

PRIMÄRVÅRDENS UPPBYGGNAD UNDER 1970-TALET

När man sjösatte den nya primärvården under 1970- och 80-talen utgick man från de utredningar som gjorts under 1960-talet och kompletterade med direktiven i den nya hälso- och sjukvårdslagen 1983.

Primärvårdsbegreppet

Tankegångarna i Socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1969) vidareutvecklades i ett arbete som bedrevs i Spri:s regi och som avrapporterades i Spri-rapport nr. 14/72 om den öppna vårdens organisation. Bengt Dahlin, medlem av provinsialläkarföreningens styrelse och verksam som distriktsöverläkare i Mittenälvsborg, blev en i arbetsgruppen. Detta gjorde att kontakten med Spri etablerades. Spri, som kom att få stor betydelse för utvecklingsarbetet i Lerum. I rapporten användes för första gången officiellt beteckningen "primärvård" för den offentliga öppna hälso- och sjukvård som kunde bedrivas utanför sjukhusens klinikmottagningar. Vidare beskrevs innebörden av begreppet primärvårdsområde. Med primärvård avsågs enligt rapporten "en landstingets organisatoriskt sammanhållen öppenvårdsverksamhet utanför sjukhus" eller som det står:

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

Förändringar av den öppna vården kom att bli varierande i olika landsting. En tolkning var att primärvården skulle vara en organisation av den öppna vården utanför sjukhus med primärt ansvar för befolkningens hälso- och sjukvård i ett geografiskt avgränsat område motsvarande primärkommunen. Denna tolkning anammades av Älvsborgslandstinget. Tolkningen följde distriktsläkarens ansvar enligt dåvarande sjukvårdslagstiftning. Läkardistriktet som beslutats omfatta de under 1960-talet bildade kommunblocken blev primärvårdsområden.

Man behöll i landstinget den specialiserade öppna vården vid lasaretten anknutna till klinikerna. Sjukhusens öppna specialiserade vård ansåg man inte kunna betecknas som primärvård. Specialistläkare i öppen vård vid Alingsås lasarett tillkom under 1980-talet med 2 gynekologer, 2 psykiater, 2 ögonläkare och 1 öronläkare.

Undantag var barnläkare som kunde lokaliseras ute i läkardistriktet vid vårdcentralerna. De fick då tjänstekonstruktionen distriktsläkare tillhörande primärvårdsorganisationen. Man motiverade detta med att alla som arbetar på vårdcentral, i primärvården, måste ha samma mål och kontaktvägar. Distriktsbarnläkare kom att verka i Alingsås och Lerums primärvårdsdistrikt. I Lerum anställdes den första distriktsbarnläkaren 1976 och ytterligare en 1978. De fick i början en egen fristående mottagning i Pomonaområdet i centrala Lerum.

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

Primärvårdens innehåll och mål

Primärvårdens i Mittenälvsborg verksamheter:

Vårdcentraler med distriktsläkare (allmänläkare och barnläkare) och den personal som arbetade på läkarmottagningarna, distriktsköterskor och barnmorskor med deras

mottagningspersonal, distriktssjukgymnaster och distriktsarbetsterapeuter; Sjukhem, hemsjukvård och så småningom också Tandvården med tillhörande personal.

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

Primärvårdens ansvarsområde var:

- Befolkningens primära behov av hälso- och sjukvård i betjäningsområdet
- Vilket innefattade
- Mottagningsverksamhet
 - Sjukvård i hemmen
 - Sjukhemsvård/dagsjukvård
 - Hälso- och sjukvårdsservice till primärkommunal verksamhet
 - Förebyggande verksamheter

Sjukhemmen och dagsjukvården ingick i primärvårdens ansvar fram till Ädelreformen (år 1992). Primärkommunen fick då ett hälso- och sjukvårdsansvar och därmed tog över sjukhemsverksamheten och de delar av distriktsvården som omfattade hemsjukvård. Till dess hade någon av distriktsläkarna medicinskt ledningsansvar för sjukhemmen och gick regelbunden rond på enheterna och distriktssköterskorna hade haft hemsjukvårdsuppgifter.

Primärvårdsläkare och distriktssköterskor skulle bistå primärkommunen med hälso- och sjukvårdsservice till skolhälsovården, till eventuella alkoholmottagningar och till ålderdomshemmen (om inte verksamheterna hade egen kommunalt anställd personal).

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

Primärvårdens mål var/är:

- Närhet
- Tillgänglighet
- Helhetssyn
- Kontinuitet
- Kvalitet/säkerhet
- Samverkan

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

Vårdcentralen

Basenheten i primärvården är vårdcentralen med distriktsläkare, distriktssköterskor, barnmorskor, distriktsgymnaster, distriktsarbetsarbetsterapeuter och mottagningspersonal som i samarbete tar ett primärt ansvar för befolkningens hälso- och sjukvård inom ett geografiskt avgränsat område i regel på högst 15.000 invånare, en primärkommun eller del av en sådan.

Enligt Socialstyrelsens öppenvårdsprogram skulle det finnas minst en vårdcentral i en kommun eller flera i kommundelar i en stor kommun. Specialiserad vård kunde baseras på en större vårdcentral med förgreningar till mindre vårdcentraler inom primärvårdsområdet. De mindre vårdcentralernas viktigaste uppgift skulle vara att ge närservice i hälso- och sjukvård samt samverka och helst samlokaliseras med andra verksamheter inom vårdsektorn och med

socialvården. Det rent sjukvårdande arbetet förutsattes bli av allmänmedicinsk karaktär med viss specialistmedverkan främst inom barnmedicinen eller utformad som konsultverksamhet för läkare från närmaste större vårdcentral.

Älvsborgslandstinget följde i stort sett dessa intentioner men specialistvårdcentralerna blev istället öppenvårdsmottagningar i anslutning till lasarett. Organisatoriskt lydde dessa under lasarettet och moderklinikerna. Vid lasarettet i Alingsås byggdes den öppna vården ut med specialistmottagningar som skulle betjäna Mittenälvsborgs befolkning och vara stöd till primärvårdsområdenas vårdcentraler. De kom att omfatta gynekologmottagning med två gynekologer, psykiatermottagning med två psykiatrer, ögonmottagning med två ögonläkare och öron- näs- och halsmottagning med två öronläkare. Senare utlokaliseras en psykiatermottagning till Lerum med ett psykiaterteam – läkare, psykolog, sjuksköterska och kurator.

Barnläkare placerades i Alingsås (två) och i Lerum (två), i Lerum organisatoriskt tillhörande primärvården, i Alingsås Barnkliniken i Borås.

Områdesansvar

Provinsialläkaren hade alltid haft områdesansvar i form av avgränsade läkardistrikt. Områdesansvaret innebar en mängd skyldigheter gentemot befolkningen och centrala myndigheter. Han var både folkets tjänare och dess lokala myndighetsperson i hälso- och sjukvårdssammanhang, vilket fastslogs i provinsialläkarinstruktionen.

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

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

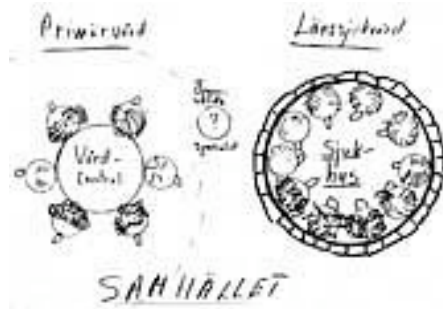
”Each patient lives and works in his or her own community with its own trades and occupations, its own social mores, its own economic and allied resources and its own problems. Each patient and each family must be diagnosed, treated and cared for with due attention and understanding of the special personal,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



Bild: Allmänmedicinarens arbetsfält.

Tillgänglighet

Målsättningen var att vårdcentralen skulle var öppen mot sin befolkning, som lätt skulle kunna nå vårdgivarna. Man fick inte bygga hinder för detta som sjukhusvården alltmer haft benägenhet att göra. Väntelistor och handläggningen av vårdsökandes problem var kända av befolkningen också som dålig tillgänglighet och kunde orsaka medicinska kvalitetsproblem.



Den unga primärvårdens företrädare såg vid den tiden sjukhuset som ett avskräckande exempel med höga murar mot befolkningen. De som av någon anledning lyckats ta sig över muren blev dock mycket väl behandlade men många fick inte möjlighet till behandling.



Primärvårdens ansvar att ständigt vara tillgänglig innebar stora problem. All sjukvårdspersonal hade efter 1970 avtalad veckoarbetstid, vilket innebar att man måste finna nya lösningar för att leva upp till tillgänglighetskravet. En sådan lösning var inrättande av gemensamma mottagningar för flera vårdcentraler på "obekvämtid". Jourcentraler skapades dit befolkningen hänvisades efter "kontorstid". Även dagtid blev tillgängligheten ett problem eftersom resurserna var knappa och befolkningen hade fått löften om att vårdcentralen skulle hjälpa dem med alla hälsoproblem. För Lerums del innebar det att man fick se över sina rutiner speciellt vad gällde tillgängligheten till vårdcentralen och dess personal. Det gjordes i samverkan med Spri (Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings- och rationaliseringsinstitut). Telefontillgänglighet blev en nyckelfråga i sammanhanget. Man strävade mot att befolkningen

skulle kontakta vårdcentralen per telefon för att kunna öka den planerade vården och undvika köerna i väntrummen, som varit provinsialläkartidens verklighet.

Helhetssyn och samverkan

Helhetssyn innebar att primärvården skulle se patienten som en helhet kroppsligt, psykiskt och socialt. Allmänläkaren liksom övriga vårdgivare i primärvården, till skillnad mot organspecialisten vid sjukhuset, skulle ha större möjlighet att i primärvårdsområdet känna patientens närmiljö från vaggan till graven och den sociala strukturen i området. För detta var samverkan mellan olika vårdgivare, kommunala och statliga instanser viktig. Helhetssynen innebar också att sjukdomsdiagnostiken skulle stå på tre ben: Kroppens, Psykets och det Sociala nätverkets. Speciellt det senare skulle primärvårdsläkaren med sitt närkontaktnät kunna tillgodose bättre än organspecialisten.

Kontinuitet

Den gamle provinsialläkaren gav fullständig kontinuitet för sina patienter med tillgänglighet året och dygnet om, som han erbjöd enligt tjänstereglementet. I den nya verkligheten med reglerade arbetstid, längre semestrar, tjänstledigheter och tid för utbildning måste man finna modeller för att ge en tillfredsställande kontinuitet mellan vårdgivare och patient. Hur detta skulle göras kom att bli en följetång under kommande årtionden, en diskussion som ännu i början av 2000-talet inte är avslutad. Olika husläkarmodeller presenterades under åren med för- och nackdelar. De olika modellerna prövades också i olika landsting. Men även utan en husläkarmodell kunde man komma långt i patient-läkarkontinuitet. Det krävdes dock en omsorgsfull planering, flexibel tidbokning och disciplin avseende läkarnas tjänstgöringstider. Lerumsmodellen för vårdplanering, som beskrivs i det följande, var en sådan metod. Lerum hade också en husläkarmodell som i grunden byggde på områdesansvar och den vårdplaneringsmodell som utvecklats där.

Kvalitet

Genom att satsa på vidare- och efterutbildning av personalen skulle vårdens kvalitet säkras på ett bättre sätt än tidigare. Den gamla provinsialläkarorganisationen gav varken tid eller ekonomisk möjlighet till efterutbildning. Behov ökade alltmer i och med att ständigt nya landvinningar kom inom medicinen, som läkarna måste hålla sig à jour med. Provinsialläkarna hade ofta en mångårig sjukhustjänstgöring innan de fick sin tjänst i öppen vård. När yrket blev mindre attraktivt och sjukhustjänsterna ökade kom många av läkarna på 1960-talet att ha kort sjukhustjänstgöring. En ny läkarutbildning infördes för att ge bättre bakgrund till distrikts-/allmänläkarbanan. Dels skulle alla läkare före legitimation gå en 18 månaders allmäntjänstgöring (AT-läkare) varav sex månader vid primärvårdsenhet dels infördes en fortsatt vidareutbildning (FV-tjänstgöring) under 3 – 4 år för att få verka som specialist med egenansvar. Allmänmedicinen blev då en specialitet bland andra. Dessutom satsades lokalt på regelbunden efterutbildning för distriktsläkarna. En sådan lokal efterutbildning initierades i Mittenälvsborg med ett utvecklingsarbete som drevs från Lerums primärvårdsområde.

LERUMS LÄKARDISTRIKT BILDAS

Sjukvårdsstyrelsen i Älvsborgslandstinget beslöt att f o m 1 januari 1970 skulle läkardistriktens gränser följa kommunblockens. För Lerums del innebar detta att Lerums dåvarande kommun, Stora Lundby och Skallsjö kommuner geografiskt blev ett läkardistrikt. Församlingarna i kommunen var Lerum, Skallsjö, Stora Lundby och Östad. Tätorterna Lerum, Floda och Gråbo.



Sjukvårdsavdelningens Agne Svensson skrev den 20 febr. 1969 i "Redogörelse för provinsialläkarorganisationen i Lerums kommun" bl.a. :

"De nuvarande läkarna är stationerade i Gråbo (en tjänst), Lerum (tre tjänster varav en extra) samt Alingsås (en tjänst)....I Lerum uppföres för närvarande en treläkarstation vid det s.k. Hälsohuset i Lerums centrum, som beräknas vara färdigställd omkring årsskiftet 1969/70, varvid den nuvarande verksamheten, som bedrivs i en tvåläkarstation i Lerums centrum, en enläkarstation vid Västergårdsskolan i Lerum (Pomona) kommer att sammanföras dit.Behovet av provinsialläkartjänster för Lerums läkardistrikt beräknas till sju tjänster. Då landstinget är beroende av socialstyrelsens tilldelning av provinsialläkartjänster torde man få utgå från att det beräknade behovet av tjänster kommer att tillgodoses successivt,

varför ett omedelbart ställningstagande till samtliga tjänsters lokalisering inte erfordras....Inom kommunen sker befolkningstillväxten i första hand inom Lerums, Gråbo och Floda samhällen, varför en läkares stationering i Floda anses motiverad.”

Så blev det. 1970 flyttar tre läkare in i det nya Hälsohuset vid Brobacken i Lerum. Det blev landstingets första egentliga Vårdcentral med läkare, distriktssköterskor, barnmorska och tandläkare i samma hus. 1973 byggs Pomona om till en tvåläkarstation, men eftersom det var svårt att rekrytera läkare kunde inte den kapaciteten utnyttjas fullt ut. Patienttrycket var stort på de tillgängliga läkarna. 1976 öppnas en vårdcentral i Floda centrum. Den nya jourcentralen i Alingsås öppnade 1970 vid Södra Ringgatan invid Lasarettet. Den inrättades för att lösa jourproblematiken och fick ta emot patienter som vårdcentralerna ej haft resurser att ta emot under dagtid. Befolkningen och vårdpersonalen frustrerades av ”svikna löften” om god primärvård. Redan 1971 bereddes plats för en av de i primärvården nya underläkarna. Lerums vårdcentral hade blivit utbildningsvårdcentral.

Den första läkarstationen i Lerum

Lerums första läkarmottagning, som byggdes 1944, låg i en av två tvåvåningslängor invid järnvägsstationen och den dåvarande brandstationen. I denna länga fanns i bottenvåningen läkarmottagningen med Dr Nyman 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. Om denna läkarstation där Dr Nyman, Lerums förste provinsialläkare, var stationerad berättas mer om i del 1.



Vid sidan om den gamla läkarstationen på Brobacken i Lerum. Rakt fram det gamla apoteket, som senare blev socialkontor.

Det gamla 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. 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.

Pomona läkarstation i Lerum

För att kunna förstärka läkarbemanningen i det snabbt växande Lerum byggdes, som man då trodde, en provisorisk enläkarstation vid Västergårdsskolan i Lerum (Pomona). När det visade sig att Hälsohusets läkare inte räckte till utökades mottagningen till en två-läkarmottagning år 1973. Efterhand som vårdcentraler tillkom i Floda år 1976 och i Gråbo år 1978 fick Pomona istället tjänstgöra som distriktsbarnläkarmottagning med Ingegerd Emrén som första läkare där (1976). Det växande gymnasiet i Lerum behövde lokalerna och år 1982, som ersattes av en provisorisk mottagning i barackutförande på Pomonaområdet. Detta i avvaktan på Lerums nya vårdcentral vid Göteborgsvägen vilken invigdes år 1985.

Gråbo läkarstation före 1978

Hur den gamla läkarstationen, invid korsningen västgötabanan och Lundbyvägen, fungerade före 1970 berättas om i del 1.

Då Bengt Dahlin 1970 som vårdcentralchef flyttade från Gråbo läkarstation till den nya vårdcentralen i Hälsohuset i Lerum kom Erik Söderbergh direkt från Ndolage Hospital i Tanzania till Gråbo vårdcentral. Olof Wik, som kom efter Erik Söderberg, minns.

"Jag började i Gråbo 18 april 1977 och blev efter c:a 6 mån ordinarie distriktsläkare (utan direkthandledning). Jag avlöste Helge Berndtsson som vikarierade i Gråbo efter det att Erik Söderberg flyttat till Vårgårda. Under 1 års tid arbetade jag på den gamla enläkarstationen (provinsialläkarbostadens annex). Korta perioder stödd av olika kolleger men oftast ensam. I mångt och mycket var arbetssättet som det är fortfarande. Mottagningsarbetet dominerade och inte mycket tid fanns för förebyggande arbete, vilket man dock ofta diskuterade. R/P blanketten blev jag bekant med och insåg efterhand fördelarna med planering av verksamheten. Rolig tid var det men lite ensam kände jag mig efter alla års utbildning på olika kliniker. Hade god hjälp av Anne-Marie Gustavsson, Anita Andersson m fl."



Olof Wik vid skrivbordet i läkarexpeditionen. I bakgrunden dörr in till läkarbostaden.



Personal vid Gråbo läkarstation i korridor. Dörr öppen mot behandlingsrum.



Gynekologundersökningsstol i behandlingsrummet. Användes också "hopfäld" som kirurgbehandlingsbord. Anita Andersson assisterade här.

DEN FÖRSTA VÅRDCENTRALEN – HÄLSOHUSET PÅ BROBACKEN

Lerums kommun, liksom de andra kommuner som ingick i Älvsborgslandstinget, var geografiska områden som betecknades som primärvårdsområden. I primärvårdsområdet skulle finnas minst en vårdcentral. I vårdcentralen skulle all primärvård i betjäningsområdet samlokaliseras. Om möjligt skulle också annan vård i området förläggas i anslutning till vårdcentralen. I det 1969 nyuppförda Hälsohuset på platsen för den gamla läkarmottagningen vid Brobacken i centrala Lerum inrymdes i två plan. I plan två en treläkarstation, i plan ett distriktssköterskor och barnmorskor med sina mottagningar inklusive barn – och mödrahälsovård. I huset fanns dessutom folktandvården liksom socialtjänst, skolkontor och delar av kommunadministrationen. Apoteket flyttade också över från de gamla lokalerna till Hälsohusets gatuplan mot Brobacken. Denna samlokalisering gjorde att man kunde beteckna Hälsohuset som Mittenälvsborgs första egentliga vårdcentral.



Brobackens treläkarstation



Den nya vårdcentralen i Lerum 1970 syns i bakgrunden. I förgrunden det gamla apoteket som flyttade till det nya huset. Det gamla huset togs över av socialkontoret.

I andra våningen av Hälsohuset inrymdes läkarstationen, som var planerad för tre provinsialläkare. Planlösningen innebar att varje läkare hade en expedition med ett undersökningsrum på vardera sidan. Utrymmena avgränsades mot de gemensamma utrymmena av dörrar. På så sätt blev läkarna ganska isolerade nästan som – tre ”enläkarstationer” i vårdcentralen. Gemensamma utrymmen var: Reception, väntrum, två behandlingsrum, laboratorium samt förråd och ett extrarum som snart fylldes upp av en underläkare. Bemanningen var under åren tre ordinarie läkare (Bengt Dahlin, Gunnar Hedelin och Bengt-Ivar Nöjd) och en AT-läkare, sjuksköterskor som tjänstgjort var (Ulla Blomberg, Maria Thomasson,

Margareta Carlsson, Margareta Svanlund, Gunnel Klofsten), en laboratorieassistent (Birgitta Johansson/Nilsson), sjukvårdsbiträden (Gunnel Börjesson, Barbro Moberg) samt läkarsekreterare (först Britt Luvö, senare Lisbeth Odqvist) och kontorister (Ingrid Eliasson och Margareta Andersson). Teamet fungerade väl tillsammans.

Gunnar Hedelin minns:

"Läkarstationen Brobacken öppnades våren 1970. Det var en treläkarstation med plats även för en underläkare. Chef var Bengt Dahlin och dessutom tjänstgjorde Bengt-Ivar Nöjd och Gunnar Hedelin. Den sistnämnde tog över chefskapet när Bengt Dahlin under den andra delen av 70-talet blev blockchef för Södra Älvsborgs Primärvård.

Förutom sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare hade redan vid starten 1970 en laboratorieassistent. Anmärkningsvärt var också att vi hade egen röntgenapparat med genomlysning, samt rörpost mellan kassan och läkarexpeditionerna.

Mottagningen präglades av många läkarbesök och inte särskilt utpräglat teamarbete. Dock hade vi både en blodtrycks- och en urindispensär. Vi hade många jourpatienter varje dag- i övrigt var väntetiden för ett läkarbesök ofta minst cirka en månad. 1977 genomförde vi projektet Löpande vårdplanering, som innebar en strukturerad prioritering bl.a. med fyra olika kategorier av brådskegrader i våra tidböcker. Det ledde till en mycket mer balanserad och välplanerad mottagning. Mer om Lerumsmodellen på annan plats."

Också Bengt-Ivar Nöjd har minnen att berätta:

"Trots att det är mer än 30 år sedan minns jag åren på treläkarstationen mycket bra. Det var fem mycket roliga och lärorika år. Gunnar, Bengt och jag utgjorde basen. Vi hade oftast en AT- eller FV-läkare till hjälp (mestadels hjälp - ibland belastning). Eftersom Bengt även var blockchef hade vi ersättare för den tid han var borta från mottagningen bl.a. tjänstgjorde Bengt Rydén, Lasse Hedström och Per Robert Johansson.

Epokgörande utvecklingsarbete utfördes i samarbete med SPRI, vi tog fram den s.k. Lerumsmodellen, som sedan spreds över landet. Väntelistorna avskaffades arbetet löpte friktionsfritt och patienterna var belättna. Genom den "lokala rehabgruppen" stärktes samarbetet med Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialtjänsten. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter blev naturliga samarbetspartners. Vi tre läkare led ej av stressymtom trots att vi även skötte alla bisysslor, BVC, skolor, ålderdomshem och sjukhem, samtidigt som patientgenomströmningen var stor.

En av oss var "dagjour", men vi hjälptes åt. Jag minns en måndagsförmiddag då anstormningen var särskilt stor, tillsammans klarade vi av 50 akutfall under förmiddagen. P.g.a. att vi hjälptes åt kunde vi äta lunch tillsammans. Men det var inte bara vi tre läkare som skötte det hela, vi hade mycket bra medarbetare i sjuksköterskor, undersköterskor, biträden och sekreterare. Samarbetet med distriktssköterskorna fungerade också mycket bra.

Synd att den modell vi gemensamt byggde på Brobacken har raserats. Vad finns kvar av primärvårdens "närhet, kontinuitet och kvalitet"?"

Primärvårdsblocket

Bakgrund

När landstingets administration delades i två sjukvårdsdistrikt 1970 med var sin sjukvårdsnämnd och distriktschef, läkare, (den förste Arne Aldman därefter Nils Ternér) diskuterades och beslöts efter några år att indela verksamheterna i funktionella block 1972. I de första förslagen om hur blocken skulle sättas samman ansågs att primärvården borde ingå i sjukhusets medicinblock. Företrädarna för provinsialläkarna sedermera primärvården, Torsten Andrén, Dalsjöfors och Bengt Dahlin, Gråbo, argumenterade för ett eget block, vilket det också blev efter en del förhandlingar. I södra sjukvårdsdistriktet blev vi ett av 10 block. Den första blockledning blev: Bengt Dahlin blockchef, Inga-Britt Borén blockföreståndare, handläggare av mödra- och barnhälsovård var Inga-Maj Håkansson och personalassistent Gunnel Hernqvist. Löner och andra övergripande administrativa frågor handlades av södra distriktets gemensamma administration.

För att hålla ihop primärvården i södra och norra sjukvårdsdistriktet hade blockledningarna i de bägge distrikten nära kontakt med varann då gemensamma landstingsfrågor dryftades (SÖV-gruppen). I den nya organisationen hade provinsialläkarna fått en representant i landstingets sjukvårdsstyrelse, Torsten Andrén, som hade att bevaka fackliga frågor. För att få gehör för primärvårdens övriga frågor fick primärvårdsledningarna tillsammans (SÖV-gruppen) möjlighet

att vara ”remiss- och förslagsinstans” till sjukvårdsstyrelsen. Inte minst var detta en nödvändighet då primärvården växte snabbt och många nya vårdcentraler planerades, byggdes och startades. Detta sågs inte med blida ögon av sjukhusspecialisterna som inte hade motsvarande direktkontakt med den centrala administrationen.

Den första tiden

Bengt Dahlin blev som nämnts förste blockchef i södra distriktets primärvårdsblock. Det första som gällde var att få samhörighetskänsla mellan de tidigare mycket självständigt arbetande enheterna, oftast enläkarstationer. För det andra var det viktigt att bland de övriga (nio) blockcheferna få förståelse för primärvårdens villkor och möjligheter. Blockcheferna hade månatliga möten med sjukvårdschefen då man informerades och informerades varann om verksamheten i södra sjukvårdsdistriktet. Mötena förberedde också frågor som skulle upp till beslut i direktionen, där sjukvårdschefen var föredragande. Primärvården som var under utveckling och hade starkt stöd från centrala politiker och förvaltningar sågs i resurshänseende som ett hot. När så småningom de större vårdcentralerna fick behov av specialister i öppenvård utanför sjukhuset så blev det en strid om de skulle tillhöra primärvårdsblocket eller den klinik som representerade specialiteten. För det mesta blev tillhörigheten sjukhusklinikens med undantag för barnspecialisterna. Perifert som i Lerum lyckades konststycket att få barnläkaren där med tjänstekonstruktionen barndistriktsläkare med tillhörighet till primärvårdsblocket. Om barn- och mödravården var det samma dragkamp. Den slutade med att verksamheterna skulle tillhöra primärvården men i Borås ha en barnhälsoöverläkare och en mödrahälsoöverläkare, som ansvarade för metodutveckling och utbildning av personalen.

Snabbt organiserades regelbundna blockmöten, då blockledningen samlade representanter för de olika verksamheterna för information och diskussion av olika ärenden. Då blocket växte med större enheter och därtill kommande fler personal, kändes en decentralisering av administrationen nödvändig. Primärvårdsblocket delades in i fyra administrativa enheter med decentraliserad personaladministration, lokala primärvårdsföreståndare och distriktsöverläkare. En av dessa enheter var Mittenälvsborg med kansliet på Södra Ringgatan i Alingsås. Blockchefen och blockföreståndaren hade därmed en mer hanterlig ”ledningsgrupp” med distriktsöverläkare och primärvårdsföreståndare. De stora blockmötena samlades endast halvårsvis. Distriktsöverläkare och primärvårdsföreståndarna tog över informations- och diskussionsansvaret i sina områden.

Primärvårdsjouren

Bakgrund

Fram till 1970 delade distriktsläkarna jourtjänsten inom relativt små områden med en eller två kommuner. Ett av dessa var Lerum och Stora Lundby dåvarande kommuner med tre distriktsläkare i jourkedjan. Läkarna var i beredskap i hemmet. Man gjorde ofta hembesök. Många problem löstes dock genom ställningstagande och rådgivning per telefon.

Reglerade arbetstid på 42,5 timmar och kompensationsersättning för övertid infördes för läkarna 1969. Men man förutsatte dock att läkarnas sjukvårdsprestationer skulle bibehållas oförändrade. Det var uppenbart att så inte skulle kunna ske då arbetstiden för de flesta provinsialläkare sedan länge hade varit närmare 60 timmar per vecka inklusive jourtjänst. Med det fåtal distriktsläkare som då fanns skulle allt för stor del av deras tid måst läggas på jourtjänst om man behållit en starkt decentraliserad jourorganisation. Då arbetstiden också schemalades, och provinsialläkarna fick ”kontorstid” innebar det att jourtjänsten fick centraliseras till ”Jourcentraler”.

Jourcentralen i Alingsås

Jourcentralen för Mellanälvsborg startade 1970-09-01 och förlades till en nyöppnad vårdcentral på Södra Ringgatan invid lasarettet i Alingsås. Som kuriosum kan nämnas att första ärendet som förste jourhavande läkaren (Bengt Dahlin) fick var ett polisärende med ”hembesök”, en man som gasat ihjäl sig i sin bil i ett garage. Trots att ärendet tog tid var det inte

många väntande patienter i väntrummet. Jourcentralen var då ännu inte etablerade i befolkningens vanor vilket den senare blev.

Deltagande i jouden vid Jourcentralen var allmänläkarna i Alingsås, Herrljunga, Lerum och Vårgårda kommuner. Jourcentralen var öppen vardagar kl. 17-08 samt lördag och söndag kl. 08-08. 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. Om detta berättas på annat ställe. Under helgerna anställdes under många år som regel jourvikarier för att minska jourkompensationsuttaget under arbetsdagarna för distriktsläkarna. Jourvikarierna var prestationsersatta.

EN UTVECKLINGSVÅRD CENTRAL, BROBACKEN I LERUM

Brobackens läkarstation 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. Genom att stationen fick den första laboratorieassistenten i primärvården ökades kontakterna med centrallaboratoriet i Borås för kvalitetssäkring av provtagningarna. En urindispensär organiserades och urinodlingar gjordes lokalt med nyutvecklad teknik. Sjuksköterska engagerades i en blodtrycksdispensär. Samarbetet med sjukhemmet i Lerum resulterade i en för dåtiden unik dietistverksamhet vid vårdcentral. Läkarstationen tog som ett första steg upp ett samarbete med SPRI (då ”Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings- och rationaliseringsinstitut) för att målinriktat se över sin verksamhet i den nya organisationen.

Ett av de första projekten blev att utveckla ett nytt besöksplaneringssystem kopplat till sjukvårdsupplysning (se nästa avsnitt). I Lerumsdistriktet fortsatte sedan samarbetet med Spri under många år och med många projekt inom framför allt informationsbehandling som ”problemorienterad journalföring” och en första heltäckande ”datorjournal”. Samverkan togs med försäkringskassan i Lerum och Rehabkliniken i Borås i ett projekt kring långtidssjukskrivningens problematik. I senare delen av 1980-talet formaliserades utvecklingsarbetet i bildandet av en FoU-enhet (Forsknings- och Utvecklingsenhet) – se detta avsnitt. Detta stimulerade kontakten med den nybildade Allmänmedicinska institutionen vid Medicinska fakulteten, Göteborgs universitet. Läkarnas fortbildningsproblematik uppmärksammades och former för detta utvecklades i samverkan med Ulla Riis och Lennart Råstam. Om allt detta redogörs senare i denna del av vårt projekt. Även läkarnas grundutbildning kom att engagera Lerums- och Alingsåsläkarna med deltagandet i ett förändringsarbete vid medicinska fakulteten, Konsultationskursen” – som beskrivs senare.

Älvsborgslandstinget prövade också nya former för primärvårdens organisation. För Lerums del innebar det att primärvårdsområdet under några år fick en egen lokal direktions och egen administration, vilket underlättade beslutsgångarna och bidrog till ett positivt lokalt utvecklingsarbete.

Brobackens vårdcentral och dess många aktiviteter uppmärksammades både i lokalpressen och i annan press. Landstingets Tidskrift var en av dessa.
Ur Landstingets tidskrift nr 4/76

Läkarstationen i Lerum visar vägen

Patientvänligare och effektivare men inte dyrare

Man tager vad man haver.

Det receptet ur Kajsa Wargs kokbok — ryktbart och ständigt citerat — har man följt vid läkarstationen i Lerums tätort i Älvsborgs län. Och det är sannerligen inte lite man åstadkommit utan att nämnvärt ha fått resursramarna vidgade. Vilket bör låta som musik inte bara för ekonomiskt hårt trängda politiker utan för oss alla.

Låt oss börja med en sammanfattning:

- Ett system för patientbesöken som skalar bort en massa onödig väntetid, gör vårdpersonalens arbete effektivare samtidigt som det av allt att döma medger bättre kontakt mellan läkare och patient. Bl a möjligheten att bli behandlad av samma läkare under hela sjukdomsförloppet så länge detta klaras inom den öppna vården.
- En blodtryckskontroll som effektivare än tidigare och utan att i onödan tynga på knappa läkarresurser övervakar och spårar upp detta allt vanligare sjukdomsfält.
- En dietistverksamhet som varje år fått ett

hundratal nya förstugångsbesökare. Ekonomiföreståndaren vid sjukhemmet har kunnat sätta av en halv arbetsdag av sin ordinarie tid för att översätta läkarens kalorier, proteiner och vitaminer till morötter, lättmjölk och sockerfria anrättningar. Till glädje för diabetiker, patienter med för högt blodfett och helt vanliga tjockisar som lagt sig till med för mycket av kroppslig pondus.

- En urindispensär för att smidigt kolla urinvägsinfektioner, kanske främst att behandlet går som det ska, och ge snabb möjlighet till nya åtgärder om det skulle visa sig att ett återfall är på väg.
- Kvällsöppet — visserligen bara en dag i veckan men i alla fall.
- Foton och namn på personalen i väntrummet. En detalj, en småttighet. Javisst, men ännu ett tecken på att man försöker se verksamheten med patienternas ögon.

Som synes av sammanfattningen i Landstingets tidning var det många delmoment som ingick i utvecklingen av Brobackens läkarstation, alla med mål att ge bättre och säkrare service till betjäningssamfundets innevånare. Problemen var många när stationen startade 1970 men personalen var entusiastisk och ville lösa problemen på bästa sätt.

För att informera befolkningen/patienterna om verksamheten vid Brobackens vårdcentral gjordes en posterutställning. Bilder från denna om olika verksamheter visas i det följande.

Laboratorieutveckling, Lerum föregångare i primärvården

Projekt om snabbodling för UVI-diagnostik tillsammans med James Denford, Bakt.lab, Borås på Brobacken i mitten på 1970-talet.



50 LITER BLOD GICK ÄT TILL BLODPROVER

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

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



SKILLER SÄKERHETEN I
- FÖR ALLA SÄKERHETEN
- HÄLSAN!!!

URINDISPENSÄR FÖR BÄTTRE KONTROLLER

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

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

Urinvägskontroll uppskattad service

Dispensärverksamhet inriktad på urinvägssjukdomar har bedrivits vid läkarstationen i Lerum sedan 1971. Den sköts helt av en laboratorieassistent, som ägnar två timmar varje tisdag och onsdagsförmiddag åt kontrolltagning och provavläsning.

De flesta av patienterna är kvinnor. Bland dem kommer de flesta i småflicksåldern och i åldersgruppen 30—40 år. Bland männen är åldersfördelningen ganska jämn med en viss ökning i åldern efter 60 år.

Bland dem som inte fullföljer kontrollerna hittar man en dominerande grupp i åldrarna 20—40 år. I gruppen kvinnor 20—30 år är uppföljningen mycket dålig. I en undersökning omfattande 274 kontrollerade patienter har antalet recidiv uppgått till ett 30-tal.

Man har försökt fånga upp vad patienterna tycker om verksamheten. Det skedde i en slumpvis utvald grupp som kom för kontroll. Som väl var att vänta hade de en positiv inställning. Intressantare var kanske att de nästan alla gillade den besökstid de hade tilldelats.

Specialmottagningar Blodtrycksdispensär



BLODTRYCKSDISPENSÄR FÖR EFFEKTIV BEHANDLING

Blodtryckssjukdomen är mycket vanlig. På dispensärer mäter en sjuksköterska blodtrycket mellan läkarbesöken. Läkaren får på så sätt bättre underlag för behandlingen och patienten får regelbunden kontakt med samma personal. Dessutom slipper man en del läkarbesök. Under förra året gjorde sjuksköterskan 1.735 blodtryckskontroller.

Ur landstingets tidskrift april 1976



□ Det känns tryggt att träffa samma läkare. Vi har god kontakt. Han har tid att lyssna, säger patienten fru Viola Koskeniemi, som här undersöks av dr Gunnar Hedelin.

Motion var också ett tema

Motion? Givetvis!

Har man sagt A måste man säga B.
Har man sagt kost, måste man också
säga motion . . .

Som en komplettering av kostråd-
givningen har Lerums läkarstation se-
dan hösten 1974 drivit särskild mo-
tionsverksamhet. Tisdag, onsdag, tors-
dag och sedan hösten 1975 också lör-
dag är motionerandet igång en dryg
timma per dag. Modarrangör är Skid-
och friluftsförbundet.

Första året deltog 26 personer.
Bättre syreupptagningsförmåga och
tappade kilon — så kan resultatet ut-
läsas. I genomsnitt gick vikten ned 8,2
kilo.

Motionsverksamheten har ett klart
värde för patientens såväl fysiska som
psykiska välbefinnande, säger läkarna i
en utvärdering. Och det tycker patient-
erna också fast med ett annat ordval.

Om också patient 22 delar den upp-
fattningen, vågar vi dock inte gå i god
för. Han/hon bryter mot mönstret. Han
nämligen som den enda i ett patient-
register på 26 ökat på sin vikt. 67,6
kilo vid motionsstarten — 68,9 vid det
aktuella mätillfället. Fast sedan starten
för kostrådgivningen hade patient 22
minskat tre kilo!



MOTION FÖR BÄTTRE FORM

För alla patienter som söker för-
verksamhet vid Brobackens lä-
Jonsson från Skid- och friluftss-
ningen, som är utomhus på 1 tim!

Efter 3 månader har deltagarna
4 kg per person.

Många har blivit så bitna av moti-
om varaktig viktnedgång, vilket
andra bantningskurer.

Landstinget utvärderar också de
kunna starta liknande på andra hi

Kostrådgivning ingick i arsenalen



DIETIST FÖR LÄMPLIG MAT

Brobacken läkarstation är hittills den enda i landstinget som har dietist. Marianne Forén heter hon som ger råd om lämplig mat framför allt till

sockersjuka patienter

patienter med för mycket blodfettämnen – tex kolesterol

patienter som väger för mycket

Patienterna remitteras till henne från distriktsläkarna i läkardistriktet.

Marianne Forén, som annars är ekonomiföreståndare på Tuvängens sjukhem i Lerum, finns på läkarstationen som dietrådgivare torsdag kl 12.30–16.30. Hon har telefonid torsdag kl 12.30–13.00.

Resultaten är mycket goda. Landstinget utvärderar för närvarande verksamheten för att kunna starta liknande på andra håll.

Ur landstingets tidskrift april 1976

Ekonomiföreståndaren ingår i vårdlaget – som dietist

Columbi ägg! frestas man utropa över det sätt på vilket man på läkarstationen i Lerum löst dietistfrågan. Detta sagt trots att de kolesterolfarliga äggen kanske är något av ett rött skycke för en sann dietist.

Dietistverksamheten har blivit en del av ekonomiföreståndarjänsten vid sjukhemmet i Lerum. Patienterna vid läkarstationen har runnit en dietist, ekonomiföreståndarinnan har fått ännu ett intressant arbetsfält.

Vid en rad i många fall livslånga sjukdomstillstånd – diabetes, njursvaget, hjärt- och kärlsjukdomar och övervikt – spelar kostfrågorna som bekant en vä-

sentlig roll i den medicinska behandlingen. Rätt kost kan förhindra onödig sjukhusvistelse och kort sagt, göra livet drägligare för den sjuke.

Nu ingår ekonomiföreståndaren som dietist viss tid per vecka i vårdlaget på läkarstationen.

Kostrådgivning sker endast efter remiss och står under överinseende av läkare. Ett personligt matsedelsförslag görs och sedan följer kontakt per telefon eller genom återbesök, ibland i anslutning till besök hos läkare. Patienter med viktproblem kontrolleras varannan vecka.

Antalet nya patienter per år har legat

strax under 100. Fördelningen framgår av följande siffror för 1974: 16 diabetespatienter, 23 med för högt blodfett, 46 med viktproblem.

Läkaren och dietisten har funnit att verksamheten haft en gynnsam betydelse i cirka hälften av fallen, 80 procent av patienterna tycker att rådgivningen varit av värde och inte fått lika stor andel menar att hälsotillståndet har påverkats positivt.

På läkarstationen i Lerum tycker man bl a att på orter där det finns sjukhem med en dietistutbildad ekonomiföreståndare bör man söka utnyttja dennes kunskaper.

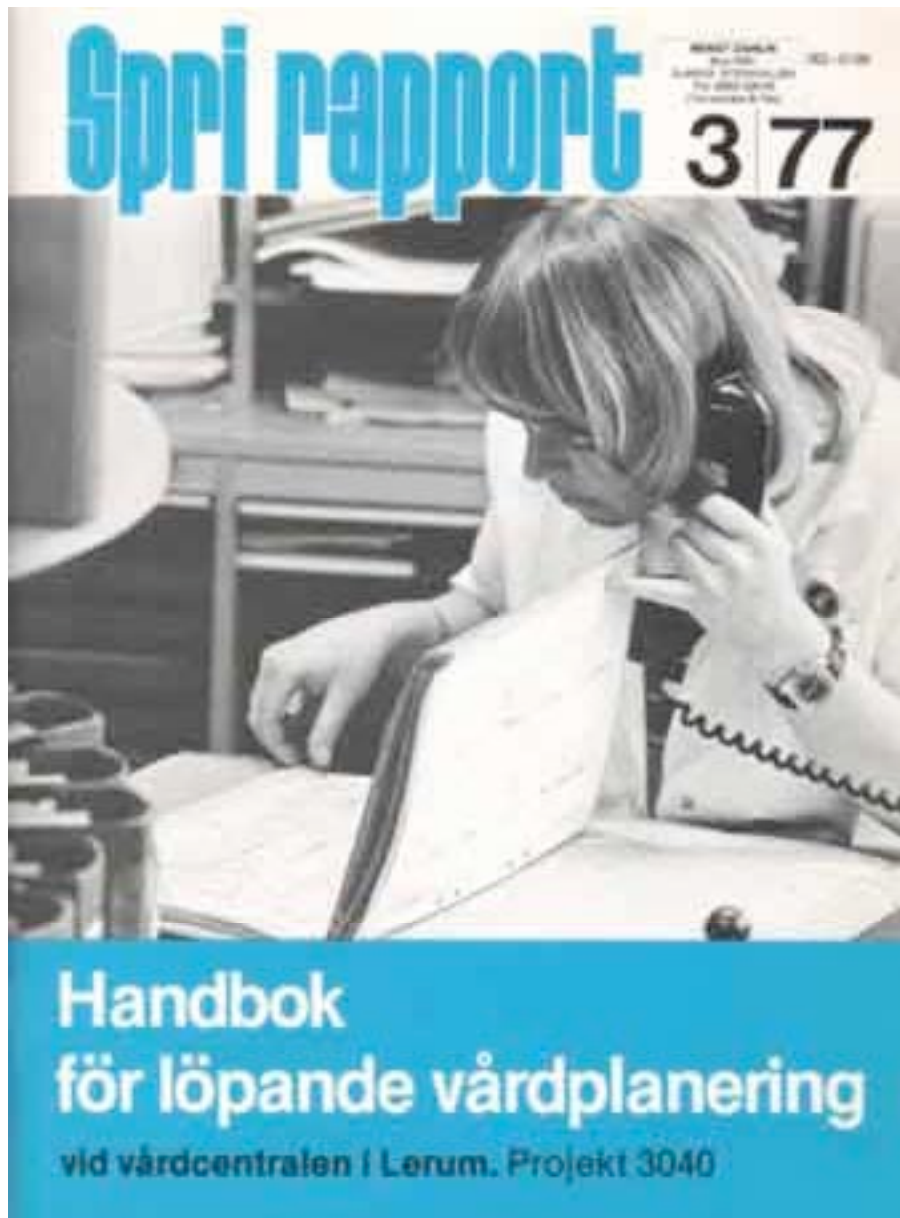
”LERUMSMODELLEN”

– som blev vårdplaneringsmodell för hela Sverige

Det största problemet för den nya vårdcentralen i Lerum var att efterfrågan på vård var större än det fanns personalresurser för. Köerna växte till läkarmottagningen. Telefonen blockerades. Men inte bara det. Folk tyckte att det var svårt att hitta rätt, nå fram, få tala med sjukvårdskunnig person, få hjälp. Många tyckte att väntetiden före ett besök var för lång. Ett vanligt system var att ha långa väntelister, där man av kontorist placerades sist i kön allt eftersom man kontaktat vårdenheten. Väntetiden i väntrummet upplevdes ofta alltför lång, inte minst då tidsbeställning inte införts. Att inte få träffa samma läkare som vid tidigare besök var irriterande, då man fick upprepa sin sjukdomshistoria gång på gång. Ytterligare ett missnöje var att upprepade gånger från telefonkontakten till på mottagningen (kassörskan, provtagningspersonalen, läkaren) få svara på frågan ”Vad söker ni för?”

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

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



Primärvårdens uppgift var att ta ansvar för hälsotillståndet hos betjäningsområdets befolkning och se till att de människor som kontaktar vårdcentralen fick den vård de behövde och som sjukvården kunde erbjuda. Detta liksom primärvårdens mål, tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet, blev också vårdplaneringsprojektets mål.

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

- det skulle vara lätt att komma fram per telefon och få tala med en sjukvårdskunnig person och att få hjälp. ”Alla som sökte vård skulle i princip omedelbart kunna få kontakt med sjukvårdskunnig person och därigenom hjälp att ordna erforderliga kontakter”. Detta innebar vårdansvar med hög tillgänglighet.

- väntetiderna hemma för besök på enheten skulle vara acceptabla med hänsyn till problemets art. En patient som kan vänta någon dag skulle inte tvingas uppsöka en annan mottagning på grund av oro för problemet.
- patienten skulle vanligen få träffa ”rätt” läkare d. v. s. den som hon träffat förut eller den som är speciellt kompetent att ta hand om problemet. Patient/läkarkontinuitet.
- väntetiden i väntrummet skulle vara kort och anpassa till vårdbehovet.
- patienten skulle på alla sätt få god service.

Viktiga delar i planeringen var:

- Hur vårdcentralen mötte vårdsökande – patientmottagarfunktionen.
- Informations- och bokningssystemet.
- Ledningens planering för hur vårdcentralen med tillgängliga resurser skulle klara de besök man åtagit sig och hur den skulle möta nya vårdsökande.

De redskap man utvecklade för att nå målen var:

- Patientmottagarfunktionen
- Registret ”Kontaktorsaker – åtgärder”, som angav vilken åtgärd som normalt bör väljas för olika orsaker/problem patienten uppger vid kontakten med vårdcentralen.
- En brådskegradsindelning beroende av problemets karaktär.
- Ett vård- och resursplaneringskoncept till ledningens hjälp att planera mottagningstiderna.
- En registrerings- och planeringsblankett (R/P-blankett) där all information samlades från patientens kontakt med patientmottagaren, genom mottagningsbesökets olika faser och till planeringen av nästa besök.

Befolkningsansvaret – Tillgängligheten

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

Ett exempel som kan illustrera detta:

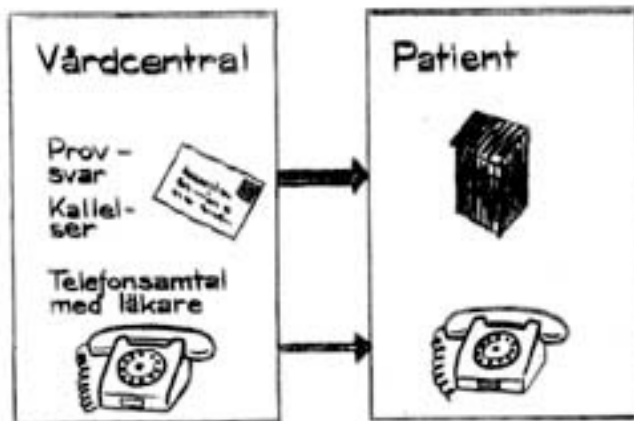
En vårdcentral A botar kanske 50% av sina patienter medan vårdcentral B endast botar 25%. Å andra sidan har vårdcentral B ett effektivare vårdplaneringssystem där 60% av alla hälsoproblem i befolkningen tas emot. På vårdcentral A tar man endast emot 20% av befolkningen med hälsoproblem. Detta innebär att vårdcentral A botar 10% ($50\% \times 20\%$) av hälsoproblemen i befolkningen medan vårdcentral B botar 15% ($25\% \times 60\%$) i sitt upptagningsområde.

Telefontillgänglighet

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

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

Av samma anledning för att minska inkommande telefonsamtal beslutades återbesöken utan telefonkontakt. Man kallade återbesökspatienter per brev. Om återbesöket var inom ”planeringshorisonten” d. v. s. den tid då man kunde planera besöken på mottagningen då läkarnas tider var bokningsbara, fick patienten omgående sin återbesökstid. Man sände provsvar per brev enligt särskilt formulär.



Telefonbelastningen 1973 vid Brobackens läkarstation, före införande av Löpande vårdplanering, var 755 inkommande samtal per vecka. Efter införande i oktober 1976 var de inkommande samtalen 509 st. – en minskning med cirka 50 samtal per dag.

En undersökning en vecka 1977 över tillgängligheten per telefon visade att samtliga telefonlinjer var upptagna i genomsnitt 5 % av öppethållandetiden. Flest samtal fanns måndag förmiddag. En motsvarande studie i Borås samma vecka visade att 70% av samtalen inte omgående kunde komma i kontakt med mottagningen.

Akutansvar

De som är bosatta eller vistas i distriktet och är i behov av omedelbar vård åligger det distriktsläkaren att meddela enskild läkarvård, eller

Alla som söker vård skall i princip omedelbart kunna få kontakt med sjukvårdskunnig person och därigenom hjälp att ordna erforderliga kontakter.



Patientmottagarfunktionen

Patientmottagaren, d.v.s. den som har första kontakten med patienten och patientproblemen, var en nyckelperson i vårdplaneringen och i möjligheten att leva upp till primärvårdsmålet – tillgänglighet till vården. Den vårdsökande skulle utan besvär och dröjsmål kunna få kontakt med sjukvårdskunnig person (sjuksköterska) under hela den tid mottagningen är öppen. Patientmottagarens till uppgift är att göra en första bedömning av den vårdsökandes besvär/problem/symtom. Med ledning av detta, sin kunskap och det överenskomna åtgärdsregistret fatta beslut om handläggningen av patientens problem. Det kunde bli råd för egenvård, besök på mottagningen till sjuksköterska eller läkare med den brådskegrad åtgärden fordrade, överlåtelse av beslutet till läkare eller hänvisning till annan vårdinstans t.ex. sjukhusklinik. De flesta problemen löstes med enkel rådgivning eller besök hos sjuksköterska. Hänvisningsrutinerna var överenskomna med respektive klinik.

Ett exempel på överenskommelse med lasarettsmottagning:

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

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

Utbildning av patientmottagare med underlagsmaterial i form av "Instruktionspärm för sjuksköterska med rådgivnings- och hänvisningsfunktion" togs fram. Eftersom flera sjukvårdshuvudmän satsade på jourcentraler och "sjukvårdsupplysning" med sjuksköterska som första kontaktperson i vården kom Socialstyrelsen med anvisningar för denna funktion. Anvisningarna reglerade sjuksköterskans ansvarsområde och kontakten med läkare.



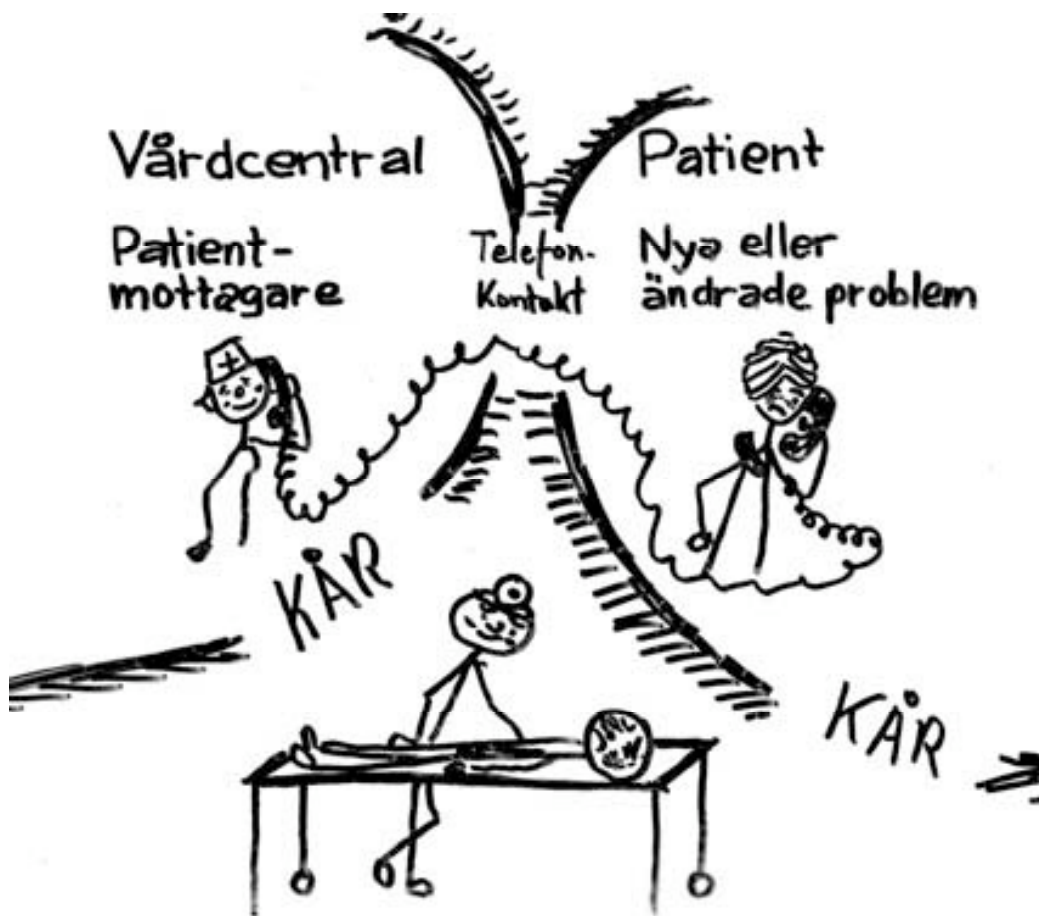
□ 30—40 procent av dem som ringer till läkarstationen i Lerum klarar sig med den rådgivning som ges i den kombinerade receptionen och sjukvårdsupplysningen, berättar avdelningsföreståndare Ulla Blomberg, som här ses tillsammans med distriktsöverläkare Bertil Dahlin, som satt igång flera intressanta grenar inom den öppna verksamheten.

Registret "Kontaktorsaker – åtgärder"

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

Sammanfattningsvis var KÅR

- Ett vårdprogram
- Ett prioriteringsinstrument (vad vårdcentralen klarade av medicinskt och resursmässigt)
- Ett kommunikationsmedel (primärvård – länssjukvård)
- Ett utbildningsinstrument



Exempel på Kontaktorsaks-/åtgärdsregistret (KÅR) visas under rubriken DIAGRAM/Vårdplaneringssystemet.

KÅR hade en kapitelindelning som följde dåvarande diagnosklassificering enl. ICD 9:

- Infektionssjukdomar
- Ämnesomsättningssjukdomar
- Sjukdom i blod och blodbildande organ
- Psykiska sjukdomar
- Sjukdomar i nervsystemet
- Ögonsjukdomar
- Öron-, näs- och halssjukdomar
- Etc.

KÅR hade fem kolumner per A-4 sida. Från vänster till höger:
 KONTAKTORSÄK ÅTGÄRD BRÅDSKEGRAD LÄKARTID PROVER M.M.

**SJUKDOMAR I MUSKLER,
 SKELETT OCH RINDVÄV**

| | | | | |
|--|-------------------------------------|-----|----|-----------------------------------|
| Ledsjukdomar, ledvärk + feber (ej ÖLI) | Besök läkare | 1 | | SR, urintest, Hb |
| "Reumatiska" sjukdomar med akut värk | Rådgiven läkare Besök läkare | 1,2 | 20 | SR, urintest, Hb |
| Ej akuta "reumatiska" besvär | Besök läkare | 3 | 20 | ISRH, Hb, urintest |
| Ryggskott | Rådgiven sjuksköt | | | Läkare ringer in medicin |
| Ischias utan blåsymptom eller förlamning | Rådgiven sjuksköt + besök läkare | 2 | 20 | Läkare ringer in medicin |
| Ischias med blåsymptom eller förlamning | Besök läkare | 1 | | |
| Svåra "akuta" ryggsår | Besök läkare Rådgiven läkare | 1 | | Ev hembesök |
| "Dålig rygg" långdragna ryggsår | Besök läkare | 4 | 20 | |
| "Nackspänn" | Rådgiven läkare | | | OBS. Ej temperatur, ej illamående |
| Svår smärta i rörelseapp | Besök läkare Rådgiven läkare | 1 | | Ev hembesök |
| Tennisarm och liknande | Besök läkare | 2 | 20 | |

Utformningen var bra som underlag för utbildning och kontakten med länssjukvården men sämre ur söksynpunkt för patientmottagaren. KÅR spreds också i länssjukvården och användes i modifierad form vid många öppenvårdsmottagningar för deras primärkontakter med allmänheten.

Kontaktorsaker

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

Brådskegradsindelningen

Före införandet av vårdplaneringssystemet fick patienterna tid i den ordning de ringde och beställde tid för läkarbesök. Väntetiden blev oftast en månad och mer för "icke akuta fall". De som inte ansåg sig kunna vänta kom på akutmottagningen, någon läkare hade sådan varje dag. "Akutfallen" ökade ständigt med långa väntetider i väntrummet som följd av den oplanerade verksamheten. Det saknades då också tider för återbesök efter akutbesöken. Det blev mer eller mindre kaos med

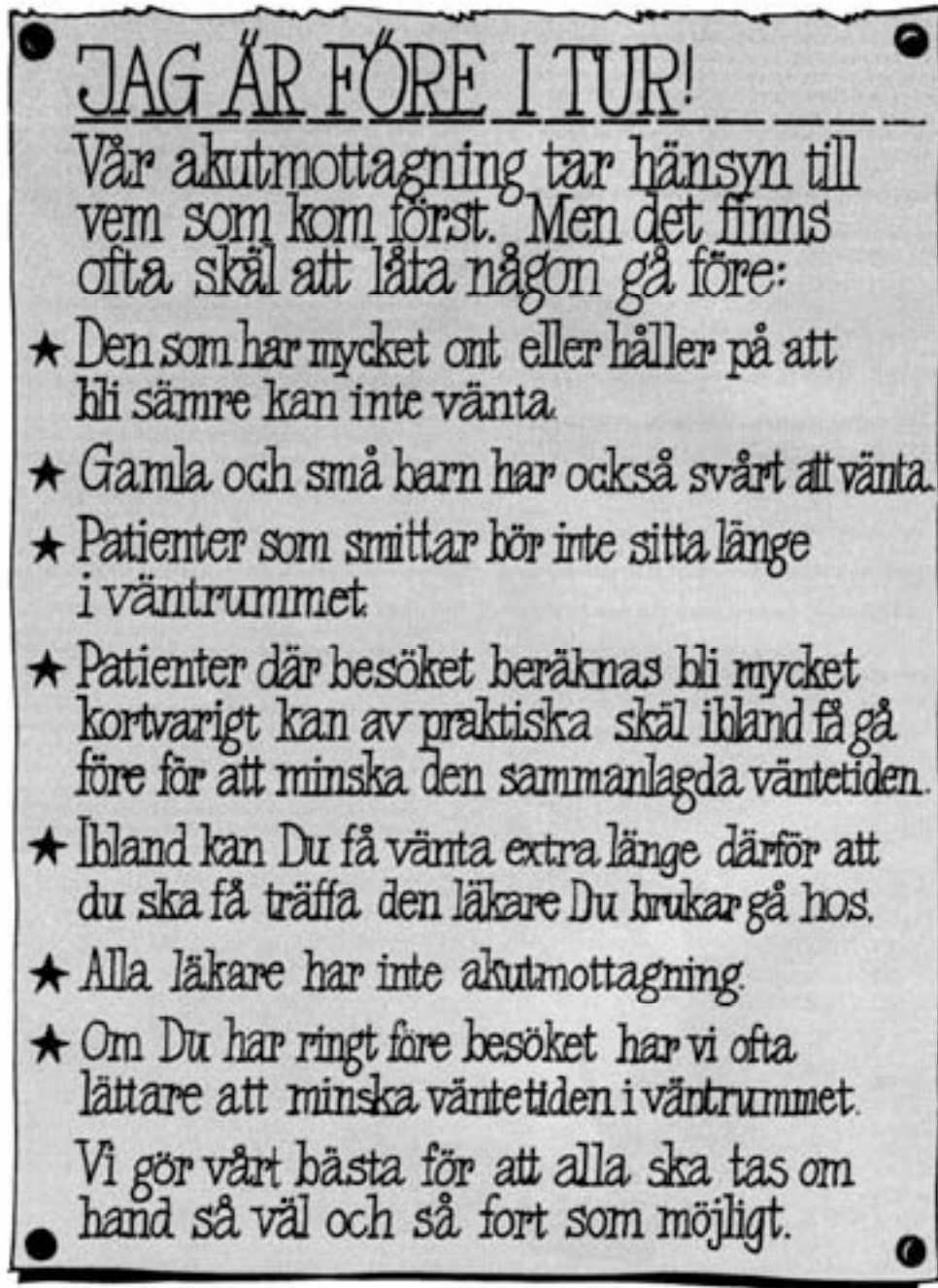
- dålig patient/läkarkontinuitet
- lång väntan i väntrum
- kort tid för patienten hos läkaren
- irritation mellan patient/vårdteam och inom vårdteamet.

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

- inom 1 – 2 dagar (brådskegrad 1 - röda tider i bokningsschemat)
- inom en vecka (brådskegrad 2 – blå tider i bokningsschemat)
- inom en månad (brådskegrad 3 – gröna tider i bokningsschemat).

Oprioriterade besök och återbesök längre bort än fyra veckor (planeringshorisonten) gavs brådskegrad 4 – gula tider.

På mottagningen kom patienterna in till läkaren efter bokningstiderna. Akutfallen kunde få vänta längre i väntrummet för information om detta sattes följande affisch upp.



JAG ÄR FÖRE I TUR!

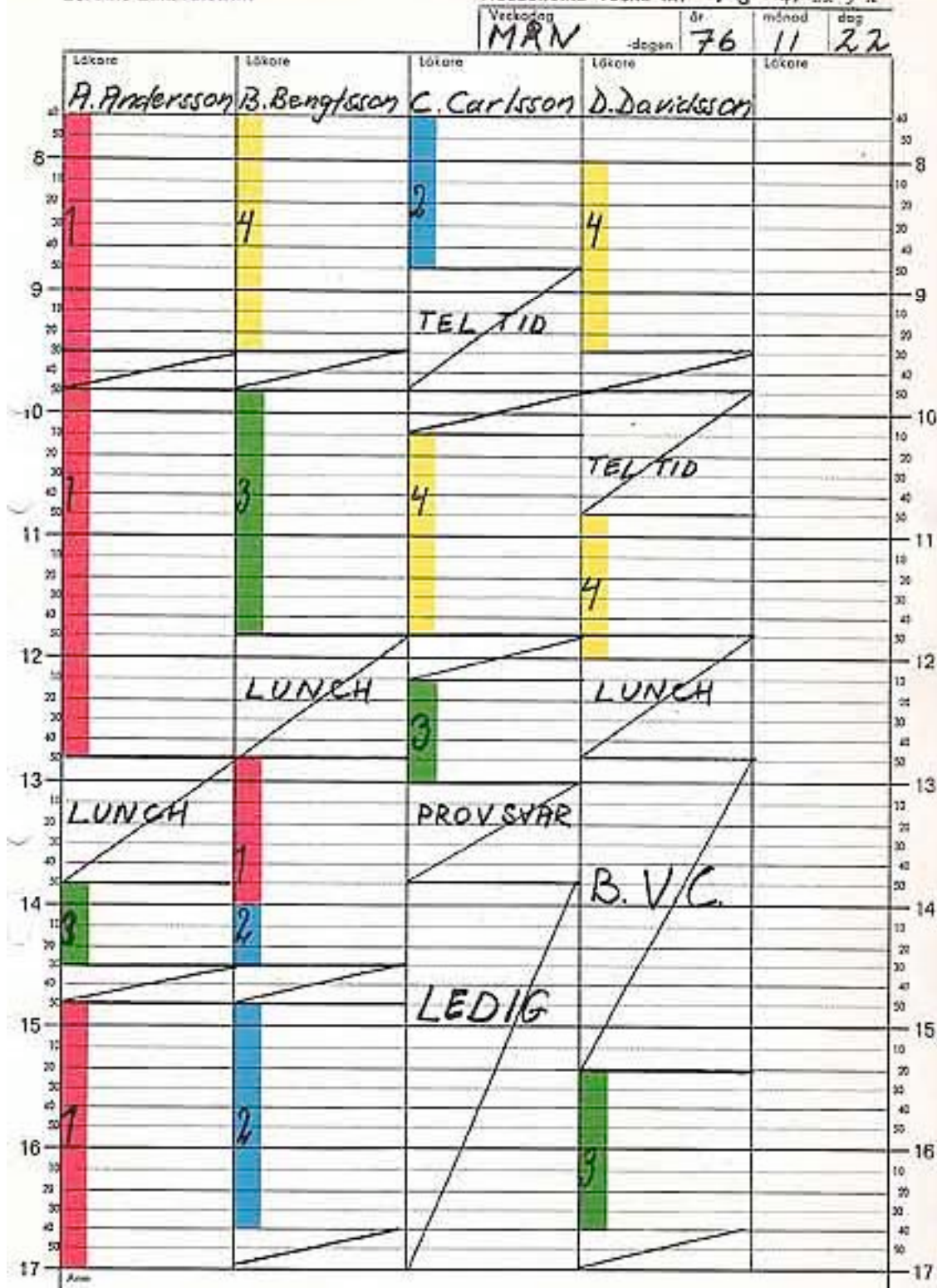
Vår akutmottagning tar hänsyn till vem som kom först. Men det finns ofta skäl att låta någon gå före:

- ★ Den som har mycket ont eller håller på att bli sämre kan inte vänta.
- ★ Gamla och små barn har också svårt att vänta.
- ★ Patienter som smittar bör inte sitta länge i väntrummet.
- ★ Patienter där besöket beräknas bli mycket kortvarigt kan av praktiska skäl ibland få gå före för att minska den sammanlagda väntetiden.
- ★ Ibland kan Du få vänta extra länge därför att du ska få träffa den läkare Du brukar gå hos.
- ★ Alla läkare har inte akutmottagning.
- ★ Om Du har ringt före besöket har vi ofta lättare att minska väntetiden i väntrummet.

Vi gör vårt bästa för att alla ska tas om hand så väl och så fort som möjligt.

44

Patientbesöken registrerades i tidsschema som fördes veckovis med en ”planeringshorisont” på fyra till åtta veckor. Under planeringshorisonten var läkarnas tidschemata spikade och det fick mycket till för att ändra deras engagemang.



Tid för läkarkontakten

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

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

Registrerings- och planeringsblankett (R/P-blankett)

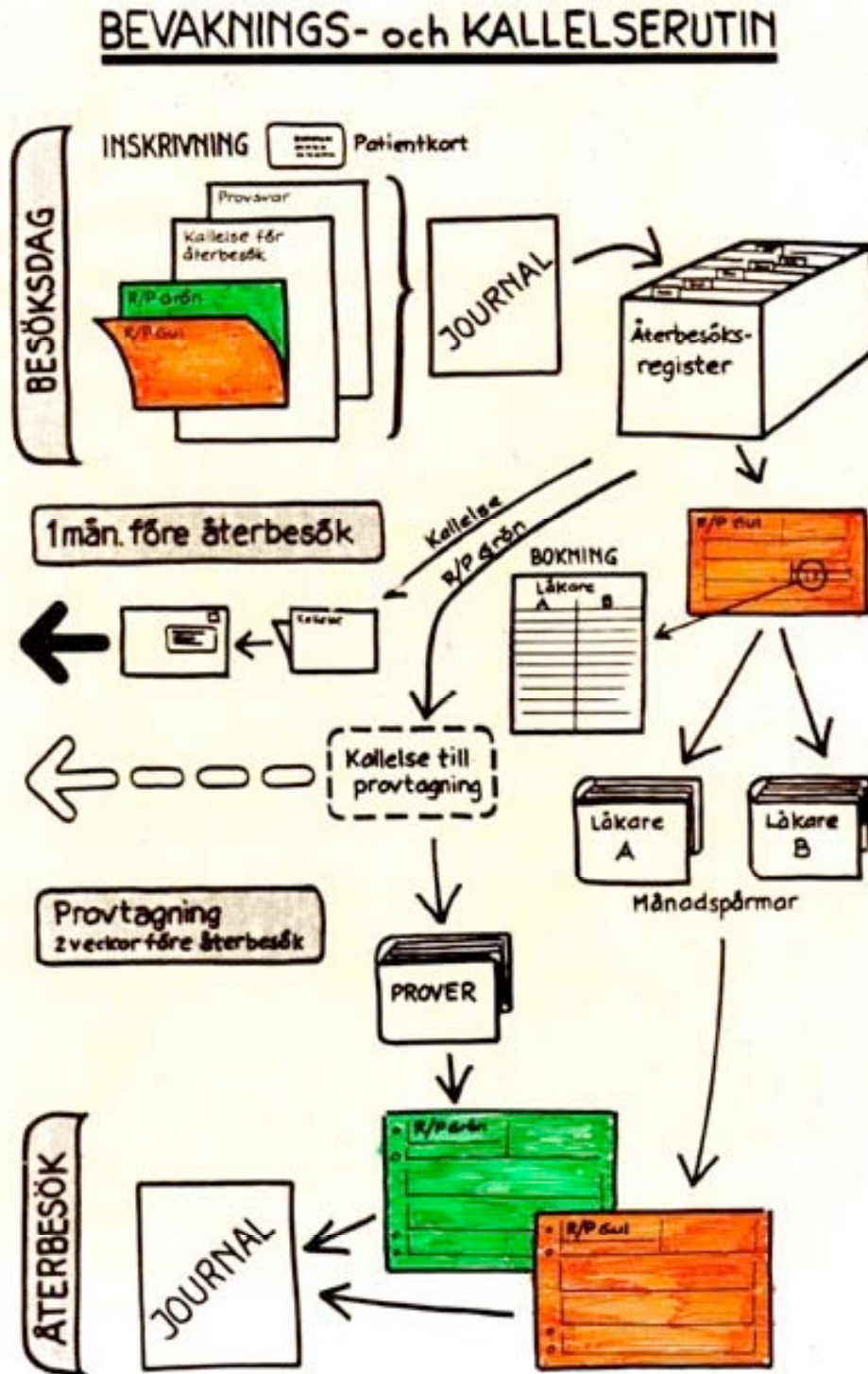
Alla kontakter med en patient såväl primära kontakter som och återbesök registrerades på en särskild blankett kallad Registrering/Planering (R/P). Blanketten kom att bli en nyckelfunktion i vårdplaneringssystemet. Den följde patientkontakten i alla dess skeden och gjorde att viktig information om patient, kontaktorsak och provtagningar alltid fanns till hands oavsett vem som kopplades in på patientproblemet på mottagningen och i telefonen.

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|
| Vårdcentral Telefon 0935-109 45 | | | Registrering/planering Personnr 19 08 17 Nr 4999 | | | |
| Ann: | | | Efter, följande Carlsson, Carmencita | | | |
| Adress Lerumsvägen 8 Gråbo | | | | | | |
| Kontaktpunkt mån dag kl 10 06 | Egen patient BD | Ölkare 48765 | | | | |
| Patientproblem/kontaktorsak <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;"> Blodtrycks kontroll </div> | | | | | | |
| Beslut | | | | | | |
| Angivet <input checked="" type="checkbox"/> Besök ölkare <input type="checkbox"/> Recept <input type="checkbox"/> Till ölkare <input type="checkbox"/> Besök sjuksköterska <input type="checkbox"/> Rådgivning/ rådgivning | | Bokningsförändringar Brödåke Besök år maj 78 | | Bokad Till Mån Dag Kl BD | | |
| | | Läkartid 20 | | Patientbeteckning: ölkare/patientnr, etc | | |
| Test | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Test till journal | | | | | | |
| Onskade undersökningar/provtagningstid | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> P-Massa <input type="checkbox"/> P-Lipid <input type="checkbox"/> P-Temp <input type="checkbox"/> P-BS | <input type="checkbox"/> S-Hb <input type="checkbox"/> S-Vite <input type="checkbox"/> S-Glukos <input type="checkbox"/> P-Trombocyt | <input checked="" type="checkbox"/> S-Värdämning <input type="checkbox"/> S-Lipidämning <input type="checkbox"/> U-Glukos <input type="checkbox"/> U-Acetonämning | <input type="checkbox"/> U-Protein <input type="checkbox"/> U-Hemoglobin <input type="checkbox"/> U-Nitrit <input type="checkbox"/> U-Glukos | <input type="checkbox"/> U-Sediment <input type="checkbox"/> P-Etg <input type="checkbox"/> P-Peak-Flow <input type="checkbox"/> P-Aurikelmät | Andra undersökningar Sign <input checked="" type="checkbox"/> Provenor till läkarbesök | |
| | | | Bokad för provtagning Mån Dag Kl | | | |

Ifyllnadsexempel visas under rubriken DIAGRAM/Vårdplaneringssystemet.

Bevaknings- och kallelserutiner

R/P-blanketten möjliggjorde bevakning av beslutade återbesök och var en del i kallelsystemet.



Ledningsfunktionen – Vård- och resursplanering

Blanketter för ledningsfunktionen visas under rubriken DIAGRAM/Vårdplaneringssystemet.

För att uppfylla målen i verksamheten var man tvungen att ha en väl fungerande vårdcentralledning och acceptans från personalen. Uppgifterna som ledningen hade:

- Lösning av problem vid primära kontakter (ex. patient som hänvisats till annan vårdenhet tas ej emot där).
- Omfördelning av patientflödet mellan läkarstationen och övriga vårdenheter samt förändring av den medicinska policyn.
- Omfördelning inom respektive läkares mottagningstider, telefontider.
- Omfördelning av patientflödet mellan läkarna (ex. kapaciteten för akutfall som kan ändras i influensatider, kontinuitetsaspekter m.m.).
- Förändring av bokningsförutsättningar.
- Anpassning av arbetsfördelningen inom läkarstationen (råder det balans mellan det arbete en läkare tilldelats och vad han/hon kan åta sig och hinna med? Avväga arbetsfördelning mellan läkarna).
- Aktualisering av överenskomna instruktioner.
- Information till allmänheten.

Erfarenheter efter några års användning av vårdplaneringssystemet blev t.ex. att:

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

Några resultat av vårdplaneringen

Resultat på patientflöden m.m. visas i tabeller och diagram under rubrikerna TABELLER/Vårdplaneringssystemet och DIAGRAM/Vårdplaneringssystemet.

Sjukvårdsupplysning i södra sjukvårdsdistriktet 1977

Spri-projektet 3040 i Lerum ”Löpande vårdplanering vid läkarstation” följdes upp och spreds på olika sätt i landstinget. Speciellt ansåg ledningen för primärvårdsblocket i södra distriktet att telefonrådgivningen till befolkningen var viktig då resurserna var begränsade för mottagningsbesök. Man satsade på utbildning av personalen som handlade inkommande telefonsamtal. Blockchefen Bengt Dahlin hade av Direktionen för södra sjukvårdsdistriktet 1974 (Dnr 206/74) givits uppdrag att ge förslag till arrangemang med sjukvårdsupplysning i hela primärvården. I Borås samordnade man på försök möjligheten till att nå en medicinsk rådgivare till en ”Sjukvårdsupplysning” med så hög telefontillgänglighet som möjligt och med speciellt utbildade sjuksköterskor i patientmottagarfunktionen.

Trots att mycket satsades på den centrala sjukvårdsupplysningen i Borås var tillgängligheten låg för telefonkontakten. Vecka 17/1977 gjordes en telefontillgänglighetsstudie som visade att av sammanlagt 4.082 inkommande samtal kunde inte 2.888 eller 70% omgående komma i kontakt med sjukvårdsupplysningen. **Slutsats - en central sjukvårdsupplysning gav dålig telefontillgänglighet.**

Blockföreståndare Inga-Britt Borén belyste problematiken och möjligheterna med sjukvårdsupplysning i en seminarieuppsats 1977. I oktober 1977 beslöt Direktionen (§ 252) att i enlighet med en blockchefens skrivelse verka för

- En till vårdcentralerna decentraliserad sjukvårdsupplysningsfunktion.
- En bättre samordning mellan primärvård, vad gällde hänvisningsrutiner.
- En god utbildning av personalen i sjukvårdsupplysningsfunktion även innefattande lasarettsväxlarnas personal.

Vårdplanering i omvärlden

Lerums vårdplaneringsmodell uppmärksammades runt om i riket. I vårt egna landsting var intresset i allmänhet litet för vårdplanering, ingen blir profet i det egna området. Olika delar av planeringssystemet vidareutvecklades på många platser. Bokningssystemet med brådskegradsindelning och R/P-blanketten fick den största spridningen. Det sägs att 250 läkarstationer tog upp det i sin vårdplanering. Man till och med rakt av kopierade blanketterna i systemet. Exempelvis kallelseblanketten för återbesök till mottagningen, vilket kunde resultera i att patienter från norra Sverige ringde Brobacken för att ändra sin föreslagna bokningstid – man hade i blanketten inte ändrat telefonnumret till mottagningens ifråga.

Registret över kontaktorsaker-åtgärder intresserade många och det spreds och anpassades till andras verklighet, inte minst till olika sjukhusklinikers öppna mottagningar.

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

Den lokala patientmottagaren blev på många ställen, där resurserna var knappa, en central patientrådgivningsfunktion. Så gjordes i Borås där vi i primärvårdsblocket införde kurser i ”telefonkultur” och rådgivningspolicy. Ett av målen var att ge primärvården ett gott anseende bland vårdssökande: ”Le när du svarar i telefon, den som ringer hör att du ler”. Bokningssystemet låg till grund för många datorstödda vårdadministrativa system som utvecklades under 1980- och 1990-talen. Göran Westman tog i Vännäs upp delar av problematiken i sin avhandling ”Planning primary health care provision”. Avhandlingen spikades på Umeå universitet 1986.

Efter fyra års användning gjorde Spri en enkätundersökning 1980-08-05 om användningen av Löpande vårdplanering och speciellt KÅR.

Enkäten sändes 700 vårdcentraler/läkarmottagningar i Sverige, Man fick 400 svar. Resultat: KÅR användes av 80 vårdcentraler vilket var 11% av det totala antalet och 20 % av de svarande.

Löpande vårdplaneringssystemet, som det här beskrivs, använde 200 enheter helt eller delvis, vilket var 28% av det totala antalet eller 50% av de svarande.

VAD HAR HÄNT SEDAN 1969?

- 1969** Lerums läkardistrikt och Lerums kommun bildas av Lerums och Gråbo läkardistrikt samt del av Alingsås-Skallsjö församling.
I Lerum finns då 3 provinsialläkare – 2 vid gamla Brobackens läkarmottagning och 1 vid "Pomona". Gråbo har 1 läkare.
- 1970** Brobackens läkarmottagning flyttar till nya hälsohuset som blir landstingets första egentliga VÅRD-CENTRAL med läkare, distriktssköterskor, barnmorska och tandläkare. I huset finns också apotek, försäkringskassa och socialkontor.
3 läkare arbetar vid den nya läkarstationen.
7-kronorsreform och 42,5 tim arbetsvecka genomförs.
- 1971** Jourcentralen i Alingsås startar med jour kvällar, nätter och lör- och söndagar. 70.000 människor betjänas.
Vi ordnar plats för en underläkare och blir 4 läkare på Brobackens läkarstation.
- 1973** Genom ombyggnad av läkarstationen vid Västergårdsskolan ("Pomona") kan ytterligare en underläkare tjänstgöra i läkardistriktet. Svårigheter att rekrytera läkare gör att kapaciteten inte kan utnyttjas – antalet besök sjunker detta år.
7-kronan blir 12-krona.
- 1974** Nya rutiner för besöksplanering utarbetas vid läkarstationen för att ge bättre service.
- 1975** Det nya besöksplaneringssystemet genomförs.
Ytterligare en barnmorska anställs för att betjäna Gråbo och Floda med stationering i Gråbo.
Kostnadsfri preventivmedelsrådgivning startar.
Vårdcentral i Floda börjar byggas.

1976 Vårdcentral i Floda centrum med plats för 4 distriktsläkare, 3 distriktssköterskor, 1 barnmorska och 4 tandläkare.

En barnläkare i Lerum.

Ytterligare en distriktsallmänläkare och 1–2 underläkare.

1978 Vårdcentral i Gråbo centrum med plats för 4 distriktsläkare, 3 distriktssköterskor, 1 barnmorska och 4 tandläkare.

Ytterligare 1 barnläkare i Lerum och 1 barnmorska i Gråbo.

före **1980** Stor vårdcentral i Alingsås med specialister som också skall betjäna Lerum: 2 gynekologer, 2 psykiater, 1 barnpsykiater, 2 ögonläkare och 1 öronläkare.