

SKEENDEN FRÅN DÅ (PROVINSIALLÄKARTIDEN) TILL SEDAN (PRIMÄRVÅRDSTIDEN)

Provinsialläkaren blev distriktsläkaren/allmänläkaren

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

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

Läkarnas roll i hälso- och sjukvården har från att vara allomfattande (se del 1 provinsialläkartiden) reducerats genom att nya personalkategorier tillkommit och tagit över stora delar av läkarnas tidiga uppgifter.

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

Distriktsköterskorna var lång tid provinsialläkarens ”underläkare” och hade hemsjukvård och barnhälsovård som specialområden. Barnmorskorna var på samma sätt inriktade på mödrhälsovård. När vårdcentralerna tillkom på 1970-talet blev de medlemmar i vårdcentralens team tillsammans med distriktsläkaren. De fick nya funktioner som specialsjuksköterskor för olika sjukdomsgrupper som hypertoni och diabetes. Mödra- och barnhälsovårdens funktionella ledning togs över av mödra- och barnhälsoöverläkare, knutna till sjukhusets specialistkliniker men med ett ben i primärvården. Både sjuksköterske- och barnmorskeutbildningen blev högskoleanknuten. Kompetensen och självständigheten för de båda yrkeskategorierna ökade alltmer.

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

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

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

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

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

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

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

Mötet med vården

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

Läkaren (till patienten): Mot den här sjukdomen finns det bara två medel och dom hjälper inte. Men jag känner till en gammal huskur som har visat sig mycket verksam vid ett liknande fall.

Gubben Görän ligger på sitt yttersta och man har i sista ögonblicket skickat efter doktorn. När doktorn kommer in och får se Görän utbrister han: - Gubben är ju redan död. Men då svarar Görän med darrande stämma: - Näe, som väl e så lever ja än! Men detta tal föll inte Inga-Maria, Görans hustru, i smaken utan hon sade: - Töst. Du Görän lelle, då vet la doktorn bättre än du!

Johanna, sängliggande sjuk på ålderdomshemmet: - Å ja min stackare som får ligga här å inte få dö. När Krestina va sjuker så fick ho läkare å feck dö, men ja min stackare får ingen läkare å får leva.

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

Provinsialläkaren hade oftast gott anseende i bygden och folk respekterade hans arbetssituation. De störde sällan utan att behovet av hjälp var stort och sällan på nätterna. Detta gjorde att arbetet blev uthärdligt trots att provinsialläkaren var i tjänst dygnet om i princip alltid utom vid semestern. Lerum fick sin provinsialläkare först 1944, då Thore Nyman tillträdde den då inrättade extra provinsialläkartjänsten. Han var av den äldre skolan och ställde upp för sin befolkning i alla lägen och blev mycket omtyckt.

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

Så kom sjukvårdsreformen 1970 med sina följdverkningar. För läkarna betydde det reglerad arbetstid från kanske 60 timmars arbetsvecka till 42,5. För befolkningen innebar det en betydande sänkning av tillgänglighet till vården och dess service. På ”obekvämlig tid” hänvisades man till en anonym doktor på en jourcentral många mil från hemorten. På mottagningarna räckte inte läkarresurserna till. Det blev köer. Folk klagade. Den nya primärvården kunde inte ställa upp mot befolkningens krav trots att kvaliteten på mottagningarna ökat. För att hjälpligt lösa problematiken och få ordning på köerna tillkom ”lerumsmodellen”. Sjuksköterskor blev patientrådgivare och patienterna prioriteras med hänsyn till sina sjukvårdsbehov. Hög telefontillgänglighet blev ett övergripande mål. Arbetet på vårdcentralerna blev teamarbete, vilket var till patientens fördel. I slutet av 1970-talet visade enkäter att befolkningen i stort sett var mycket nöjda med sin primärvård även om tillgängligheten p.g.a. resursbrist inte var helt tillfredsställd. Samarbetet inom läkarområdet ökade med bättre kontakter med kommunala instanser och försäkringskassa samtidigt som kontakterna med sjukhusen ökade. Ett flertal samarbetsprojekt startades till förmån för handläggningen av patienternas problem. Kvalitetshöjningen fortsatte under 1980-talet med allt bättre utbildad personal och välutrustade vårdcentraler och nya vårdcentraler som betjänade delar av kommunerna om de var större än 10 000 invånare.

Men kontinuitet och tillgänglighet var stående problem. Lösningar försöktes i form av husläkarsatsningar, som innebar att alla skulle få sin egen läkare. Detta fungerade inte p.g.a. för få läkare. Läkarna hade också många andra aktiviteter än rent patientarbete.

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

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

En annan tendens var att läkar/patientmötet (konsultationen) ändrat karaktär. Från att tidigare varit läkarstyrt blev det mer patientstyrt. Läkarna skulle inte ställa ”ledande” frågor utan öppna sådana. Detta tog också mera tid även om det var bra och positivt. Läkarnas roll blev mer att vara en specialkunnig rådgivare till patienten, som själv fick besluta om den behandling som kunde bjudas.

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

Patientmakt

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

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

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

Lagstiftningen har varit en skyldighetslagstiftning, d. v. s. att lagen ger landsting och kommuner skyldigheter av olika slag. Som patient kan man dock inte gå till domstol för att utkräva dem. Det finns dock juridiska rättigheter som rätten att läsa sin patientjournal och att sjukvårdspersonal inte får lämna ut uppgifter till obehöriga (tystnadsplikt). Det har av fr. a. marknadsliberala kritiker krävts att ändra skyldighetslagstiftningen till en rättighetslagstiftning. I den formen skulle individens rätt prioriteras framför samhällets skyldigheter. Detta kans ses som ett led i en pågående individualisering av samhället, där den enskilda medborgaren betraktas som rationella ”kunder” som förväntas göra enskilda val vid utnyttjandet av samhällets tjänster snarare än att vara konsumenter av kollektiva standardtjänster (Blomquist & Rothstein 2005).

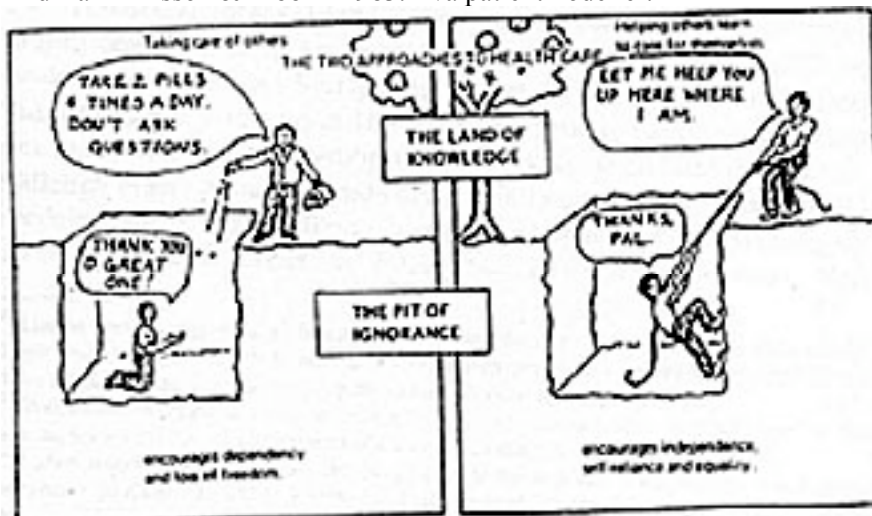
Den patientdemokratiska era som inleddes under 1990-talet har rötter dels i en internationell debatt och utveckling dels i allmänhetens växande krav på information om hälso- och sjukvårdens organisation, arbetsformer och om behandlingsresultat. Utbildningen bland befolkningen ökade till för 40 år sedan 8% nu 40% med minst gymnasial utbildning. Man önskar också bättre anpassning av samhällets standardtjänster till individuella behov. Nya valmöjligheter ger inte bara makt (patientmakt) utan kan också stimulera till en ny kunskapsprocess med nya strategiska informationsinsatser.

Det innebar en ny situation för läkarna och i praktiken längre konsultationstider, vilket naggade på tidsresurserna.

Attitydändringen avspeglades också i läkarutbildningen. I Göteborg tillkom kursen ”Konsultationskunskap” – se del 2. En del i kursen var hur dialogen mellan läkare och

patienten skulle utformas. Idéerna kom från England.. Men redan på 980-talet hade problemet uppmärksammats.

Bild från Eriksson & Tibblin 1983. Två patientmodeller.



Litteratur på området (Demokrati och makt i Sverige SOU 1990:44, Anell och Rosén 1995, Anell 1996, Saltman och von Otter 1992, 1996, Göran Brodin 2006)

Mer om tillgänglighet, kontinuitet och befolkningsansvar

Men kontinuitet och tillgänglighet var stående problem. Lösningar försöktes i form av husläkarsatsningar, som innebar att alla skulle få sin egen läkare. Detta fungerade inte p.g.a. för få läkare. Läkarna hade också många andra aktiviteter än rent patientarbete. I Lerum gick man aldrig från befolkningsansvaret trots att politikernas budskap var ”sök var och vem Du vill”. Man bibehöll vårdlagsmodellen med ansvar för vårdinsatser inom olika delar av kommunen. Men med en flexiblere möjlighet för den enskilde att välja läkare. Så hade det i praktiken alltid varit även om de flesta i befolkningen föredrog närheten till sin vårdcentral före att söka andra vårdcentralers läkare. Man hade god möjlighet att få komma åter till ”sin” läkare även i detta system. Allt beror på planeringen av mottagningen och ledningens inställning till service.

Telefontillgängligheten klagas det ofta på i insändare i tidningarna. Då vårdcentralerna i regionen ibland allt mer skyddat sig mot störningar av telefonkontakter har man velat satsa på central sjukvårdsupplysning. Så hade vi det i Borås i slutet av 1970-talet och framåt när vårdcentralernas resurser var otillfredsställande. Det blev många samtal som aldrig blev besvarade – trycket blev för stort. I Göteborg har man också haft en central sjukvårdsupplysning sedan 1970-talet, kopplad till möjlighet att ta emot akuta besök

Vid en internutredning år 2005 konstaterades att endast var tionde som ringer får svar av sjukvårdsupplysningsfunktionen i Västra Götaland (GP 24 april 2006). I Göteborg var läget allvarligast med lägst bemanning per invånare. Bakom varje besvarat samtal var det 6,5 uppringningar. Södra Älvsborg har en sjukvårdsupplysning med 95 872 samtal årligen och 15,75 tjänster.

Om man skall klara riksnormen att 90% av samtalen skall besvaras inom tre minuter behöver verksamheten byggas ut för cirka 20 miljoner kronor och merparten av detta med satsning i Göteborg. Man diskuterade också en anslutning till det nationella 1177-numret. Detta förslag ville inte politikerna i sjukvårdsutskottet anta. Istället beslöt man omgående att satsa minst fem miljoner på utbyggnaden av sjukvårdsupplysningen i Göteborg.

Man kan fråga sig om det inte för befolkningen vore bättre att de enskilda vårdcentralerna tog ett större ansvar för telefontillgängligheten. Det gick förr och borde gå nu med de ökade resurser vårdcentralerna fått.

En organisation ständigt i förändring

Vi har konstaterat att *vårdorganisationen under 1990-talet decentraliserats* genom att verksamheter förts över från staten till landsting och från landsting till kommuner genom huvudmannaskapsreformer. Genom den s.k. Ädelreformen år 1992 fick kommunerna huvudansvaret för vården och omsorgen om äldre. Handikappreformen år 1994 och psykiatrireformen år 1995 medförde också betydligt utökat kommunalt ansvar. I och med läkemedelsreformen år 1997 fick landstingen ett kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård.

I landstinget och regionen var tendensen densamma, att decentralisera. Man kom så långt att Lerums primärvård fick en egen politisk och administrativ ledning. På vårdcentralen fick man i den modellen delegerat ansvar både för drift och ekonomi. Enligt alla inblandade var det en period då primärvården i Lerum fungerade som bäst och då alla var nöjda med organisationen. Men de centrala politikerna och tjänstemännen verkade känna att de tappat styrförmågan. Åter centraliserades ledningen, först till Mittenälvsborg sedan till Borås. Ett litet försök gjordes att samordna lasarett och primärvård i Mittenälvsborg, men det blev kort. Så var läget vid sekelskiftet.

Regionfullmäktige beslutade 4 april 2006 att från den 1 januari 2007 upphör de dittills varande primär- och tandvårdstyrelserna för att ersättas av fem primärvårdsstyrelser och en tandvårdsstyrelse i regionen. För primärvården kommer de att finnas i Skaraborg, Södra Älvsborg, Fyrbodal, Göteborg och Södra/Mellersta Bohuslän. Tandvården kommer att ha i Skövde. För primärvården knyts en förvaltningsledning till varje primärvårdsstyrelse. Det kommer att vara utrymme för förvaltningscheferna att själva forma sina förvaltningar. Några av villkoren för den nya strukturen är effektiva beslutsvägar, nära till beslut och fokus på verksamhetsnivå. Det föreslås två nivåer, nämligen verksamhetsnivå och förvaltningsnivå. Mellan dessa nivåer kan, beroende på förutsättningarna, en områdesnivå organiseras.

I september 2006 tillsattes de nya områdescheferna. Kerstin von Sydow fick även fortsättningsvis basa över primärvården i södra Älvsborg.

Hur vill befolkningen att primärvården organiseras?

En studie kring detta har gjorts av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE e-rapport 2006:1, www.ihe.se). Man fick bland annat ta ställning till om man föredrar en egen fast läkare eller ett eget fast sjukvårdsteam. Knappt 40 % angav att man föredrar en egen fast läkarkontakt men nästan lika stor andel 38% angav att man inte vill ha någon fast kontakt. Resterande svarade ej på frågan. Det var äldre och individer med dålig hälsa som föredrar att lista sig hos egen allmänläkare. Förvärvsaktiva och individer som bor längre från ett sjukhus föredrar att lista sig hos ett sjukvårdsteam. Man noterade också att det som värderas högst var kort väntetid (tillgänglighet) och möjlighet till inflytande över den vård man får.

Sjukvårdspolitiken

Som vi konstaterat i del 1 och 2 har politikernas syn på primärvårdens utveckling varierat med den majoritet som haft regeringsmakten. Alla riksdagspartier är överens om att vi ska ha en solidariskt finansierad sjukvård, att det är viktigt med god tillgänglighet och hög kvalitet. Man är också överens om att det finns brister i vården av de allra mest behövande, de äldre multisyka, de psykiskt sjuka och de funktionshindrade. I stort sett har man också varit överens om att satsa på den öppna vården utanför sjukhusen. I praktiken har satsningarna inte alltid genomförts utan procentuellt har lika mycket resurser satsats på sjukhusvården, vilket i realiteten innebar en större satsning där..

De två politiska blocken har en principiellt olika syn på organisationen av den öppna vården. Det ”socialistiska blocket” vill satsa inom ramarna för primärvårdens organisation med begränsningar i privata initiativ och med landstingens bevarande. Det ”borgerliga blocket” vill ta bort landstingen och överföra den öppna vården till primärkommunens ansvarsområde, tillåta fler privata alternativ. En ansvarsutredning pågår som skall ta upp landstingens vara eller inte vara. Läkarbristen ska avhjälpas med arbetskraftsinvandring och med fler platser på

läkarutbildningen. Man ska också kunna arbeta till 72 års ålder. Den borgerliga alliansen vill generellt satsa mer pengar på forskning. Patientnära forskning i primärvården är ett exempel.

I skrivande stund, september 2006, vet vi att Alliansen tar över regeringsmakten. Det är troligt att deras program kommer att genomföras.

Inför riksdagsvalet 2006 genomförde Läkartidningen en valbevakning med genomgång av skillnader och likheter i de olika partiernas sjukvårdspolitik. Härur hämtas med fokus på öppenvården och Alliansen:

Det borgerliga samarbetet Allians för Sverige innefattar de fyra borgerliga riksdagspartierna: moderaterna (M), folkpartiet (Fp), centerpartiet (C) och kristdemokraterna (Kd).

Alliansen har bl.a. följande förslag till reformering av vården nämligen att:

- införa en ny patienträttslag.
- ge patienten rätt att välja såväl läkare/vårdgivare, vårdenhet som tidpunkt för behandling.
- förebyggande åtgärder som rökavvänjning ska ingå i vårdgarantin.
- lagfästa rätt till rehabilitering. En rehabiliteringsutredning ska alltid påbörjas inom fyra veckor efter sjukskrivningen.
- minska administrativa arbetet för läkare och sjuksköterskor och öka patienttiden.
- uppmuntra avknoppning av verksamhet för personal genom att bl. a. erbjuda stöd att förbereda på arbetstid.
- införa en flexibel finansiell samordning som kan anpassas efter lokala förhållanden.

De respektive partierna skiljer sig åt i vissa frågor.

Centern vill lyfta fram frågor om det förebyggande arbetet och folkhälsoarbetet.

Folkpartiet trycker mer på äldre vården. Man är också för ett nationellt familjeläkarsystem.

De övriga anser att det visserligen är bra med en fast läkarkontakt men hur primärvården organiseras är upp till de enskilda huvudmännen.

Kd trycker extra på vikten av att värna om dem som inte har så starka röster. De multisjuka borde vara VIP-kunder i vården.

Frågan om annat huvudmannaskap skjuts på framtiden.

Arbetsmiljön och arbetssättet

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

Den s. k. *lerumsmodellen* innebar mycket administration och planering kring patientbesöken och rådgivning per telefon. Detta fick sjuksköterskorna i sina arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna kom på så sätt att få "makt" över läkarnas arbetstid. Den styrningen upplevdes inte positivt av läkarna och gav upphov till en hel del irritation hos bägge parter. På de stora vårdcentralerna, som den nya i Lerum 1983, tillkom fler enheter på vårdcentralen som sjukgymnastik, arbetsterapi och barnläkare samt konsulter av olika slag. Det innebar att man fick ha en samlade administrativ kraft i form av en vårdcentralsföreståndare. Kvar hade man länge en av läkarna som vårdcentralchef, men även denna funktion togs på många vårdcentraler över av sjuksköterska. Läkarna hade så avhånt sig "makten" även över vårdteamet. Men samtidigt hade man återtagit möjligheten att själv få bestämma över sin arbetstid och sina patienter. Detta möjliggjordes genom datoriseringen på 1990-talet och husläkardiskussionen med närmare koppling mellan läkare och patient. Man upptäckte samtidigt fördelarna med teamarbetet och

möjlighet att delegera specialuppgifter till andra personalkategorier. Så uppkom t. ex. diabetes- och hypertoniomtagningar där sjuksköterskan hade en viktig roll. Sjuksköterskor fick specialutbildning för detta och kvaliteten i vården kunde höjas. Det innebar också att dessa patientgrupper togs över av primärvården från sjukhuset i allt större omfattning.

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

MBL

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

Information och kommunikation

MBL var ett första exempel på behovet av och svårigheten att nå ut med information i den växande primärvården. Bl.a. upptäckte man att trots man ansträngde sig att informera så var det enskilda som ansåg sig aldrig ha nåtts av informationen.

Information till personal och mellan personal var på 1980-talet post, telefon och till den kopplad telefax. Det blev mycket papper att kopiera och sända ut. Faxen hade sina sekretessproblem. Den användes ibland att sända kopior av patientjournaler eller delar av dem mellan olika enheter. Det kunde hända att man slog fel faxnummer/telefonnummer så att känslig patientinformation hamnade dit den inte skulle.

Så kom datoriseringsepoken på 1990-talet. I början med intern kommunikation inom vårdcentralen men snart med möjlighet att ge en landstingsövergripande intern elektronisk post.

Sedan kom Internet med e-post och hemsidor på 2000-talet. Man fick en gemensam informationsplattform i en utbyggd intranetfunktion. E-post gav en snabb och säker kommunikation mellan individer och till hela grupper. Man besparades pappershantering och portokostnader. Det blev ett personligt ansvar för befattningshavarna att inhämta information. Ett ansvar som kunde kännas betungande då e-postlådorna fylldes på utan hejd och den gemensamma hemsidan inte kändes aktuell eller var svår att hitta i.

Tendensen gick mot att även kommunicera med patienterna med hjälp av Internet. Detta kunde vara ett sätt att minska telefonbelastningen och göra tillgängligheten till primärvården högre. Att lägga ut information på lokala och centrala hemsidor tillgängliga för befolkningen var ytterligare ett sätt att öka informationsplattformen. Tillgången till Internet bland befolkningen ökade successivt och kraftigt. Därmed också möjlighet för individen att ta del av all den information som fanns på nätet. Med hjälp av sökmotorer, bl.a. Goggles, var det lätt att finna önskad information i mängden av sådan. Inte minst medicinsk information fanns tillgänglig för den enskilda. Patienterna var på så sätt väl ”förberedda” inför mötet med vårdgivaren. Detta var en ny situation som inte alla läkare kände sig mogna för. Allmänhetens allt större tillgång till datorer, internet och webbaserad medicinsk information har lyfts fram i den vårdpolitiska debatten som ett sätt att både rationalisera allmänhetens kontakter med hälso-

och sjukvården som en breddning och fördjupning av patienternas autonomi inom egenvårdsområdet.

På något sätt har både vårdpersonal och patienter haft svårighet att anpassa sig till det nya informationssamhället – som det blivit på gott och ont. Ibland kändes det som om man var på väg mot en kommunikationsinfarkt eller åtminstone angina communicialis.

För att förtydliga vad den snabba förändringstakten i arbetslivet har inneburit för människan kan man se på följande citat:

”Så kom människan in i arbetslivet. Hon blev en kugge i maskineriet. Hon skulle tjäna ett högre mål än sitt eget. Men hon hade fortfarande egna önskningar och behov. När arbetet blev för hårt fungerade hon dåligt. När det blev för tråkigt fungerade hon också dåligt. Arbetspsykologer intresserade sig för människan i arbetslivet.

Så kom datorn. Den skulle underlätta arbetet. Den skulle göra det tråkiga arbetet och understödja det svåra. Den skulle ersätta gamla rutiner med nya, den skulle bli en ny kugge i det gamla maskineriet, Människan skulle samarbeta med datorn. Datorvetare, arbetspsykologer och psykologer började intressera sig för människa-dator-interaktion.

Människan, datorn och arbetslivet. Tre ben att föra utvecklingen framåt med. Tre ben att snubbla på.” (Waern, 1993. s. 81).

Förebyggande insatser

I Sverige kom förebyggande, hälsovårdande uppgifter under 1600- och 1700-talet att ligga på provinsialläkaren. Sjukvårdens möjligheter att bota uppkomna sjukdomar var mycket begränsad. Det var naturligt att förebyggande åtgärder blev betydelsefulla. Provinsialläkarinstruktionen innehöll därför också mycket av preventiva uppgifter. Landstingen blev huvudmän för sjukvården (1862) och genom en ny hälsovårdsstadga blev primärkommunerna ansvarig för omgivningshygienen. Det blev en boskillnad mellan hälso- och sjukvård, som har kvarstått sedan dess. Staten hade sin insyn i hälsovården genom förste provinsialläkaren i länet, en organisation som också försvann.

Diderichsen & Janlert, 1983 sammanfattade utvecklingen i tre faser

- Ympprogrammens tid
- Program för tidigupptäckt av sjukdom och sjukdomsorsaker
- Hälsoupplýsning

Vaccination blev lagstadgad redan 1816. Smittkopporna utrotades på detta sätt. Olika vaccinationsprogram sattes igång först efter andra världskriget. Calmettevaccination mot TBC hjälpte till att nästan utrota folksjukdomen i Sverige – den har dykt upp nu igen. ”Barnsjukdomarna” utrotades också med hjälp av vaccinationsprogram.

Dock har veneriska sjukdomar ökat i omfattning. Klamydia är spridd bland yngre men också syfilis ökar i oroande grad.

Program för tidigdiagnos genom hälsokontroller startades på 1970-talet (som cytologprovtagning för livmodercancer, mammarröntgen) liksom screening av riskfaktorer (som högt blodtryck, kolesterolhalt i blodet, blodsocker).

Hälsoupplýsning av modernare slag är det senaste stadiet som växte fram under 1960-talet. genom att informera och försöka påverka människor att ändra sina levnadsvanor försöker man förebygga sjukdom. Exempel är kostrådgivning, antirökkampanjer, motionsstimulans m. m.

När Internet blev allt mer allmänt använt under 1990-talet och början av 2000-talet kom detta medium att fyllas av lättillgänglig information om hälsa, sjukdomar, mediciner m. m. Internet har mer än andra medier bidragit till allmänhetens intresse för och kunskap om sin hälsa och sina sjukdomar. Många ”siter”/hemsidor vänder sig direkt till grupper med en viss sjukdom. Diabetes är ett bra exempel på detta.