

SAMMANFATTNING

Sammanfattning hoppas vi stimulerar läsaren att fördjupa sig i de olika avsnitten av historien om primärvården. Den är en förstärkt innehållsförteckning men vill också peka på viktiga fakta och kan naturligtvis läsas enbart av dem som bara vill ha en inblick i helheten.

En bakåtblick

I del 1 av – Historien om hälso- och sjukvården i Mittenälvsborg, då, nu och sedan – konstaterade vi att medicinalrådet Axel Höjers planer på en utbyggd öppenvård på 1940-talet mötte stort motstånd från etablissemangen. Den öppna vården byggdes ut på sjukhusen i landstingens regi. Staten, som hade hand om den öppna vården utanför sjukhusen – provinsialläkarväsendet, misskötte sitt fögderi och det höll på att helt raseras. Under 1950- och 1960-talen utreddes dock samtidigt framtiden för den öppna vården. Landstingen fick överta huvudmannaskapet 1963 och började sakta att restaurera provinsialläkarverksamheten. Den nya Socialstyrelsen kom med ett program för den öppna vården 1969, som visade mot en utbyggnad med flerläkarstationer, vårdcentraler. Samtidigt kom flera nya lagar och förordningar som positivt påverkade den öppna vården. Det gjorde också Sveriges blomstrande ekonomi och framtidstro. Året var 1970 och Primärvården var född.

I del 2, Primärvårdstiden, beskriver vi hur landstinget tog över huvudmannaskapet för provinsialläkarna med 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 3.500 invånare. Distriktsvården samlokaliseras med läkarstationerna till vad vi kom att benämna vårdcentraler.

En omvärldsbeskrivning

Vi börjar historien med en ekonomisk och medicinsk omvärldsbeskrivning. Under hundra år fram till omkring 1970 hade Sverige en lång och uthållig ekonomisk tillväxt, som inte hade många motsvarigheter i världen. De första årtiondena efter andra världskriget innebar ett starkt uppsving för såväl internationell som svensk ekonomi. Sedan kom det krisdrabbade 1970-talet och den gynnsamma utvecklingen bröts definitivt 1974. Till följd av chockartade oljeprisstegringar 1973 och 1978 drabbades särskilt svensk varvsindustri och sjöfart. Oljekrisen slog även mot andra delar av det energikrävande svenska näringslivet. Sverige kalkylerade med att oljekrisen skulle bli kortvarig, och att den förda politiken skulle överbrygga tiden fram till nästa uppgång. Men detta visade sig vara en felkalkyl. Svenskt näringsliv drabbades samtidigt av en egen, hemmagjord kostnadskris, som förvärrade oljekrisens skadeverkningar. På grund av timlöneökningar och stora höjningar av arbetsgivaravgifter höjdes de svenska kostnaderna starkt vid mitten av 1970-talet. År 1982 hade budgetunderskottet vuxit till 12 procent av BNP. Det blev nödvändigt att bromsa utbyggnaden av den offentliga sektorn och ompröva en rad verksamheter. Men det skulle dröja innan detta vann allmän acceptans. Den offentliga sektorns expansion skedde i nära samband med kvinnornas stora intåg på arbetsmarknaden, som bland annat krävde utbyggnad av daghem och förskolor. Således förvärvsarbetade 1965 var tredje gift kvinna, men i början av 1980-talet arbetade två av tre gifta kvinnor utanför hemmet. De flesta anställdes i hälso- och sjukvården och omsorgssektorn.

I Sverige har den offentliga sektorns framväxt skett genom skattefinansiering. Med växande offentlig sektor ökade också skattekvoten – d.v.s. skatternas andel av BNP. Vid sekelskiftet 1900 låg skattekvoten på 10 procent för att gradvis stiga till 20 procent omkring 1950. Därefter stegrades skattekvoten i snabb takt fram till 1980, då den uppgick till 50 procent. Sedan dess har den pendlat kring denna procentnivå.

Befolkningen hade under århundradet fördubblats och fått ökad medellivslängd, genomsnittslängd och genomsnittsvikt. Den allmänna välfärdspolitiken bidrog till detta. Både genom offentliga och enskilda åtaganden har välfärdsinsatserna inneburit stöd även för eftersatta samhällsgrupper. Välfärden skapade sin egen sjukdomsbild. Minskad fysisk aktivitet

och övervikt i sitt släptåg framkallade en ökning av hjärt- och kärlsjukdomar. Landets åldrande befolkning blev mer drabbad av olika cancersjukdomar.

Om större delen av svenskt 1900-tal kan betecknas som ekonomiskt och socialt framgångsrikt, gällde det i mindre grad för århundradets sista kvartssekel. De offentliga inkomsterna kunde inte balansera de ökande kostnaderna för välfärdsstatens stora åtaganden såsom barnomsorg, sjuk- och åldrvård och stöd åt arbetslösa. Bland annat hälso- och sjukvård drabbades av den framtvungade sanerings- och besparingspolitiken. I kostnadspressande syfte ställdes i den offentliga debatten krav på slopandet av statliga monopol och ökade privata inslag inom den sociala sektorn. En hel del av dessa krav fick också genomslag i riksdagsbeslut. De förändrade förhållandena antyder att Sverige inför millennieskiftet 2000 befann sig i en brytningstid.

Hälsa och sjukvård

Reformverksamheten fram till mitten av 1980-talet var inriktad på att komplettera, bygga ut och vidga den svenska välfärdsmodellen i form av olika socialförsäkringar, utbyggnad av vård och omsorg och satsning på utbildning.

Under 1960-, 1970- och 1980-talen kom ett flertal reformer som påverkade primärvården, sådana som 7-kronorsreformen och reglerad arbetstid med totallön för läkarna, Socialstyrelsens principprogram för utbyggnad av den öppna vården med större och mindre vårdcentraler. Dagmarreformen 1988 med särskild ersättning till landstingen, som bland annat finansierade utvecklingsprojekt, Ädelreformen 1992, som överförde ansvaret för äldrevården till kommunerna,

Spri Institutet (Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings och Rationaliseringsinstitut) bildades 1968 för att bistå huvudmännen i utformningen av hälso- och sjukvården. Lerums primärvårds utveckling kom i mycket att positivt påverkas av samverkan med Spri, som bidrog med resurser till många utvecklingsprojekt. En av de första Spirapporterna avhandlade den öppna vårdens organisation, vilket anammades av vårt landsting och påverkade primärvårdens utbyggnad.

Nya hälso- och sjukvårdslag 1982 och 1992 innebar en övergång från sjukvårdspolitik till hälsopolitik, vilket starkt präglade utvecklingen av primärvården i Lerum. Den senare innebar också att primärvårdens ansvar för äldrevården övergick i primärkommunal regi, den s.k. Ädelreformen. Då diskuterades mycket om hela primärvården skulle bli primärkommunens ansvar, vilket förkastades bl.a. av läkarorganisationen.

Landstinget ”producerade” nya sjukvårdsplaner 1974 och 1980 samt en hälsoplan 1977. samtliga dessa stödde utbyggnad av primärvården men den ekonomiska åtstramningen satte krokben för detta. Sjukhusens resurser ökade fortfarande mer än primärvårdens.

Det blev under 1980- och 1990-talen ett sorts systemskifte. Ansvarsområden förändrades mellan sjukvård och socialvård, som nämnts. En husläkarreform som beslutades med syfte att öka kontinuiteten patient/läkare kom att ifrågasättas. En ökad valfrihet genomfördes för vårdsökande men också för vårdpersonalens drifts- och arbetsformer. Man ville effektivisera resursutnyttjandet. Fler privata vårdgivare noterades. Man började att tillämpa marknadsprinciper i styrningen av den offentliga vården. Ny budgetstyrning infördes med köp- och säljförfaranden för att försöka införa någon form av konkurrens inom den offentliga sektorn.

Riksdagens revisorer var dock tveksamma till utvecklingen. I en rapport 1991 sade man bl.a. att *”Sjukvårdsmännen har – i strid mot statsmakternas intentioner – byggt upp en vårdstruktur med en efter internationella förhållanden stark överbetoning på dyrbar specialistvård.” trots upprepade politiska uttalanden om prioritering av primärvården som skall utgöra basen i sjukvården hade fortsatt satsning skett på sjukhusbaserade vård.”*

Primärvårdens uppbyggnad under 1970-talet

Vi beskriver ”Primärvårdsbegreppet”, myntat av Socialstyrelsen 1969, samt primärvårdens innehåll och mål. Målbeskrivning och måluppfyllelse går som en röd tråd genom hela dokumentet: Närhet, Tillgänglighet, Helhetssyn, Kontinuitet, Kvalitet/säkerhet, Samverkan.

Vårdcentralen, basenheten i primärvården, innebar en samlokalisering av tidigare lokalmässigt spridda verksamheter i den öppna hälso- och sjukvården kompletterat med apotek eller apoteksfilialer.

Hur provinsialläkarens områdesansvar övergick i primärvårdens befolkningsansvar och blev kvar i denna form i Lerum trots flera angrepp från politiker bl. a. i husläkarsatsningen och människors möjlighet till läkarval utanför distriktsgränserna. Allmänmedicinens arbetsfält beskrivs med en samhällsmedicinsk profil. Målen förtydligas.

Lerums läkardistrikt

Lerums läkardistrikt, senare primärvårdsområde, bildades 1970 lika med Lerums kommun med tätorterna Gråbo, Floda och Lerum, som kom att få var sin vårdcentral, Lerum redan från starten i Hälsohuset i Lerums centrum, Floda 1976 och Gråbo 1978. De tidigare läkarstationerna beskrivs.

Brobacken, Lerums första vårdcentral i primärvårdsblocket i södra sjukvårdsdistriktet

1970 startades i Hälsohuset i Lerum, en treläkarstation, distrikts- och mödravård, tandvård och apotek. Samtidigt hade landstingets hälso- och sjukvård delats ett norra och ett södra distrikt med var sin nämnd och distriktschef (i söder Arne Aldman, läkare). Efter ett par år indelades verksamheterna i tio block med blockchefer, läkare. Bengt Dahlin blev primärvårdens i söder förste blockchef. Blockets första tid beskrivs. För primärvårdens akutansvar var det nödvändigt att inrätta jourcentraler. Mittenälvsborg fick en sådan i Alingsås, som beskrivs.

Brobacken en utvecklingsvårdcentral

Brobackens läkarstation, med Bengt Dahlin som förste chef, kom redan vid starten i februari 1970 att fungera som en försöks- och utvecklingsstation för den öppna vården. Man anammade omgående primärvårdsbegreppet och de målsättningar detta stod för. Ett flertal projekt genomfördes för att förbättra kvaliteten i vården. Primärvårdens första laboratorieassistent anställdes för kvalitetssäkring av laboratoriefunktionen. Det innebar också att en urindispensär inrättades. Dessutom tillkom sjuksköterskor, som skötte en blodtrycksdispensär, sjukhemmets ekonomiföreståndare, som blev dietist-kostrådgivare.

Köerna växte emellertid och tillgängligheten var dålig. Spridades då för att lösa problemen. Projektet med ”lerumsmodellen” genomfördes. Det blev en första målinriktad satsning mot kvalitet och tillgänglighet i primärvården. Lösningarna gjorde succé och idéerna/modellen spreds till hela riket (minst 450 enheter anammade systemet).

Lerumsmodellen beskrivs i alla sina delar med lösningar på tillgänglighet, akutansvar, kvalitet i första kontakten liksom hur man skulle prioritera och samverka med sjukhusen (KÅR – kontaktorsaks-, åtgärds register), ett bokningssystem för både akuta fall (brådskegradsindelning) och återbesök med kallelserutiner ingick i lerumsmodellen. En mycket användbar och populär blankett R/P-blanketten utformades. Den följde patienten från telefonkontakten, genom mottagningens olika aktiviteter till dess att man skrev journalanteckningen. Den användes också i bokningsrutinerna. Ledningsfunktionen vid vårdcentralen fick också hjälpmedel i vårdplaneringssystemet. Som en bonus utvecklades en sjukvårdsupplysningsfunktion som senare spreds till Borås och till många andra platser i Sverige.

Nya vårdcentraler nya utmaningar

Floda vårdcentral var nästa nya enhet som kom igång med nya entusiastiska medarbetare under ledning av Bengt-Ivar Nöjd, som flyttade dit från Brobacken. Man tog upp 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 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. Det senare resulterade i den första doktorsdisputationen på Allmänmedicininstitutionen i Göteborg.

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 flyttade över från Brobacken till den nya vårdcentralen och blev dess förste chef, han återvände till Gråbo där han började 1962.

Gråbo vårdcentral tog upp lerumsmodellen men 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 Bengt Dahlin). 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 datorstödd för en vårdcentral. Detta beskrivs i alla sina funktioner. Bl. a. gjordes en läkemedelsmodul med direktöverföring av recept till vårdcentralens apotek. Försöket var ett landstingsprojekt för att utvärdera 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.

Vårdcentralens funktion efter datorinförandet (1985) beskrivs. Mycket hade förändrats i rutinerna och personalens arbete påverkats. Speciellt läkarsekreterarna hade fått en nyckelfunktion i den datoriserade verksamheten med ökat status som följd. Detta beskrivs.

Ny vårdcentral i Lerum 1984 Flytten från Brobackens vårdcentral i Hälsöhuset var efterlängtat. Man fick en egen välplanerad tvåvåningsbyggnad (det var en ny generation av vårdcentralbyggnader), där alla enheter skulle få välanpassade lokaler. Barnläkarna som hade 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 positivt. Mycket kom att utspelas i den nya vårdcentralen, vilket berättas om under olika rubriker i fortsättningen. 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 snabbjournmottagning och att sjuksköterskorna telefonrådgivning utökades. Distriktsköterskemottagningen i Hulan, som funnits redan före den nya vårdcentralen öppnades flyttade in samtidigt. Gunnar Hedelin, som varit chef på Brobacken och på den nya vårdcentralen, avgick som sådan år 2001 och chefsrollen förändrades.

Barndistriktsläkarna. Här berättas om hur två barnläkartjänster förlades till Mittenälvsborg 1975. En placerades i Alingsås knuten till Barnkliniken i Borås. Den andra blev barndistriktsläkare i Lerum knuten till primärvården och placerad på den gamla läkarmottagningen i Pomonaområdet. Efter hand fördubblades bemanningen. Så småningom kom också barnläkarna i Alingsås att tillhöra primärvården och bli ”barndistriktsläkare”.

Christer Forsell berättar om barnläkarverksamheten 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.

Distriktsvård och förebyggande vård. Utvecklingen från 1979 till 2000 beskrivs. Man kan konstatera att mödra- och barnhälsovården utvecklades starkt under denna epok.

Barbro Svalin, distriktssköterska i Lerum berättade i en intervju om vad som hände distriktsvården 1970 – 2000.

Evvy Johansson, barnmorska i Lerum under många år berättar om den kraftiga utvecklingen av mödrahälsovården.

Barnhälsovårdens basprogram presenteras. Och hur en barndietistverksamhet etableras i Lerum.

Ungdomsnottagning var en ny verksamhet under 1990-talets primärvårdssatsning i Lerum. Anita Glanz var med i starten. Ur en artikel i Vårdsidorna beskrivs verksamheten 1998.

Företagshälsovård. Intern sådan fanns i Alingsås. Extern testades i ett försök i Vårgårda.

Folkhälsoarbete blev ett ideal i primärvården.

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 (Brobacken, Floda vårdcentral, Samverkan med apoteket, FoU). I detta avsnitt berättas om olika former för prevention, egenvård (apotekets medverkan) och friskvård samt om Hälsoenheten i södra Älvsborg. Vi berättar också om folkhälsoarbete i Lerum.

Äldrehälsovård i utveckling. Solweig Kärrman och Barbro Hallengren ger en initierad bild av utvecklingen från fattigvården, via ålderdomshemmen och som senast det egna boende 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.

Kopplat till äldreomsorgen beskrivs **sjukgymnastiken** av Margareta Brantdahl och **arbetsterapin** i Lerum av May Thyren, Dessa verksamheter var också mycket progressiva.

Samverkan en Lerumsideologi – ett honnörssord i Lerums primärvård. Under denna rubrik beskrivs många samverkansprojekt och samverkansformer som:

Samverkan inom kommunen med socialtjänsten i ett projekt redan på tidigt sjuttioal samt senare i POSOM, en tvärssektoriell grupp för psykiskt och socialt omhändertagande efter katastrofer, t.ex. efter Tsunamikatastrofen.

Katastrofplanering, som fungerade vid en stor tågolycka i Lerum 1987, vilken också beskrivs.

Kurator eller socialarbetare som stöd för primärvården diskuteras. Lerum har valt att samverka med socialtjänsten redan från början.

Om man skall rehabilitera långtidssjukskrivna 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 uppmärksamats i och med 2000-talets alltmer ökande förtidspensioneringar.

Samverkan med lasaretten beskrivs med olika modeller, liksom hur i vårdkedjan en samverkan är nödvändig för effektivare vård.

Apoteket och dess uppgifter och kontakter till primärvården ges ett eget avsnitt.

I Lerum genomfördes på åttitalet ett samverkansprojekt. En egenvårdsbroschyr framställdes som delvis byggde på de erfarenheter som samlats i patientrådgivningen 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 här och i avsnittet om informationssystem och datorjournal.

Privatläkarna i Lerum berättar Bengt-Ivar Nöjd om.

Primärvårdsjouren, en följetong i samverkan mellan primärvård och lasarett.

Historiken beskrivs, från jourcentral i Alingsås 1970 med samverkan med lasarettet tills lasarettet först tog över nattansvaret och att till slut nattjouren försvann liksom primärvårdsjouren. Genom en jourutredning 1988 får vi reda på detaljer i verksamheten. Den ger också tänkbara lösningar på problematiken. En var en decentralisering med egen dygnsjour i Lerums primärvårdsområde. Läkarförbundets riktlinjer för jourtjänstgöring refereras. Avslutningsvis ges jourutredningens förslag till åtgärder, som innebar kvällsmottagningar på vårdcentralerna med senare öppnande av jourcentralen m. fl. Kvällsöppet kom att genomföras vid både Lerum och Flodas vårdcentraler men lades åter ned så småningom.

Husläkare – Lerum prövar olika modeller.

Två husläkarlag refereras från 1978 och 1992. Lerum prövade olika modeller för genomförande vid de två tillfällena. Modellerna byggde på kvarhållet områdes- och befolkningsansvar. Mot den senare lagens regelverk (av borgerlig tappning), som innebar en listning av patienter till de enskilda doktorerna (en läkarcentrerad modell), reagerade läkarna i Lerum med en skrivelse som citeras. Man upplevde att den samhällsmodell man byggt upp skulle raseras och alla skulle fungera som ”privatläkare” i ett primärvårdssystem utan teamarbete, breda kontakter ut i samhället, förebyggande arbete och utvecklingsarbete, men med stark konkurrens mellan läkarna om patienterna. D.v.s. allt i verksamheten i Lerum som tagits upp i denna beskrivning av primärvården.

Historien slutade med ett byte av politiker och upphävande av husläkarlagen 1994. Lerum kunde fortsätta som tidigare – att finna sina vägar för hög patient/läkarkontinuitet och hög tillgänglighet till primärvården liksom samarbete internt och med omvärlden i väl etablerade former.

Forskning och Utveckling – FoU.

Utvecklingsarbete var en ledstjärna för Lerums primärvård allt ifrån starten. Många projekt genomfördes som delvis var förändringsarbete men ofta innebar utveckling d.v.s. att man bröt ny mark i primärvården. Sprisamarbete gav resurserna till många utvecklingsarbeten. Andra resurser kom från landstinget, speciellt när Lerum fick egen förvaltning, 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. Detta beskrivs liksom vad en utvecklingsenhet står för och vilka som fanns i riket 1990. samarbetet med Allmänmedicinska institutionen i Göteborg intensifierades.

Älvsborgslandstingets FoU-policy och organisation under 1990-talet beskrivs. När landstinget upphörde och övergick i Västra regionen fick FoU-organisationen en ny skepnad, som beskrivs av Henric Hultin, en av aktörerna på den arenan.

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 så ökade insatserna också för sjuksköterskor och barnmorskor.

Provinsiälläkarfonden, som skapades av från provinsiälläkarna avsatt patientarvoden, gjorde det möjligt att tidigt satsa på efterutbildning av distriktsläkarna. Hos oss resulterade det i en lokal efterutbildning. Modellen, som fortfarande används i Mittenälvsborg, skapades i ett projekt med Södra Älvsborg och Åtvidaberg inblandade ”Deltagarstyrd, problemorienterad allmänläkarutbildning” utvecklades. Som blockchef var Bengt Dahlin en lokal projektledare. Projektet beskrivs liksom dess positiva följder.

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. Kursen beskrivs liksom följdkurserna i landstinget.

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.

Kontakten med universiteten genom Allmänmedicinska institutionen och tidigare bl.a. Dalby i Skåne hade varit goda. Bengt Dahlin blev kanske därför 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 innebar att studenterna under termin fem skulle auskultera en vecka i primärvården med distriktsläkare som handledare. Distriktsläkarna blev ”universitetslärare”. Processen beskrivs.

Avslutningsvis i detta avsnitt kommenteras distriktssköterskornas utbildning.

Informationssystem i vården. Som läsaren förstått så har informationssystem ända från 1975 med lerumsmodellen varit en viktig utvecklingssektor i Lerum. Det fortsatte med den problemorienterade journalen, den heldatoriserade vårdcentralen i Gråbo och senare under 1990-talet med en helt genomförd datorisering av primärvården i Mittenälvborg. Detta avsnitt fördjupar kännedomen om utvecklingen. Inte minst beskrivs Gråboförsöket ganska ingående med rapportering i ett flertal delrapporter

Projektledningen konstaterade om Gråboförsöket – *Operationen lyckades men patienten dog.* Swede*Star i Gråbo avvecklades samtidigt som landstinget i Älvsborg beslutade att satsa på ett då mycket enklare system – ProfDoc.

. Hur en IT-handledare, Gunni Andersson handledare om ProfDoc, upplever sin funktion beskrivs liksom läkarsekreterarnas arbetsinnehåll under 1990-talet.

Sveriges läkarförbunds datapolitiska handlingsprogram 1980 och 1991 refereras.

Avslutningsvis ett par rapporter om IT inför 2000-talet, som önskar flexibla system och bättre kompatibilitet.

Politiker och tjänstemannaorganisationen Inledningsvis påvisas den vågrörelse i organisationen som ständigt pågår – från central ledning till totalt decentralisering och åter till kraftig centralisering.

Mycket av framställningen här handlar om tiden när Lerum var eget primärvårdsområde med egen politiker- och administrativ ledning. Det var en viktig och positiv tid i Lerums primärvårds historia, som visar på att decentralisering kan vara något mycket positivt i organisationen. Avsnittet refererar landstingets ledningspolicy 1986 som låg till grund för decentraliseringen. Vi fångar olika aktörers beskrivning av organisationen. Hur man gör en egen spelplan och delegerar ned beslut på vårdcentralnivå och delar av dem till Betjäningssområdeschefer.

Vi refererar också ett projekt ”Hjalmar”, som ger innehåll och struktur i vårdcentralens ledning.

1993 förbereddes en ny centraliserad politiker och tjänstemannaorganisation. Bengt Dahlin kommenterade den (”Nya Älvsborg”) i en skrivelse i maj 1993, som citeras. Resultat av omorganisationen blev som när blockorganisationen startade 1972. Primärvården i södra Älvsborg fick en ledare placerad i Borås. Det blev Kerstin von Südow områdesdirektör, vilket var ett gott val. Hon kunde föra vidare mycket av lerumsandan i hela primärvården. Kansliet flyttade till Oscarsgatan i Alingsås i den för Mittenälvborg gemensamma administrationen, där det fortfarande finns kvar idag (2005). Cirkeln var sluten.

Men utvecklingen fortsatta i landstingets regi, tills år 2000 då regionen tog över. Inget av all turbulensen på central nivå verkade kunna påverka basenheterna i primärvården, vårdcentralerna, där jobbade personalen på som tidigare. Om än frustrerade över all turbulens.

Ambitioner, personal och produktion

I detta avsnitt beskriver vi hur under åren resurser tilldelats och använts/prioriterats i primärvården. En ”servicetrappa” som konstruerades i Lerum blev uppmärksam i hela riket. Den ger en vink om hur många allmänläkare som behövs relaterat till betjäningssområdets storlek och till besök per invånare och år. Enligt den skulle primärvården kunna åta sig sitt sjukvårdsansvar med hög kontinuitet om man var en läkare per 2.600 invånare förutsatt att man

”producerade” 1,5 besök per läkare och år. Det senare har man aldrig uppnått, som högst var besökstalet i slutet av 1970-talet med 1,4 besök per invånare och år. Sedan har det sjunkit och hållit sig strax ovan 1 besök per invånare och år trots att läkarantalet ökat kraftigt och invånare per läkare sjunkit. Ta en titt på tabeller som presenteras – ganska intressant.

Den svenska modellen

Det ofta använda uttrycket *den svenska modellen* konstateras sakna en entydig definition. Benämningen har ibland uppfattats som ett sätt att framhäva Sveriges avvikelser från andra länder avseende ekonomi, politik, ideologi och institutioner. 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 arbetsmarknadens parter SAF och LO – symboliserad av Saltsjöbadsavtalet 1938 och övergången till centrala löneförhandlingar under 1950-talet – att framhävas. Även den svenska välfärdsstaten med dess arbetsmarknads- och jämställdhetspolitik och olika transfereringar har kommit med i bilden.

Liksom den generella svenska modellen utgick sjukvårdsmodellen från samordning och samförstånd mellan jämbördiga parter. Förutsättningen var alltså att primärvården – som öppenvården kom att kallas – och slutenvården (specialistvården vid sjukhusen) kunde samsas som jämbördiga parter där båda hade något att ge och ta. Ett grundläggande problem var dock att parterna från början inte kände denna jämställdhet. Alltsedan Axel Höjers dagar hade den helt dominerande delen av resurserna slussats till sjukhusens specialistvård, medan primärvården ansåg sig satt på undantag.

Den svenska modellen skakar sägs avslutningsvis i en SBU-rapport i början av 1990-talet. Man påvisar svagheter det svenska sjukvårdssystemet:

”Den svenska hälso- och sjukvården håller i mitten av 1990-talet på att snabbt omstruktureras. Den har under de senaste fyra decennierna genomgått en stark utbyggnad och fått en specifik svensk utformning – den svenska modellen. Denna befinner sig nu i gungning. Det rister i välfärdsstatens fundament sade en dåvarande finansminister, Kjell-Olof Feldt. Hälso- och sjukvården står inför ett paradigmskifte. En reduktion av den offentliga sektorn förväntas.”

I övrigt följs i avsnittet de ekonomiska diskussionerna upp, som inledde denna beskrivning av primärvårdstiden fram till 2000. Den ekonomiska situationen relaterat till primärvårdens utveckling och problem.

Epilog

Mycket hände under primärvårdens första årtionden. Mycket gott kom ut ur de reformer som byggde på Höjers tankar på 1940-talet. Kvaliteten inom primärvården ökade påtagligt på alla områden. Läkartätheten flerfaldigades. Trots detta verkade målsättningarna för högt satta. Orsaken till att mål och medel inte kunde samsas vill vi diskutera tillsammans med primärvårdens aktörer i del III av denna historiska trilogi.

Referenser och övriga bilagor kommenteras inte i denna sammanfattning.

Lycka till med fördjupningsläsningen!