Vid större vårdcentraler borde ett flertal specialistutbildade läkare vara verksamma. Ett växande engagemang från vårdcentralernas läkare förutsattes när det gällde det 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 äldre men även för psykiskt utvecklingsstörda och handikappade. I programmet förordades också att andra samhällsliga serviceorgan, som exempelvis apotek och försäkringskassa borde förläggas i anslutning till vårdcentral.

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. Härmed avsågs 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.

I Spri-rapporten diskuterades också läkartätheten i primärvården. Bengt Dahlin, som var provinsialläkarföreningens representant i utredningen, ansåg att det behövdes minst 4.000 primärvårdsläkare för att ge den service som målsättningen visade på d.v.s. en läkare på 2000 invånare. Läkarförbundets överläkarföreningens representant ansåg siffran orimligt hög – det skulle inte gå att utbilda så många, intresset varför lågt för tjänsterna. Så blev målsättningen i denna utredning endast en läkare per 4000 innevånare i distriktet, d.v.s. 2000 läkare. Det var samma antal som föreslogs av Axel Höjer på 1940-talet. Först 30 år senare uppnåddes den högre läkartätheten och då höjdes ribban till en allmänläkare per 1.500 innevånare.

Ny sjukvårdslag och stadga

1962 – 1963 kom en ny sjukvårdslag och sjukvårdstadga. I lagen stadgades bl. a. att landstingskommun skulle vara indelad i läkar-distrikt för bestridande av öppen vård utanför sjukhus. Indelningen skulle fastställas av medicinalstyrelsen efter förslag av sjukvårdsstyrelsen i landstinget (stomplan). Till sammanträden i sjukvårdsstyrelserna 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 Älvsborgslandstinget utsågs Torsten André, provinsialläkare i Dalsjöfors. I varje läkar-distrikt skulle finnas minst en provinsialläkare. Inga extra provinsialläkar-distrikt 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.

Landstingets bygger ut provinsialläkarväsendet

Landstinget tog över en nedgången provinsialläkarorganisation. Provinsialläkarna verkade på en-läkarstationer enl. den ordning som beslutats av staten. Många en-läkarmottagningar var enkelt utrustade, kanske bara tre rum i andra våningen i en villa som den i Sollebrunn på 1950-talet. Läkarens expedition kunde se ut som bilden (hämtad från Hembergs bok):



En äldre provinsialläkares mottagningsrum
Bilden lånad ur per Hembergs bok

Distriktens omfattning var vid landstingsövertagandet:

Läkardistrikt och prov. läk. i Älvsborgs län 1 juli 1963

”Kungl. Maj:t förklarade, att de fullmakter, som utfärdats skola f.o.m. 1 juli 1963 avse tjänster som provinsialläkare hos Älvsborgs läns landstingskommun i de läkardistrikt som framgå av sammanställningen:

Bengtfors – Rudolf Schwarz, Melleruds västra – Leif Madsen, Melleruds östra – Sigvard Danielsson, Eds – Stig Arne Larsson, **Sollebrunn – Erik Brattström, Herrljunga – Lennart Kjellson**, Borås – Olof Wretborn, Ulricehamn – Georg Amosy, Svenljunga – Gustav Collin, Kinna – Artur Tava, Åmål – Einar Örnefors, Horred – Johan Lüneborg, Lilla Edet – Olof Appलगren, Fritsla – Bengt Thorson, Tranemo Friedrich Hillman, Älvsered – Hilda Särg, **Vårgårda – Arne Hjelmér, Lerum – Thore Nyman**, Limmared – John Grettve, Brålanda – Jüri Veiderpass, Surte – Per Hellström, Bollebygd – Tibor Pap, Sätilla – Karl Ågerup, Dalsjöfors – Torsten Andreen, Färgelanda – Kjell Eriksson, Viskafors – Lars Forsell, **Gråbo – Bengt Dahlin**,

Följande provinsialläkare kvarstod i statlig tjänst:

Trollhättan – Per Erik Hulin, **Alingsås – Erik Laurén**, Högsäter – Britta Östberg.

De kommande åren karaktäriserades av landstingets fortsatta satsning på öppen vård med uppförande av materiellt och personellt välutrustade läkarstationer. Flerläkarstationerna börjar göra sitt intåg. I Lerum utökades läkarbemanningen med till två läkare (dr Nyman och dr

Stadling). Den senare återkom till Lerum efter några år i Bohuslän. Jourverksamheten delades 1963 alla dagar i veckan av läkaren i Gråbo (Bengt Dahlin) och de två läkarna i Lerum.

Tre tjänstemän vid centralförvaltningen administrerade provinsialläkarna – Märta Andreasson, Annie Andersson och Agne Svensson. De handlade också distrikts- och mödravården i landstinget. Fördelen med denna gemensamma ledning av den öppna vården var att verksamheterna knöts samman på ett konstruktivt sätt. Distriktsköterskor, barnmorskor och provinsialläkare kom att närma sig varann mer än tidigare. Läkarna fick successivt hjälppersonal vid mottagningarna. Det var oftast lokalt rekryterade kvinnor med mer eller mindre sjukvårdsbakgrund, som på plats fick läras upp till mottagningsbiträden. Trots avsaknad av sjukvårdsbakgrund blev de ofta mycket duktiga och till stor hjälp för provinsialläkaren. Inte minst slapp provinsialläkarhustrurna engagemanget i makens arbete på dagtid. Tiden hade också kommit då de själva gick ut på arbetsmarknaden och inte hade möjlighet att bistå maken som tidigare. Vid Gråbo läkarstation blev Brita Lindström från Björboholm en av dessa utmärkta medhjälpare.

Från enläkarstationer till vårdcentral

Att genomföra Socialstyrelsens öppenvårdsprogram med flerläkarstationer togs upp till diskussion i slutet av 1960-talet. Lerumsområdet, som var i stark befolkningstillväxt, behövde fler eller större lokaler för tillkommande läkartjänster. Den första treläkarstationen planerades därför i Lerum. Åt Lennart Stadling, som hade återvänt från Bohuslän till Lerum och arbetade tillsammans med Tore Nyman, uppdrogs att planera denna mottagning. Bengt Dahlin i Gråbo deltog i arbetet eftersom Tore Nyman skulle gå i pension före inflyttningen. Provinsiälläkarens gamla vana att arbeta i enläkarmottagning speglades i utformningen av lokalerna. De bestod av "tre enläkarenheter" med gemensamma resurser som reception, laboratorium, behandlingsrum och fikarum. "Enläkarenheten" var en läkarexpedition med tillhörande två undersökningsrum, ett på var sida om expeditionen, allt avskilt mot övriga mottagningslokaler med en kort förstuga och dörr.



Foto från hans Falklinds bok "Det gamla Lerum"

Den nya mottagningen blev klar 1969. Den var en del i vad som kom att kallas Hälsohuset vid Brobacken i Lerum. Treläkarenheten fanns på andra våningen. På första våningen inrymdes distriktssköterskor och barnmorska med mödra- och barnvårdscentral. På tredje planet installerade sig Lerums kommunförvaltning. In på läkarstationen flyttade Bengt Dahlin och Gunnar Hedelin. Lennart Stadling, som tragiskt mist en dotter, flyttade istället till Västerfärnebo 1969. Till teamet på Brobacken anslöt sig istället Bengt-Ivar Nöjd. Personalen, som nyrekryterades, innebar en stor kompetenshöjning. Förutom läkarsekreterare och receptionspersonal anställdes mottagningssjuksköterska och den första laboratorieassistenten utanför sjukhus. Det var de som kom att utveckla "lerumsmodellen" de kommande åren. Vår första vårdcentral var klar att köra igång.

Nya arbetsvillkor för läkarna

Åren 1969 – 1970 medförde en revolutionerande förändring både för läkare och patienter. För läkarna innebar det att tidlön infördes. Detta medförde fackliga krav på att arbetstiden

fastställdes till samma veckoarbetstid som för de flesta arbetstagar-kategorier nämligen 42, 5 veckoarbetstimmar och med bestämmelser om arbetstidsförkortningar i framtiden. Emellertid förutsattes att sjukvårdsprestationen per läkare skulle bibehållas oförändrad. Det var uppenbart att så inte skulle kunna ske då arbetstiden för de flesta provinsialläkare sedan länge var närmare 60 timmar per vecka inklusive jourtjänst. För att lösa problemet infördes viss s.k. särskild arbetstid som utformades individuellt och beräknades med ledning av varje läkares självdeklaration av de senaste årens medelarbetstid. För särskild arbetstid fick läkaren extra betalt. Arbetstiden schemalades, provinsialläkarna blev skyldiga att iaktta ”kontorstid”. Detta i sig innebar att jourtjänsten centraliserades till ”Jourcentraler”. För MittenÄlvsborg inkluderande Lerums läkardistrikt placerades jourcentralen i Alingsås på en flerläkarmottagning invid lasarettet. Jourcentralen hade öppet vardagar mellan kl. 17 och följande morgon kl. 08 samt hela lördags- och söndagsdygnet. Eftersom jourtjänsten låg utanför den reglerade arbetstiden fick läkarna ”jourkompensationsersättning”, som antingen kunde tas ut i pengar eller i ledig tid. För det mesta valde läkarna att ta ut ledig tid. Allt detta tillsammans gjorde att funktionellt minskade läkartiden/läkartjänsterna med i det närmaste 50%. Köerna till mottagningarna ökade och i Lerum upplevde vi och patienterna kaos med dålig tillgänglighet till de dittills helt köfria provinsialläkarmottagningarna. Detta var orsaken till vad vi kom att kalla lerumsmodellen, ett sätt att lösa bl.a. tillgänglighetsproblematiken till mottagningen, mera om detta i nästa avsnitt (Del II).

Sju-kronorsreformen

Genom Socialdepartementets promemoria 1969 infördes ett helt nytt system innebärande att vårdsökande vid landstingens öppna mottagningar skulle erlagga ett enhetligt arvode på sju kronor per konsultation, vilket skulle uppbäras av mottagningspersonalen. Arvodet berättigade inte till återbäring från Försäkringskassan men utgjorde också ersättning för alla åtgärder som vidtogs som röntgen-, laboratorie- och andra specialistundersökningar dit vederbörande remitterats av ”primärläkaren”. Försäkringskassan skulle ersätta landstinget med 38 kronor per besök. Läkarna skulle befrias från alla ekonomiska mellanhavanden med patienten med två undantag: arvoden för besök i hemmen under jourtid, som fixerades till 15 kronor, samt betalning enligt taxa för intyg av olika slag.

Vad betydde sju-kronorsreformen för sjukvården?

Nyordningen innebar att stadfästa att vården skulle finansieras av samhället. Redan Axel Höjer började att arbeta på att förverkliga socialdemokratins tankar om kostnadsfri vård i offentlig regi, ökad läkarutbildning och en avlönad läkarkår. De landstingsanställda slutenvårdsläkarna hade haft möjlighet att ha både egen öppen mottagning och privata inneliggande patienter. Som läkare skulle man vara en rådgivare som patienten själv både valde och betalade. Genom lagstiftning och avtal begränsades detta successivt från 1945 till 1960. Sjukronorsreformen satte definitivt stopp för detta. Trots mycket delade meningar inom läkarkåren accepterade Läkarförbundet riksdagsbeslutet om sjukronorsreformen utan strid. Förhandlingarna fortsatte med sjukvårdshuvudmannen för att få så bra löne- och arbetsvillkor som möjligt, vilket i stort sett lyckades väl. Tryggare arbetsförtjänst och rimligare arbetstider fanns på reformens plussida. Det blev också en solidarisk utjämning av löneskillnaderna inom läkarkåren.

För provinsialläkarna innebar reformerna mycket förbättrade arbetsvillkor, som reglerad arbetstid, jourkompensation och möjligheter till efterutbildning och FoU-arbete. Mer om detta i del 2.

SUMMERING AV 1960-TALET

I historisk belysning framstår tiden efter andra världskriget fram till början av 1970-talet som en period av en unikt snabb och jämn ekonomisk tillväxt. Allra snabbast var tillväxten på 1960-talet. Det gyllene 1960-talet var ett årtionde med onormalt gynnsamma betingelser. Tillväxten skapade resurser som medgav en kraftig ökning av såväl offentlig som privat konsumtion. De ekonomiska realiteterna kunde nu svara upp mot de sociala ambitionerna. Den offentliga sektorn byggdes ut. Det gällde i särskilt hög grad offentliga huvudverksamheter som hälso- och sjukvård, socialvård och utbildning.

Under 1960-talet märktes utbyggnaden av sjukvården på flera områden, inte minst genom att såväl sjukhusläkare som provinsialläkare ökade kraftigt i antal och att läkartätheten i landet steg.

Karakteristiskt var också att det i stor utsträckning var kvinnlig arbetskraft som sökte sig till den offentliga sektorn. Kvinnorna hade visserligen redan på 1950-talet i växande omfattning börjat gå ut i arbetslivet, men det var först på 1960-talet som detta fick riktigt genomslag. Det var bland annat utbyggnaden av barnomsorgen som underlättade även för gifta kvinnor att förvärvsarbeta. I sin tur ledde detta till större hushållsinkomster och valmöjligheter i fråga om privat konsumtion. Möjligheter till bättre boende, kost och hygien resulterade överlag i förbättrad folkhälsa och höjd medellivslängd.

1960-talet var också ett decennium som präglades av strukturomvandling och folkomflyttning från glesbygd till storstadsområden. Det var under detta årtionde som de expansiva förortssamhällena Lerum, Flöda och Gråbo började ta form, vilket bland annat aktualiserade fler provinsialläkartjänster.

Attityder och förväntningar blev under 1960-talet så fast rotade på fortsatt tillväxt, att de inte kunde följa med i den förändrade ekonomiska verklighet som stod för dörren genom konjunkturavmattningen på 1970-talet. Man kan därför hävda att framgången under 1960-talet indirekt bidrog till att skapa problem som kom att visa sig på 1970-talet.

Allmän sjukförsäkring infördes 1955, människor skulle vara trygga även om de drabbades av sjukdom. Sjukvårdsreformen stadfästes – att besöka sjukvården skulle vara näst intill kostnadsfritt för befolkningen. Båda reformerna var kostsamma.

Utredningar som följt upp Axel Höjers visioner på 1940-talet om en framtida väl fungerande och utbyggd öppenvård omsattes nu i lagändringar och löften.

Läkarna fick social trygghet och drägliga arbetstider. Den schemalagda 42,5 timmarsveckan 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 – t. ex. med insatser inom förebyggande vård.

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

En stenhög upphör att vara en stenhög
i samma ögonblick som någon betraktar stenarna
och inom sig ser bilden av en katedral
/ Antoine De Saint-Exupery/

APOTEKSVÄSENDET

Fram till 1971 var de svenska apoteken privatägda. Verksamheten byggde på en stark statlig reglering och apotekscheferna utsågs av Kungl. Maj:t (Medicinalstyrelsen) för att garantera att verksamheten bedrevs med hög kvalitet och säkerhet. Finansieringen byggde på grundlån hos Apotekarkårens kreditkassa samt banklån. Man använde sig av ett avgiftssystem som medförde utjämning av apoteksinnehavarnas inkomster och möjliggjorde inrättandet av apotek i glesbygd där lönsamheten var svag. Man betalade allmänna avgifter för gemensamma funktioner som information, statistik och ex tempore framställning av läkemedel. För de gemensamma funktionerna fanns vid Apotekarsocieteten ett kansli samt informationsavdelning, kameralavdelning, personalavdelning, planeringsavdelning, sjukhusfarmaceutisk avdelning, produktions-, ekonomi- och marknadsavdelning och forsknings- och kontrollavdelning.

Apotekarsocieteten

Redan 1635 bildades Apotekarsocieteten i Stockholm, som en intresse-, yrkesförening för apotekarna. År 1675 fick societeten officiellt status med kungliga privilegier. Ur dess minnesskrift vi 300 års firandet hämtar vi att fyra perioder urskiljs i dess historia. De första 50 åren, 1635 – 1688 var apotekarna underställda stadens styrelse som ett ofullbordat skrå. Period två 1688 – 1760 var den en privilegierad societet underställd Collegium Medicum. Nästa fas 1760 – 1800 präglades av revirstrider mellan apotekare- och läkarkollektivet. Societeten frigjorde sig då från Collegiet. Den fjärde perioden 1800 – 1837 präglades av utbildningsinsatser och jämsides med den gamla bildades en ny societet med målsättning att främja vetenskaplig undervisning.

Apotekarsocieteten fick vittgående privilegier under 1600-talet som skydd mot nyanläggningar, rättighet att försälja sprithaltiga beredningar, skattefrihet, änkans rätt till apoteket, apotekens ensamrätt till läkemedelstillverkning och försäljning. Den näringsfrihetsförordning som kom 1864, då apoteksvaror skulle betraktas som en av andra handelsnärings, undantog apoteksrollen som fick behålla sina privilegier. För att bidra till apotekens bärighet kunde stadens myndigheter ge apoteket privilegium till vinsservering, Visby apotek fick t. ex. anordna gästgiveri i mitten på 1700-talet. År 1814 ifrågasatte Sundhetskollegiet dessa apotek som vore mer att anses som ”brännvinsnäringsställen och kryddbodar”. Änkans rätt till apoteket kvarstod ända fram till 1920.

Förhållandet mellan apotekare och läkare försämrades under senare delen av 1600-talet då Collegium Medicum ansåg att apotekarna fått för stor makt genom sina privilegier. Man kände sin makt hotad. Läkaren Urban Hjärne, som skulle leverera läkemedel till armens fältkistor och även till stadens fattiga, ansåg att han kunde göra detta billigare än apotekarna och såg det som en olycka att läkarna släppt ifrån sig läkemedelstillverkningen till apotekarna. En stor mängd av apotekens läkemedel var enligt Hjärne av intet värde och andra mediciner var för starka att anförtros åt apotekarna. Först 1765 fick apotekarna en representant i Collegium Medicum. En och annan framstående apotekare tilldelades assessors fullmakt av konungen, samtidigt som han erhöll ”lika värdighet med assessorerna i Collegium Medicum”.

Apotekarsocietetens situation var vid 1800-talets början brydsam. Man hade ekonomiska svårigheter och man hade misslyckats med vad man länge önskat, att frigöra sig från Collegium medicum överhöghet.

1799 års reglemente hade skärpt fordringarna på de anställdas kunskaper. Detta gav också en ny inriktning av apotekarsocietetens verksamhet nämligen att stödja vetenskaplig undervisning. Samtidigt hade stora framsteg gjorts inom naturvetenskapen och den femte upplagan av farmakopén hade utkommit. Sundhetskollegiet önskade ett nytt apotekarreglemente. Det nya reglementet fastställdes först 1819. Framför allt förändrades apotekarexamen.

Apotekarnas utbildning hade diskuterats mycket under slutet av 1700- och början av 1800-talet, Man blev apotekare genom 5 – 6 års tjänstgöring på apotek och därefter en Cursus Pharmaceuticus med avlagd examen inför societeten. Kraven ökade på vetenskaplig utbildning. En del blivande apotekare från hela riket studerade både en och två terminer vid Uppsala universitet under senare delen av 1700-talet. De åhörde föreläsningar och deltog kollegier och

”herbationer” av Linne i botanik och materia medica samt i kemi av professor J. G. Wallerius. Några farm. Studiosi disputerade även ”pro exercitio”. Avsaknaden av egen läroanstalt blev alltmer kännbar. En viktig länk i utbildningen tillkom 1816 då man inrättade s. k. Instruktionsapotekarebefattningar och instruktionsapotek.. År 1835 beslutades om en läroanstalt för apotekare i societetens regi.

År 1821 beslöts om att bilda en stiftelse för att ”befordra pharmaceutiska wetenskapens framsteg och för att understödja behövande och af lyckan vanlottade apotekare eller pharmaceutici samt de förres efterlämnade hustrur och barn”. 1831 bestämdes att alla apotekare kunde bli medlemmar av societeten och 1837 stadfästes ”Stadgar för Apothekare-Societeten i Riket” av Kungl. Maj:t och apotekarkåren fick därmed en fast organisation och en av statsmakterna erkänd representation.

De tidiga apoteken

Det första svenska apoteket fanns på Stockholms slott 1552. Efterhand öppnades apotek i de större städerna, i Göteborg apoteket Enhörningen 1642, i Borås fick Gustav Amund Wikland apoteksprivilegium 1720. Det brann ner 1727 och Wikland flyttade till Vänersborg.

Några av landets apotekare hade under slutet av 1600-talet och början av 1700-talet fått beteckningen provinsialapotekare. Detta innebar ensamrätt att inom ett län eller landskap få anlägga apotek. Privilegiet var ärftligt.

Årtal	Apotek i Stockholm	Apotek i Sverige
1650	4	8
1700	9	27
1800	12	95

Bilder på apoteksinredningar och utrustning i början på 1800-talet från Skansenapoteket, Stockholm:





De tidigaste apoteken i Göteborg

Hämtat ur Sören Skarback: Läkarna i gamla Göteborg, kapitlet Stadens första apotek :

I Göteborg kom det första riktiga apoteket att döpas till Enhörningen. Den 8 augusti 1642 fick den 29-årige tysken Kilian Treutiger tillstånd att driva det. Tidigare hade handlare i staden salufört apoteksvaror som Benedictus Fistulator. Apoteket Enhörningen blev Sveriges i ordningen femte. Det fanns två i Stockholm, ett i Uppsala och ett i Kalmar.

Konkurrensen från så kallade kvacksalvare var kännbar och Kilian klagade hos magistraten.

Johannes von Ackern fick 1658 tillstånd att öppna Strutsen, stadens andra apotek.

Omkring år 1670 startade den göteborgskfödde apotekargesällen Paul Jörgensson ett eget apotek bara tre tomter från Kilians

Kilian Treutigers liv slutade 1675 i sorgens tecken. Sonen David hade dött vid 22 års ålder. Då änkan var för klen och sonen dött fick apoteket drivas vidare av dottern Anna Maria, som enligt lagen hade tre år på sig att välja en make i apotekaryrket. Den tyske apotekaren Andreas Schwart gifte till sig apotekshuset den 20 augusti 1678.

Apoteket Strutsen i Göteborg blev Kronans droghandel

Det hela började 1718. Apotekare Luth, innehavare av Apoteket Strutsen, fick i uppdrag att balsamera Karl XII:s kropp. Betalningen uteblev – det var ju ett hedersuppdrag – men i gengäld förädrades han titeln ”Kunglig Hovapotekare” och fick dessutom rätten till namnet Apoteket Kronan. 1814 började företaget importera och handla med droger och medicinalier, och hundratalet år senare, i januari 1907, bröt Gustaf Bernström loss den del som sysslade med läkemedelsdistribution. Han grundade Kronans Droghandel, KD, som blev en viktig distributör av läkemedel i Sverige.



Branschen har i alla tider varit föremål för politiskt intresse och har ständigt ifrågasatts; sedan 1930-talet har den svenska läkemedelsförsörjningen i princip varit under konstant utredning. Dessa 70 år av turbulens har resulterat i en värdefull förändringsberedskap inom företaget, och det är en del av förklaringen till att KD har kunnat utvecklas från ett litet familjeföretag till en av Europas modernaste och effektivaste läkemedelsdistributörer. Kronans Droghandel hade fått sin nuvarande form.

gApoteksvisitation 1897

– Ur förste provinsialläkarens i Älvsborgs län rapport.

Förste prov. läk. Hade då övertagit provinsialläkarnas skyldighet att visitera apoteken.

Under inspektionsresorna förrättades visitation å samtliga länets 13 apoteksinrättningar, som i allmänhet befunnos i ett god och tidsenligt skick. Det är endast ett apotek, som stannat efter och ännu befinner sig i ett tillstånd, som för 20-30 år sedan torde varit mindre ovanligt. Mot alla lokaler utom gräsvinden gjordes här större eller mindre anmärkningar; källaren särskildt dålig - trång och fuktig. Å intet ställe hade några större förändringar vidtagits, endast ett och annat nytt redskap anskaffats såsom några vågar och siktar, på ett ställe en Vestfals våg etc. Af gjorda anmärkningar må anföras:

Instrumenter och redskap.

En precisionsstativvåg för trög, en handelsstativvåg dito; på 3 ställen en och ett ställe 2 handvågar odugliga. På ett ställe samtliga 5 och 10 gramsvigter för lätta, på ett annat ställe en 2 grams. En destillationsapparat dålig. En 2. klass sikt utsliten; å ett ställe saknas 4. klass, på ett annat håller den endast 80 hål på LI-centimetern.

Läkemedlens förvaring. Lådfacken på två ställen ej fullständiga, växtpulver förvaras på ett ställe å henglaskärl, på ett annat på ofärgade glaskärl (endast några stycken). På ett ställe äro signaturerna i materialkammaren smutsiga och otydliga, i källaren otydliga och delvis lossnade al fukt. På samma ställe vattnet öfver Pyroleurn ariimale rectiliratum ultorkadt. På ställen hafva etiketterna å en del opiipreparat genom ålder antagit en nästan grön färg.

Läkemedels beskaffenhet. Tinct. Hyoscyami grumlig, Balsam. Copaiva dålig, Balsam. Styrax dålig, Secale coriutum för gammal, Gemm Pini mögliga, Acidum sulphuricum concentratum spec. v. 1,824, Spiritus concentratus spec. v. 0,826, Cloretum ferricum innehåller basiskt salt, hvardera å ett ställe, Oxidum hydrargyricum pracipitatum oren å 3 ställen, Oxidum magnesicurn leve fanns å 3 ställen i mindre förråd än 50 gram och var dessutom å ett af dessa ställen ej profhalligt. Vid profsiktning af pulver lemnade å ett ställe 4 pulver, å 6 ställen ett pulver återstod af från 5--25 0/0.

Sockenapotek, apoteksfilialer och medicinlådor

Man förstod tidigt vikten av att befolkningen hade tillgång till de mest användbara medicinerna. De apotek som fanns skulle ha öppet dygnet om enligt en Medicinalförordning 1688. Ända till 1943 gällde denna regel. Fram till 1806 behövdes inte läkarrecept för att inhandla de läkemedel som såldes på apoteken med undantag av råttgift. Alla apotek skulle alltid ha alla råvaror i lager för att alltid kunna expediera behövt läkemedel.

På många håll upprättades sockenapotek. Anvisningar för sockenapotek utfärdades 1816 med hjälp av doktor M Pontin. I företalet anges att "Kongl. Maj:ts landsfaderliga omtänka åsyftade, att tillräckligt med inskränkt antal kraftiga läkemedel borde, i hvarje församling på landsbygden, finnas att tillgå, för att vid vådligare sjukdomstillfällen, och i synnerhet vid begynnande farsoter, kunna till deras hämmande användas, antingen av närboende läkare eller af andre, som sig om läkarekonsten beflita". Man lade sig vinn om att i boken endast välja ut de enklaste och minst dyrbara läkemedlen. I boken fanns en lättfattlig sjukdomslära med klassifikation och några rader om varje sjukdoms natur. Sjukdomsdiagnoserna hade latinska och lokala benämningar.

Redan år 1760 utgav J. A. Darelus sitt Socken-Apothek, författad att inläras och begagnas av klockare.

Medicine doktor M. Pontin utfärdade anvisningar 1816 om "ett tillräckligt men inskränkt antal kraftiga läkemedel, som borde i hvarje församling på landsbygden finnas att tillgå, för att vid vådligare sjukdomstillfällen och i synnerhet vid begynnande farsoter kunna till deras hämmande användas, antingen af närboende läkare eller af andre som sig om läkarekonsten beflita."

Läkemedel, som till ett Socken-Apothek böra inköpas:

Anm. Mängden af de här uppgifne Läkemedel rättas efter hvarje Församlingi folkmängd och behof, hvilka af Provincial-Medicus behörigen ämpas. Dessa kvantiteter äro bestämda för en hvarje folkmängd.

	Mängd och Lätt, enligt nu gällande Medicinal-Taxa.	Kd. Sk. r.	
1. Kräkfels-pulver. §. 1. . .	30 Stycken	1	2 10
2. Kräkrots-pulver. §. 2. . .	25 fl.	1	13 10
3. Laxerfalt. Engelkt Salt. §. 3. . .	2 libres		32
4. Rabarber-pulver. §. 4. . .	3 uns	1	42 10
5. Laxerpiller (Pulve colocynthis comp.) §. 5. . .	1 uns	1	5 4
6. Löflände-pulver. §. 7. . .	9 uns	1	10
7. Kylande-pulver. §. 8. . .	10 uns		27 4
8. Kamfer (Camphora integra) §. 9. 1. . .	1 uns		12 8
9. Kamfer-pulver. §. 9. 2. . .	30 fl.		32 4
10. Svettdrifvande Mixtur. §. 10. . .	4 uns		40 8
11. Svafvel-pulver. §. 11. . .	2 uns		28
12. Eteriska eller Hoffmanns Droppar. §. 13. . .	2 uns		32
13. Opil-pillet. §. 17. a. . .	60 fl. = 1 dr.		43
14. Opil-droppar. §. 17. b. . .	1 uns		26 8
15. Bröfvelsirr. §. 18. . .	2 uns		26 8
16. Prinsens droppar. §. 19. . .	2 uns		37 4
17. Sura droppar. §. 20. . .	1 libr.		8
18. China-pulver. §. 21. . .	1 libr.	3	26 10
19. Spanksflug-piller. §. 24. . .	2 uns		32
20. Häftpiller. §. 25. . .	4 uns		16
21. Blypiller. §. 26. . .	3 uns		12
22. Bly-sirika. §. 27. . .	1 libr.		12
23. Till Mineralisura Rökningar. §. 29. . .			
Pulver N. 1. . .	6 fl.		4
Pulver N. 2. . .	8 fl.		8
Svafvelsira. . .	3 uns		16

Källa: Per Hemberg - Ett läkardistrikt berättar

På industrierna fanns också medicinförråd för lokalt behov.

På 1800-talet blev det allt vanligare med apotek även i de små orterna, men ofta distribuerades läkemedel till läkemedelsförråd som något större apotek ansvarade för.

Sollebrunn Medicinförråd t.ex. administrerades från Apoteket i Skara (transport via Västgötabanan).

Ur 1:e prov. läk. rapport 1910:

För Medikamentsförrådet i Sollebrunn, hvilket den 17 juni 1909 nedbrann, hafva helt och hållet nya, flera och rymligare lokaler inredts i det hus, som uppförts å nedbrunna husets tomt Litet särskilt rum eller utrymme för läkemedels undersökning (Analysrum) finnes i Alingsås och Sollebrunn.

Ett apotek i Gamlestaden i Göteborg (troligen Vasen) anlätades för distribution av mediciner till Lerum med järnvägen fram till det egna apoteket öppnades år 1948. Kerstin Holtzhausen skötte medicinförrådet i Lerum 1936 - 1947. I hennes bostad, Hedlundsbacke nr 7, fanns ett särskilt rum för förrådet med egen ingång och försett med en lucka där recept kunde lämnas in och också mediciner hämtas ut. Hon sålde också sjukvårdsartiklar av olika slag.

Till Gråbo med omnejd sändes medicinlådor från apoteket Vasen i Göteborg ända fram till den nya vårdcentralen invigdes år 1978, då apoteksfilial till Lerums apotek fanns på plats. Så länge västgötabanan fanns kom medicinerna per järnväg och kunde hämtas på stationerna utmed banan. Efter banans nedläggning i slutet på 1960-talet blev det busstransporter och olika butiker tog över ansvaret för medicinlådorna.

IngaLill Ankén berättade om sin anställning på apoteket Vasen i Göteborg som började 1964:

”Apoteket Vasen hade leverans av medicin till folk på landsbygden. Gråbo, Sjövik, Stannum och Olofstorp var de orter dit mediciner sändes. Recepten sändes i medicinlådor med buss till Nils Ericsonsplatsen i Göteborg, där järnvägspersonalen tog hand om dem. Sedan hämtades de av oss på Vasen för att iordningställas, paketeras väl och förses med namn och adresslapp.

På den tiden ringdes många recept in och så vityt jag minns kom de flesta från distriktsläkare Bengt dahlin i Gråbo. Det gällde att han inte ringde för sent på dagen utan att vi hann göra i ordning recepte och läkemedel innan de samma eftermiddag skulle med medicinlådorna tillbaka till sina respektive orter.”

”Att arbeta på apotek förr skiljer sig väsentligt åt mot nu på 2000-talet. Mycket av läkemedlen tillverkades t.ex. ute på apoteken, vilket inte är fallet idag. Vi rullade piller, tillverkade stolpiller, dispenserade pulver och salvor, kokade dekokter och infusioner. Laboratoriebiträden på apoteken blandade stora satser av bl.a. hostmediciner. Olika sorter fanns ex.vis bröstdroppar med beznotym, Danske kungens bröstdroppar, Timjansirap m.fl. därefter fylldes hostmedicinerna i småflaskor och placerades ute i apoteket för vidare försäljning till kunderna.

De patienter som erhållit medicin på recept och ville veta vad den var bra för fick aldrig den upplysningen av oss. Vi var nämligen förvägrade att lämna ut information om mediciner utan fick istället hänvisa till den som skrivit ut receptet d.v.s. läkaren.

Fanns det informationsblad i förpackningen var vi tvungna att plocka ut dessa. Idag är det apotekspersonalens uppgift att kunna ge patienten denna information.

Den sociala situationen på apoteket på den tiden var lite annorlunda än dagens. Det var stor skillnad på personalens status beroende av om man var apotekare, farmaceut eller tekniker. Respektive personalkategori duade varann men däremot inte grupperna sinsemellan.”

Apoteket i Alingsås

Redan från 1729 fram till 1744 höll Manufaktur-Läkaren doktor Jonas Gunnarsson Kruse i Alingsås ett litet apotek där. Det första apoteket med Kungl. Tillstånd öppnades i Alingsås år 1748 av Gustav Amund Wichland. Han hade dessförinnan upprättat apotek i Borås 1720 och i Vänersborg 1727. Tydligen var apotek en olönsam affär för följande år 1749 anhöll han hos Kongl. Maj:t att få sälja apoteket och privilegierna p. g. a. dålig ekonomi. Han dog i skuld och änkan sålde apoteket till Mathias Warendorff (av tysk härkomst liksom många av de tidigaste apotekarna i Sverige) för 1650 Daler och ”blev dertill examinerad”. Även han hade dålig ekonomi och kunde inte behålla apoteket längre än till 1760. Öfver-Direktör Patrik Alströmer, som gått i borgen för köpeskillingen, övertog då apoteket för manufakturiets räkning. Lars Collin var ansvarig för driften. Det såldes igen år 1764 av baron Nils Silfverschjöld, som då innehade manufakturiet i Alingsås. Det drevs av Georg Wessel till 1792, då det övertogs av Johan A. Jansson. Janssons son Johan Peter övertog apoteket 1825. Wessel flyttade till Östad där han var intendent vid Barnhuset. Han dog 81 år gammal 1813.

Redan 1624 påbjöds att apoteken skulle hållas öppna både dag och natt. I den första apotekarordningen 1635 sägs att ”recepten skall expedieras utan dröjsmål genast då de kommer in på apoteket. Inga recept av barberare, badare, oculöister o. s. v. får expedieras förrän de gillats av en medicus. Apotekaren skall antaga endast goda, dugliga och flitiga gesäller med goda betyg och något kunniga i latin. Apotekaren skall med sina gesäller och lärlingar både dag och natt för det gemensammas bästa flitigt ”uppvakta” och för den skull alltid finnas tillstädes i apoteket”. Det bestämdes också att apoteken årligen skulle visiteras av läkare.

Apotekspersonalen kan genom 1:e prov. läkarens årsrapporter följas under första halvan av 1900-talet. Här ett exempel; Alingsås apotekspersonal 1897:

Svangren L. J., apoteksinnehavare
Eneqvist A. J., exam. Apotekare
Andelius A. F., ” ”
Paulsson C. F., ” ”
Andrén Thyra, farm.stud.
Karlsson D., elev
Sättervall T., elev

Samtliga apoteksinnehavare i Alingsås 1748 - 1970 listas under rubriken ”Sjukvårdens nyckelaktörer”.

Gamla apoteksinventarier



Källa. Medicinhistoriska Museet i Göteborg

Apoteket i Lerum

Apoteket Granen i Lerum inrättades 1948. Lokal i ett hus intill provinsialläkarmottagningen strax norr om Lerums järnvägsstation. Dess förste innehavare var Folke Schmeling. Han efterträddes av Birger Krantz 1954 (se ”Yrkes och levnadsbeskrivningar”). Samtidigt som Brobackens vårdcentral flyttade in i Hälsohuset i Lerum flyttade apoteket över dit i bottenvåningen mot brobacken. 1980 tog Gunnel Anderberg över apoteket som 1985 flyttade till den nya vårdcentralen vid Göteborgsvägen.



Här det gamla apoteket och läkarstationen på Brobacken i Lerum, omkring 1968, när man förberedde nybyggnation.

Yvonne Eriksson berättar: jag började som 17-åring 1961 som elev på det ursprungliga apoteket i det ”röda huset” invid ett liknande som var läkarmottagning. Birger Krantz med familj bodde i övervåningen i apotekshuset. Hustrun Inga också apotekare arbetade på apotek i Sävedalen och på Kronan i Göteborg.

Till en början var apoteket i Lerum filialapotek till Lejonet i Göteborg. En del varor levererades därifrån liksom från ADA – Apotekens droghandel. Sprit kom i stora damejeanner. Spriten användes bl.a. av diabetiker för att förvara sprutorna och injektionsnålarna i. örter av olika slag också som såldes i torkad form till kunder som örttéer. Läkemedelslåda sändes till Floda och Tollered.

På den tiden var apoteksarbetet helt annorlunda. Någon information till kunderna gavs inte. Man lämnade in sitt recept och fick ut medicinen i en sluten påse. Man gjorde olika dekokter och piller enl. läkarrecept.



Utrustning för pillerframställning. Foto från Skansenapoteket, Stockholm

Yvonne utbildade sig 1965 – 66 kvällstid till apotekstekniker och 1990 – 1992 till receptarie. Hon arbetade fortfarande 2005 på apoteket i Lerum.

Gunnel Anderberg berättar om sin tid på apoteket i del II ”historien om primärvården”.

Apoteksvisitationer

Provinsialläkaren ålades att visitera apoteken en gång årligen samt även följa upp apotekarens arbete. Han var tvungen att i görligaste mån underlätta för apoteken genom att förskriva enkla kompositioner.

1843 skriver Gustav Varenium, provinsialläkare i Hjo och Alingsås:

”Jag har ännu icke undersökt något Apothek, ehuru något öfver ett år förflutit sedan jag trädde i utöfning af extra Provincialläkaretjensten. Att jag emedertid icke varit overksam, äfven hvad detta embetsåliggande beträffar, torde jag få styrka med Stockholm d. 3 Junii 1843. Herr Doctor Varenium. Hjo erhållit af 1843 /Ex/ Banco Debet. Afsändt med ångfartyget Östergöthland Junii 3. /1/ Låda med reagentier Pr. Cour:t 68 Thl:r 2gr. 124-40. Transport från Berlin till Lübeck inclusive spedition 4-15. Frakt från Lübeck till Stockholm inclusive Assurance 6-12, 25% Tull 31-12. Tolag, packhusavgifter och avgift till Handels och Sjöfartsfonden 3-20, 170-4.

Enär jag måhända är den förste svenske Provincialläkare, som från Berlin, Luhsne låtit inskrifva instrumenter och reagentia erforderlige vid Apotheksvisitationer, har jag agtat nödigt här ordagrannnt införa räkningen å desama, för att derigenom dels till dem bland mine Herrar Embetsbröder, hvilka, anse sig böra till möjligen minsta belopp nedsätta den summa de måste vid tjenstens tillträde uppoffra på för densamma utöfvande nödvändiga instrumenter, ge en vink om sättet att förskaffa sig den Luhnuska instrumentlådan till lägre belopp än jag för densama måst utbetala dels för att ödmjukast fästa Kong. Sundhetscollegii ynnest fulla uppmärksamhet på det förhållande, att en detsama underordnad embetsmannacorps med från 250 till högst 400 R:dr lön nödgas ej blott från utrikes ort förskrifva instrumenter, behöflige i och för sådan

embetsutöfning, hvarpå en hel landorts invånares helsa och lif kunna bero och hvarföre ingen serskild ersättning erhålla, utan äfven utöfver till 100 tals R:dr uppgående inköps och transportkostnad för desse instrumenter erlægga 25 procents tull. Emedan endast Apothekare ega rätt att förskrifva medicamenter, bör requisitionen af den Luhsneska instrumentkistan, som innehåller till medicamenter räknade reagentia, göras af en Apothekare. Sjelfva instrumentkistan af mahogeny innehåller 2 afdelningar. I den öfre, som är försedd med lock finnas 21 större och 9 mindre glasflaskor med inslipade glasproppar. I desse flaskor innehållas: jernchlorid, jernkaliumcyanid, kiselfluorvätesyra, galläppletinctur, chromsyradt kali, salpetersyradt silfver, platinachlorid, guldchlorid, tenachlorur, chlorbarium, phosphorsyradt natron, oxalsyrad ammoniak, chlorcalcium, ammoniak, kolsyrad ammoniak, kali, kalkvatten, svafvelsyrad jernoxidul, kolsyradt natron, svafvelammonium, chlorammonium, ättiksyrad blyoxid, jernkaliumcyanur, svafvelsyra, svafvelvätesyra, chlorvätesyra, vinsyra, ättiksyra, salpetersyra, alcohol. Den nedre afdelningen utgöres af en låda med dubbla bottnar. På den öfre bottnen finnas. 1/ En mindre trälåda innehållande i mindre med dels ett gemensamt dels för hvarje ett serskildt lock försedde afdelningar: Borax, borsyra, flusspat gips, kiseljon, kopparoxid, phosphorsalt, salpeter, soda; 2/ Två lackerade jernbleckslådor innehållande, den ena brännkol, den andra polerad jernbleck, ståltråd och två blåsrörsspetsar. 3/ En mortel och stöt af calcedon; 4/ En rund, en trekantig fil; 5/ En quarters lång och tums bred kopparblecksskifva 6/ Två polerade hornspadar; 7/ En blankpolerad kniptång med knipändarne krökte liksom brancherne på en gomsax; 8/ Skaft af polerad horn i ena ändan försedt med mässingsbeslag och öppning för insättande af ett mindre instrument, för hvars förvarande i den andra ändan finnes ett med skruflock försedt rum. Sjelfva instrumentet saknas i det af mig bekomna skaftet; 9/ Mässingsställning till en oljelampa; 10/ En blankpolerad stålhammare med polerad träskaft; 11/ En scalpell med bukig ägg; 12/ Ett blåsrör af mässing med munnstycke af horn; 13/ En jerncette af mässing och 2 af blankpoleradt stål; 14/ Två blankpolerade jernspadar; 15/ En sked af platina liknande metall; 16/ En slef af blankt jernbleck med polerad träskaft; 17/ Två spadar och en mortelstöt af ägta porcelän; 18/ En loupe med 2 glas; 19/ En tara af mässing. På den nedre bottnen förvaras 1/ En ställning af laqueradt jernbleck för vid kemiska undersökningar behöfliga glaströr; 2/ En oljelampa af laqueradt jernbleck; 3/ Fyra glasbägare; 4/ Tre glastrattar; 5/ En spritlampa af glas; 6/ Åtta stycken glaskolfvar af olika storlek och construction; 7/ En tubulerad retort; 8/ Två glasflaskor, den ena med inslipad glaskropp; 9/ Ett öppet 4 i ändarne till blåsta halfannat kvarter långa glaströr; 10/ Tre halfquarters långa, mot ena ändan spetsformigt avsmalnande glaströr; 11/ En bägare af ägta porcelän; 12/ Två kastruller af D:o; 13/ Fyra skålar af D:o; 14/ Fyra deglar med 2 lock af D:o. 15/ Två skålar af jernbleck; 16/ En papplåda innehållande på 2 bottnar 13 stycken 4 tum långa i ena ändan tillblåsta glaströr med en öppning af 4 lineers diameter i den andra.

Så snart jag hunnit, utöfver hvad jag redan för detta ändamål inköpt, äfven förskaffa mig thermometer, aerometer och alcoholometer, skall jag visitera inom districtet belägna Apothek.”

"Inom districtet finnes endast ett apothek, beläget inom Alingsås stad. Detta apothek öfvergick 1848 genom köp från förre egaren, Apothekaren Leyel, till nuvarande innehafvaren, Apothekaren Alfred Sjöberg, som under loppet af redovisningsåret vid apothekets skötsel varit betrodd af Examinerade Provisorn H.T. Holmberg. dessutom fanns å Apotheket eleven J. G. Olin."

1851 skriver Varenius:

Apothek - Priviligierade (sjelfständiga och filial).

"Hade jag icke anledning att vara serdeles belåten med det sätt, hvarpå Apotheket i Alingsås (sjelfständigt), det enda inom districtet, handhafdes den tid af redovisningsåret, det egdes af Apothekaren Alfred Sjöberg, så har jag, sedan det öfvergick till sin nuvarande egare, fått desto mer anledning hoppas, att det skall bli ett bland de bättre i riket."

Och om Apothekare, Provisorer och lärlingar

"Apotheket i Alingsås öfvergick genom köp i Augusti månad från ditills varande egarn, Apothekaren Alfred Sjöberg till Apothekaren Verner Julius Dillberg. Från årets början till d. 1 December tjenstgjorde Pharmacie Candidaten Carl Magnus Carlstedt vid detta apothek. Från årets början till d. 15 Augusti var vid detsamma eleven Henning Theodor Ljungdahl antagen."

Att köpa svenskt var på den tiden en strävan från myndigheterna:" Såväl uti enskild praktik, som vid allmän sjukvård, bör provinsialläkaren bemöda sig att införa bruket af inhemska verksamma medel, särskilt sådana, varpå i orten tillgång finnes och som kunna ersätta utländska; varför medicinalväxters odlande, samlande och nyttjande, bör av honom i synnerhet uppmuntras."

1841 skriver en provinsialläkare:

"Och Apothekare kunde ej med skäl åläggas att till så betydlig förlust för sig lemna Iglar efter Medicinaltaxans pris. Denna olägenhet var ofta ganska kännbar vid de ofta förekommande behöfven af locala bloduttömningar, särdeles i denna ort, der koppning är hos allmogen nästan obekant, eller åtminstone afytterst få practiseras. Orten eger dock en mängd sjöar med sank gytte- eller gräsvallsstränder, och i hvilka man finner Iglar i stor myckenhet; men på sednare tider hafva en mängd upköpare dragit åt sig hela ortens handel med iglar, hvilka de betala vida högre än Apothekare kunna utan förlust göra, och exportera dem till England och America. Det är verkligan skäl att befara, det dessa nästan outhärliga djur snart hos oss utödas, om ej tjenliga medel vidtagas att hämma den aldeles ofantliga utförseln till andra länder af både fullväxta Iglar och späda ungar. Att utverka en hög export-tull på denna vara torde kanhända vara enda medlet att åtminstone till betydlig del minska denna för vårt land olyckliga industri. Jag får hos Kong. Collegium anhålla om tillgift, för det jag tagit mig friheten att göra denna, för ämnet kanske främmande digression."

Apoteksinstruktioner och Farmakopéer

Pharmacopoeja Holmiensis Galeno-Chymica utgavs 1686 som ett rättesnöre för apoteken i Stockholm. Den föreskrevs som riksnorm i 1688 års Medicinalordningar. Den var föråldrad redan då den gavs ut.

Den första svenska riksfarmakopéen gavs ut 1775: Pharmacopoea Svecica Ed. I. Under medverkan av bl a Abraham Bäck, Carl von Linné och Carl Wilhelm Schele. Den stod på höjden av dåtida vetande. I Pharmacopoea Ed. V medverkade bl a Jöns Jacob Berzelius.

Pharmacopea Svecica Ed. XI gavs ut 1946 som den sista nationella farmakopén i Sverige. Den första transnationella – nordiska farmakopén gavs ut 1965. En av Europarådet utarbetad europeisk farmakopé sätts i kraft i Sverige 1978.

Modernare läkemedelsförteckningar:

Pharmaconomia Svecica Ed. II, 1943. Ur förordet: ”Rätt stora omarbetningar har måst göras. Dispositionen från föregående upplaga är i stort oförändrad. Mera otidsenliga beredningar har uttrangerats. Plats har beretts åt många nya värdefulla medel”.

Pharmaconomia Svecica Ed. III, 1956. Ur förordet: ”Farmakoterapin, som tidigare var övervägande empirisk, har fått en alltmer rationell karaktär med ofta starkt precicerade indikationsställningar genom användningen av allt flera till sin kemiska sammansättning kända, mycket verksamma läkemedel, vilkas effekt på den mänskliga organismen är vetenskapligt nog utprövad. De senaste två decennierna har berikats med ett stort antal medel som kräver ingående kunskap och omsorg samt noggrann övervakning av sjukdomsfölloppet. Ordination av blandningar av sådana farmaka är ofta en svår uppgift. Flera läkare har därför övergått att begagna standardiserade, industriellt framställda läkemedel”.

Ur Förste provinsialläkaren i Älvsborg hämtas:

” Källströms-Schimmelphehns författningssamling har anskaffats vid samtliga, utom 2, apoteksinrättningar.

I allmänhet förvaras de till apoteken utdelade författningarne ordentligt.

Förteckning öfver inkomna handlingar fanns å alla apotek, utom i Venersborg.

Beträffande författningar saknades vid flera apotek K. Kung. 27 Nov. 1896 S. F. S. 92 92. 1896) angående mått och vikt; samt S. F. S. 99 21. 1895 och S. F. S. 11 för 1897. Dessa synas icke hafva blifvit till apoteken eller provinsialläkarearkiven utdelade.

Gällande Farmakopéer funnos vid samtliga apoteksinrättningar, liksom och Giftstadgan.

Vqar: En precisionsvåg i hehof af reparation å ett apotek, 2:ne sådana öfverföras till handelsstativvågar å ett annat apotek. Vid visitation å ett apotek befanns en vikt 5 hektogram, omedelbart förut omjusterad och sedan dess ej använd, 45 ctgm för lätt, således ej noggrant justerad. För öfrigt hafva inga vågar, vichter eller mätstakar under årets visitationer befunnits felaktiga.

Giftskopen hafva allestädes varit i författningsenligt skick.

Tillståndsresolution för försäljning af denaturerad sprit för gammal i Borås. Laboratoriet, dekoktrummet samt magasinen befunnos gamla och skröpliga i Ulricehamn.

De anmärkningar, hvilka under visitationerna behöft göras rörande medikamenterna hafva varit få och icke af beskaffenhet eller betydelse att här förtjena införas.”

EPILOG

Från början var provinsialläkaren 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 därtill 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 organisationen 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

/Moder Teresa/