

# Sammanfattningar av hela projektet

## Projektet

I vår historik över hur den öppna vården utvecklats i Mittenälvsborg, med fokus på Lerum, har vi velat lyfta fram olika moment. Den första historiska delen provinsialläkartiden fram till och med år 1969 - ger en bakgrund till den kommande primärvården som inleds 1970.

Därefter vill vi fokusera på primärvårdens uppbyggnad under 1970- och 1980-talen med bl. a. framväxten av den s. k. Lerumsmodellen.

Den historiska exposén behandlar sjukvårdens organisatoriska utveckling från 1600-talet fram t. o. m. 1960-talet. Det medicinhistoriska förloppet sätts in i ett socio-ekonomiskt sammanhang. Det känns naturligt att se på sambanden mellan faktorer som befolknings-förhållanden, boendemiljö, levnadsvanor, arbetsförhållanden och levnadsstandard samt förekomsten av farsoter epidemiska sjukdomar, förebyggande hälsovård och medellivslängd. Den tidens syn på sjukdomars orsaker och hur man behandlade sjukdomar tas också upp.

Den historiska studien avhandlar förändringar på såväl nationell som regional och lokal nivå med olika exempel framför allt från socknar ingående i nuvarande Lerums kommun.

Med tanke på Älvsborgslandstingets säregna utformning, som ett tinglas med tre lasaretsområden, delades landstinget organisatoriskt/administrativt in i norra, södra och mellersta Älvsborg. Alingsås lasarets upptagningsområde motsvarar Mittenälvsborg med nuvarande kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. Förutom provinsialläkaren kommenteras även andra sjukvårdens nyckelaktörer som sjukhusläkare och privatpraktiserande läkare. Som grupp har barnmorskorna en lång yrkestradition medan sjuksköterskorna i öppen vård tillkom först under 1900-talet. Apoteken, som en viktig del av hälso- och sjukvården, får ett eget kapitel.

I del 1 av – *Historien om hälso- och sjukvården i Mittenälvsborg, då, nu och sedan* – konstaterar vi att medicinalrådet Axel Höjers planer på en utbyggd öppenvård på 1940-talet mötte stort motstånd från

etablissemang. Den öppna vården byggdes ut på sjukhusen i landstingens regi. Staten, som hade hand om den öppna vården utanför sjukhusen – provinsialläkarväsendet, misskötte sitt fögderi och det höll på att helt raseras. Under 1950- och 1960-talen utreddes dock samtidigt framtiden för den öppna vården. Landstingen fick överta huvudmannaskapet 1963 och började sakta att restaurera provinsialläkarverksamheten. Den nya Socialstyrelsen kom med ett program för den öppna vården 1969, som visade mot en utbyggnad med flerläkarstationer, vårdcentraler. Samtidigt kom flera nya lagar och förordningar som positivt påverkade den öppna vården. Det gjorde också Sveriges blomstrande ekonomi och framtidstro. Året var 1970 och Primärvården var född.

Andra delen avhandlar Primärvårdstiden. Vi beskriver hur landstinget tog över huvudmannaskapet för provinsialläkarna med en genomgripande förändring av den öppna vården utanför sjukhusen. Enläkarstationerna ersattes efter hand med välutrustade flerläkarstationer. Läkarna fick kvalificerad hjälppersonal på mottagningarna, jourverksamheten omorganiserades i och med att läkarna fick reglerad arbetstid, man planerade för fler läkare motsvarande en läkare per 3.500 invånare. Distriktsvården samlokaliseras med läkarstationerna till vad vi kom att benämna vårdcentraler.

Under primärvårdens uppbyggnadstid fokuseras mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun och *lerumsmodellen*. Lerums primärvård speglade mycket av vad som hände i hela riket under denna tid men var också en föregångare i många avseenden inte minst i Älvsborgslandstinget. Den andra del utgör själva kärnan i studien.

Framställningen avslutas i en tredje del med en analys av den stagnation och de problem som tornade upp sig under 1990-talet samt med funderingar och spekulationer kring utvecklingen efter sekelskiftet 2000.

Närvården kallar vi framtiden. Vi samlar vi intryck och åsikter om hur primärvården eventuellt kommer att utvecklas mot något nytt. Primärvården blev aldrig helt vad man tänkt sig. Målsättningarna var många och goda men resurserna räckte inte till. Kanske tappade man sugen. Kanske blev sjukdomspanoramata annorlunda och kraven från patienterna på tid och kvalitet stora.

Vi önskar framtidens öppna vård i Mittenälvsborg lycka till!

## Projektets genomförande

Projektets första del "Provinsiällkartiden" var ett samverkansarbete mellan Jan Kuuse och Bengt Dahlin med hjälp av arkivarier, bibliotekspersonal, föreståndare vid museer, ingen nämnd och ingen glömd för deras välvilliga inställning till vårt projekt. Ella Carlsson, Stenkullen var behjälplig i de intervjuer som gjordes.

I ett seminarium den 2 december 2004 anordnat av Allmänmedicinska avdelningen, Göteborgs universitet fick vi många värdefulla synpunkter från de närvarande inklusive det stöd vi fick av avdelningens ledning.

Primärvårdens ledning i Borås med Kerstin von Sydow som chef har också välvilligt stött projektet, liksom många aktörer från Mittenälvsborg. Utan denna hjälp hade vi troligen inte orkat dra lasset ända fram.

Många var inblandade i uppbyggnaden av primärvården i Mittenälvsborg. Aktörerna finns ännu som minns vad som hände under primärvårdens uppbyggnad 1970 – 1990. Jan Kuuse och Bengt Dahlin fortsatte att skriva, samla, och sovrta det material som fanns i arkiven. Men flera nyckelpersoner har hjälpt till med material. Vi vill lyfta fram , de som deltagit och fick komma till tals. Här några: Kerstin von Sydow, Lennart Hallerbäck, Solweig Kärrman, Gunnar Hedelin, Bengt-Ivar Nöjd, Hans Lundgren, Björn Nilsson, Olof Wik, Christer Forsell, Ingegerd Emrén, Ella Carlsson, Solweig Kärrman, Ulla Sandvall, Ulla Wessman, Ulla Blomberg, Birgitta Nilsson, Barbro Hallengren, Ann-Marie Gustavsson, Margareta Brantdahl, Birgitta Klintberg, Ronny Gunnarsson, Henric Hultin, Leif Bäckman Lars Egedius med flera.

Vid ett seminarium i FoU-enheten i Borås i mars 2006 testades dokumentet. Värdefulla synpunkter tillfördes. Dessutom diskuterades del 3, som ÓspárarÓ utvecklingstendenser i det material vi samlat. Publiceringen är ett problem. För att göra materialet tillgängligt för många för en rimlig kostnad (egen produktion) läggs projektet ut på internet på en hemsida med adress <http://www.bengtdahlin.se>. Vi vill också producera det i e-bokform (en elektronisk bok) och på CD-skiva. Att trycka materialet har vi inte ekonomiska resurser till, om vi inte kan finna sponsorer. Skulle så bli möjligt får vi sovrta i materialet för att göra det mer kompakt.

## Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen är en politiskt och demokratiskt styrd organisation. Regionfullmäktige har 149 ledamöter, som ska ta tillvara regioninnevånarnas intressen och behov. En regionstyrelse förbereder de ärenden som fullmäktige ska fatta beslut om. Regionstyrelsen har 17 ledamöter, politiker på heltid. Styrelsen ska också se till att besluten genomförs. Sätet är i Vänersborg. Västra Götalandsregionen har 1,5 miljoner invånare, är 30 mil långt och 25 mil brett. Man är Nordens största transportregion och hamn, en knutpunkt för vägar och järnvägar med fyra flygplatser. Regionen har en stark position inom fordonsindustri, petrokemi, läkemedel, livsmedel, elektronik, besöksnäring, kultur och media. Inom regionen finns två universitet, en teknisk högskola och fyra högskolor med 75 000 studenter.



## Del 1 – Provinsialläkartiden

## TIDEN FRAM TILL 1920

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

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

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

I början av 1800-talet var skillnaden i dödlighet stor mellan stad och landsbygd. Beroende på befolkningstäthet samt sanitära, ekonomiska och sociala förhållanden redovisade städerna då väsentligt högre dödlighet än landsbygden. Under 1800-talet gick städerna emellertid i spetsen för förbättrade sanitära åtgärder. Det var också i städerna som den medicinska organisationen först byggdes upp. Det avspeglas i kraftigt fallande dödstal för städerna. Även om dödligheten också minskade på landsbygden, skedde det i lägre takt, varför överlevnaden 1920 blivit större i stadsmiljöerna än på landsbygden.

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

Slutet av 1800-talet och början av 1900-talet innebar mer kunskap om sjukdomars orsaker och därmed också deras behandling.

Barnmorskornas antal ökades liksom deras kunskaper.

Smittkoppsvaccinationen var framgångsrik. Provinsiälläkarkåren ökade sakta och avlastades många administrativa och omgivningshygieniska uppgifter i och med att förste provinsiälläkarna tog över dessa. Politikerna kunde då lättare nås med upplysning om hur samhället skulle utformas för att undvika farsoterna, vilket bidrog till att förbättra folkhälsan som ovan nämnts.

## **Perioden 1920 - 1960**

Samhällsekonometiskt innebar perioden 1920-1960 för Sveriges del en tredubbling av BNP per invånare, räknat i fasta priser. Denna utveckling skapade förutsättningar för ett reellt lyft av befolkningens levnadsstandard och välbefinnande. En viktig faktor bakom den ekonomiska tillväxten var en överflyttning av arbetskraft från jordbruket med lägre produktivitet till en industrisektor, där produktiviteten var avsevärt högre. I detta perspektiv kan 1930-talet ses som en brytpunkt, eftersom antalet sysselsatta inom industrin då passerade antalet som arbetade i jordbruket.

När det gäller ekonomisk tillväxttakt kan perioden 1920-1960 delas upp i två olika faser. Den första omfattar tiden 1920-45, den andra åren 1945-60. Under den första fasen hölls tillväxten tillbaka av lågkonjunkturer och krig, medan bilden var en helt annan under den andra fasen. En gynnsam situation efter krigsslutet 1945 följdes av en lång och expansiv efterkrigskonjunktur, som skulle fortsätta även efter 1960.

Inom hälso och sjukvården gjordes flera privata och frivilliga insatser av olika slag. Exempel på sådana privata insatser var den hälso- och sjukvård som bruksledningarna utövade i brukssamhällena, Röda korsets sjuksköterskeutbildning och privatsjukhus, föreningen Mjölkdroppen och lokala Majblommekommittéer. Denna typ av insatser var fortfarande i full kraft under mellankrigstiden. I takt med att det samhällsekonomiska läget längre fram blev gynnsammare och de offentliga resurserna mer omfattande, hände det ofta att stat, landsting eller kommuner tog över de privata verksamheterna.

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

Medicinalchefen Axel Höjers planer angående den öppna vårdens omorganisation är ett tydligt exempel på hur tidigare avvisande attityder under 1950-talet ändrades till allmän acceptans. Den öppna vården flyttade mer och mer över till sjukhusen, som i landstingsregi växte sig allt starkare. I slutet av 1930-talet hade sjukhusläkarkåren blivit lika stor som tjänsteläkarkåren. Statens intresse för hälso- och sjukvård var lågt, vilket resulterade i stagnation inom provinsialläkarväsendet och psykiatrin. Provinsialläkarna minskade till 12 % av totala läkarantalet och många vakanser gick inte att fylla.

Landstingen som hade egen beskattningsrätt utnyttjade detta för upprustning av hälso- och sjukvården. Barnmorskor och sjuksköterskor ökade i antal. Mödra- och barnhälsovården fick vind i seglen. Dessa verksamheter hade landstingen som huvudmän. Vaccinationsprogrammen som startade under 1950-talet i barnhälsovården gjorde att "barnsjukdomarna" också minskade i omfattning.

Den negativa utveckling av den öppna vården utanför sjukhusen uppmärksammades av Axel Höjer, chef för Medicinalstyrelsen under 1940-talet. Hans visioner om en provinsialläkare per 4000 invånare och flerläkarstationer kom inte att genomföras p. g. a. motstånd från politiker och från läkarkollektivet, som nu dominerades av sjukhusläkare. Under 1950-talet tillsattes dock flera utredningar som arbetade vidare mot en upprustning av den öppna vården i Höjers

anda.

Tiden 1920-1960 innebar klart ökad levnadsstandard bl. a. i form av bättre hygien och boendemiljö, social välfärd och utbildning, som i slutändan resulterade i förbättrad folkhälsa. Ett uttryck för bättre folkhälsa är ökad medellivslängd. Under 1800-talet och tiden fram till 1920 hade en fördubbling av medellivslängden ägt rum i Sverige. Vid den senare tidpunkten uppnådde befolkningen i genomsnitt en ålder av 60 år – något högre för kvinnor och något lägre för män. Den stigande medelåldern fortsatte efter 1920, men av naturliga skäl kunde den inte öka i samma takt som förut. År 1960 uppgick således medelåldern för kvinnor till cirka 75 år och till ungefär 70 år för män.

Övergången från ett Sverige med ekonomisk knapphet till ett välfärdssamhälle medförde också ett nytt sjukdomspanorama. De tidigare infektionssjukdomarna trängdes definitivt tillbaka, medan cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och hela fältet av välfärdssjukdomar ökade påtagligt. Tuberkulosen var ännu ett hot liksom lunginflammationer. Difterin och scharlakansfeber var periodvis vanlig. En i Sverige relativt ny infektionssjukdom – polio – kom i olika vågor under det framväxande välfärdssamhället, delvis bryta huvudmönstret. Effektiva botemedel mot infektionssjukdomarna kom först när antibiotika introducerades på 1940-talet.

## 1960-TALET

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

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

Karakteristiskt var också att det i stor utsträckning var kvinnlig arbetskraft som sökte sig till den offentliga sektorn. Kvinnorna hade visserligen redan på 1950-talet i växande omfattning börjat gå ut i



arbetslivet, men det var först på 1960-talet som detta fick riktigt genomslag. Det var bland annat utbyggnaden av barnomsorgen som underlättade även för gifta kvinnor att förvärvsarbeta. I sin tur ledde detta till större hushållsinkomster och valmöjligheter i fråga om privat konsumtion. Möjligheter till bättre boende, kost och hygien resulterade överlag i förbättrad folkhälsa och höjd medellivslängd.

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

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

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

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

Läkarna fick social trygghet och drägliga arbetstider. Den schemalagda 42,5 timmarsveckan infördes. Man beslutade om förbättrade utbildnings- och efterutbildnings-möjligheter för läkarna inom arbetstidens ramar. Med totallön för arbetet fick läkarna rådgöra att prioritera annat än rent patientarbete, något som också uppmuntrades i de nya direktiven för vårdens utformning – t. ex. med insatser inom förebyggande vård.

I och med arbetstidsreglering inklusive jourarbete kom den totala läkararbetstiden att i det närmaste halveras. Samtidigt var vakansläget stort och intresset för provinsialläkarbanan lågt. Läkarutbildningen hade inte funnit sina former. Det tog också enligt de nya intentionerna 10 – 12 år att få fram en allmänläkarkompetent läkare.

Övergångsreglerna blev många. Läkarbemanningen blev därför ett av de största problemen då man skulle genomföra de nya intentionerna i den förändrade öppna vården

## **Del 2 – Primärvårdstiden**

## En omvärldsbeskrivning

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

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

Befolkningen hade under århundradet fördubblats och fått ökad medellivslängd, genomsnittslängd och genomsnittsvikt. Den allmänna välfärdspolitiken bidrog till detta. Både genom offentliga och enskilda åtaganden har välfärdsinsatserna inneburit stöd även för eftersatta samhällsgrupper. Välfärden skapade sin egen sjukdomsbild. Minskad fysisk aktivitet och övervikt i sitt släptåg framkallade en ökning av hjärt- och kärlsjukdomar. Landets åldrande befolkning blev

mer drabbad av olika cancersjukdomar.

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

## Hälsa och sjukvård

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

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

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

Nya hälso- och sjukvårdslagar 1982 och 1992 innebar en övergång från sjukvårdspolitik till hälsopolitik, vilket starkt präglade utvecklingen av primärvården i Lerum. Den senare innebar också att

primärvårdens ansvar för äldreården övergick i primärkommunal regi, den s.k. Ädelreformen. Då diskuterades mycket om hela primärvården skulle bli primärkommunens ansvar, vilket förkastades bl.a. av läkarorganisationen.

Landstinget "producerade" nya sjukvårdsplaner 1974 och 1980 samt en hälsoplan 1977. samtliga dessa stödde utbyggnad av primärvården men den ekonomiska åtstramningen satte krokben för detta.

Sjukhusens resurser ökade fortfarande mer än primärvårdens.

Det blev under 1980- och 1990-talen ett sorts systemskifte.

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

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

## **Primärvårdens uppbyggnad under 1970-talet**

Vi beskriver "Primärvårdsbegreppet", myntat av Socialstyrelsen 1969, samt primärvårdens innehåll och mål. Målbeskrivning och måluppfyllelse går som en röd tråd genom hela dokumentet: Närhet, Tillgänglighet, Helhetssyn, Kontinuitet, Kvalitet/säkerhet, Samverkan. Vårdcentralen, basenheten i primärvården, innebar en samlokalisering av tidigare lokalmässigt spridda verksamheter i den öppna hälso- och sjukvården kompletterat med apotek eller apoteksfilialer.

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

## Lerums läkardistrikt

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

Brobacken, Lerums första vårdcentral i primärvårdsblocket i södra sjukvårdsdistriktet

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

## Brobacken en utvecklingsvårdcentral

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

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

**Lerumsmodellen** beskrivs i alla sina delar med lösningar på tillgänglighet, akutanvar, kvalitet i första kontakten liksom hur man skulle prioritera och samverka med sjukhusen (KÅR –

kontaktorsaks-, åtgärds register), ett bokningssystem för både akuta fall (brådskegradsindelning) och återbesök med kallelserutiner ingick i lerumsmodellen. En mycket användbar och populär blankett R/P-blanketten utformades. Den följde patienten från telefonkontakten, genom mottagningens olika aktiviteter till dess att man skrev journalanteckningen. Den användes också i bokningsrutinerna. Ledningsfunktionen vid vårdcentralen fick också hjälpmedel i vårdplaneringssystemet. Som en bonus utvecklades en sjukvårdsupplysningsfunktion som senare spreds till Borås och till många andra platser i Sverige.

## Nya vårdcentraler nya utmaningar

**Floda vårdcentral** var nästa nya enhet som kom igång med nya entusiastiska medarbetare under ledning av Bengt-Ivar Nöjd, som flyttade dit från Brobacken. Man tog upp lerumsmodellens vårdplaneringssystem. Dessutom kom man igång med ett flertal specialfunktioner som blodtrycksdispensär, diabetesmottagning, friskvårdsprojekt, försök med uppspårande av alkoholmissbrukare med ett vårdprogram för detta (Bengt-Ivar Nöjd), rökavvänjning och kost- och motionsverksamhet. En produktionsstudie genomfördes liksom en journalstudie. Många rapporter producerades. Hans Lundgren, som var en av de mest ivriga "utvecklarna", kom särskilt att engagera sig i friskvård, även på landstingsnivå, samt diabetesproblematik. Det senare resulterade i den första doktorsdisputationen på Allmänmedicininstitutionen i Göteborg.

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

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

Journalen datoriserades senare liksom R/P-blanketten och lerummodellens hela vårdplaneringssystem i ett stort försök med

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

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

**Ny vårdcentral i Lerum** 1984 Flytten från Brobackens vårdcentral i Hälsöhuset var efterlängtat. Man fick en egen välplanerad tvåvåningsbyggnad (det var en ny generation av vårdcentralbyggnader), där alla enheter skulle få välanpassade lokaler. Barnläkarna som hade egen "barack" på Pomonaområdet medgav, efter ett visst motstånd, att flytta in tillsammans med de andra. Barnläkarna anpassade sig snart och fann att de nära kontakterna med de övriga var positivt. Mycket kom att utspelas i den nya vårdcentralen, vilket berättas om under olika rubriker i fortsättningen. En nyhet var införandet av "öppen mottagning". En snabbmottagning dit patienter fritt kunde söka utan föregående telefonkontakt. Den öppna mottagningen lades ned 1997 och ersattes av en snabbjourmottagning och att sjuksköterskorna telefonrådgivning utökades. Distriktsköterskemottagningen i Hulan, som funnits redan före den nya vårdcentralen öppnades flyttade in samtidigt. Gunnar Hedelin, som varit chef på Brobacken och på den nya vårdcentralen, avgick som sådan år 2001 och chefsrollen förändrades.

### **Barndistriktsläkarna.**

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

Christer Forsell berättar om barnläkarverksamheten i Alingsås, Anita Harling/Glanz berättar om hur det började i Lerum. Ragnar Bergström fördjupar om Lerum med "En barnmottagning i tiden (1995)". Även barndistriktsläkarna brottades med målen Kontinuitet och tillgänglighet. "Små patienter är också patienter" konstaterar Ragnar Bergström i en artikel 1996.

**Privatläkarna** i Lerum berättar Bengt-Ivar Nöjd om.

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

Utvecklingen från 1979 till 2000 beskrivs. Man kan konstatera att mödra- och barnhälsovården utvecklades starkt under denna epok. Barbro Svalin, distriktssköterska i Lerum berättade i en intervju om vad som hände distriktsvården 1970 – 2000.

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

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

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

**Psykiatri** har också fått ett kapitel

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

### **Folkhälsoarbete blev ett ideal i primärvården.**

Sjukvårdslagen 1983 tar upp ansvar för hälsan både individuellt och för landstinget. En offensiv hälsovård skulle bli en del av sjukvården på alla nivåer. Detta fastställdes i landstingets hälsoplan redan 1977. Lerum började omgående arbeta med hälsoprojekt, som beskrivs i olika avsnitt (Brobacken, Floda vårdcentral, Samverkan med apoteket, FoU). I detta avsnitt berättas om olika former för prevention, egenvård (apotekets medverkan) och friskvård samt om Hälsoenheten i södra Älvsborg. Vi berättar också om folkhälsoarbete i Lerum.

### **Äldrehälsovård i utveckling.**



Solweig Kärrman och Barbro Hallengren ger en initierad bild av utvecklingen från fattigvården, via ålderdomshemmen och som senast det egna boende antingen i eller utanför institution. Hur man i Lerum arbetade med olika modeller beskrivs liksom följderna av Ädelreformen, då kommunen helt tog över äldreomsorgen. Primärvårdens ansvar inom långtidsvården under 1970- och 1980-talen med en del projekt lyfts fram. Verksamheten vid sjukhemmet, Tuvängen, ger Barbro Hallengren en bild av. Kopplat till äldreomsorgen beskrivs sjukgymnastiken av Margareta Brantdahl och arbetsterapin i Lerum av May Thyré, Dessa verksamheter var också mycket progressiva.

## **Samverkan en Lerumsideologi**

– ett honnörsord i Lerums primärvård. Under denna rubrik beskrivs många samverkansprojekt och samverkansformer som: Samverkan inom kommunen med socialtjänsten i ett projekt redan på tidigt sjuttital samt senare i POSOM, en tvärsektoriell grupp för psykiskt och socialt omhändertagande efter katastrofer, t.ex. efter Tsunamikatastrofen. Katastrofplanering, som fungerade vid en stor tågolycka i Lerum 1987, vilken också beskrivs. Kurator eller socialarbetare som stöd för primärvården diskuteras. Lerum har valt att samverka med socialtjänsten redan från början. Om man skall rehabilitera långtidssjukskrivna behövs samverkan mellan många aktörer. En modell beskrivs som utarbetades i Lerum tillsammans med Rehabkliniken i Borås i början av 1980-talet. Den bygger på det faktum att det rör sig om månader om man skall få en sjukskriven patient åter i arbete. Om aktörerna i processen inte snabbt samverkar blir det "en långbänk" som för patienten slutar i förtidspension. Ett viktigt projekt som borde ha uppmärksammats i och med 2000-talets alltmer ökande förtidspensioneringar. Samverkan med lasaretten beskrivs med olika modeller, liksom hur i vårdkedjan en samverkan är nödvändig för effektivare vård.

## **Apoteken**

Apoteket och dess uppgifter och kontakter till primärvården ges ett eget avsnitt. I Lerum genomfördes på åttitalet ett samverkansprojekt. En egenvårdsbroschyr framställdes som delvis byggde på de erfarenheter som samlats i patientrådgivningen och i det Kontaktorsaksregister

som var en del i lerumsmodellen. Apotekschefen Gunnel Anderberg lade ned mycken kraft i projektet. Så också i Gråboförsöket med datorisering av läkemedelsförskrivning, vilket beskrivs här och i avsnittet om informationssystem och datorjournal.

## **Primärvårdsjouren,**

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

## **Husläkare – Lerum prövar olika modeller.**

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

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

## **Forskning och Utveckling – FoU.**

Utvecklingsarbete var en ledstjärna för Lerums primärvård allt ifrån starten. Många projekt genomfördes som delvis var förändringsarbete men ofta innebar utveckling d.v.s. att man bröt ny mark i primärvården. Sprisamarbete gav resurserna till många utvecklingsarbeten. Andra resurser kom från landstinget, speciellt när Lerum fick egen förvaltning, Dagmar medel var en annan finansieringskälla.

Så fick då Lerum landstingets första Utvecklingsenhet 1988.

Särskilda medel avsattes både för tjänster och för andra resurser. Det innebar ett uppsving och en bättre organisation av utvecklingsarbetet. Detta beskrivs liksom vad en utvecklingsenhet står för och vilka som fanns i riket 1990. samarbetet med Allmänmedicinska institutionen i Göteborg intensifierades.

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

## Utbildningen

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

Provinsialläkarfonden, som skapades av från provinsialläkarna avsatt patientarvoden, gjorde det möjligt att tidigt satsa på efterutbildning av distriktsläkarna. Hos oss resulterade det i en lokal efterutbildning.

Modellen, som fortfarande används i Mittenälvsborg, skapades i ett projekt med Södra Älvsborg och Åtvidaberg inblandade "Deltagarstyrd, problemorienterad allmänläkarutbildning" utvecklades. Som blockchef var Bengt Dahlin en lokal projektledare. Projektet beskrivs liksom dess positiva följder.

AT-läkare (allmäntjänstgörande läkare) hade inträtt på arenan redan 1970. I och med att allmänmedicin blev en egen specialitet skulle man utbilda blivande allmänläkare. Stegvis utformade handledarkurser kom att genomföras genom NLV (Nämnden för Läkares Vidareutbildning). En sådan avstamp gjordes i Hjo-kursen 1980 med Lennart Råstam och Bengt Dahlin som kursledare. Kursen beskrivs liksom följdkurserna i landstinget.

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

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

## **Informationssystem i vården.**

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

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

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

Sveriges läkarförbunds datapolitiska handlingsprogram 1980 och 1991 refereras.

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

## **Politiker och tjänstemannaorganisationen**

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

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

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

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

År 2007 var det dags för nästa omorganisation, som innebar att primärvård- och tandvård separerar vad gäller politikeransvar. Tandvården får en för regionen gemensam styrelse med säte i Skövde. Primärvårdens styrelse blir gemensam för Södra Älvsborg med placering i Borås. Mer om detta i del 3. Kerstin von Sydow om organisationsändringen:

*Förändring och utveckling av vår organisation pågår ständigt, men vi får aldrig glömma vem vi är till för – våra patienter. Primärvårdsstyrelsen för Södra Älvsborg och den nya tandvårdsstyrelsen får goda förutsättningar för en nära dialog med verksamheterna. Det skapas också bättre förutsättningar, i första hand avseende primärvården,*

*för en dialog med Hälso- och Sjukvårdsnämnderna 6 och 8, samt med styrelserna för Södra Älvsborgs Sjukhus och Alingsås lasarett.*

## **Ambitioner, personal och produktion**

I detta avsnitt beskriver vi hur under åren resurser tilldelats och använts/prioriterats i primärvården. En Öservicetrappa Ö som konstruerades i Lerum blev uppmärksam i hela riket. Den ger en vink om hur många allmänläkare som behövs relaterat till betjäningsområdets storlek och till besök per invånare och år. Enligt den skulle primärvården kunna åta sig sitt sjukvårdsansvar med hög kontinuitet om man var en läkare per 2.600 invånare förutsatt att man " producerade" 1,5 besök per läkare och år. Det senare har man aldrig uppnått, som högst var besökstalet i slutet av 1970-talet med 1,4 besök per invånare och år. Sedan har det sjunkit och hållit sig strax ovan 1 besök per invånare och år trots att läkarantalet ökat kraftigt och invånare per läkare sjunkit. Ta en titt på tabeller som presenteras – ganska intressant.

## **Den svenska modellen**

Det ofta använda uttrycket den svenska modellen konstateras sakna en entydig definition. Benämningen har ibland uppfattats som ett sätt att framhäva Sveriges avvikelser från andra i-länder avseende ekonomi, politik, ideologi och institutioner. Under 1930-talet framhölls särskilt delar av social- och sysselsättningspolitiken som utmärkande för den svenska medelvägen mellan kapitalism och socialism. Senare kom de goda relationerna mellan arbetsmarknadens parter SAF och LO – symboliserad av Saltsjöbadsavtalet 1938 och övergången till centrala löneförhandlingar under 1950-talet – att framhävas. Även den svenska välfärdsstaten med dess arbetsmarknads- och jämställdhetspolitik och olika transfereringar har kommit med i bilden.

Liksom den generella svenska modellen utgick sjukvårdsmodellen från samordning och samförstånd mellan jämbördiga parter. Förutsättningen var alltså att primärvården – som öppenvården kom att kallas – och slutenvården (specialistvården vid sjukhusen) kunde samsas som jämbördiga parter där båda hade något att ge och ta. Ett grundläggande problem var dock att parterna från början inte kände denna jämställdhet. Alltsedan Axel Höjers dagar hade den helt

dominerande delen av resurserna slussats till sjukhusens specialistvård, medan primärvården ansåg sig satt på undantag.

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

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

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

## **Del 3 – Närvården**

Del tre i vår historiekavalkad har vi kallat Närvården. Vi vill genom namnet peka på de tendenser som finns i tiden att förändra Primärvården mot en funktionell organisation med nära samverkan mellan närsjukhusets specialister och kommunens vårdverksamhet. Mittelelvsborgs primärvård ingående i södra Älvsborgs får en inriktning mot detta från 2007 då en ny central ledningsorganisation träder i kraft.

Som i de två andra delarna görs utblickar i omvärlden. Det första kapitlet som Jan Kuuse helt ansvarat för avhandlar "Ekonomi och kultur i förändring". Där visar vi på globaliseringens och skattesystemets effekter men också hur sjukvården industrialiserats. Vi avhandlar välfärden och befolkningsutvecklingen och sambandet mellan social position, hälsa och livslängd.

Nästa kapitel ger en tillbakablick "Skeenden från provinsialläkartiden till och under primärvårdstiden". Mycket har hänt med läkarrollen. Patienten och den enskildes krav har allt mer

kommit i fokus från att tidigare ha haft en auktoritär läkarfokuserad vård. Sjukvårdspolitiken påverkar starkt utvecklingen på gott och ont. Ofta blir det kraftig turbulens vid regeringsskiftet. Arbetsmiljön för primärvårdsarbetarna har förbättrats men ändå ökar "utbrändheten". Informationssamhället påverkar vården i stor utsträckning – på gott och ont. Förebyggande insatser, som tidigt varit en viktig funktion i den öppna vården har reducerats eller kanske rättare koncentrerats till andra enheter än basenheten. Ökad press på sjukvårdsinsatser har som alltid gjort att vårdcentralerna fått prioritera bort denna viktiga del av verksamheten.

Kapitel tre "Primärvården vid millenieskiftet" beskriver i tre perspektiv olika verksamheter fem år före till fem år efter år 2000. De tre perspektiven är: Rikets, Västar Götalands och Mittenälvsborgs. Vi diskuterar patientperspektivet, ledningsperspektivet bemanningen och allmänläkarna, jourverksamheten, distriktsvården, sjukgymnastik och arbetsterapi, medicinsk teknik, Informationsutbytet, IT i vården, prevention och folkhälsoarbete, kvalitetsarbete inkluderande FoU, primärvårdens effektivitet. Vi avslutar kapitlet med en sammanfattning ur Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för hälso- och sjukvården. Familjeläkarkonceptet var en betydelsefull komponent i handlingsplanen. Man konstaterar man (som också vi erfarit i södra Älvsborg) bland annat att den listningssystemet inte slagit igenom och att majoriteten av landstingen i praktiken tillämpar områdesansvar. Till viss del kan utvecklingen bero på att det saknas allmänläkare. Antalet läkare har ökat de senaste åren men det saknades 2004 200 allmänläkare i riket för att nå målen. Landstingen arbetar på olika sätt för att öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Man anser att telefontillgängligheten ökat inte minst för att man infört nya telefonpassningssystem och internet. Sjukvårdsrådgivningen har också byggts ut kraftigt men räcker ändå inte till. Den nya tekniken kan vara problematisk för en del äldre och funktionshindrade. Man anser att det är svårt att få en överblick över FoU-verksamheterna i primärvården. Verksamheten ser olika ut i landstingen, uppbyggnad, omfattning och inriktning varierar. Man konstaterar också att den utveckling av privata vårdgivare som skedde under 1990-talet har avstannat. År 2003 gjordes ungefär en fjärdedel av läkarbesöken inom primärvård hos privata vårdgivare. Landstingen har överlag visat liten aktivitet för att stimulera mångfald av driftsformer. Avslutningsvis konstateras i handlingsplanen att: "Eftersom närsjukvårdsutvecklingen är i sin linda är det svårt att uttala sig om i vilken utsträckning man kommer att lyckas med ambitionerna. Som konstateras i rapporten önskar befolkningen en fast läkarkontakt.



Även i närsjukvården måste man således lösa frågor kring läkartäthet, kontinuitet och samverkan".

Kapitlet "Primärvård i förändring" citerar vi olika nuvarande modeller som diskuteras och också genomförts för primärvårdens organisation. En modell som föreslås av samtliga Saco-förbund tycker vi verkar intressant för södra Älvsborg. Vi refererar också den lokala utvecklingsplanen som politikerna i Mittenälvsborg lagt fram. Vi lyfter också fram en primärvårdsutredning som gjordes av Bengt dahlin 1997 och som i många stycken fortfarande är relevant för primärvårdens utveckling.

Avslutningsvis begrundar vi "Närsjukvården" som begrepp. Anders Anell, chef för Institutet för hälsoekonomi, IHE, i Lund och ledamot av SBU:s råd (Statens beredning för medicinsk utvärdering), har på ett briljant sätt beskrivit och analyserat primärvårdens framtida utveckling med olika modeller. Vi har fått hans tillåtelse att citera viktiga avsnitt i hans böcker, vilket vi också gör. Avslutningsvis kommenterar vi en primärvårdsmodell för Mittenälvsborg där vi pekar på att primärvårdens mål med tillgänglighet och kontinuitet knappast har kommit närmare sin uppfyllelse sedan början av 1970-talet. Man får hoppas att inriktningen kommer att vara mot att nå målen i en förändrad organisation. I dessa fall rör det sig inte så mycket om resurser utan mer om attityder hos personalen och om hur man organiserar sin verksamhet. Det bör bli en viktig ledningsfråga att jobba med. Först om målen tillgänglighet och kontinuitet kan nås kommer befolkningen att söka sig till primärvårdens närsjukvård (allmänmedicinen). Annars nedprioriteras den till förmån för andra specialiteter inom närvården. På längre sikt en katastrof för allmänmedicinen.

I epilogen tar vi upp politikerkiftet år 2006 och åter att tillgänglighetsproblematiken upplevs som det stora problemet i nutid. Det problem som löstes med "lerumsmodellen" 1975.

Med en avslutande fundering:

Det verkar som om varje generation måste göra sina egna misstag!  
Men man hejdar sig till slut och finner nya utmaningar och spännande lösningar på problemen som dock sällan är nya.

## Referenser del 1

## Utredningar

Statens offentliga utredningar (SOU):

SOU 1948:14. Medicinalstyrelsens öppnavårdsutredning.

SOU 1958:15. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområden.

SOU 1978:74. Husläkare – en enklare och tryggare vård.

Socialstyrelsen redovisar Ett principprogram om öppen vård. 1968

## Statistik

Bidrag till Sveriges officiella statistik (BiSOS)

K, Helso- sjukvården 1860 –1910

Sveriges officiella statistik (SOS)

Hälso- och sjukvård 1910 -

## Officiella skrifter

Årsberättelser från provinsialläkare (Alingsås, Sollebrunn) ur:

Vård och omsorgshistorisk databas.

Svensk medicinalhistorisk bibliografi.

Förste Provinsialläkarens årsrapporter 1897 - 1959. Älvsborgs läns landsting, Vänersborg.

Wistrand, Sveriges läkarhistoria del 1-3. Ger CV:s för läkare fram till 1920-talet

Läkarmatrikel 1924.

Svensk läkarmatrikel 1970. Bokförlaget Vem är vem. 1971.

Svenska läkare. Nordstedt och söner. 1959.

Svenska provinsialläkarföreningens cirkulär 1959 – 1970.

Sveriges Apotekarkår i ord och bild. 1942.

Sv. Farmaceutisk Matrikel 1938.

Sveriges Apotekares historia, Lars Lindquist. 197 .

## Hemsidor/databaser

Vård och omsorgshistorisk databas, Linköpings universitet. <http://pub.ep.liu.se/medhist/> Här finns 6000 provinsialläkarberättelser från 1814 till sekelskiftet 1900.

Databasen innehåller material under följande rubriker:

Medicinalstyrelsens protokoll

Överinspektörens årsberättelser för sinnessjukvården

Årsberättelser från lasarett och hospital

Inspektörsberättelser från hospitalen  
Årsberättelser från provinsialläkare  
Hälsovårdsnämndens protokoll  
Medikolegala rapporter (obduktionsprotokoll)

Projektet är utlagt på internetadressen: <http://www.bengtdahlin.se/index.html>

## Litteratur

Andersson Bertil, Fritz Martin, Olsson Kent, Göteborgs historia. Band I-III. 1996.

Axelsson Per, Historien om Polio i Sverige – från barnförklamation till poliovaccin. Svensk medicinhistorik tidskrift Vol. 8 Nr 1, 2004.

Berg Gunnar, Tollered – ett brukssamhälles uppkomst och utveckling. 1978.

Bergmark Mats, Från pest till polio. Prisma. 1983.

Bergstrand Axel Martin, Andersson Bror, Ur tre socknars krönikor – Stora Lundby, Bergum, Östad. 1967.

Berndtsson Olof, Hedefors. Minnesbilder. 1996.

Boström Per, Västergötlands tidigare farmacihistoria. Medicinhistoria i Västergötland, Västergötlands Fornminnesförenings Tidskrift 2003-2004.

Brodin Göran, Egenvårdens ansikten. Om egenvård från kvacksalveri till patientdemokrati och e-health. Uppsala universitet, 2006.

Dahlström Margareta, Att vara doktor. 2004.

Den svenska historien, band 5 – 10. Medicinhistoriska artiklar. 1968.

Ewert Bo, Lindberg Bengt, Odin Martin, Vad säger doktorn? 1944.

Falklind Hans, Det gamla Lerum. 1987.

Furhoff Anna-Karin, Svensk allmänmedicin – när praktiken fick en teori. Sveriges Läkarförbund. Ett sekel med läkaren i focus. Läkarförbundet 1903 – 2003. 2003.

Fritz Martin, Östad – från barnhus till näringsidkande stiftelse. 2002

Från rotegång till socialtjänst. Landstinget i Älvsborg. 1991.

Galdston Iago, Medicinens framsteg under de sista hundra åren. Bonniers 1942.

Gerner Göran, Minnesskrift – Svenska provinsialläkarföreningen 1880 – 1972. 1975.

Gustavsson Karl, Stora Lundby hembygdsförening, 1999.

Stora Lundby skolor. 2004.

Gårdlund Torsten, Industrialismens samhälle. 1942.

Haggard Howard, Läkaren i mänsklighetens historia. Natur och Kultur 1935.

- Hallböök Torgil, Lasaretten i Västergötland. Medicinhistoria i Västergötland, Västergötlands fornminnesförenings årsbok 2003-2004.
- Hemberg Per, Ett läkardistrikt berättar – om gångna tiders sjukvård i Bo och Svennevads socknar. Country Life AB, 1987.
- Hammar B, Medicinsk folkupplysning. Förhandlingar vid tjugotredje Allmänna läkarmötet i Västerås 1942.
- Holmdahl Barbro, Sjuksköterskans historia. Liber Utbildnings AB. 1994
- Herrljungaboken – gammalt och nytt från É., 1958.
- Herrljunga–Tarsled, Två socknars historia, Hur de sjuka togs om hand.
- Lennart Kjellson.2003.
- Höjeberg Pia, Jordemor – barnmorskor och barnaföderskor i Sverige. Stockholm 1991.
- Johansson Hilding, Älvsborgs läns landsting 1863 – 1962. 1963.
- Johansson Sören, Boken om Ale. 1985.
- Kronans Droghandel, Årsredovisning 1999. Göteborg.
- Kuuse Jan, Strukturomvandling och arbetsmarknadens organisering. 1986.
- Kuuse Jan, Varaktiga konsumtionsvarors spridning 1910 – 1965. En indikator på välståndsutvecklingen i Sverige. 1969.
- Lindberg G, Rosén M red, Folkhälsa och sjukvård. 2000.
- Lind Håkan, Landstinget i Älvsborg. 135 år i ord och bild.1998.
- Lönnroth Louise, Provinsialläkarna och deras arkiv. Medicinhistoria i Västergötland, Västergötlands fornminnesförenings årsbok 2003-2004.
- Mannerfelt Otto, Älvsborgs läns landsting 1863 – 1913, I och II. 1913.
- Niklasson Christina, Alingsås lasarettshistoria
- Nilsson Ingemar, Peterson Hans-Inge, Idéhistoria.SNS förlag. 1998.
- Nordholm Uno, Om Apotekarsocietetens uppkomst och utveckling. Stockholm 1976.
- Norrman, Ragnar, Prästerna och vaccinationen. En regionalundersökning avseende Uppsala län 1811-1820. I Kyrkohistorisk Årsskrift 1979.
- Olsson Helmer, Folkliv och folkdikt i Vättele Härad under 1800-talet. 1945.
- Pontin M, Anvisning till Valet af Läkemedel för Allmänna sjukvården, till inrättande af Sockenapothek, Stockholm. 1816.
- Puranen, Britt-Inger, Medicinens roll i kampen mot tuberkulos och smittkoppor under två århundraden. I Hjärta-Kärl-Lungor 77:3/1982.
- Qvarsell, Roger and Jan Sundin, The Social and Cultural History of Medicine and Health in Sweden. In History and Philosophy of the

Life Sciences,, vol 17, 1995.

Rapport från en studiecirkel. Bygd i förvandling. Glimtar från Stora Lundbys nutidshistoria, Del 2, skola och vård. (Stencil). 1982

Runeberg Johan Ludvig, Fänrik Ståls Sägner. 1928

Saujer Birgit o Peter, Innan Alingsås blev stad.

Sjögren Iréne, Nils Rosén von Rosenstein. Mannen som förlängde människolivet – en trilogi. Växjö universitet, 2006.

Skarback Sören, Läkarna i gamla Göteborg. Tre Böcker Förlag AB, Göteborg. 1999.

Schmith George F, The man who saved the worl from smallpox.

IUniverse Sköld, Peter, "The history of smallpox and its prevention in Sweden". Ascleipo. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 54:1, 2002, 71-91.

Stolt Carl-Magnus, Läkaren och patienten.

Stolt Carl-Magnus, Borås och Sjuhäradsbygdens medicinhistoria – de bortglömdas historia. Medicinhistoria i Västergötland, Västergötlands fornminnesförenings årsbok 2003-2004.

Stora Lundby. En resa genom tiden. 1999.

Sundberg Carl, Läkarvetenskapen och dess samhällsbetydelse under det nittonde århundradet. 1920.

Svenska sjukhus, Del I – III. En översikt över det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt. Stockholm 1950.

Sveriges Apotekarehistoria, Johan Fred. Sacklén. 1833.

Sveriges Läkarförbund. Ett sekel med läkaren i focus. Läkarförbundet 1903 – 2003. 2003.

Stahre Ulf, Britanniafabriken 1893 – 1993. Ett gjuteris historia. 1993

Sundelin, Arne, Sörman, Anne, Skammens hud – Om spetälska i Sverige. Bokförlaget DN, Stockolm. 2004.

Säveån från Hedefors till Floda. 1996.

Sölenius Bengt, Hälso- och sjukvård i kommunerna. 1992.

Torwald Anita och Rune, Bergum – en västgötasocken i omstridd gränsbygd. 1989.

Vigård Folke, Lerums socknar genom tiderna. En krönika. 1976.

Öberg Lars, Göteborgs läkarsällskap. En historik. 1983.

Öberg Lisa, Barnmorskan och läkaren. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870 – 1920. Ordfront. 1996.

## Tidningar och tidskrifter

Svenska Dagbladet. Medicinskhistoriska artiklar.

Svenska Dagbladet Inger Atterstam. Spanska sjukans massdöd en gåta. 19 mars 2006.

Högberg, Ulf, Den vita pesten - tuberkulos från forntid till nutid. I

Kvartalsskiftet, Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar 2, 1982 s. 69-75.

Nordström, Stefan & Egil Johansson, «Husförhörens läsbetyg avslöjar ärftlig ögonsjukdom.» I Forskning och Framsteg 1/1978, s. 52-56.

Nordström, Stefan, Kyrkböckerna avslöjar ärftliga sjukdomar. I Forskning och Framsteg 7/1982 s. 39-43.

Palmborg Märta, En kvinnlig provinsialläkare bläddrar i minnenenas bok. Suppl. Nr 22, Allmänmedicin 5/1997.

Sjukdomsuppfattning genom tiderna. Svensk medicinhistorisk tidskrift, Vol. 3 Supplement 2, 1999

Swartling Per, Primärvårdsutvecklingen i Sverige. Allmänmedicin nr 4, 2001.

## **Intervjuer, personliga dokument, föreläsningar**

### **Intervjuer:**

Kerstin Damell, Den första distr.sköt. trakten, först i Lerum 1931 – 1940 sedan i Floda 1941 - 1962. Intervju på Sävegården 1998-07-22

Annie Bauhn, Distr.sköt i Gråbo 1959-1985 . Intervju i hemmet i Kinna i juli år 2000

Ingeborg Nilsson, Distr.sköt i Lerum 1940 - 1980. Intervju på Höjdenhemmet i Lerum 12 november 2003

Karl-Erik Ahlsén Om hans mor Aina Nord sjuksköterska på 1930-talet mm. Intervju i Lerum 2005-01-21.

Sten-Axel Nyman Om Tore Nyman, prov. läk. i Lerum 1944 – 1970. Intervju i Lerum 2005-01-31.

Ann-Marie Packendorff Patientminnen från 1930- och 1940-talet. Intervju i Lerum 2005-01-31.

Barbro Svalin. Distriktssköterska Floda/Lerum. Intervju maj 2005.

### **Dokument/skrivna minnen:**

Bengt Dahlin Prov.läk/distr.läk Gråbo o Lerum 1962 – 1995.

Evy Johansson. Barnmorska i Lerum 1953 – 1994.

### **Föreläsningar:**

Lidin-Jansson Gunilla, Tankar om smittkoppsvaccinationen. Göteborgs läkarsällskap 2004.

Larsson Lars, Tjörn – när sillen försvann då ökade dödligheten. Med. hist. Fören. I Göteborg. 2004. Ingeborg Nilsson f. 1910. Distr.sköt i Lerum 1940 - 1980.

Lönnroth Louise, Provinsialläkararkiven berättar. Landsarkivet

Göteborg. 2004.

Wikström-Haugen Inger, Medicinhistoriska muséet i Göteborg.

Historiskt om provinsialläkare i Älvsborgs län och särskilt i Svenljunga och Marks/Skene. Föredrag 1993-05-14.

## Referenser del 2

### Utredningar, propositioner och lagar

SOU = Statens offentliga utredningar

SOU 1948:14. Medicinalstyrelsens öppnavårdsutredning.

SOU 1958:15. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena.

SOU 1978:74. Husläkare – en enklare och tryggare vård.

SOU 1979:78. Mål och medel för hälso- och sjukvården.

SOU 1984:39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

SOU 1992:50. Ädelavgiftsutredningen ikraft 1 juli 1993.

SOSFS 1994/95:195 ÖPrimärvård, privata vårdgivare m.m.

Socialstyrelsen redovisar. Ett principprogram om öppen vård. 1968.

Socialstyrelsen redovisar 1976:5. Medicinsk rehabilitering – förslag till principprogram.

Tillsynslagen 1980.

Regeringens proposition 1981/82:51. Förslag till hälso- och sjukvårdslag (HSL).

Hälso- och sjukvårdslag 1 januari 1983

Primärvård – omfattning och inriktning 1986. Socialstyrelsen. PM 166/87 november 1986.

Regeringens proposition 1987/88:176. Äldreomsorgen inför 90-talet.

Socialtjänstlagen 1980:620 och 1988:871

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

Husläkare – för kontinuitet och trygghet i vården.

Socialdepartementet Ds 1992:41.

Hälso- och sjukvårdslag 1992:567.

### Officiella skrifter

SPRI – publikationer:

Spri rapport 14/72. Den öppna vårdens organisation.. Stockholm 1972.

Spri rapport 3/77. Handbok för löpande vårdplanering.. Stockholm 1977.

Spri rapport 101/78 Primärvården – innehåll och utveckling.

Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Spri. 1978.

Spri rapport 142. Basdata om kontakter i primärvården. Stockholm

1983.

Spri rapport 142 +. Kontaktorsaker. Ett förslag till klassifikationssystem i primärvården. Bengt Dahlin och Britt-Gerd Malmberg. 1983.

Spri rapport 183 Förebyggande och behandling av alkoholmissbruk – förslag till vårdprogram. Bengt-Ivar Nöjd. 1984.

Spri rapport 210. Handbok för problemorienterad medicinsk registrering. Dahlin B, Hässler A och Ljungkvist G. Stockholm 1986.

Spri rapport 282 Datagrundjournal. Datorisering av informationssystem vid Gråbo vårdcentral. Stockholm. 1989.

Spri rapport 333. Husläkare – internationella jämförelser. Stockholm 1992.

Vad gör Spri? Stockholm 1995.

Socialstyrelsen –PM 89/85. Samverkan i rehabilitering – rehabiliteringskliniken i Borås och primärvården i Lerum.

Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960 – 1992.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. SBU-rapport nr 124, 1995.

Datorer i hälso- och sjukvården - Ett datapolitiskt handlingsprogram för Sveriges läkarförbund. Stockholm.- 1986 och 1990.

Effekter av husläkarreformen – en primärvårdsuppföljning.

Förändringar 1990 – 1995. Spri rapport 454. Stockholm 1997.

Primärvårdsuppföljning, PVU 89, Socialstyrelsen rapport 1990:35.

Svensk läkarmatrikel 1970. Bokförlaget Vem är vem. 1971.

Svenska läkare. Nordstedt och söner. 1959.

Svensk apotekarkalender 1952. O. Kullberg, 1954.

Älvsborgs läns landsting:

PRIMPAS – primärvårdens administrativa system. Bäckman Leif, Dahlin Bengt. 1977.

Rapport angående långtidsvårdens utveckling. 1980.

Allmänläkarnas arbetsuppgifter – en enkätstudie 1982. Älvsborgs läns landyting. 1982

VAS – vårdadministrativa system. Projektplan för försöksverksamhet vid Gråbo vårdcentral. 1983

Primärvårdskansliet i Lerum under åren 1986 till 1994.

Alkoholprojektet i Lerum – en projektbeskrivning. Primärvården i Lerum. 1995.

Borås läkardistrikt. ÓSjukvårdsupplysningenÓ, Instruktionspärm för sjuksköterska med rådgivnings- och hänvisningsfunktion.

Barnhälsovården i landstinget i Älvsborg. Januari 1998. Jan Johansson och Eva Fagerlund. Vänersborg, 1998.

## Avhandlingar



Linnarsson Rolf, Methods, design and components for a computerbased patient record to promote quality care in general practice, Universitetssjukhuset i Linköping, 1993.

Lundgren Hans, Diabetes Type 2. Results from a population study of women and from four primary health care centres with special reference to risk factors for diabetes. Göteborg: Vasastadens Bokbinderi AB, 1989.

[www.sahlgrenska.gu.se/allmed/publ/avhandl/lundgren](http://www.sahlgrenska.gu.se/allmed/publ/avhandl/lundgren)

Marklund Bertil, Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek, Omfattning, innehåll och utvärdering med särskild tonvikt på vårdcentralernas telefonrådgivning. Allmänmedicinska institutionen Göteborgs Universitet 1990.

[www.sahlgrenska.gu.se/allmed/publ/avhandl/Marklund](http://www.sahlgrenska.gu.se/allmed/publ/avhandl/Marklund)

Westman Göran, Planning primary health care provision, Assessment of development work at a health centre Umeå Universitet 1986.

## Hemsidor/databaser

Projektet är utlagt på internetadress: <http://www.bengtdahlin.se>

## Litteratur

Bergström Ragnar En barnmottagning i tiden – En studie om de dynamiska krafterna som styr barnsjukvården i Lerum. F-BÖSSÄ, forskning i primärvården 1994.

Borén Inga-Britt, Sjukvårdsupplysning i primärvården i Älvsborgs läns landstings södra sjukvårdsdistrikt. Seminarieuppsats. 1977.

Brodin Göran, Egenvårdens ansikten. Om egenvård från kvacksalveri till patientdemokrati och e-health. Uppsala universitet, 2006. Riis Ulla, Försök med problemorienterad deltagarstyrd utbildning för allmänläkare. Erfarenheter från Borås och Åtvidaberg. Pedagogiska institutionen, Universitetet i Linköping, juli 1978.

Dahlin Bengt, Fyra huvudvägar till bättre samverkan mellan primärvård och länssjukvård. Läkartidningen, volym 77, nr 47, 4362-4364. 1980.

Råstam Lennart, handledarkursen i Hjo. SFAMNYTT, årgång 2, sid. 44, 1981

Haglund Gustav, Kurs i allmänmedicin för kursgivare. SFAMNYTT, årgång 2, sid. 46, 1981

Dahlin Bengt. Britt-Gerd Malmberg

Basdata om kontakter i primärvården med appendix Kontaktorsaker ett förslag till klassifikationssystem i primärvården. Spri rapport 142.

1983.

Carlsson Ulla, Dahlin Bengt, En dator köps till en vårdcentral.

Göteborgs universitet, Inst. F informationsbehandling. 1984.

Dahlin Bengt, Råstam Lennart, Provinsiälläkarfondens FoU-kurs

1984. Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö, Lunds

universitet. 1989.

Dahlin Bengt, Hässler Annika, POMR – handbok för

problemorienterad medicinsk registrering. Spri rapport 210. 1986.

Dahlin Bengt Datajournalen – ett ord- och textbehandlingsdokument

eller kärnan i ett vårdadministrativt system? Läkartidningen

1986:3567.

Dahlin Bengt, Elo Sirkka, Lindman Anders, Lövgren Monika, Möller

Margareta.

Etik och ADB-användning inom FoU-verksamhet i primärvården.

FoU-enheten i Lerum, 1989.

Bäckman L, Dahlin B, Gleerup A, Wiberg A, Datorstödd

vårdinformation vid Gråbo vårdcentral – fyra delrapporter.

Primärvårdens utvecklingsenhet., Lerum 1989.

Dahlin Bengt, Bäckman L, Gleerup A, Wiberg A, Datagrundjournal.

Datorisering av informationssystem vid Gråbo vårdcentral. Spri

rapport 282. 1989.

Dahlin Bengt Dagens och morgondagens datajournal. Erfarenheter

från några kunskapsresor 1989-1990. Primärvårdens

utvecklingsenhet, Lerum och Spri Stockholm 1990.

Dahlin Bengt Datorisering måste utgå från vårdcentralens behov för  
att lyckas (Johnson). Läkartidningen 1990:88-91.

Dahlin B, Seeman Torsten m.fl. Datajournalen. Synpunkter från  
arbetsgruppen ÓDatorjournal VästÓ Spri. 1991.

Dahlin Bengt Primärvårdens datorjournal som styrinstrument.

Utvecklingsenheten i Lerum. 1991.

Datorer i hälso- och sjukvården – Ett datapolitiskt handlingsprogram  
för Sveriges läkarförbund. Stockholm 1986 och 1990.

Fry John, Common diseases, their nature, incidence and care. London  
1979.

Furhoff Anna-Karin, Svensk allmänmedicin – när praktiken fick en  
teori. Sveriges Läkarförbund. Ett sekel med läkaren i focus.

Läkarförbundet 1903 – 2003. 2003.

Lidberg G, Rosén M red, Folkhälsa och sjukvård. 2000.

Lind Håkan, Landstinget i Älvsborg. 135 år i ord och bild.1998.

Malmberg Britt-Gerd, Dahlin Bengt, ÓKontaktorsaker – ett förslag  
till klassifikationssystem i primärvårdenÓ, Spri 1983

Niklasson Christina. Alingsås lasarettshistoria

Olsson Lena Floda vårdcentral, en grön ö eller en myt. Helseplan

Sverige AB,

Riis Ulla. Försök med problemorienterad deltagarstyrd efterutbildning för allmänläkare. Erfarenheter från Borås- och Åtvidabergsförsöken. Pedagogiska institutionen. Universitetet i Linköping 1979.

Sjölenius Bengt, Hälso- och sjukvård i kommunerna. Kommentus, Falköping, 1992.

Swartling Per, Primärvårdsutveckling i Sverige. Allmänmedicin nr 4/2001 – supplement nr 1/01. 2001.

Sveriges Läkarförbund. Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903 – 2003. 2003.

## Tidningar och tidskrifter

Läkarstationen i Lerum visar vägen. Landstingets tidskrift nr 4/76.

Hjerne Gunnar, utredningsman för kontinuitet i öppna vården.

Ledarartikel i Läkartidningen 1977:Nr 22, 2173.

Dahlin Bengt, Är tiden inne för konstruktiv samverkan mellan specialist och allmänläkare? Läkartidningen 76: 3028-3030 1979.

Dahlin Bengt, Datajournalen – ett ord- och textbehandlingsdokument eller kärnan i ett vårdadministrativt system? Läkartidningen 1986:3567.

Dahlin Bengt, Allmänläkarens journal. Allmänmedicin 1989:77-81.

Inger Gallon, Gunnar Hedelin, Thomas Nordberg, Gunnar Palmqvist, Meningsfullt utnyttja primärvården för medicinsk katastrofberedskap. Läkartidningen Vol. 85, 1988, nr 25, 2262 och 2264.

Tågolyckan i Lerum, ett videoprogram medHandledning.

Socialstyrelsen, 1989.

Dahlin B, Elo S, Lindman A, Lövgren M, Möller M, Et ik och datasäkerhet i primärvårdens Fou-verksamhet. Primören nr 28.

Örebro 1990. Primärvårdens FoU-enhet. 1990.

Dahlin Bengt, Datorisering måste utgå från vårdcentralens behov för att lyckas. Läkartidningen 1990:88-91.

Swartling Per, Primärvårdsutvecklingen i Sverige. Allmänmedicin nr 4, 2001.

Wessman Ulla, Ett flertal artiklar i personaltidningen Vårdsidorna. En gemensam publikation för lasarettet i Borås och Primärvården i södra Älvsborg 1996 – 2001.

Kleizen Karijn, Mattsson Bengt, Den goda allmänmedicinska studenthandledningen. – några förutsättningar i Göteborgsregionen. Allmänmedicin nr 3, 2006.

Mattsson Bengt m.fl., Mer vårdcentralstid på studenterna önskelista.

Läkartidningen nr 36, 2006.

## **Intervjuer, personliga dokument, föreläsningar m.m.**

Tågolyckan i Lerum. En videofilm med handledning. Socialstyrelsen 1989.

Intervjuer:

## **Referenser del 3**

### **Utredningar, propositioner och lagar**

SOU = Statens offentliga utredningar

SOU 1990:44 Demokrati och makt i Sverige

### **Officiella rapporter**

Folkhälsorapport 1997. Socialstyrelsen 1997. ISBN 91-7201-180-7

Primärvårdens resurser under slutet av 90-talet.

En rapport från Riksdagens revisorer. 1997/98:5.

Från slitna honnørsord till praktisk verksamhet. Socialstyrelsen. 1998

Lokal utvecklingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården i Mitten Älvsborg Antagen av Hälso- och sjukvårdsnämnden i Mitten-Älvsborg 2001-08-30.

Protos – ett svenskt familjeläkarsystem.

Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Läkarförb. mfl. 2005?

Framtidens närsjukvård Sveriges läkarförbund, 2006.

Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvård, slutrapport.

Socialstyrelsen, 2005.

### **Avhandlingar**

Janlert Urban, Arbetslöshet och hälsa - en socialmedicinsk studie av byggnadsarbetare i Luleå-regionen. EFA, Arbetsmarknadsdepartementet, 71 s, 1983

### **Hemsidor/databaser**

Projektet är utlagt på internetadress: <http://www.bengtdahlin.se>

### **Litteratur**

- Anell, Rosén, Läkarnas förändrade roll i ett system med utvecklade patienträttigheter. 1995.
- Anell Anders, Strukturer Resurser Drivkrafter – sjukvårdens föutsättningar. Studentlitteratur, Lund 2004.
- Anell Anders, Primärvård i förändring. Studentlitteratur, Lund 2005.
- Blomqvist Paula, Rothstein Bo, Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn. Agora, 2000.
- Borgquist Lars, Hallgren Ing-Marie, Engström Sven  
Vad kan Sverige lära av Fastelegeordningen i Norge?. FoU-enheten för närsjukvården, landstinget i Östergötland, rapport-FoUrnalen 2006:3.
- Brodin Göran, Egenvårdens ansikten. 2006.
- Dahl Per Arne, varför har vi det inte bättre, när vi har det så bra. ICA, 2004.
- Dahrendorf Ralf, Livschanser och välfärd – förankringar och valmöjligheter som välfärdens grund. 1987.
- Dahrendorf Ralf, Ein neuer Dritter Weg? Reformpolitik am Ende des 20. Jahrhunderts, Tübingen: Mohr 1998.
- Diderichsen & Janlert,  
Eriksson & Tibblin, Två patientmodeller. 1983.
- Hjelmgren Jonas, Anell Anders, Nordling Sara, Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? IHE e-rapport 2006:1.
- Inglehart Ronald, The Inglehart value Map . Modernization and Postmodernization (Princeton, 1997). World Values Survey, .
- Inglehart Ronald and Welzel, Christian The Inglehart Value map. World Values Surveys, 2004
- Jonsson Pia, Agardh Emilie, Brommels mats, Hälso- och sjukvårdens struktur – reformer. Lärdomar från Norge, danmark, Finlnad och storbritannien. Karolinska institutet, Stockholm 2006.
- Marmot Michael, Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Natur o kultur, 2006
- Palier Bruno, Fallet Sverige.Kapitel 5 i Reforms in Europe: Strategies for a New Social Model. Repirt F/37, Family network Jan. 2004
- Palier Bruno, Ófallet SverigeÓ. Kap. 5 Hälso- och sjukvårdens reformer. Sveriges kommuner och landsting, 2005.
- Qvarsell Roger, Ett sekel med läkaren i fokus. Sveriges läkarförbund, 2003.
- Saltman, von Otter, Hälso- och sjukvårdens struktur – reformer. Finland, 1996
- Swartling Per, Primärvårdens utveckling i Sverige. SFAM – Supplement nr 1/01, Allmänmedicin nr 4/2002.

Ström Anna, West lisa, Informationens betydelse. En studie av hur en arbetsgrupp upplever en organisationsförändring. Sociologiska institutionen, Umeå Universitet, Vt 2005.

Qvarsell Roger, Ett sekel med läkaren i fokus. Sveriges Läkareförbund, 2003.

## **Tidningar och tidskrifter**

Aftonbladet den 17 april 2006. Ledare.

Svenska dagbladet 2006-06-29. Michael Marmot Statussyndromet.

Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden.

Göteborgs-Posten (GP 26 april 2006) refererar Christer Lökvist en studie gjord av chefen för primärvården i Göteborg, Bo Rangmar, som hade analyserat år 2005:s öppenvårdsstatistik.

DLF:s i Jönköping debattartikel i Allmänmedicin nr 3 2006. Om pROTOS

Allmänmedicin nr 2 2006, Anders Lundqvist. Norges fastlegeordning. Se också [http://www.forskning.no/eval\\_rapport](http://www.forskning.no/eval_rapport)

Läkartidningen nr 7, 2006. Intervju av Elisabet Ohlin.. av Mats Eriksson (M) ordförande i landstingsstyrelsen i Halland om ÖHallandsmodellen Ö.

Swartling, Per Den svenska allmänmedicinens historia.

Läkartidningen nr 24 – 25, 2006. Volym 103, sid. 1950-1953.

## **Intervjuer, personliga dokument, föreläsningar m.m.**

Intervjuer: Gunnar Hedelin, distr.läk. Lerum; Lennart Hallerbäck, distr. öläk. Mittenälvsborg; Kerstin von Sydow, primärvårdsdirektör, södra Älvsborg.

## **Epilog 1**

Från början var provinsialläkaren nästan enbart en av konungen utnämnd "befallningshavare" – tjänsteläkaren. Eftersom tiderna förändrades och kåren växte blev han alltmer folkets tjänare men med befogenhet att "säga ifrån" om så fordrades. Han kom att bli respekterad, kanske ibland också älskad i det distrikt han verkade. Han fanns alltid tillhands dag som natt. Han uppfyllde därmed också senare tiders målsättningar om hög tillgänglighet. Det kunde han eftersom tjänsten bjöd det med obegränsad arbetstid och ett avgränsat betjäningssområde. Han representerade den fullständiga kontinuiteten. Kvalitet, enligt den tidens krav, uppfyllde han med många sjukhusår

bakom sig. Det kan man se i de yrkes- och levnadsbeskrivningar som vi samlat.

Han var en "Mädchen für alles" med alltför många uppgifter och därtill dåligt lönad. Kanske var det detta som blev hans fall. Läkarna fann inte yrket attraktivt längre i Óden nya tidenÓ. Kollegorna på sjukhusen såg ned på honom. Den centrala fackliga organisationen svek honom ofta. Han kunde inte överleva på de villkor som gavs honom. Kanske var det bra som skedde, att organisationen lades ned.

Men som fågel Fenix uppstod han i ny skepnad i form av distriktsläkaren/allmämläkaren, som så småningom kom att återta de förlorade positionerna, dessutom med drägliga arbetsvillkor.

## Epilog 2

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

## Epilog 3

Året var 2006. Sverige fick en ny borgerlig regering. Primärvården fick på högsta nivå ny organisation, nya chefer och ny inriktning. Man siktade mot en närvårdsorganisation med samverkan med kommuner och närsjukhus och fler specialfunktioner på vårdcentralerna. Omorganisationen innebar att man åter gick mot decentralisering. Primär- och tandvårdsstyrelsen försvann och ersattes av fyra primärvårdsstyrelser och en tandvårdsstyrelse, vilka skulle ha stor lokal beslutsmyndighet. Organisationen "längre ned" skulle också ses över. Mittenälvsborg fick behålla sin chef, Kerstin von Sydow. De andra enheterna fick nya chefer. För Mittenälvsborg kändes det som om den positiva utvecklingen kunde fortsätta med kontinuitet i ledningsansvaret.

Men även Mittenälvsborg hade drabbats av tillgänglighets- och kontinuitetsproblematik, som i början av 1970-talet. Det är två problem som bäst löses med en god ledning och organisation av verksamheten – och att personalens attityder blir positiva för att lösa

problematiken. Förutsättningar finns för en än bättre närsjukvård.

### **En avslutande fundering:**

Det verkar som om varje generation måste göra sina egna misstag!  
Men man hejdar sig till slut och finner nya utmaningar och spännande lösningar på problemen som dock sällan är nya.  
Ta också en titt på följande visdomsord/aforismer:

### **Aforismer**

Lär av andras misstag, ty du kan inte leva tillräckligt länge för att själv hinna begå dem alla.

/Martin Vaubee/

De som inte förstår det förflutna är dömda att upprepa begångna misstag.

Man måste på något sätt övertyga sig om livets magi.  
Bakom varje nytt hörn, ett nytt äventyr.

/Marianne Zetterström/

Sjömannen ber inte om medvind. Han lär sig segla.

/Gustav Lindborg/

Där pengar är, där är ock rätten.

/Celsius/

Pengar är ingenting att ha, utom när man inte har dem.

En stenhög upphör att vara en stenhög i samma ögonblick som någon betraktar stenarna och inom sig ser bilden av en katedral.

/ Antoine De Saint-Exupery/

Framtiden är dold med barmhärtighetens slöja.

Djärvare än att utforska det okända är att ifrågasätta det kända.

/Kaspar/

Det enda vi lär oss av historien. Är att vi ingenting lär oss av historien

men Den som går vilse, finner de nya vägarna. /N.KÆR/



## Författarna

### Jan Kuuse

Några personliga datad f. 1935, studentexamen 1954, folkskolläroexamen 1958, fil. mag. 1963, fil. lic. 1967, fil. dr. 1970. Docent i ekonomisk historia vid Göteborgs universitet från 1971 fram till min pensionering. I min docenttjänst har förutom forskning ingått undervisning, seminarieverksamhet och forskarhandledning av ett antal doktorander.

Som framgår av nedanstående kronologiska litteraturförteckning har Jan Kuuse publicerat ett antal skrifter om framväxten av det moderna svenska samhället, om jordbrukets mekanisering under det industriella genombrottet, olika sidor av det svenska välfärdssamhällets utveckling, arbetsmarknadens organisering under 1900-talets strukturomvandling, varvsindustrin och dess underleverantörer samt om handelshusen i Göteborg. Dessutom har han publicerat företagsmonografier om L M Ericsson, Sockerbolaget, Felix, Billingsfors pappersbruk, Skandia samt om Göteborgsföretagen Assuransföreningen, handelshuset Ekman och det familjeägda Färdig Betong:.

(artiklar och mindre skrifter ej medtagna)

- Varaktiga konsumtionsvarors spridning 1910-1965. (1969)
- Inkomst- och förmögenhetsbildning. En undersökning av vissa yrkesgrupper 1924-1959. (doktorsavhandling) (1970).
- Från redskap till maskiner. Mekaniseringsspridning och kommersialisering inom svenskt jordbruk 1860-1910. (1970).
- Interaction between Agriculture and Industry. Case studies of farm mechanisation and industrialisation in Sweden and the United States 1830-1930. (1974).
- L M Ericsson 100 år. Pionjärtid-kamp om koncessionerkris 1876-1932. (1976) (tillsammans med två forskarkolleger).
- Sockerbolaget - Cardo 1907-1982. (1982).
- The Swedish Sugar Company - Cardo 1907-1982. Swedish Sugar in an International Perspective. (1983).
- Varven och underleverantörerna. Förändringar i fartygsbyggandets industriella länkeffekter. (1983).
- Felix 1939-1984. En livsmedelsindustri under olika ägare. (1984).
- Strukturomvandlingen och arbetsmarknadens organisering. SAF och dess motparter i en förändrad värld. (1986).
- Billingsfors. Ett dalsländskt bruk under 250 år 1738-1988. (1988).
- Ekman - ett handelshus 1802 - 1996. (1996).

- Sjöfart och sjöförsäkring under 125 år. Assuransföreningen 1872-1997. (1997) (tillsammans med en forskarkollega).
- Den osynliga länken. Handelshuset i Göteborg under 1900-talet. (1999).
- Ett sekel med Skandia. (2000) (tillsammans med en forskarkollega).
- Martin Thomas - entreprenör i betong. (2003).

## **Bengt Dahlin**

Provinsialläkare, Distriktsläkare, Medicine hedersdoktor.

Provinsialläkare i Gråbo provinsialläkardistrikt 1962 – 1969.

Distriktsläkare Lerums läkardistrikt 1970 – 1995.

Utvecklingsarbete och publikationer:

Deltog i ett antal Spriprojekt (Spri – Sjukvårdens planeringsinstitut, lades ner 2000) med resulterande Spri-publikationer som: "Löpande vårdplanering" (3/1977) genomfört i Lerum. Under början av 80-talet kom rapporter om "Basdata om kontakter i primärvården" nr 142/1983 med en "Kontaktorsaksklassifikation", egentligen alltför långt före möjligt genomförande. "Problemorienterad journal" nr 210/1986 (en uppföljning av Christer Gunnarssons propåer i detta ämne).

Den första uppsatsen om datorstöd i vården, "En dator köps till en vårdcentral", ett projektarbete i en kurs på Chalmers om Datorer och samhälle 1984, fick fackligt erkännande genom 5000:- i pris av SKTF! Därefter följde en lång rad publikationer om datorjournal bl. a. Under projektet med datorstödd vårdadministration i Gråbo i mitten på 1980-talet. Den sista Sprirapporten (nr 493 december 1999) handlar om att i XML-format långtidslagra elektronisk vårdinformation).

Spri har varit Dahlins gemensam nämnare för utveckling inom MI, som nämnts ovan. Den medicinska journalen blev "specialiteten". I "MI-boken" - ett kapitel om Datorjournal. Läkarförbundets "AGDA".

Deltog i SIS/HSS -standardisering av elektroniskt lagrad patientinformation (datorjournal). Engagerades i Ämneskonferenser i Medicinsk informatik 1992 – 94 för att stimulera till en nationell utbildningsinsats i MI.

Startade en FoU-enhet i Lerum 1987. I det sammanhanget publicerades ett antal FoU-orojekt. Deltog i bildandet av FoU-centrum i Borås i början av 1990-talet och utvecklingen av FoU i Västsverige (LKF).

### Utbildningsinsatser:

Började 1978 med utveckling av modeller för efterutbildning av distriktsläkare. Fortsatte med Allmänläkarkurser, AT-utbildning.

Kontakter och samarbete med Allmänmedicin i Göteborg och Calle Bengtsson från första dagen institutionen tillkom 1984. Redan dessförinnan många kontakter med Dalbys utvecklingsvårdcentral, Lunds och Uppsalas allmänmedicinprofessorer (Bengt Schersten och Gösta Tibblin) som var de första allmänmedicin professurerna i Sverige, Göteborgs blev den tredje.

Blev medicine hedersdoktor vid Göteborgs universitet hösten år 2000.