

Öppen vård i Mittenälvsborg då, nu och sedan med fokus på Lerum



Del II Primärvårdstiden

Sammanställd av
Bengt Dahlin och Jan Kuuse
år 2006

Del II.

PRIMÄRVÅRDEN I MITTENÄLVSborg 1970 - 1999 MED FOKUS PÅ LERUM

En sammanställning är /av Bengt Dahlin, f. d. provinsialläkare och distriktsläkare i Korpilombolo, Gråbo, Lerum, medicine hedersdoktor vid Göteborgs universitet och Jan Kuuse, docent i ekonomisk historia vid Göteborgs universitet. Vi vill tacka alla som bidragit med information och skrivningar, vilket gjort historiken fylligare och närmare verkligheten.

Projektet

I vår historik över hur den öppna vården utvecklats i Mittenälvborg har vi velat lyfta fram för primärvårdens utveckling viktiga moment. Den första historiska delen – provinsialläkartiden fram till 1969 - ger en bakgrund till den kommande primärvården, en period som inleds 1970. Vi vill i den andra delen fokusera på primärvårdens uppbyggnad och utveckling under 1970- , 1980- och 1990-talen med fokus på Lerum, Floda och Gråbo. Framväxten av den s. k. Lerumsmodellen för vårdplanering och dess följder fängade många intresse. Men inte heller utvecklingsprojekten vid de tre vårdcentralerna, speciellt datorstödd journalhantering i Gråbo och utvecklingsenheten i Lerum får glömmas bort, ej heller allt förebyggande arbete som påbörjades inom Lerums primärvård. Lerums primärvård speglade också mycket av vad som hände i hela riket under denna tid. Lerums primärvård blev en föregångare i många avseenden inte minst i Älvsborgslandstinget.

I den historiska exposén, del 1, behandlas sjukvårdens organisatoriska utveckling från 1600-talet fram t. o. m. 1960-talet. Det medicinhistoriska förloppet sätts in i ett socioekonomiskt sammanhang. Det känns naturligt att se på sambanden mellan faktorer som befolkningsförhållanden, 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.

I den historiska studien behandlas också 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 timglas med tre lasaretsområden, delades landstinget organisatoriskt/administrativt in i norra och södra och senare Mittenälvborg. Alingsås lasarets upptagningsområde motsvarar Mittenälvborg med kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. Förutom provinsialläkaren kommenteras i den första delen 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. Den tidens sjukdomsupplevelse och sjukdomars behandling kommenteras liksom apoteket som en viktig del av hälso- och sjukvården.

Projektets andra del utgör själva kärnan i studien av den öppna vården.

I avsnittet om primärvårdens uppbyggnadstid och ”lerumsmodellen” fokuseras mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun med utblickar i Mittenälvborg och i landstinget i Älvsborg. Landstinget, som satsade på en ny organisation – en blockorganisation med läkare som blockchefer. Tanken var att läkare bäst skulle kunna styra de snabbt stigande sjukvårdskostnaderna. Primärvården fick ett eget block, med egen ledning. Lerum blev starkt involverad med Bengt Dahlin som blockchef för primärvårdsblocket i södra Älvsborg. Framställningen avslutas i en tredje del med en diskussion av den stagnation och de problem som tornade upp sig under 1990-talet samt med funderingar och spekulationer kring utvecklingen efter sekelskiftet 2000.

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

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 hit till del två, "Primärvården" eller ens vågat ta tag i det fortsatta arbetet.

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 sova 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. Vi tackar dem alla för detta.

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 sova i materialet för att göra det mer kompakt.

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

Mittenälvborg

Älvsborgslandstingets hade en säregen utformning, som ett timglas. Landstinget delades organisatoriskt/administrativt in i norra, södra och mellersta Älvsborg. Alingsås lasarets upptagningsområde motsvarar Mittenälvborg med nuvarande kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. Mittenälvborg är en del av södra Älvsborg, som ingår i Västra Götalandsregionen, som bildades 1999 genom sammanslagning av de tre landstingen Skaraborg, Älvsborg, Bohuslän och Göteborgs stad.



Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen är en politiskt och demokratiskt styrd organisation. Regionfullmäktige har 149 ledamöter, som ska ta tillvara regioninnevärnarnas 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.

Budgeten är cirka 36 miljarder varav skatteintäkter är 64%, patientintäkter 3%, såld vård 2%, statsbidrag 12%, kommunalekonomisk utjämning 8% och övrigt 10%.

Pengarna går till

Sjukhusvård 69%, Primärvård 20%, tandvård 3%, handikapp och hjälpmedel 2%, Regionutveckling och miljö 1%, Kultur och utbildning 2%, Kollektivtrafik 3%.

Regionen har cirka 50 000 anställda varav de flesta arbetar i vården. I regionen finns 17 sjukhus, 134 vårdcentraler och 168 tandvårdsmottagningar.

SAMMANFATTNING

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

En bakåtblick

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

I del 2, Primärvårdstiden, beskriver vi hur landstinget tog över huvudmannaskapet för provinsialläkarna med en genomgripande förändring av den öppna vården utanför sjukhusen. Enläkarstationerna ersattes efter hand med välutrustade flerläkarstationer. Läkarna fick kvalificerad hjälppersonal på mottagningarna, jourverksamheten omorganiserades i och med att läkarna fick reglerad arbetstid, man planerade för fler läkare motsvarande en läkare per 3.500 invånare. Distriktsvården samlokaliseras med läkarstationerna till vad vi kom att benämna vårdcentraler. Om psykiatri i Mittenälvsborg berättar Lars Egedius, i del 1 också om gamla tiders mentalvård.

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 välfärdspolitik bidrog till detta. Både

genom offentliga och enskilda åtaganden har välfärdsinsatserna inneburit stöd även för eftersatta samhällsgrupper. Valfärden 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 äldreomsorg 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 äldreomsorgen 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 äldreomsorgen övergick i primärkommunal regi, den s.k. Ädelreformen. Då diskuterades mycket om hela primärvården skulle bli primärkommunens ansvar, vilket förkastades bl.a. av läkarorganisationen.

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

Det blev under 1980- och 1990-talen ett sorts systemskifte. Ansvarsområden förändrades mellan sjukvård och socialvård, som nämnts. En husläkarreform som beslutades med syfte att öka kontinuiteten patient/läkare kom att ifrågasättas. En ökad valfrihet genomfördes för vårdsökande men också för vårdpersonalens drifts- och arbetsformer. Man ville effektivisera resursutnyttjandet. Fler privata vårdgivare noterades. Man började att tillämpa marknadsprinciper i styrningen av den offentliga vården. Ny budgetstyrning infördes med köp- och säljförhållanden 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 målnöjdhetsuppfyllnad går som en röd tråd genom hela dokumentet: Närhet, Tillgänglighet, Helhetssyn, Kontinuitet, Kvalitet/säkerhet, Samverkan.

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

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

Lerums läkardistrikt

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

Brobacken, Lerums första vårdcentral i primärvårdsblocket i södra sjukvårdsdistriktet

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

Brobacken en utvecklingsvårdcentral

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

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

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

Nya vårdcentraler nya utmaningar

Floda vårdcentral var nästa nya enhet som kom igång med nya entusiastiska medarbetare under ledning av Bengt-Ivar Nöjd, som flyttade dit från Brobacken. Man tog upp lerumsmodellens vårdplaneringssystem. Dessutom kom man igång med ett flertal specialfunktioner som blodtrycksdispensär, diabetesmottagning, friskvårdsprojekt, försök med uppspårande av alkoholmissbrukare med ett vårdprogram för detta (Bengt-Ivar Nöjd), rökavvänjning och kost- och motionsverksamhet. En produktionsstudie genomfördes liksom 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, basdatorrapportens 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.

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.

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 **arbetsterapi** i Lerum av May Thyren, 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 uppmärksamats i och med 2000-talets alltmer ökande förtidspensioneringar.

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

Psykiatri i Mittenälvsborg och Lerum beskrivs initierat och fängslande av Lars Egedius, som var med från första början.

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

I Lerum genomfördes på åttitalet ett samverkansprojekt. En egenvårdsbroschyr framställdes som delvis byggde på de erfarenheter som samlats i patientrådgivningen och i det Kontaktorsaksregister som var en del i lerumsmodellen. Apotekschefen Gunnel Anderberg lade ned mycken kraft i projektet. Så också i Gråboförsöket med datorisering av läkemedelsförskrivning, vilket beskrivs här och i avsnittet om informationssystem och datorjournal.

Privatläkarna i Lerum berättar Bengt-Ivar Nöjd om.

Primärvårdsjouren, en följetong i samverkan mellan primärvård och lasarett.

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

Husläkare – Lerum prövar olika modeller.

Två 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 ”styra” de kommande allmänläkarna ideologiskt utformades kurser i allmänmedicin, Flera sådana med början 1983 genomfördes i Lerum på Aspenäsgården. Kursinnehåll liksom resultat beskrivs.

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

Avslutningsvis i detta avsnitt kommenteras distriktssköterskornas utbildning.

Informationssystem i vården. Som läsaren förstått så har informationssystem ända från 1975 med lerumsmodellen varit en viktig utvecklingssektor i Lerum. Det fortsatte med den problemorienterade journalen, den heldatoriserade vårdcentralen i Gråbo och senare under 1990-talet med en helt genomförd datorisering av primärvården i 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 Betjäningssområdeschefer.

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

1993 förbereddes en ny centraliserad politiker- och tjänstemannaorganisation. Bengt Dahlin kommenterade den ("Nya Älvsborg") i en skrivelse i maj 1993, som citeras. Resultat av omorganisationen blev som när blockorganisationen startade 1972. Primärvården i södra Älvsborg fick en ledare placerad i Borås. Det blev Kerstin von 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 ”servicetrappa” som konstruerades i Lerum blev uppmärksam i hela riket. Den ger en vink om hur många allmänläkare som behövs relaterat till betjäningens storlek och till besök per invånare och år. Enligt den skulle primärvården kunna åta sig sitt sjukvårdsansvar med hög kontinuitet om man var en läkare per 2.600 invånare förutsatt att man ”producerade” 1,5 besök per läkare och år. Det senare har man aldrig uppnått, som högst var besökstalet i slutet av 1970-talet med 1,4 besök per invånare och år. Sedan har det sjunkit och hållit sig strax ovan 1 besök per invånare och år trots att läkarantalet ökat kraftigt och invånare per läkare sjunkit. Ta en titt på tabeller som presenteras – ganska intressant.

Den svenska modellen

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

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

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

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

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

Epilog

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

Referenser och övriga bilagor kommenteras inte i denna sammanfattning.

Lycka till med fördjupningsläsningen!

PRIMÄRVÅRDSTIDEN

HISTORIEN OM PRIMÄRVÅRDEN I LERUM 1970 – 1999

Prolog

I vår tillbakablick över hur den öppna vården utvecklats i Mittenälvsborg, med fokus på Lerum, har vi nu kommit fram till primärvården och dess utveckling under 1970-, 1980- och 1990-talen.

I historisk belysning konstaterade vi att tiden efter andra världskriget fram till början av 1970-talet framstår som en period av en unikt snabb och jämn ekonomisk tillväxt. Allra snabbast var tillväxten på 1960-talet. Attityder och förväntningar på fortsatt tillväxt blev då fast rotade. Man hade svårt att följa med i den förändrade ekonomiska verklighet som stod för dörren genom konjunkturavmattningen på 1970-talet. Framgången under 1960-talet bidrog indirekt till att skapa problem som så småningom kom att visa sig på 1970-talet. Om detta berättar vi inlednings- och avslutningsvis i en ”omvärldsbeskrivning, som också innefattar vad som hände inom svensk sjukvård.

I denna andra del med berättelsen om primärvården i Mittenälvsborg fokuserat på Lerums läkadistrikt handlar det om primärvårdens uppbyggnad och utveckling. Det var kanske primärvårdens bästa tid med stora förhoppningar på framtiden. Men samtidigt hopade sig problemen för den nya primärvården i form av befolkningens berättigade krav på service efter politikernas många löften. Förhoppningar som i realiteten inte fanns resurser att tillfredsställa.

Vi fokuseras i del två mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun och klipper in olika lokala aktörers upplevelser. Kommunen som 1969 blev ”storkommun” genom sammanslagning av Stora Lundby och Lerums kommuner och tillägg av Skallsjö församling från Alingsås kommun. Lerums primärvård, som samtidigt föddes, speglade mycket av vad som hände i hela riket under denna tid men var också en föregångare i många avseenden inte minst i Älvsborgslandstinget.

I vår första historiska beskrivning – provinsialläkartiden – fram till 1969 – gavs bakgrunden till primärvårdens framväxt ur provinsialläkarväsendets förfall. Vi lyfte fram Axel Höjer, chef för Medicinalstyrelsen under 1940-talet. Hans visioner om utbyggnaden av den öppna vården till en provinsialläkare per 4000 invånare och flerläkarstationer kom att genomföras under 1970-talet. Detta som följd av ett flertal utredningar under 1950- och 1960-talen i vilka upprustning och utformning av den öppna vården föreslogs i Höjers anda. Utredningarna omsattes i lagändringar och löften, vilka skulle genomföras av landstingen, som fått ansvaret för hela den öppna vården.

Då landstinget tagit över huvudmannaskapet för provinsialläkarna 1963 inleddes 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 initialt motsvarande en läkare per 3.500 invånare. Senare blev målet en distriktsläkare per 2000 invånare. Distriktsvården (distriktssköterskor och barnmorskor) samlokaliseras med läkarstationerna till vad vi kom att benämna vårdcentraler. Ansvaret för de lokala sjukhemmen togs över av primärvården men överfördes senare, 1990, till primärkommunen. Då Lerum hade relativt lätt att rekrytera läkare i en tid av stora vakanser på inrättade tjänster och dessutom hade en kraftigt växande befolkning satsade landstinget tidigt på utbyggnad av den öppna vården i kommunen. De nyanställda unga läkarna och annan personal var öppna för förändringar. Det blev en sjudande verksamhet mot primärvårdens mål: Närhet, Tillgänglighet, Kontinuitet, Helhetssyn, Kvalitet/säkerhet och Samverkan. Målen kommer att vara en röd tråd i framställningen och diskussionen av primärvården

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

SAMHÄLLSUTVECKLINGEN 1970 – 1999, – EN OMVÄRLDSBESKRIVNING

För Sveriges del kan större delen av 1900-talet sammanfattas under rubriken ekonomiska och sociala framgångar. Det var också i ekonomiskt och socialt hänseende som svensken då i allmänhet upplevde de största förändringarna under 1900-talet.

Som vi konstaterat i del I, Provinsialläkartiden, hade redan under mellankrigstiden begrepp som "Folkhem" och "Folkhälsa" myntats och blivit allmänna. Under efterkrigstiden skulle Sverige utvecklas från "Fattigsverige" till "Välfärdssverige". Efter att ha avstannat under andra världskriget påbörjades det socialpolitiska reformarbetet på nytt från slutet av 1940-talet. Det moderna välfärdssystemet började byggas upp med inriktning på familjepolitik med stöd åt barnfamiljer och pensionärer.

Rekordåren – 1950- och 1960-talen

De första årtiondena efter andra världskriget innebar ett starkt uppsving för såväl internationell som svensk ekonomi. Efter krigets regleringar och avspärningar infördes friare handel, och tullarna sänktes. I Europa bildades två frihandelsområden, EEC och EFTA. Följden blev att handeln tilltog och konkurrensen skärptes. Konsumenterna fick tillgång till en rad nya produkter, samtidigt som en uppdämd konsumtionsefterfrågan släpptes loss. Allt detta gynnade vårt svenska näringsliv och i synnerhet exportindustrin.

Den socialdemokratiska regeringen bedrev en ganska måttfull keynsiansk politik, d.v.s. man försökte "bromsa" under högkonjunkturer och "gasa" i lågkonjunktur. Resultatet blev gott. I en miljö av den ekonomiska politikens liberalisering var det också relativt enkelt att bedriva ekonomisk politik. 1950- och 1960-talen kännetecknades av full sysselsättning och på det hela taget en ganska måttfull inflation. Företagen kunde göra goda vinster, och lönebildningen med LO och SAF som vägledande parter fungerade i stort sett harmoniskt. Dessa år var "den svenska modellens" höjdpunkt, då arbetsmarknadens parter i samförstånd kunde göra upp om fördelningen av produktionsresultatet.

I början av 1970-talet var BNP per capita i det närmaste dubbelt så hög som den varit 1950. Optimismen och förväntningarna växte. Man trodde att man kommit tillrätta med konjunktursvängningarnas, arbetslöshetens och krisernas problem. Det som närmast väntade var att ekonomiskt göra det möjligt att finansiera ännu större sociala åtaganden.

1970-talets kriser

I ett längre perspektiv visade sig optimismen emellertid vara ogrundad. Redan mot slutet av 1960-talet kunde vissa orostecken skönjas. Delvis var svårigheterna en följd av en allmän internationell nedgång. Då Europa och Japan återuppsyggs efter kriget, kunde de krympa in på Amerikas tekniska och ekonomiska försprång. Efterhand minskade dock möjligheterna till snabb expansion genom att bara imitera USA som ledande nation. USA fick också vidkännas växande problem. Dels på grund av den skärpta konkurrensen från övriga västländer. Dels på grund av Vietnamkriget och dess kostnader, som bidrog till att förtroendet för dollarn som internationell nyckelvaluta fick en knäck.

Under lång tid hade tillgången på billig energi varit säker. Som följd av tilltagande oroligheter i Mellanöstern fyrdubblades priset på olja 1973-74. Oljepriset fördubblades sedan en gång 1979-80. Följden blev kraftig i hela västvärlden, och den långa och gynnsamma efterkrigskonjunkturen fick ett abrupt slut. De oljeimporterande ländernas handelsbalans försämrades drastiskt. I flera länder stramade regeringarna åt hushållens köpkraft för att minska importen och "svälta sig ur" problemen. Resultatet blev att arbetslösheten steg och den ekonomiska tillväxten dämpades kraftigt.

I motsats till de flesta andra länder försökte Sverige dämpa de negativa effekterna genom att stimulera ekonomin. Den svenska regeringen syftade till att hålla uppe produktion och sysselsättning genom lagerstöd, subventioner till utsatta branscher – främst varven – och ökat inslag av trygghetslagar. I valrörelsen talade Olof Palme om "mindre svängrem och mer svängrum". Man 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. Oljekrisen och den hårdnande konkurrensen slog hårt mot det viktiga svenska industriblocket, varv, stålverk och gruvor. Stödpolitiken bidrog bara till att fördröja nedläggningarna. De tidigare dominerande skeppsvarven i Västeuropa avvecklades i det närmaste helt. Bland särskilt hårt drabbade varvscentra fanns Göteborg, som även miste en stor del av sin tidigare så omfattande rederinäring. Lerum som utgör en del av Göteborgsområdets naturliga arbetsmarknad fick i sin tur också känning härav.

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. Då tillväxten inte alls motsvarade löneökningarna, ledde den kraftigt ökande inflationen endast till att det blev mera luft i lönekuverten. I förhållande till de viktigaste konkurrentländerna steg kostnaderna per producerad enhet under några år med 20 procent. En omfattande utslagning av svensk industri ägde rum långt in på 1980-talet. Tillväxten stagnerade, och utrikeshandeln gav snabbt växande underskott.

För svensk ekonomisk politik blev 1970-talskrisen något av en chockartad upplevelse. Man hade vant sig vid snabb tillväxt och den svenska modellens förträfflighet. Plötsligt rycktes allt detta undan. Industrinedläggningar och arbetslöshet kom tillbaka och därmed även svåra statsfinansiella problem. Trots att tillväxten upphörde byggdes den offentliga sektorn ut i ökad takt. I Sverige ökade de offentliga utgifternas andel av BNP från 43 till 67 procent mellan 1970 och 1982, vilket var mycket mer än i omvärlden. Följden blev ett snabbt växande budgetunderskott och stigande räntekostnader för statsskulden. 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.

En väg som Sverige prövade för att återställa landets urholkade konkurrenskraft var devalveringarna vid fem olika tillfällen 1976-82. Devalveringspolitiken prövades av såväl socialdemokratiska som borgerliga regeringar. Avsikten var att den svenska kronan skulle skrivas ner och undervärderas så mycket i förhållande till utländska valutasystem, att vi åter fick igång en exportledd expansion. Sammantaget skrevs den svenska kronan genom devalveringarna 1976-82 med cirka 40 procent.

1980-talet – devalveringar, inflation, offentlig sektor och hög skattekvot.

Till en början tycktes devalveringsstrategin ge avsett resultat. Men framgångarna blev bara tillfälliga. Politikerna lyckades inte få bukt med inflationen, som fortsatte att stiga under 1980-talet. Att så skedde berodde delvis på devalveringarna – som avsiktligt gjorde importen dyrare – men också på arbetsmarknadsläget. Det kom nämligen att präglas av en pris-löne-spiral. Problemen förstärktes av att olika grupper började strida om vem som skulle få de största bitarna av den krympande kakan, vilket ökade strejkaktiviteten inte minst bland de offentliganställda.

En lärdom man kan dra av de svenska devalveringarna efter 1975 är att de i sig inte räckt till för att lösa problemen. För att en devalvering skall bli framgångsrik måste den kombineras med åtgärder på löne- och prisbildningens områden.

Devalveringarna kom ju också att verka som stötdämpare, och de minskade därigenom omvandlingstrycket i svensk ekonomi. Drivkraften att rationalisera minskades. Samtidigt gav devalveringarna signaler till löntagarna att höga lönekrav inte behövde vara något större problem, eftersom statsmakterna alltid skulle lösa ut dem genom nya devalveringar eller subventioner.

Andra strukturella faktorer kom också att hämma den ekonomiska utvecklingen. Utbyggnaden av den offentliga sektorn tog särskild fart på 1970-talet. Sverige hade 1960 en offentlig sektor – offentliga utgifter inklusive transfereringar – som med sina 30 procent av BNP låg på ungefär samma nivå som genomsnittet för västländerna. År 1982 hade de svenska offentliga utgifterna vuxit exceptionellt och utgjorde, som sagt, 67 procent av BNP. Sverige låg då i topp med en stor spridning neråt på skalan och med ett genomsnitt på drygt 40 procent för

västlänerna. De offentliga utgifterna i Sverige har i hög grad legat på den kommunala sektorn och olika transfereringar.

Den offentliga sektorns expansion skedde i nära samband med kvinnornas stora intåg på arbetsmarknaden, som bland annat krävde utbyggnad av daghem och förskolor. Särskilt snabbt steg förvärvsgraden för kvinnor efter 1965, och de sökte sig i hög grad till den offentliga sektorn. Den stora ökningen skedde bland gifta kvinnor, även för dem med barn i förskoleåldern. Således förvärvsarbetade 1965 var tredje gift kvinna, men i början av 1980-talet arbetade två av tre gifta kvinnor utanför hemmet.

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. Före 1970 hade Sverige ungefär samma skattekvot som de närmaste konkurrentlänerna, men därefter blev den svenska skattekvoten högre än i övriga länder. I takt härmed steg också kommunalskatten. År 1960 uppgick den i genomsnitt för landets kommuner till 15 procent, och 1980 hade den fördubblats till 30 procent, där den till i dag i stora drag legat kvar.

Det skattesystem som byggdes upp – främst på 1970-talet – kom att få klart snedvridande effekter. Kombinationen av inflation, progressiva inkomstskatter (höga marginalsatser) och generösa avdragsregler gjorde att systemet fick påtagligt perversa drag. Det som avgjorde ens lön efter skatt var inte vilket arbete man hade eller vilken produktion man åstadkom. Allt viktigare blev i stället var man råkade bo, vilka bolån man hade och vilka avdrag man kunde göra. Systemet erbjöd därför allt sämre stimulans till produktivitetsförbättring och tillväxt.

Under hundra år fram till omkring 1970 hade Sverige en lång och uthållig ekonomisk tillväxt, som inte hade många motsvarigheter i världen. Att denna utveckling kom igång berodde bl. a. på olika institutionella förhållanden, som bidrog till att Sverige under det industriella genombrottet kunde moderniseras. Detta skedde genom att landet då relativt snabbt och flexibelt kunde ställa om och anpassa sig till vad den internationella marknaden krävde.

Man måste emellertid konstatera att många av de krafter som en gång verkade till Sveriges fördel snarast verkat till landets nackdel efter 1970. Om de institutionella krafterna under det industriella genombrottet framkallade en vilja till föränderlighet, rörlighet och flexibilitet, tycks samma krafter från och med 1970-talet betonat tryggheten, vilket emellertid också medförde större tröghet. Ett vaktslående om det bestående kom också att innebära mindre benägenhet till internationell anpassning, omställning och förändring.

1990-talet – räntechock, systemskifte och sanering

Den oroliga konjunkturutveckling som kännetecknade den internationella ekonomin under 1970-talet fortsatte även efter 1980. De dåliga konjunkturerna i början av 1980-talet förbyttes under årtiondets senare hälft av en hektisk men kort högkonjunktur.

För Sveriges del kom den svenska ekonomin under slutet av 1980-talet att glida in i en ny kris. Produktiviteten ökade endast med en procent om året, medan lönerna steg med tio procent per år. Kraven från svenska folket hade stigit långt mer än vad ekonomin kunde bära. De svenska problemen blev akuta genom ekonomins tilltagande globalisering.

Det sena 1900-talet har präglats av utomordentligt genomgripande förändringar. Industrisystemen spreds till allt fler länder utanför västvärlden. Omkring 1990 fick vi se upplösningen av de socialistiska ekonomierna i Östeuropa. Allt detta kom att innebära såväl hot i form av ny konkurrens som möjlighet till nya marknader. Förbättrade kommunikationer, datoriseringens och informationsteknikens framväxt banade väg för en allt tydligare internationalisering av världsekonomin. Liknande tendenser var ingalunda helt nya, men tidigare förändringar hade ändå skett i långsammare tempo. Helt klart är att den ekonomiska utvecklingen under 1900-talets allra sista fas gick fram i en allt snabbare omvandlingstakt, vilket krävde allt större omställningar av enskilda länder och individer.

Ekonomins internationalisering gjorde det allt svårare för Sverige att föra en egen ekonomisk politik som avvek från omvärlden. När överhettningen och inflationen i svensk ekonomi tilltog mot slutet av 1980-talet, drevs därför räntorna i höjden. I början av 1990-talet sjönk svensk

ekonomi ner i sin djupaste kris under hela efterkrigstiden, den s.k. finans- och fastighetskrisen. Räntorna chockhöjdes, och efter 1992 blev det närmast tvärstopp i husbyggandet, och utbyggnadstakten blev synnerligen låg under resten av 1990-talet.

I detta läge tvingades Sverige inleda ett systemskifte. Möjligheten att fortsätta med devalveringar ansågs uttömd. I stället påbörjades på allvar kampen mot inflationen som också pressades tillbaka. Men det skedde till priset av stagnation och arbetslöshet. Grundläggande förändringar med mera marknadsekonomi genomfördes samtidigt som skattesystemet reformerades.

Mitt under krisen sökte Sverige också medlemskap i den Europeiska Gemenskapen. Det blev den socialdemokratiska regeringen, som några månader före sin avgång 1991 lämnade in ansökan om medlemskap. Socialdemokratins ledning som tidigare varit emot medlemskap gjorde alltså ett åsiktsbyte. I samband med finans- och fastighetskrisen tvingades den borgerliga regeringen och socialdemokraterna till en långtgående kompromiss. I syfte att komma till rätta med de svåra problemen kring arbetslöshet och växande budgetunderskott enades de politiska blocken om ett ekonomiskt krisprogram.

Krisprogrammet kom bl.a. att innehålla mycket stora besparingar i de offentliga utgifterna. Den svenska ekonomin sanerades under 1990-talet. Samtidigt som samhällsekonomin kunde stramas upp och stabiliseras under resten av årtiondet, innebar utvecklingen att många verksamheter – exempelvis hälso- och sjukvården – fick känning av besparingspolitiken.

Befolkningsutveckling och sociomedicinskt samhällsklimat

Vid mitten av 1700-talet var medellivslängden i Sverige cirka 35 år. Då var det bara ett litet antal personer som uppnådde 50 års ålder. Fram till sekelskiftet 1900 hade medellivslängden stigit till något mer än 50 år. Som tidigare blev kvinnorna något äldre än männen. Överlevnaden kring millennieskiftet 2000 var markant större: männen blev i genomsnitt 77 år och kvinnorna 82 år.

Av Sveriges befolkning var i slutet av seklet så mycket som 18 procent äldre än 65 år och 5 procent äldre än 80 år. Den påtagliga ökningen av antalet äldre är ett viktigt konstaterande, eftersom hög ålder är den faktor som har störst betydelse för såväl fysisk som psykisk vård och omsorg. Samtidigt kan man se en utveckling där en allt större del äldre fått uppleva fler levnadsår med relativt hygglig hälsa. Allt detta ställer naturligtvis större krav på samhälleliga insatser – både när det gäller äldre friska och äldre sjuka.

Folkökningen har märkts genom att stora barnkullar sett dagens ljus under vissa perioder som 1940-talet, 1960-talet och åren omkring 1990. I övrigt har barnafödandet varit lågt. Ur befolkningsynpunkt har detta dock kompensrats genom en betydande nettoinvandring under 1900-talets senare del. Vid seklets början hade vi i stället haft en betydande nettoutvandring. Med tiden kom mer än tio procent av befolkningen att vara invandrare. Man kan konstatera att svenskarna vid 1900-talets slut blivit ”fler, äldre, längre och fetare”.

Att befolkningen under århundradet fördubblats och fått ökad medellivslängd, genomsnittslängd och genomsnittsvikt har flera orsaker. Störst betydelse har den allmänna välfärdspolitiken haft. Både genom offentliga och enskilda åtaganden har välfärdsinsatserna inneburit stöd även för eftersatta samhällsgrupper.

En annan viktig bakomliggande faktor har den allt mer varierande och proteinrikare kosten varit. Höjd bostadsstandard med rinnande vatten och avlopp har medfört väsentligt förbättrad personlig hygien. Risken för de tidigare florerande smittsjukdomarna har därmed avsevärt minskat. Rent medicinska framsteg har också bidragit till förbättrad folkhälsa genom att gamla folksjukdomar som tuberkulos, polio och difteri kunnat utplånas.

Välfärden har emellertid också skapat sin egen sjukdomsbild. Minskad fysisk aktivitet och övervikt har i sitt släptåg framkallat en ökning av hjärt- och kärlsjukdomar. Landets åldrande befolkning har under senare årtionden också blivit mer exponerad för olika cancersjukdomar. Tidigare, då medellivslängden var lägre, dog människor i andra sjukdomar innan cancer hunnit utvecklas. Ett hotfullt moln som på senare tid dykt upp på den medicinska himlen utgör immunbristsjukdomen aids.

Om större delen av svenskt 1900-tal kan betecknas som ekonomiskt och socialt framgångsrikt, gäller det i mindre grad för århundradets sista kvartssekel. Det svenska

försprånget efter andra världskriget kom efterhand att inhämtas av allt fler länder, och den ekonomiska tillväxten stannade av. De offentliga inkomsterna kunde inte balansera de ökande kostnaderna för välfärdsstatens stora åtaganden såsom barnomsorg, sjuk- och äldreomsorg 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. Omsorgen om de äldre, som helt togs över av primärkommunerna 1990 innebar en ökad ekonomisk belastning för dessa. En lösning var att de äldre så länge som möjligt skulle bo kvar i sin hemmiljö och få stöd för detta i hemtjänst. Det innebar att man minskade på serviceboendet (de tidigare äldreomsorgshemmen), vilket innebar att vårdtyngden ökade för dessa. Vården och vårdtagarna kom att mer likna de tidigare sjukhemmen. I det egna boendet upplevde man isolering och brist på stimulans.

De förändrade förhållandena gjorde att Sverige inför millennieskiftet 2000 befann sig i en ny 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. Det blev under dessa årtionden ett sorts systemskifte. Ansvarsområden förändrades mellan sjukvård och socialvård. En husläkarreform som beslutades med syfte att öka kontinuiteten patient/läkare kom att ifrågasättas. En ökad valfrihet genomfördes för vårdsökande men också för vårdpersonalens drifts- och arbetsformer. Man ville effektivisera resursutnyttjandet. Fler privata vårdgivare noterades. Man började 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.

Spri

Institutet (Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings och Rationaliseringsinstitut) bildades av staten och sjukvårdshuvudmännen 1968. År 1995 hade institutet 90 anställda och omsatte cirka 90 miljoner kronor. Av brist på insatser/pengar lades Spri ned år 2000 – Leni Björklund var då dess chef.

Spri:s uppgift var att bistå huvudmännen i utformningen av hälso- och sjukvården. Verksamhetsområdena var kvalitetsutveckling, hälsoekonomi och vårdinformatik. Spri var ett viktigt kompetenscentrum för primärvårdens utveckling och effektivisering. För Mittenälvborg och Lerum hade det stor betydelse i uppbyggnaden av primärvården från mitten av 1970-talet och framåt. Redan 1974 engagerade sig Spri med medarbetarna Gert Ljungkvist och Palle Fredriksson i att utveckla ett vårdplaneringssystem för vårdcentraler (projekt 3040 i Lerum). Detta kom att spridas runt riket under slutet av 1970-talet och kallades Lerumsmodellen. Samarbetet med Spri fortsatte med ett flertal projekt som: Basdata om kontakter i primärvården (Spri-rapport 142), POMR- handbok för problemorienterad medicinsk registrering (Spri-rapport 210), Datagrundjournal. Datorisering av informationssystem vid Gråbo vårdcentral (Spri-rapport 282). Gert Ljungkvist kom att delta i samtliga Spriprojekt med anknytning till Lerums primärvårdsområde och följde och gav råd till den vårdadministrativa utvecklingen där.

Ur socialstyrelsens PM 166/87 hämtas:

- Socialstyrelsen och Spri bör även fortsättningsvis prioritera utvecklingsarbetet vad avser primärvårdens innehåll och vårdens kvalitet liksom organisatoriska frågor av betydelse för primärvårdens utveckling i landstingen,
- Socialstyrelsen bör i samverkan med Landstingsförbundet och Spri utveckla nya former och metoder för att dokumentera och i planeringssammanhang ta hänsyn till olika brukarkategoriernas behov och önskemål. Syftet var att stärka befolkningens inflytande över utformningen av primärvårdens service.

Hälso- och sjukvårdslagen 1982 och 1992

Den tidigare sjukvårdslagen ersattes 1983 med en ny hälso- och sjukvårdslag (HSL) – beslutades 1982. HSL har i likhet med den senare socialtjänstlagen (1988:871) karaktären av en målinriktad ramlag. Lagen gav kommuner och landsting stort utrymme att efter lokala behov och förutsättningar utforma vården. Den nya lagen speglade trenden att alltmer decentralisera hälso- och sjukvården.

Lagen innebar en övergång från sjukvårdspolitik till hälsopolitik. Istället för att ha haft ett passivt sjukvårdsansvar fick landstingets sjukvårdspersonal ett offensivt hälsovårdsansvar. Lagen gav huvudmännen ett folkhälsoansvar som omfattade mycket mer än det sjukvårdsansvar man hade dessförinnan. En offensiv hälsovård blir en del av sjukvården på alla nivåer och i alla vårdformer. Den var influerad av WHO:s ”Hälsa – för – alla – strategi – år 2000” (1977).

Folkhälsan blir landstingens ansvar



Det övergripande målet i lagstiftningen var för hälso- och sjukvården att ge god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den "lika rätten" kräver att vårdpersonalen bedömer ett och samma sjukdomssymtom lika.

"Om den som söker är ung eller gammal, svensk eller invandrare, högröstad eller försynt, helnykterist eller alkoholist ska inte spela någon roll."



Ett antal krav på landstingens hälso- och sjukvård ställdes upp. Den skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda

kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården skall organiseras så att goda kontakter underlättas mellan vård sökande och personal inom vården. Vården skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningar inte kan lämnas till patienten skall de istället lämnas till en nära anhörig.

Kravet att vården skall vara av god kvalitet innebar att hälso- och sjukvården skulle hålla en god personell och materiell standard, d v. s. bedrivas av personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. All vård och behandling skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Krav på medicinsk säkerhet och kvalitet är av helt avgörande betydelse.

Man pekade också på att fördelningen av resurser mellan olika led i vården måste ändras. En utbyggd primärvård ska vara basen för näransvaret. Landstinget skulle ha ansvaret för att främja hälsan hos den svenska befolkningen.

Primärvårdens s.k. honnörsord (helhetssyn, primärt ansvar, närhet och tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och säkerhet, samverkan) fick i HSL sin lagliga förankring. Lagen 1982 sade inget om vårdens dimensionering, exempelvis behov av antal distriktsläkare, utan överlämnade till landstingen att lösa dess frågor mot bakgrund av målformuleringarna. Fortfarande i början av 2000-talet var dimensioneringsdiskussionerna heta.

Orsaken till en lagändring 1992 (!992:567) var att kommunerna fick ansvar för långtidssjukvården (sjukhem, dagsjukvård och sjukvård i hemmen) - ”Ädelreformen”. Lagen var ett komplement till 1983 års hälso- och sjukvårdslag med samma grundläggande mål att hälso- och sjukvården skall ge vård och god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Lagen gav kommuner och landsting stort utrymme att efter lokala behov och förutsättningar utforma vården, vilket de också kom att göra.

Landstingets sjukvårdsplaner 1974 och 1980

Älvsborgslandstinget fastställde i december 1974 en sjukvårdsplan för åren fram till 1985. Den innebar en viljeyttring: att satsa kraftigt på öppenvård och långtidsvård.

Satsningen skulle ge:

- ökad närservice
- fördubblat antal läkare i öppen vård
- minskade köer
- bättre kontinuitet läkare – patient
- fler hembesök
- minst ett sjukhem och en vårdcentral i varje kommun

Sjukvårdsplanen 1974 var ett försök att i ett sammanhang bedöma hela sjukvårdens utveckling under följande 10 – 15 års period och sätta utvecklingen i relation till de begränsande faktorerna ekonomi och personal.

Redan 1980 ansågs synsättet orealistiskt och istället utarbetades rapporter successivt för utveckling av enskilda verksamhetsområden. Dessa rapporter skulle utgöra underlag för landstingets kommande femåriga flerårsplaner, Primärvård och Långtidsvård fick egna framtidsplaner.

Landstingets hälsoplan 1977

Landstinget beslöt efter att ha fastställt en sjukvårdsplan, som omfattade åren 1975 till 1985, att även beskriva vilka förebyggande åtgärder man hade att genomföra. En hälsoplans första etapp fastställdes 1977. En andra etapp skulle tillkomma i samverkan med externa hälsovårdande instanser. Tillsammans skulle hälsoplanen med friskvårdsinslag omfatta åren 1980 – 1990.

I den första etappen ansåg man att hälsoplanen skulle begränsas att omfatta aktiviteter som redan fanns inom landstingets kompetensområde som: Vaccinationer, Hälsokontroller, Hälsoupplysning, Tandhälsovård, Kost- och motion och Företagshälsovård. Den senare för de egna arbetstagarna men försök med extern företagshälsovård igångsattes senare i vid Vårgårda vårdcentral. Man pekade också på att verksamheten skulle riktas mot vissa riskgrupper som fetma, sockersjuka och högt blodfett. Allmänna hälsokontroller var man skeptisk till men

förordade riktad hälsokontrollverksamhet för sjukdomsgrupper som primärvården behandlade som : Högt blodtryck, Högt blodfett, Diabetes, Högt ögontryck, Järnbrist, Kronisk bronkit och Livmoderhalscancer, samt en del som låg närmare sjukhusens ansvarsområde som: Bröstcancer, Lungtuberkulos och Lungcancer. Hälsokontroll av åldringar togs inte upp ej heller det väsentliga förebyggande arbetet med tobak, alkohol och narkotika.

En försöksverksamhet med förebyggande hälsoarbete hade redan tre år tidigare (1974) inletts i Lerums läkardistrikt. Vid Lerums vårdcentral med kostrådgivning (dietist) i Floda vårdcentral med diabetes, alkohol, rökavvänjning och hälsoinformation i väntrum. Distriktsläkarna engagerade sig hårt i denna utveckling. Bengt- Ivar Nöjd var motorn vad gällde ett alkoholprojekt, Hans Lundgren, som också kom att verka centralt i landstingets hälsoplanearbete, medverkade med diabetesprojekt, friskvårdsprojekt och hälsoinformation i väntrum. Hans Lundgrens diabetesprojekt blev en del i hans doktorsavhandling.

REFORMER

Under 1960-, 1970- och 1980-talen gjordes ett flertal reformer som fick stor betydelse för den öppna hälso- och sjukvården. Några av de viktigaste refereras i korthet här.

7-kronorsreformen

Efter en obligatorisk sjukförsäkring, som trädde i kraft 1955, skedde successivt förändringar av sjukvårdsersättningen. Före 1970 fick patienten betala doktorn hela kostnaden för ett öppenvårdsbesök och sedan vända sig till försäkringskassan för att få tillbaka den fastställda subventionen för sin utgift. 7-kronorsreformen 1970 innebar att den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna öppna vården såväl vid som utanför sjukhusen finansierades av sjukförsäkringen. Statssekreterare Lars-Åke Åström, som var reformens arkitekt, hade tänkt sig en avgiftsnivå motsvarande 30 kronor per besök, vilket då ungefär motsvarade sjukvårdshuvudmännens genomsnittliga totalkostnad för ett läkarbesök. Patienten skulle betala en fjärdedel därav, dvs sju kronor och femtio öre. Det fanns många motiv för en sådan reform, menade man.

Ersättningssystemet var för krångligt och gjorde att patienten måste lägga ut pengar för att sedan få stå i kö på försäkringskassan för att få ut återbäringen. Vidare varierade kostnaden för patienten beroende på omfattningen av de åtgärder som krävts. En enhetstaxa, lika för alla, skulle vara mer rättvis och ge bättre skydd för patienter som behövde omfattande och dyrbar vård.

För patienten var den omedelbara effekten att betala denna ringa del av besökskostnaden – till en början 7 kronor. Resterande del erhöll landstingen direkt av försäkringskassan. Efter hand har patientavgiften höjts för att år 2005 vara mellan 150 – 300 kronor per patientbesök. Istället har införts kostnadstak för patientsättningarna för att inte ekonomiskt knäcka de som behöver mycken vård. Dessutom får barnen i många landsting gratis vård.

Henric Hultin, som då var ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse och i förhandlingsdelegationen, anför (Läkartidningen nr 50 1999, "Sjukronorsreformen: 30 år):

"Detta var läkarförbundets svåraste förhandling. Läkarna hade fram till 1964 en totalt oreglerad arbetstid såväl vad gällde det vanliga arbetet som jourtjänsten. Då kom det första avtalet om viss kompensation för jourtjänst. Fortfarande var dock läkarnas arbetstid utanför jour och beredskap helt oreglerad till 1970.

Läkarnas inkomst berodde dels på den totala volymen mottagningsbesök dels på taxan för ersättningen av besöken. Genomsnittligt för hela läkarkåren var mottagningsinkomsterna sammantaget större än den fasta månadslönen.

Allmänt var läkarnas arbetsbörda stor med långa arbetsdagar och tung jourbörda med ringa kompensation i ledighet. Många inom sjukhusläkarkåren uppfattade bristen på samband mellan arbetsbelastning och inkomst som starkt stötande

Under flera år före 1970 hade det pågått en intensiv intern debatt kring arbetstiderna och löneförhållandena. Naturligtvis präglade »egennyttan» olika gruppers inställning. De yngre läkarna hade inte samma ekonomiska kompensation för den tunga arbetsbördan som de äldre, och de värderade ökad fritid högre.

När sjukvårdshuvudmännen hösten 1969 i samband med enhetstaxereformen kom med sitt förslag om en helt ny arbetstids- och avlöningsmodell (reglerad arbetstid och tidlön) för alla offentligt anställda läkare, så fanns det alltså en jordmån inom läkarkåren i form av ett ganska utbrett missnöje med det befintliga systemet.

Läkarförbundets fullmäktige 12 oktober 1969 gav dock sin acceptans till att man träffade avtal både om tidlön och bestämmelser om arbetstid »om så under förhandlingarnas gång bedömes lämpligt eller erforderligt». Fullmäktige uttalade sig också tydligt för att »av- skaffande av nuvarande omotiverade inkomstskillnader mellan olika läkar- grupper inom skilda kategorier och mellan specialiteter bör eftersträvas.

P.g.a. tvister parterna emellan om hur en av Läkarförbundet gjord arbetstidsenkät vecka 42/1969 skulle värderas och översättas till årsarbetstider blev det svåra förhandlingar i frågan fram till ett nytt avtal kunde träffas 12 februari 1970. dessförinnan hade man överenskommit om ett interimsavtal under natten till nyårsafon

Sannolikt var det »förhandlingsmatematiska» sättet att sätta den framtida lönen för normalarbetstid förmånligt för de olika läkargruppernas inkomstnivåer på längre sikt. Det hade knappast varit möjligt att kontinuerligt förhandla upp en styrande öppenvårdstaxa, så

att mottagningsinkomsterna kunnat förbli en så hög andel på så höga inkomstnivåer som det här var fråga om.

En nackdel, sett ur samhällets perspektiv, var att man tappat prestationsersättningens stimulandeffekt. En annan nackdel var den ömsesidiga upplevelsen av personlig relation mellan läkare och patient då betalningen från patient till dennes läkare sannolikt hade en viktig symbolisk betydelse.”

Förhandlingarna 1968 och 1969 med anledning av sjukförsäkringsreformen blev de mest arbetstygda och långvariga även för Provinsialläkarföreningen. De resulterade i nya arbetsförhållanden som innebar en helt ny verklighet för provinsialläkaren. Då infördes totallön och reglerad arbetstid (42,5 timmar). Många av problemen med arbetstider, taxor och löner försvann.

Men man såg en del nackdelar med det nya avtalet:

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

Men det fanns också fördelar:

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

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

Dagmar-reformen

Fram till 1 januari 1985 var den allmänna sjukförsäkringsersättningen till sjukvårdshuvudmännen och privatläkarna prestationsrelaterad. Genom den s.k. Dagmarreformen omvandlades de prestationsrelaterade ersättningarna till en samlad ersättning beräknad med ett enhetligt belopp per invånare, en allmän sjukvårdsersättning.

Från och med 1988 fördelades den allmänna sjukvårdsersättningen efter en behovsbaserad modell. Den bygger på indelning av sjukvårdsområdena med hänsyn till dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspension samt andelen ensamboende äldre. Vid sidan om detta lämnas varje år ett antal särskilda ersättningar till huvudmännen så kallade Dagmarbidrag. Dagmarmedel används för att stimulera utvecklingsprojekt mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården med syfte att sänka ohälsotoalet, det vill säga erbjuda medicinsk rehabilitering och behandling och därmed ge människor möjlighet att återgå i arbete eller återfå arbetsförmågan. Dessa medel har ofta kunnat finansiera utvecklingsprojekt i primärvården.

Ädel-reformen 1992

Det hade under en lång följd av år blivit allt mer påtagligt att samhällets resurser för äldre- och handikappomsorg måste samordnas. Formerna för samordning har varit svår att hitta.

En äldreberedning inrättades efter beslut av regeringen 1980, som ordförande i denna utsågs socialministern. Uppgiften var att behandla frågor om övergripande prioritering och samordning av samhällets insatser för de äldre. Enligt direktiven har arbetet inriktats på de områden som avser boende, omsorg, service och vård till de äldre samt med utgångspunkten att insatserna i första hand skall underlätta för dem att leva ett självständigt liv. ”Äldreomsorg i utveckling” är slutbetänkandet på deras arbete och var färdigt 1987. (SOU 1987:21 Betänkande av äldreberedningen). Äldrepropositionen 176, Äldreomsorgen inför 90-talet kom 1988. Riksdagen behandlade den 1988 och Äldredelegationen tog fram förslag till en Ädelreform 1989.

1990 12 13 tog Riksdagen beslut i frågan. Beslutet innebar i huvudsak följande:

- Kommunerna blev skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för äldre och handikappade

- Kommunerna fick skyldighet att inrätta dagverksamheter.
- De lokala sjukhemmen fördes normalt över till kommunerna.
- Kommunerna blev ansvariga för medicinska insatser i alla särskilda boendeformer exklusive läkarinsatser.
- För hemsjukvården i övrigt har landstinget ansvar.
- Kommunerna får befogenhet att bedriva hemsjukvård till personer i eget boende.
- Hela hemsjukvården kan överföras till kommunen genom lokal överenskommelse.

Kommunerna blev betalningsansvariga för:

- all långtidssjukvård
- medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatiska akutsjukvården inkl. den geriatriska vården.
- Kommunerna fick ansvaret för enklare tekniska hjälpmedel.
- Kommun och landsting kan om man är överens ansöka om att få bedriva försöksverksamhet med primärkommunalt huvudmannaskap för primärvården.
- Socialnämnden är fr.o.m. 1 januari 1992 inte en obligatorisk nämnd.
- Statligt stöd till personalutveckling och till omstrukturering inom service och vård om 5,5 miljarder kronor kom att utgå under en övergångstid.

Ändringar gjordes i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen på grund av Ädelreformen. Reformen som trädde i kraft 1992 och som hade till syfte att ge primärkommunerna ett samlat ansvar för långvarig vård och service till äldre och handikappade. Genom ändringarna ville man få klar ansvarsfördelning mellan kommun och landsting.

I propositionen sägs om kommunerna bl. a.

”Jag vill erinra om att reformen avseende äldreomsorgen vid årsskiftet 1991/92 innebär att hälso- och sjukvården vid sjukhem och andra inrättningar för somatisk långtidssjukvård som kommunerna då tog över från landstingen inte längre ses som slutna vård utan som öppen vård.”

Primärkommunerna tog nu över huvuddelen av medicinsk vård och omsorg i eget boende.

Under 1980-talet och därefter pågick en diskussion om att kommunerna skulle ta över huvudmannaskapet för hela primärvården. För detta talade bl.a. svårigheterna att avgränsa kommunernas ansvar för omvårdnad av hemsjukvårdspatienter från landstingens ansvar för de medicinska insatserna. Personalen i primärvården, framför allt läkarna, kände större samhörighet med landstingens sjukvård och ville inte bli isolerade i kommunernas regi

De diskuterade planerna på en kommunalisering av hela primärvården bromsades. Orsakerna till detta var nya sjukvårdspolitiska strömningar som visade sig starka.

Läkarinsatserna i hemsjukvården och särskilda boenden blev fortsatt landstingens ansvar i övrigt övergick personalen till kommunerna och fick ny ledning. Primärvården blev uppdelad, tidigare vårdlag splittrades delvis och det tog tid att hitta nya samarbetsformer.

Centrala utredningar

Den utveckling som skedde under 1970- och 1980-talen föregicks och förstärktes av utrednings- och policyarbete av Socialstyrelsen, Spri (Sjukvårdens Planerings och rationaliserings Institut), Landstingsförbundet och Kommunförbundet. Här refereras kort några viktiga utredningsarbeten.

Socialstyrelsen principprogram för öppen vård 1969

I programmet betonades starkt behovet av en utbyggnad av den öppna vården i riktning mot flerläkarmottagningar. Enheter med färre än tre läkare skulle i allmänhet inte förekomma. Vid större vårdcentraler borde ett flertal specialistutbildade läkare vara verksamma. Läkarna förväntades öka sitt hälsovårdande arbete. Vidare pekades på fördelar med en samordning av vårdcentraler och sjukhem samt etablering av dagcenterverksamhet för såväl kroppsligt som psykiskt sjuka åldringar men även för psykiskt utvecklingsstörda och handikappade. man förordade samlokalisering av samhälleliga organ som apotek och försäkringskassa till vårdcentralerna.

Spri-rapport nr 14/72 om den öppna vårdens organisation

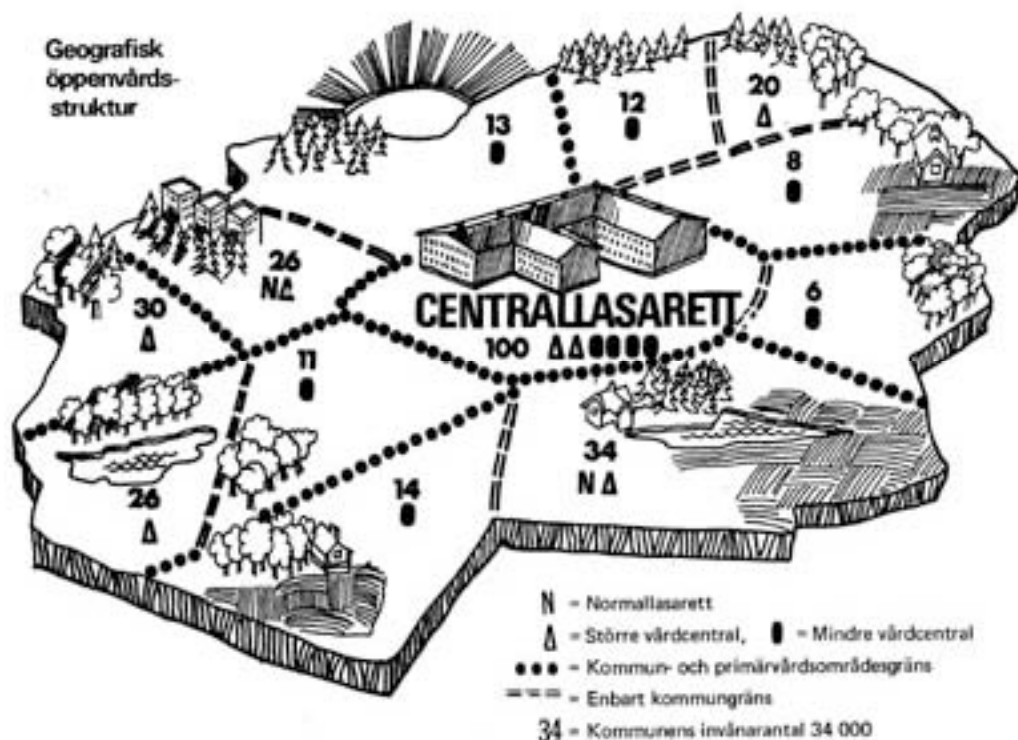
Spri hade till uppgift att genom fördjupade utredningar vägleda sjukvårdshuvudmännen i dess utformning av hälso- och sjukvården. En av de första utredningarna som fick till uppgift att omsätta socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1968) i organisatoriska termer. Genom beslut 1969-08-27 tillsattes en arbetsgrupp för att behandla frågor angående den öppna vårdens utformning, Bengt Dahlin, Gråbo, ingick i arbetsgruppen som ende representant för distriktsläkarna/allmänläkarna. Nils Ternér, senare sjukvårdschef i Älvsborgs läns södra sjukvårdsdistrikt, var en av Läkarförbundets representanter. Utredningen dominerades av sjukhusläkare inklusive Läkarförbundets representanter.

I principprogrammet ingick som grundförutsättningar:

- att det var möjligt och eftersträvarsvårt att överföra diagnostik och terapi från slutet till öppen vård.
- att den öppna vården i stor utsträckning kunde frigöras från sjukhusvården och decentraliseras till välutrustade enheter med annan lokalisering
- att en ökad samverkan mellan och samordning av hälso-, sjuk- och socialvård kom till stånd

Huvudsyftet med Spri-projektet var att med denna helhetsbild utforma vägledande riktlinjer för en öppenvårdsstruktur, som möjliggjorde en decentralisering av specialiserad öppen vård och som underlättar en samordning av sjukvård, hälsovård och socialvård.

Modell över en öppenvårdsstruktur



I utredningen användes för första gången officiellt beteckningen primärvård för den offentliga öppna hälso- och sjukvård som kunde bedrivas utanför sjukhusens klinikmottagningar. Vidare beskrevs innebörden av begreppet primärvårdsområde. Med ett sådant avsågs ett geografiskt begränsat område så stort att befolkningens behov av specialiserad öppen vård skulle kunna tillgodoses inom området. Området kunde bestå av flera kommuner eller utgöra del av en större kommun. Det skulle finnas minst en vårdcentral i kommunen eller i kommundelar. Specialiserad vård kunde baseras på en större vårdcentral med förgreningar till mindre vårdcentraler inom primärvårdsområdet. De mindre vårdcentralernas viktigaste uppgift skulle vara att ge närservice i hälso- och sjukvård samt samverka med andra verksamheter inom vårdsektorn och med socialvården. Det rent sjukvårdande arbetet förutsattes bli av

allmänmedicinsk karaktär med viss specialistmedverkan främst inom barnmedicinen eller utformad som konsultverksamhet för läkare från närmaste större vårdcentral.

Primärvårdens allmänläkarantal, ansåg dess representant, borde bli minst 4.500 allmänläkare i riket (antalet då var 1.318). Specialistkollegorna i läkarförbundet ansåg detta som ett orealistiskt högt tal med avseende på tillgången till allmänläkare, (o)intresset för banan och möjlighet att utbilda allmänläkare.

Husläkarsystemet

Jan Kuuse analyserar:

Sedan 1930-talet har svensk samhällsutveckling i stort präglats av en påtaglig kontinuitet vad gäller politisk styrning och maktutövning. Socialdemokratin har under denna långa tid innehaft regeringsmakten med avbrott för endast två kortare perioder. Borgerliga regeringar har styrt Sverige dels 1976-82, dels 1991-94. Även om de borgerliga partierna ville göra andra prioriteringar än socialdemokraterna, har de borgerliga regeringsinnehavaren inte varit tillräckligt långa för att i större omfattning kunna bryta den socialdemokratiska hegemonin.

Vi har tidigare noterat att politiska och sociala ambitioner långt ifrån alltid gått hand i hand med de samhällsekonomiska resurserna. I det långa loppet är det naturligtvis så att samhällsekonomin ytterst sätter gränser för hur långt ambitionerna kan förverkligas. Det har emellertid inte hindrat att långtgående politiska ambitioner och reformtänkande sprungit fram även under ekonomiskt svaga perioder, och det har skett oavsett vem som suttit vid regeringsmakten.

Ett slående exempel på det ovan sagda utgör 1970-talets snabba och omfattande utbyggnad av den offentliga sektorn, då de samhällsekonomiska signalerna för en utbyggnad egentligen var svaga. De expansiva ambitionerna och planerna hade formats under de goda åren på 1960-talet och kunde sedan uppenbarligen inte skruvas ner, så att de anpassades till 1970-talets kärvare ekonomi.

På sjukvårdens område är det inte svårt att finna ideologiska skiljelinjer mellan socialdemokraterna och de borgerliga. Exempelvis gäller det synen på husläkarsystemet. Här kan vi också se hur den borgerliga regeringen vidtog mått och steg för att bryta med den socialdemokratiska vårdpolitiken. Efter det att de borgerliga kommit till makten 1976, tillsattes en husläkarutredning 1978. Utredningen föreslog ett husläkarsystem som baserades på önskemålet om fastare läkarkontakter. Man ville förbättra kontinuiteten mellan patient och läkare inom den öppna vården. Att patienter vid upprepade läkarbesök hänvisats till olika läkare har hos patienten ofta skapat en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande och blivit ett allvarligt problem inom sjukvården. I Lerum prövades också på försök en husläkarmodell med ett kollektivt områdesansvar för vårdcentralens samtliga läkare. På riksplanet hann emellertid förslagen från 1978 års utredning inte förverkligas, eftersom det socialdemokratiska maktövertagandet 1982 innebar ett stopp för dessa planer.

Då de borgerliga 1991 återkom i regeringsställning var de mer förberedda på att genomföra en husläkarreform. En husläkarlag antogs 1993, och ett system med husläkare genomfördes från nyåret 1994. Reformen innebar att alla i Sverige skulle få möjlighet att själva välja en husläkare, vilken skulle ha ett tydligt ansvar för de patienter som valt honom eller henne till husläkare.

Den borgerliga regeringen ville ta bort myndighetsinriktningen som primärvården haft kvar sedan provinsialläkartiden och tona ner primärvårdens samlade ansvar för en given geografisk befolkning. I stället betonades den enskilde läkarens ansvar för de patienter som valt honom eller henne som husläkare. Om en patient blev missnöjd med sin husläkare kunde patienten byta husläkare. Som framgått i annat sammanhang gjordes bl.a. i Lerum stora insatser för att genomföra husläkarreformen.

Socialdemokraterna återtog regeringsmakten 1994. Med andra intentioner för primärvården upphävde den nya politiska majoriteten husläkarlagen, och redan 1996 upphörde husläkarreformen att gälla. I stället fick landstingen i uppdrag att organisera hälso- och sjukvården så att alla som så önskade kunde välja en fast allmänläkarkontakt i primärvården. Detta innebar också ett ökat politiskt stöd för allmänmedicinen och primärvårdens utbyggnad.

Husläkarsystemet bygger på en vacker grundtanke, där patientperspektivet lyfts fram med betoning på tillgänglighet, valmöjlighet och kontinuitet. Flertalet patienter skulle inom detta

system sannolikt också få en bättre trygghet, kontinuitet och närhet i vården. I praktiken tillstötte dock olika problematiska inslag. Primärvårdens lagarbete försvagades och många primärvårdsläkare mådde illa under valproceduren. Husläkarsystemet innebar vidare att de mest attraktiva läkarna snabbt blev fulltecknade och att privilegierade grupper först skulle lista sig hos den husläkare de ville ha. I sin tur skulle det få negativa konsekvenser för socioekonomiskt svaga grupper. Beroende på reglerna för ersättning ansåg nämligen husläkarna, att de inte hade råd att ta sig an socialt utslagna och andra svåra och tidskrävande patienter.

På primärvårdsnivån upplevde man också påtagligt vårdpolitikens ryckighet när det gällde husläkarsystemet. Här satte alla maktskiftena 1976, 1982, 1991 och 1994 sina tydliga spår. När det ena politiska blocket kom till makten, utvecklades koncept för husläkarsystem med allt av kraftödande organisationsförändringar det innebar. Nästkommande maktskifte innebar sedan en tydlig kursändring med upphävande av den föregående regeringens politiska intentioner och nya organisationsförändringar som följde.

Mer om husläkarsystemet i avsnittet ”Lerum prövar att införa husläkare”.

Marknadsinriktad primärvård

Under slutet av 1980-talet ville många landsting utsätta primärvården för konkurrens för att öka effektiviteten och minska de ökande kostnaderna. Ett flertal ekonomiska modeller presenterades. Styrsystemen gick ut på att ge vårdcentralen ett anslag som skulle räcka till köp av tjänster från sjukhusen, laboratorieundersökningar och specialistvård. Vårdcentralerna skulle också kunna konkurrera sinsemellan genom att få ta betalt för patienter från ett annat område än det egna. Det kunde innebära att sjukhusens öppna mottagningar åter växte då de fick ersättning från primärvården, som i sin tur fick underskott i budgeten. Systemet gynnade inte samverkan mellan primärvård och sjukhus och tiden blev politiskt mogen för husläkarreformen 1993.

På 90-talet införde politikerna en ”beställare och utförare”-organisation. Centralt beslutades om hur mycket resurser som skulle utanordnas för olika aktiviteter t.ex bräckoperationer, hjärtinfarktvardagar. Lokalt skulle man sedan effektuera beställningarna. När pengarna var slut fick verksamheten ligga nere trots att personal, utrustning och lokaler fanns. Även primärvården drabbades av systemet. Hur kan primärvård beställas på detta sätt utan att det får negativa effekter på verksamheten? Ett exempel från Göteborg där en privat driven enhet fick slut på pengarna under hösten och måste ställa in verksamheten resten av året. På samma sätt ville man ”härmä” det privata företagandets chefstillsättningssystem. Man införde stora bonus- och pensionsavtal vid nyaanställning av högre chefer.

HS 80 – ett principprogram från Socialstyrelsen

Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet presenterades 1975.

Begreppet primärvård gavs i HS 80 en delvis ny innebörd genom att primärvården tilldelades ett ansvar för hälsotillståndet inom ett primärvårdsområde. Ansvaret för behandling av en patient kunde övergå till läns- och regionsjukvård men endast tillfälligt. I konsekvens med detta betraktades vård vid lokala sjukhem som ingående i primärvården. HS 80-programmet innehöll även en delvis ny syn på läkarnas arbetsuppgifter och arbetsfördelningen mellan allmänläkare och specialister. Man ansåg att det på längre sikt skulle vara möjligt att få fram en uppsättning distriktsläkare med olika kompetens. Dessa tillsammans skulle täcka in hela det erforderliga kunskapsområdet inom primärvården (jämför barndistriktsläkare). Vidare betonades starkt nödvändigheten av att samordna hälso- och sjukvård med den socialvård som bedrivs i primärkommunerna samt med skolans, arbetsvårdens och försäkringskassans verksamhet. I anslutning till detta betonades bland annat fördelarna med sammanfallande distriktsindelning, samlokalisering, samordning av planer och insatser av utbildningskaraktär för att öka den ömsesidiga förståelsen serviceenheterna emellan. Försäkringskassan i Lerum var först att bryta principen genom att dela upp klienterna enligt födelsedag på handläggarna. Jämför också primärvårdens i Lerum många samverkansprojekt under 1970- och 1980-talen.

HS-90 – SOU 1984:39

Primärvårdens centrala ställning förstärktes ytterligare i socialdepartementets rapport ”Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)”. Man förutsatte en betydande utökning av

primärvårdens hälso- och sjukvårdande uppgifter. Uppgifter som:

Basal sjukvård vid mottagningar; sjukvård och medicinsk omvårdnad i hemmen, vid sjukhem och ålderdomshem; att svara för hälsovård för mödrar, barn och äldre; att svara för insamling, sammanställning och analys av lokala hälsodata som grund för hälso- och sjukvårdsplanering och att bedriva samhällsinriktade åtgärder inom primärvårdsområdet.

Man konstaterade inledningsvis att fattigdom och dåliga levnadsförhållanden var grundläggande orsaker till hög sjuklighet och för tidig död. Den successiva förbättringen som skett av hälsan i befolkningen hade delvis stannat upp. Kostnaderna för hälso- och sjukvården i Sverige hade snabbt stigit från 4 % av BNP 1960 till 10% 1984. Omkring 450.000 personer arbetade 1884 inom hälso- och sjukvård mot 125.000 25 år tidigare. Under 1960- och 1970-talen koncentrerades insatserna på att förbättra och bygga ut sjukhusens resurser. Huvuddelen av besöken i öppen vård gjordes på sjukhusen.

Under 1970- och 1980-talen önskades en omstrukturering av hälso- och sjukvården mot primärvård. Också inom psykiatrisk vård önskade man att öppna vårdformer prioriterades. Man konstaterade också att omstruktureringsansträngningarna gått långsamt, trögheten i systemet var stor. Man hade svårt att ta nedskärningar på lokala slutenvårdsenheter av lokalpolitiska skäl. Det ansågs viktigt för styrningen av förändringsarbetet att utbildningssystemet utnyttjades bättre. Även FoU förväntades få nya eller vidgade möjligheter när det gällde att förebygga, upptäcka, behandla och lindra sjukdomar och skador. Man såg fram mot att nya framsteg skulle förkorta vårdtiderna inom den slutna vården. Man noterade också brister i samordningen inom hälso- och sjukvården – t ex mellan länssjukvården och primärvården men också mot socialtjänsten, företagshälsovården, försäkringskassan och det primärkommunala hälsoskyddet.

De riktlinjer man kom fram till var att:

- Hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt.
- Befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser.
- Hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Utifrån dessa generella utgångspunkter skulle det fortsatta HS-90 arbetet ses som en vidareutveckling och konkretisering av HS 80:s principprogram. Man borde fokusera på hälsopolitik genom att ta sig an hälsopolitiska riskgrupper speciellt bland arbetare och lägre tjänstemän. Landstingens förebyggande insatser borde öka. Lokalt kunde detta ske genom allmän rådgivning, hälsoupplýsning till allmänhet och patienter samt t ex aktiv blodtryckskontroll. Man konstaterade också att vårdens tillgänglighet borde även fortsättningsvis förbättras. Vårdprogramutveckling skulle kunna effektivisera vårdarbetet. Utbildningsinsatser var viktiga.

Riksdagens revisorers rapport

År 1991 granskades primärvården av riksdagens revisorer. Man gjorde följande uttalande:

"Sjukvårdsmännen har – i strid mot statsmakterna 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 sjukhusbaserad vård. Antalet specialistläkartjänster vid sjukhusen hade under 1980-talet ökat med 4000 medan allmänläkartjänsterna ökat med endast 1000. Andelen allmänläkare var oförändrat endast 20 % av samtliga specialistkompetenta läkare medan det i länder med utbyggd primärvård var en betydligt större andel allmänläkare. Exempelvis hade Norge 30 % och England 40 % allmänläkare."

PRIMÄRVÅRDENS UPPBYGGNAD UNDER 1970-TALET

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

Primärvårdsbegreppet

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

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

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

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

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

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

Primärvårdens innehåll och mål

Primärvårdens i Mittenälvsborg verksamheter:

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

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

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

Primärvårdens ansvarsområde var:

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

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

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

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

Primärvårdens mål var/är:

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

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

Vårdcentralen

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

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

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

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

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

Områdesansvar

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

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

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

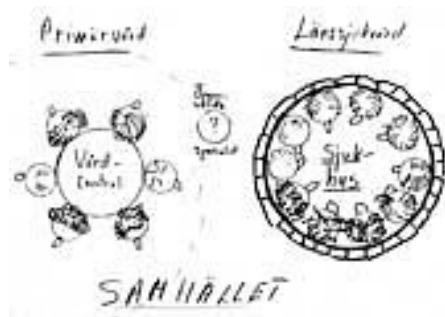
”Each patient lives and works in his or her own community with its own trades and occupations, its own social mores, its own economic and allied resources and its own problems. Each patient and each family must be diagnosed, treated and cared for with due attention and understanding of the special personal,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



Bild: Allmänmedicinarens arbetsfält.

Tillgänglighet

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



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



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

köerna i väntrummen, som varit provinsialläkartidens verklighet.

Helhetssyn och samverkan

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

Kontinuitet

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

Kvalitet

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

LERUMS LÄKARDISTRIKT BILDAS

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



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

"De nuvarande läkarna är stationerade i Gråbo (en tjänst), Lerum (tre tjänster varav en extra) samt Alingsås (en tjänst)....I Lerum uppföres för närvarande en treläkarstation vid det s.k. Hälsohuset i Lerums centrum, som beräknas vara färdigställd omkring årsskiftet 1969/70, varvid den nuvarande verksamheten, som bedrivs i en tvåläkarstation i Lerums

centrum, en enläkarstation vid Västergårdsskolan i Lerum (Pomona) kommer att sammanföras dit.Behovet av provinsialläkartjänster för Lerums läkardistrikt beräknas till sju tjänster. Då landstinget är beroende av socialstyrelsens tilldelning av provinsialläkartjänster torde man få utgå från att det beräknade behovet av tjänster kommer att tillgodoses successivt, varför ett omedelbart ställningstagande till samtliga tjänsters lokalisering inte erfordras....Inom kommunen sker befolkningstillväxten i första hand inom Lerums, Gråbo och Floda samhällen, varför en läkares stationering i Floda anses motiverad."

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

Den första läkarstationen i Lerum

Lerums första läkarmottagning, som byggdes 1944, låg i en av två tvåvåningslängor invid järnvägsstationen och den dåvarande brandstationen. I denna länga fanns i bottenvåningen läkarmottagningen med Dr Nyman och kommunalsköterskan syster Britt. I andra våningen var det tandvårdsmottagning (tandläkare dr Jägerberg). I den andra längan fanns apoteket. Husen var till en början vitmålade, senare blev de röda. I samband med att "Hälsohuset" byggdes 1969 revs huset med mottagningar och all öppenvård flyttades till Hälsohuset. Om denna läkarstation där Dr Nyman. Lerums förste provinsialläkare, var stationerad berättas mer om i del 1.



Till höger den gamla läkarstationen på Brobacken i Lerum. Rakt fram det gamla apoteket, som senare blev socialkontor.

Det gamla apoteket i Lerum

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

Pomona läkarstation i Lerum

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

Gråbo läkarstation före 1978

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

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

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



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



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



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

DEN FÖRSTA VÅRDCENTRALEN – HÄLSOHUSET PÅ BROBACKEN

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



Brobackens treläkarstation



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

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

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

Gunnar Hedelin minns:

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

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

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

Också Bengt-Ivar Nöjd har minnen att berätta:

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

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

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

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

Primärvårdsblocket

Bakgrund

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

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

nödvändighet då primärvården växte snabbt och många nya vårdcentraler planerades, byggdes och startades. Detta sågs inte med blida ögon av sjukhusspecialisterna som inte hade motsvarande direktkontakt med den centrala administrationen.

Den första tiden

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

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

Primärvårdsjouren

Bakgrund

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

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

Jourcentralen i Alingsås

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

Deltagande i jouren vid Jourcentralen var allmänläkarna i Alingsås, Herrljunga, Lerum och Vårgårda kommuner. Jourcentralen var öppen vardagar kl. 17-08 samt lördag och söndag kl. 08-08. Eftersom jourtjänsten låg utanför den reglerade arbetstiden fick läkarna "jourkompensationsersättning", som antingen kunde tas ut i pengar eller i ledig tid. För det mesta valde läkarna att ta ut ledig tid. Allt detta tillsammans gjorde att funktionellt minskade läkartiden/läkartjänsterna med i det närmaste 50%. Köerna till mottagningarna ökade och i Lerum upplevde vi och patienterna kaos med dålig tillgänglighet till de dittills helt köfria provinsialläkarmottagningarna. Detta var orsaken till vad vi kom att kalla "lerumsmodellen", ett sätt att lösa bl.a. tillgänglighetsproblematiken till mottagningen. Om detta berättas på annat ställe. Under helgerna anställdes under många år som regel jourvikarier för att minska jourkompensationsuttaget under arbetsdagarna för distriktsläkarna. Jourvikarierna var prestationsersatta.

Se vidare under rubrik: "Primärvårdsjouren".

EN UTVECKLINGSVÅRDCENTRAL, BROBACKEN I LERUM

Brobackens läkarstation kom redan vid starten i februari 1970 att fungera som en försöks- och utvecklingsstation för den öppna vården. Man anammade omgående primärvårdsbegreppet och de målsättningar detta stod för. Genom att stationen fick den första laboratorieassistenten i primärvården ökades kontakterna med centrallaboratoriet i Borås för kvalitetssäkring av provtagningarna. En urindispensär organiserades och urinodlingar gjordes lokalt med nyutvecklad teknik. Sjuksköterska engagerades i en blodtrycksdispensär. Samarbetet med sjukhemmet i Lerum resulterade i en för dåtiden unik dietistverksamhet vid vårdcentral. Läkarstationen tog som ett första steg upp ett samarbete med SPRI (då ”Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings- och rationaliseringsinstitut) för att målinriktat se över sin verksamhet i den nya organisationen.

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

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

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

Läkarstationen i Lerum visar vägen

Patientvänligare och effektivare men inte dyrare

Man tager vad man haver.

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

Låt oss börja med en sammanfattning:

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

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

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

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

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

Laboratorieutveckling, Lerum föregångare i primärvården

(Birgitta Nilsson på Lerums vårdcentral vet mycket om detta)

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



50 LITER BLOD GICK ÅT TILL BLODPROVER

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

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



URINDISPENSÄR FÖR BÄTTRE KONTROLLER

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

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

Urinvägskontroll uppskattad service

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

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

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

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

Specialmottagningar

Blodtrycksdispensär



**BLODTRYCKSDISPENSÄR
FÖR EFFEKTIV BEHANDLING**

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

Ur landstingets tidskrift april 1976



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

Motion var också ett tema

Motion? Givetvis!

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

Som en komplettering av kostrådgivningen har Lerums läkarstation sedan hösten 1974 drivit särskild motionsverksamhet. Tisdag, onsdag, torsdag och sedan hösten 1975 också lördag är motionerandet igång en dryg timma per dag. Medarrangör är Skid- och friluftsförbundet.

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

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

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



MOTION FÖR BÄTTRE FORM

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

Efter 3 månader har deltagarna 4 kg per person.

Många har blivit så bitna av motion varaktig viktnegång, vilket andra bantningskurer.

Landstinget utvärderar också de kunna starta liknande på andra hi



DIETIST FÖR LÄMPLIG MAT

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

sockersjuka patienter

patienter med för mycket blodfettämnen — tex kolesterol

patienter som väger för mycket

Patienterna remitteras till henne från distriktsläkarna i läkardistriktet.

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

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

Ur landstingets tidskrift april 1976

Ekonomiföreståndaren ingår i vårdlaget — som dietist

Columbi ägg! frestas man utropa över det sätt på vilket man på läkarstationen i Lerum löst dietistfrågan. Detta sagt trots att de kolesterolfartiga äggen kanske är något av ett rätt skynde för en sanna dietist.

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

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

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

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

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

Antalet nya patienter per år har legat

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

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

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

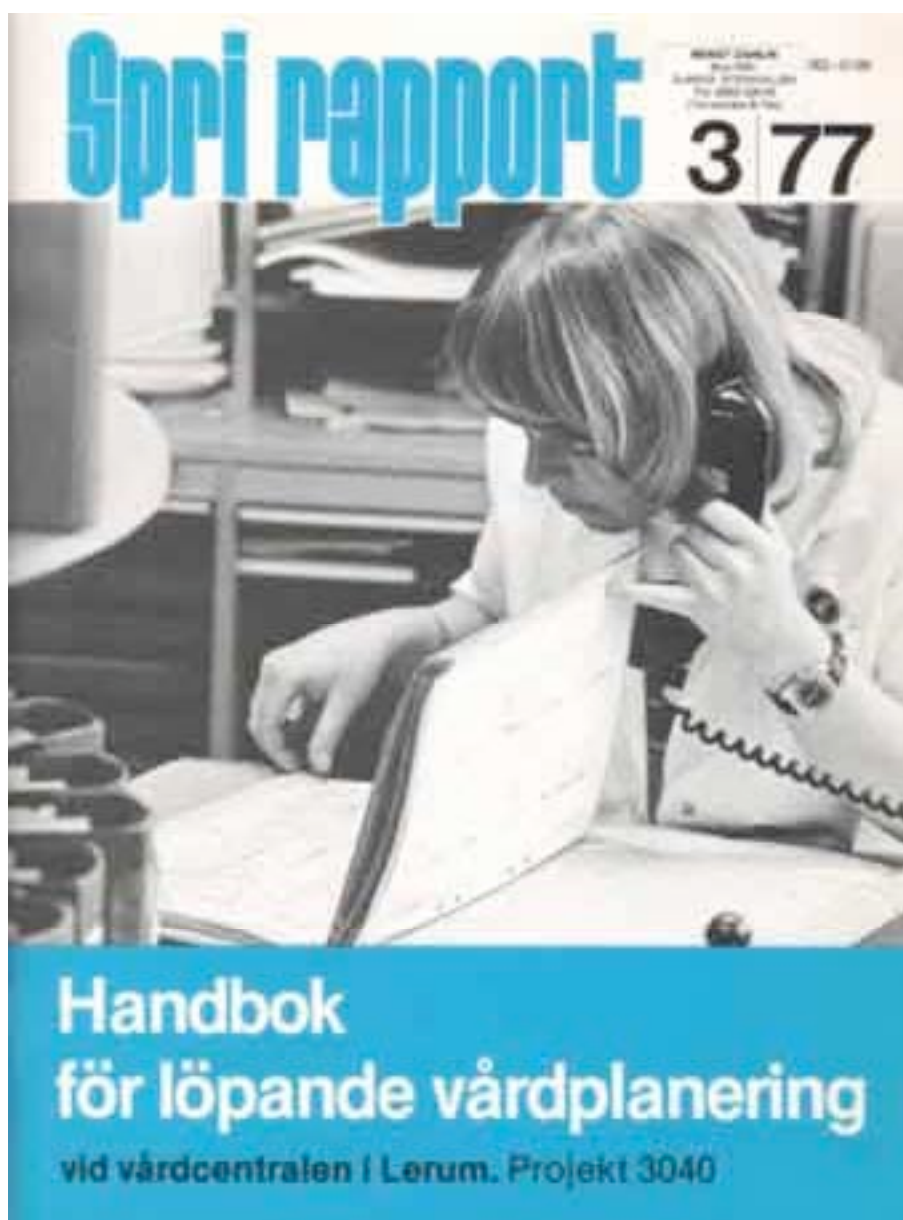
”LERUMSMODELLEN”

– som blev vårdplaneringsmodell för hela Sverige

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

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

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



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

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

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

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

Viktiga delar i planeringen var:

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

De redskap man utvecklade för att nå målen var:

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

Befolkningsansvaret – Tillgängligheten

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

Ett exempel som kan illustrera detta:

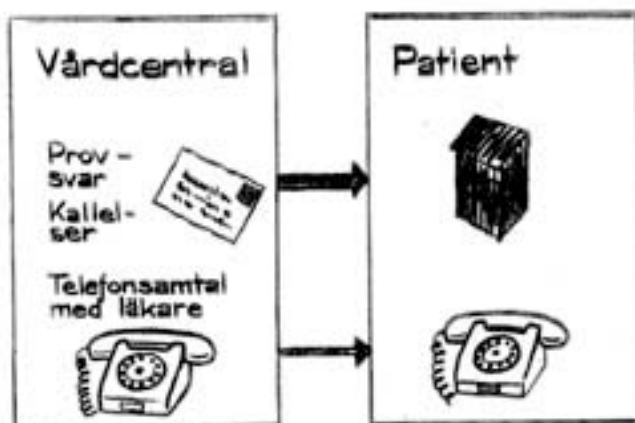
En vårdcentral A botar kanske 50% av sina patienter medan vårdcentral B endast botar 25%. Å andra sidan har vårdcentral B ett effektivare vårdplaneringssystem där 60% av alla hälsoproblem i befolkningen tas emot. På vårdcentral A tar man endast emot 20% av befolkningen med hälsoproblem. Detta innebär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

Telefontillgänglighet

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

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

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



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

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

Akutansvar

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

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



Patientmottagarfunktionen

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

Ett exempel på överenskommelse med lasarettsmottagning:

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

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

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



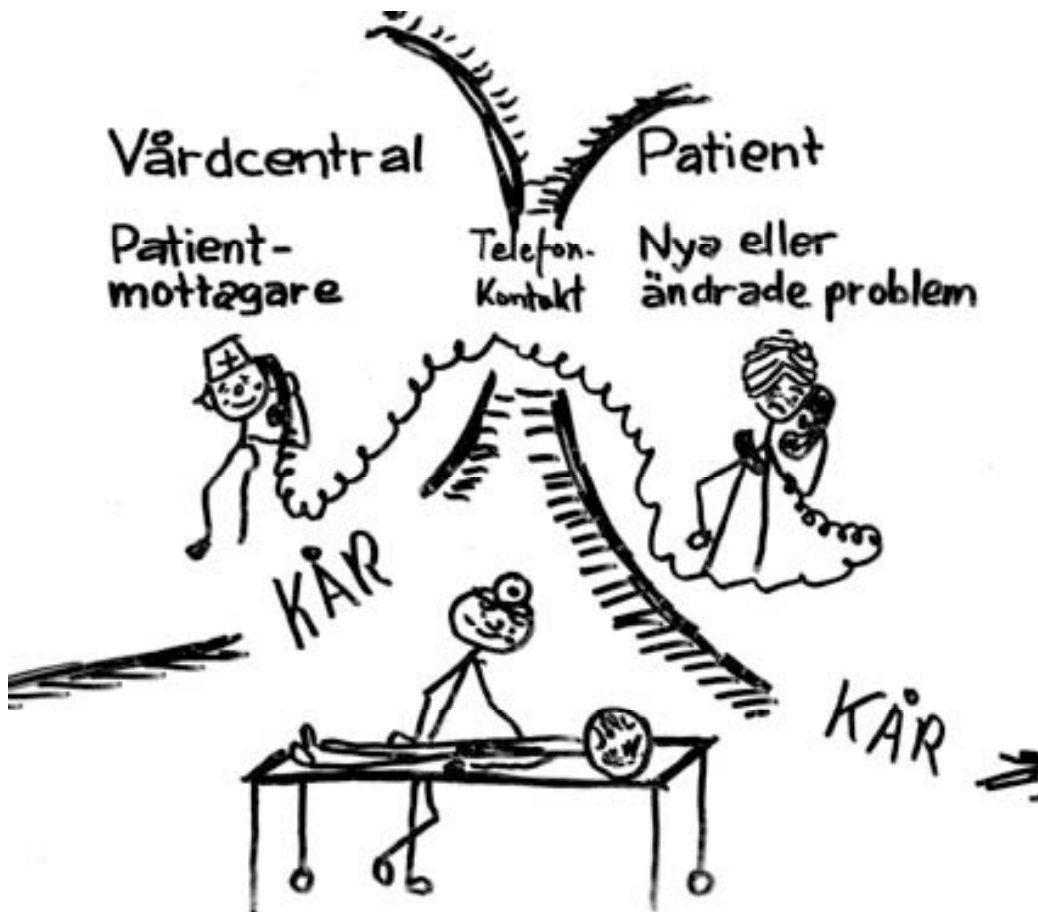
□ 30—40 procent av dem som ringer till läkarstationen i Lerum klarar sig med den rådgivning som ges i den kombinerade receptionen och sjukvårdsupplysningen, berättar avdelningsföreståndare Ulla Blomberg, som här ses tillsammans med distriktsöverläkare Bertil Dahlin, som satt igång flera intressanta grenar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

Registret "Kontaktorsaker – åtgärder"

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

Sammanfattningsvis var KÅR

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



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

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

- Infektionssjukdomar
- Ämnesomsättningssjukdomar
- Sjukdom i blod och blodbildande organ
- Psykiska sjukdomar
- Sjukdomar i nervsystemet

- Ögonsjukdomar
- Öron-, näs- och halssjukdomar
- Etc.

KÅR hade fem kolumner per A-4 sida. Från vänster till höger:

KONTAKTORSÄK ÅTGÄRD BRÅDSKEGRAD LÄKARTID PROVER M.M.

<i>SIJUKDOMAR I MUSKLER, SKELETT OCH BINDVÄV</i>				
Ledsjukdomar, ledvärk + feber (ej ÖLI)	Besök läkare	1		SR, urintest, Hb
"Reumatiska" sjukdomar med akut värk	Rådgiven läkare Besök läkare	1,2	20	SR, urintest, Hb
Ej akuta "reumatiska" besvär	Besök läkare	3	20	(SR), Hb, urintest
Ryggschott	Rådgiven sjuksköt			Läkare ringer in medicin
Ischias utan blåsymptom eller förlamning	Rådgiven sjuksköt + besök läkare	2	20	Läkare ringer in medicin
Ischias med blåsymptom eller förlamning	Besök läkare	1		
Svåra "akuta" ryggsmärtor	Besök läkare Rådgiven läkare	1		Ev hembesök
"Dålig rygg" långdragna ryggbesvär	Besök läkare	4	20	
"Nackspår"	Rådgiven läkare			OBS. Ej temperatur, ej inflammation
Svår smärta i rörelseapp	Besök läkare Rådgiven läkare	1		Ev hembesök
Tennisarm och liknande	Besök läkare	2	20	

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

Kontaktorsaker

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

Brådskegradsindelningen

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

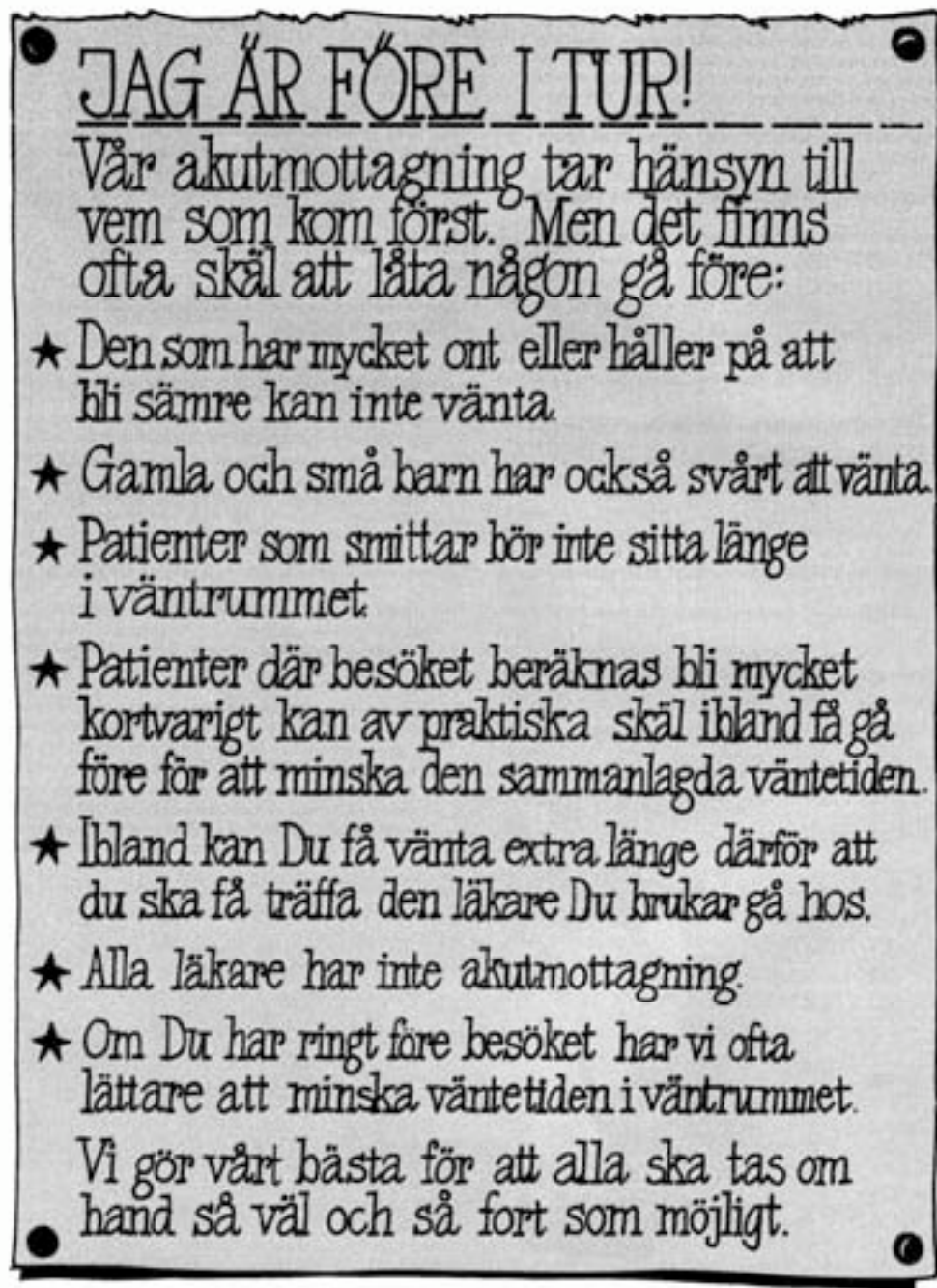
- dålig patient/läkarkontinuitet
- lång väntan i väntrum
- kort tid för patienten hos läkaren
- irritation mellan patient/vårdteam och inom vårdteamet.

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

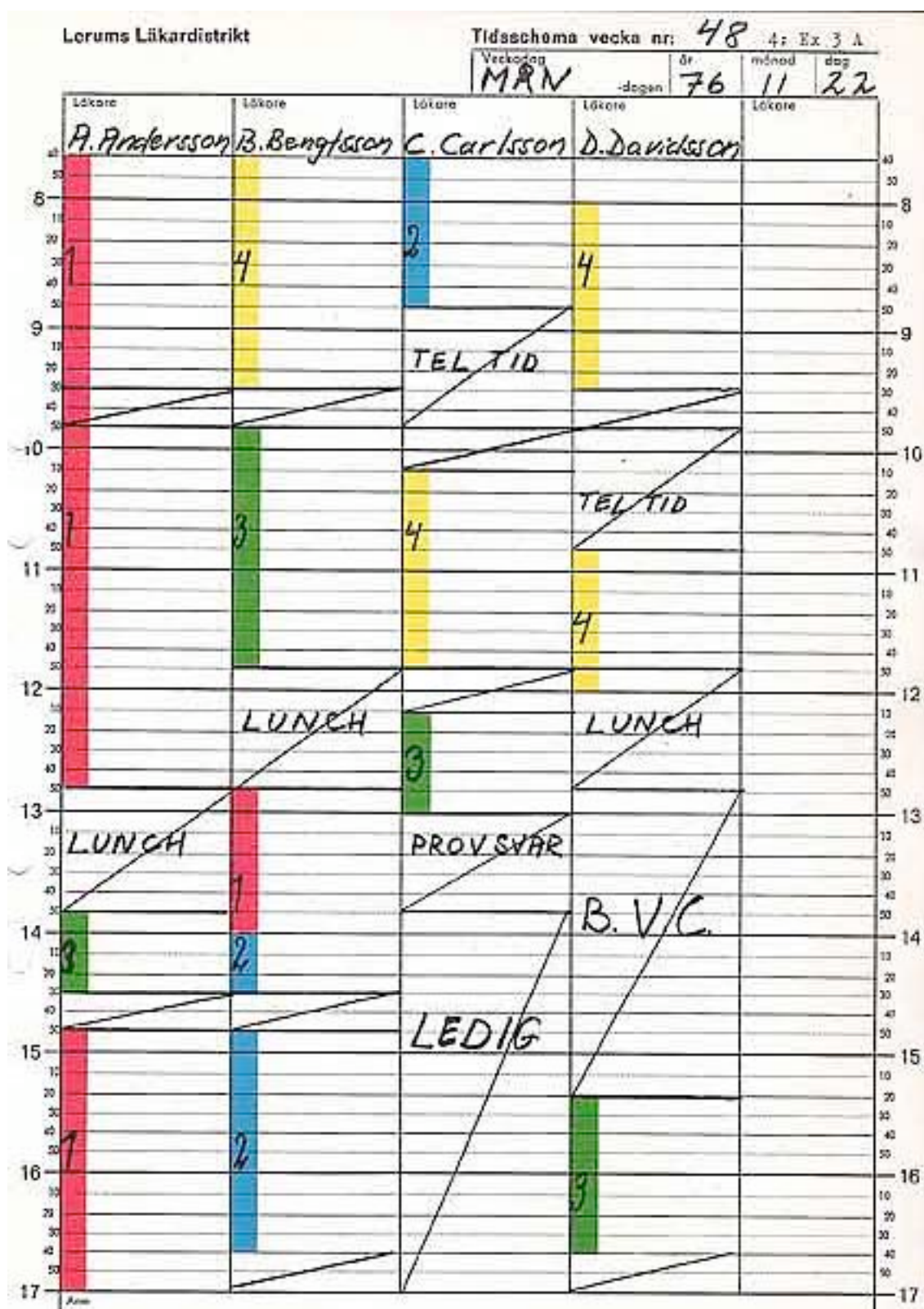
- inom 1 – 2 dagar (brådskegrad 1 - röda tider i bokningsschemat)
- inom en vecka (brådskegrad 2 – blå tider i bokningsschemat)
- inom en månad (brådskegrad 3 – gröna tider i bokningsschemat).

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

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



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



Tid för läkarkontakten

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

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

Registrerings- och planeringsblankett (R/P-blankett)

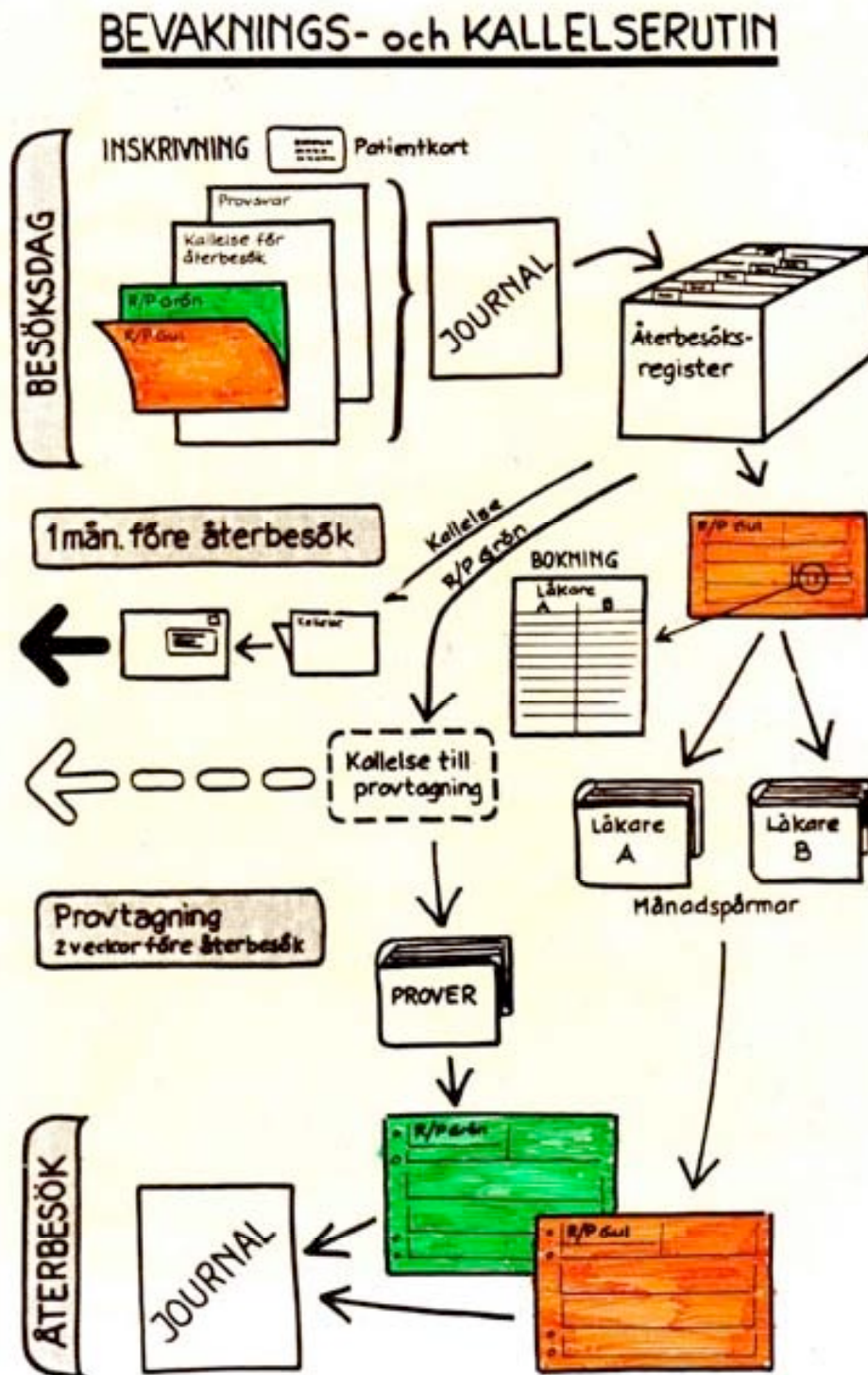
Alla kontakter med en patient såväl primära kontakter som och återbesök registrerades på en särskild blankett kallad Registrering/Planering (R/P). Blanketten kom att bli en nyckelfunktion i vårdplaneringssystemet. Den följde patientkontakten i alla dess skeden och gjorde att viktig information om patient,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

Vårdens vårdcentral Telefon 0935-109 45				Registrering/planering Personnr 19 08 17 Nr 4999																													
Namn _____				Efter-, förnamn Carlsson, Carmencita																													
Adress Lerumsvägen 8 Gräbo																																	
Kontakttidpunkt mån 10 dag 06 kl _____		Egen primär BD		Yttre, sekundär 48765																													
Patientproblem/kontaktorsak Blodtryckskontroll ☐ Kontakta																																	
Beslut Angivet ☒ Besök ☐ Recept ☐ Till läkare ☐ Besök ☐ Rådgiven/ ☐ Skrivning				Sjukvårdsundersökningar Sjukvård maj 78		Sjukvård Läkartid 20																											
				Sjukvård BD		Sjukvård Mån _____ Dag _____ Kl _____																											
Test _____ ☐ Test till journal																																	
Önskad undersökning/provtagningstid <table border="1"> <tr> <td>☒ P-Kolesterol</td> <td>☐ S-Hb</td> <td>☒ S-Vitaminsattnings</td> <td>☐ U-Protein</td> <td>☐ U-Sediment</td> <td colspan="3" rowspan="2"> Andra undersökningar _____ _____ _____ </td> </tr> <tr> <td>☐ P-Längd</td> <td>☐ S-Vite</td> <td>☐ S-Lipidstatus</td> <td>☐ U-Hemoglobin</td> <td>☐ P-Ekg</td> </tr> <tr> <td>☐ P-Temp</td> <td>☐ S-Glukos</td> <td>☐ U-Glukos</td> <td>☐ U-Nitrit</td> <td>☐ P-Fest-Raw</td> <td colspan="3" rowspan="2"> Sjukvård för provtagning Mån _____ Dag _____ Kl _____ Sign _____ Provtagare ☒ Medicinsk </td> </tr> <tr> <td>☐ P-Hb</td> <td>☐ P-Trombocyt</td> <td>☐ U-Aldosteron</td> <td>☐ U-Glukos</td> <td>☐ P-Aldosteron</td> </tr> </table>								☒ P-Kolesterol	☐ S-Hb	☒ S-Vitaminsattnings	☐ U-Protein	☐ U-Sediment	Andra undersökningar _____ _____ _____			☐ P-Längd	☐ S-Vite	☐ S-Lipidstatus	☐ U-Hemoglobin	☐ P-Ekg	☐ P-Temp	☐ S-Glukos	☐ U-Glukos	☐ U-Nitrit	☐ P-Fest-Raw	Sjukvård för provtagning Mån _____ Dag _____ Kl _____ Sign _____ Provtagare ☒ Medicinsk			☐ P-Hb	☐ P-Trombocyt	☐ U-Aldosteron	☐ U-Glukos	☐ P-Aldosteron
☒ P-Kolesterol	☐ S-Hb	☒ S-Vitaminsattnings	☐ U-Protein	☐ U-Sediment	Andra undersökningar _____ _____ _____																												
☐ P-Längd	☐ S-Vite	☐ S-Lipidstatus	☐ U-Hemoglobin	☐ P-Ekg																													
☐ P-Temp	☐ S-Glukos	☐ U-Glukos	☐ U-Nitrit	☐ P-Fest-Raw	Sjukvård för provtagning Mån _____ Dag _____ Kl _____ Sign _____ Provtagare ☒ Medicinsk																												
☐ P-Hb	☐ P-Trombocyt	☐ U-Aldosteron	☐ U-Glukos	☐ P-Aldosteron																													

Ifyllnadsexempel visas under rubriken DIAGRAM/Vårdplaneringssystemet.

Bevaknings- och kallelserutiner

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



Ledningsfunktionen – Vård- och resursplanering

Blanketter för ledningsfunktionen visas under rubriken DIAGRAM/Vårdplaneringssystemet. För att uppfylla målen i verksamheten var man tvungen att ha en väl fungerande vårdcentralledning och acceptans från personalen. Uppgifterna som ledningen hade:

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

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

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

Några resultat av vårdplaneringen

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

Sjukvårdsupplysning i södra sjukvårdsdistriktet 1977

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

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

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

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

Vårdplanering i omvärlden

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

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

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

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

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

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

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

VAD HAR HÄNT SEDAN 1969?

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

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

En barnläkare i Lerum.

Ytterligare en distriktsallmänläkare och 1–2 underläkare.

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

Ytterligare 1 barnläkare i Lerum och 1 barnmorska i Gråbo.

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

VÅRDCENTRALEN I FLODA

Vårdcentralen, som invigdes 1976, planerades av landstinget men byggdes och uthyrdes av ett privat bostadsföretag. Upptagningsområdet motsvarade Skallsjö församling med då cirka 9000 invånare med relativt sett lågt antal äldre, cirka hälften av riksgenomsnittet.

I vårdcentralen inrymdes: Läkarmottagning med två distriktsläkare och en – två underläkare (AT eller FV), På mottagningen fanns två sjuksköterskor, en undersköterska, två biträden, en sekreterare och två kontorister. Man hade 1977 13.500 patientbesök varav cirka 1/3 var akuta besök.

Distriktsvård och Mödravård med distriktsköterskor och barnmorskor, Tandvård och Apotek var också inrymda i vårdcentralen.

Vårdcentralen blev redan från början en viktig del i Lerums primärvårdsområdes strävan att leva upp till sitt primärvårdsansvar och detta genom ett mångsidigt utvecklingsarbete som drevs av dess chef distriktsläkare Bengt-Ivar Nöjd och av distriktsläkare Hans Lundgren.

Hälsa och sjukvård vid Floda Vårdcentral

Ella Carlsson, undersköterska, minns:

"Under 60-70 talen hade ett antal bostadsområden växt upp i utkanten av Floda Centrum. Uddared i väster, Drängsered och Hästhagen i norr, Kyrkmossen vid kyrkan Berghult i söder dessutom Tollered, Ryggebol och Nordåsen. Antalet invånare hade under en ganska kort tid ökat väsentligt och befolkningen var i stort behov av en egen vårdcentral. I april 1976 stod den vackert belägna vårdcentralen färdig att ta's i bruk av människorna i Floda och Tollered. Vi som varit med i förberedelsearbetet och som senaste tiden levt med penna och anteckningsblock i handen, som plockat ur kartonger, prickat av varor som levererats, diskat, paketerat, steriliserat och ordningsställt undersökningsrum och laboratoriet kunde nu dra en suck av lättnad. Vi kunde nu glädjas med befolkningen över vår nya fina vårdcentral.

I samma plan som läkarstationen fanns även distriktsköterskornas mottagning samt mödra- och barnavårdscentralerna. Även apoteket fanns på detta plan. En trappa upp fanns folktandvården och i bottenplanet fanns förutom personalutrymmen även Försäkringskassans kontor. Lokalerna var ljusa med vackra moderna textilier. De kom också att utrustas med konst där personalen fått vara med och välja. Läkarstationen var utrustad och tänkt för fyra tjänstgörande läkare och övrig personal anställd. För att täcka behovet vid en fyrläkarstation. Två sjuksköterskor, två kontorister, två läkarsekreterare, en heltid och fyra halvtider undersköterskor. Dessutom städerska och vaktmästare för hela vårdcentralen. Laboratorieassistent anställdes dock inte eftersom undersköterskorna redan hade viss utbildning i lab.arbete och kunde utföra de relativt enkla mikroskopiska uppgifter som behövs utföras på en läkarstation i akuta situationer. Övriga prover sändes varje dag till laboratoriet i Borås. Som heltidsarbetande undersköterska kom jag att en dag i veckan sköta blodtrycksmottagningen. Förutom erfarenhet av blodtryckskontroll från min elevtid på anestesivdelningen vid lasarettet i Alingsås, fick jag en mycket bra utbildning i hjärt- och kärlsjukdomar av en rad föreläsningar vid Östra sjukhuset i Göteborg. Till läkarstationen kom ofta studiebesökare från olika håll i vårt land. Trevligt och kändes inte alls belastande. Förutom AT- och FV- läkare hade vi även sjuksköterskeelever och undersköterskeelever av vilka även vi hade en del att lära. Under min tid på Floda läkarstation som undersköterska, deltog nästan alltid någon av personalen i projekt av olika slag, utvecklingsarbete eller forskning. Som "blodtryckssköterska" blev jag assistent i en omfattande forskning i medicinsk behandling av Blodtryck på äldre män och kvinnor. Dr. Lennart Hallerbäck var forskningsansvarig på vår läkarstation. Undersökningen startade som pilotprojekt vid -som jag minns- 25 läkarstationer runt om i vårt land. Projektet leddes av GBG:s universitet, Östra sjukhuset i GBG och sponsrades av olika läkemedelstillverkare.

Efter ett år tillkom ytterligare ett antal läkarstationer till blodtrycksforskningen på äldreblodtryck. Projektet var en s.k. dubbel/blind forskning, d.v.s. medicinen som patienten blev tilldelad kunde vara verksam eller överksam. Dessbättre hände inget dramatiskt, eftersom patienterna blev mycket väl omhändertagna med täta kontroller och provtagningar. En del hembesök efter arbetstid blev det dock. Ansvar kunde kännas tungt ibland.

Jag tror jag vågar påstå att vi tillsammans gjorde ett gott arbete, inte minst därför att sammanhållningen och kamratskapet hade hög kvalitet och att vi var och förblev en homogen grupp. Vi träffades ofta efter arbetstid för interna möten då vi ibland lyssnade till aktuella föreläsningar då vi också kunde diskutera ev. frågor som uppstått. September -81 presenterade vi vår läkarstation och våra arbetsmetoder vid en stor konferens i Örebro. Detta väckte en del uppmärksamhet och vi fick besvara många frågor efter presentationen. I början av -77 anordnades en information om "Barnmisshandel" i Lerum där kommun och landsting deltog med personal. Så även personal från vår vårdcentral. En större katastrofövning ägde rum i vår kommun i nov. månad -79 där läkare och övrig vårdpersonal deltog. Mycket välbehövligt med tanke på den allt större tåg - och flygtrafiken. I maj -86 startades en kurs för vårdpersonal på kvällstid under ledning av Lill Molén - kurator på Östra sjukhuset - där vi talade om vården av döende människor. Efter ett antal kurstimmar återsamlades vi på höstkanten på Skara stiftsgård i Alingsås för genomgång och avslutning av kursen., som resulterade i att några av deltagarna blev kursledare för kommun och landstingsanställda i "Vård vid livets slutskede". Undervisning i lagen om medbestämmande gav mig personligen en fundering över hur en i grunden bra grupp kan fungera i vissa situationer. Efter en veckas utbildning vid Fristads folkhögskola i lagen om medbestämmande, där det även ingick pedagogik och psykologi (Arne Sjölungs välkända metodik), kom jag glad och positiv och med självförtroendet på topp för att starta undervisningen i min egen grupp. Detta trots att jag blivit varnad för att starta med den egna arbetsgruppen. Efter de stadgade 6 lektionerna var mitt självförtroende noll och mina arbetskamrater lättade över att undervisningen i MBL var avslutad. Inget hade väl egentligen gått snett, men den talande tystnaden avslöjade en del om den auktoritet som fanns i gruppen och som jag inte märkt tidigare. I de grupper där undervisningen senare skedde var "andan" en helt annan. Möjligtvis för att det var kvinnogrupper ??? Efter 1988 arbetade jag enbart fackligt, kunde på ett annat sätt se verksamheten i sjukvården både från personalens och arbetsgivarens sida, situationer som uppstod och måste förhandlas där det inte var så enkelt att se vem som var vinnare eller förlorare. Jag kom att sakna mitt tidigare arbete, arbetskamrater och inte minst alla de patienter som jag lärt känna under årens lopp."

En produktionsstudie vid Floda vårdcentral

En produktionsstudie gjordes vid vårdcentralen i november 1976 av Hans Lundgren i samverkan med Försäkringskassan (Jan-Erik Lundgren) och Apoteket (Gunnel Anderberg). Samtliga läkarbesök registrerades på läkarmottagningen under 4 veckor med hjälp av R/P-blankett. Av besöken var 506 på tidsbeställd mottagning och 369 jourbesök. Cirka 97% av patienterna slutbehandlades på den tidsbeställda mottagningen. De flesta remisser var jourbesök. Tillsammans behandlades och slutbehandlades 94% av patienterna på vårdcentralen. Besöksorsaker registrerades som visade stor bredd av diagnoser, vilket man ansåg vittnade om ett stort behov för allmänläkaren att få bred vidareutbildning.

På apoteket kontrollerades undersökningspopulationen med avseende på receptförskrivning. 215 recept noterades med totalt 313 utskrivna preparat. 90% av all receptförskrivning hämtades ut vid vårdcentralens apotek. Preparat mot luftvägsinfektioner inklusive antibiotika dominerade bland förskrivningarna.

Försäkringskassans register över sjukskrivningar användes vid studien. Totalt sjukskrev sig 492 patienter under undersökningsperioden. Av dessa hade 123 intyg och 369 var egensjukskrivning. De med sjukintyg från läkare svarade för cirka 70% av alla sjukskrivningsdagar. Egensjukskrivningarna var vanliga i åldersgruppen 20-30 år medan 30-40 åringar visade låga värden. Cirka hälften av sjukskrivningarna gjordes av läkare utanför vårdcentralen. Bland kvinnor i åldersgruppen 20-30 år svarade "annan läkare" för nästan all sjukskrivning. Gruppen 30-40 åringar utnyttjade i huvudsak vårdcentralens läkare för sjukskrivning. Andningsorganens sjukdomar svarade för 36% av alla sjukfrånvarodagar, Muskel och skelettsjukdomar motsvarade 33% och dominerades av läkarintyg, nästan 90%.

Undersökningen ansågs visa på behov av prevention och behandlingsstrategi av ryggproblem för att korta ner sjukfrånvaron. Vidare torde bland dessa patienter ryggproblemen kunna spegla en mer djupt liggande konflikt, vilket på ett ändamålsenligt sätt borde penetreras. Man efterlyste sålunda ett mer energiskt och kraftfullt handläggande av denna patientkategori. Jämför "Rehabprojektet" som beskrivs senare.

Hypertonidispensär vid Floda vårdcentral

Hypertonidispens (HD) var en självständig enhet som handlades av en undersköterska en dag i veckan. Man använde löpande vårdplaneringens kallelsesystem. HD var avsedd att ge bättre underlag för diagnos, behandling och uppföljning av patienter med högt blodtryck med utnyttjande av annan personal än läkare. Dåvarande tak för blodtrycket var : 20 – 29 år 155/100, 30 – 49 år 165/105, 50 – 69 år 180/110 och äldre än 70 år individuellt , allt enligt direktiv från Medicinkliniken i Borås. Läkare skrev R/P-blankett med t. ex. önskan om tre kontroller på HD-dispensären med provtagningar vid nyupptäckt högt blodtryck. Uppföljning av medicineringen gjordes också på HD. Undersköterskan kompletterade anamnesen med ev. riskfaktorer som hereditet, rökning, övervikt, stress och gav rådgivning. Även rökavvänjning erbjöds.

En studie av hypertoni-patienterna gjordes 1978. Vårdcentralens upptagningsområde, Skallsjö församling, hade vid årsskiftet 1977-78 8.405 invånare med många barn och få äldre. Organisatoriskt fungerade hypertoni-mottagningen bra. Med hjälp av vårdplaneringssystemet glömdes ingen patient bort. Av patienterna var 60% över 60 år, de flesta kvinnor. Övervikt dominerade bland kvinnorna, rökning bland männen. Man konstaterade att snittvärdena av blodtryck från tre mätningar kunde avvika markant från enstaka mätningar. Det fanns ett unikt tillfälle för friskvård och sjukvård att tänga varandra i HD-verksamheten.

Förebyggande och behandling av alkoholmissbruk

– ett förslag till vårdprogram

Floda vårdcentral med distriktsläkare Bengt- Ivar Nöjd utvecklade ett förslag till vårdprogram för förebyggande och behandling av alkoholmissbruk, Spri rapport 183, 1984. Primärvården svarade för det dominerande antalet kontakter med alkoholproblematiker. Man borde därför vara den vårdinstans som hade huvudansvaret för alkoholbehandlingen, dock med konsult- och utbildningsinsatser från psykiatri. Samordningen med såväl länssjukvård som socialtjänsten var väsentlig för att eliminera parallella vårdkedjor och minska ”rundgång” i vårdsystemet.

På vårdcentralen bildade man ett en primär samordningsgrupp i missbruksfrågor (**PSG**). Gruppen bestod av en distriktsläkare, Bengt-Ivar Nöjd, sjuksköterska (samtliga mottagningssköterskor var engagerade – Gunnel Klofsten, Gunnel Johnsson och Rose-Marie Harrysson), alkoholpolikliniksköterska (engagerade var Carina Rapp, Ulla Wik och Berit Linder) samt en socialsekreterare, Kalle Walfredsson. Till gruppen adjungerades för kontakt och utbildning psykiaterkonsulten överläkare Bo Ivarsson samt docent Kennet Frankenberg från Socialhögskolan i Göteborg. Gruppen tog ansvar för missbruksvården inom primärvårdsområdet. Gruppen samlades varannan vecka ett par timmar och fungerade mycket bra i sammanhanget. Bl. a. kom många ”nyupptäckta” missbrukare under behandling.

Journalstudien

En journalgenomgång gjordes (nära 10.000 journaler) för att med hjälp av vissa kriterier i anamnes och undersökningsfynd finna för primärvården ”dolda” missbrukare. Man identifierade drygt 140 alkoholproblematiker. Man kunde ha förväntat sig minst 300 i upptagningsområdet om alkoholmissbruket var utbrett som i landet i helhet. Genomjournalgenomgången fann man således nära hälften av förväntade missbrukare. Praktiskt taget samtliga hade vid något tidigare tillfälle blivit föremål för ”alkoholdiskussion” men p.g.a. eget förnekande blivit ”bortglömda”.

Intervjuer

Målsättningen var att intervjua så många som möjligt av de identifierade patienterna. Som hjälpmedel hade man ett speciellt utvecklat klassificeringsformulär. Man penetrerade 11 olika områden (Karriär, Attityder, Medicinskt, Skador, Psykiatriskt, familj, Arbete, Fritid, Omgivning, Vårdprofil samt Social profil). Patienten fick med ledning av denna utvidgade anamnes ett behandlingsprogram enligt en av grupperna: I – Behandling av mycket avancerade missbrukare; II – Behandling av missbrukare svårplacerade på arbetsmarknaden; III – Behandling av missbrukare med social svikt; IV – Behandling av ”dolda” missbrukare. Mycket

få patienter tackade nej till ett behandlingsprogram. Speciellt viktigt var att de med primärt förnekande inte lämnades utan åtgärd.

Behandlingsresultat:

Subjektiv skattning (av projektledaren) efter journalgenomgång och diskussion i PSG

	Klart försämrad	Försämrad	Oförändrat	Förbättrad	Klart förbättrad
I		4	3		
II		2	3	2	
III		1	3	6	2
IV		2	8	12	2
Totalt		9	17	20	4

Resultatet av behandlingen var inte så dystert som man ofta antog. Speciellt resultatet i den ”dolda” gruppen kunde anses som gott. Tittade man bara på de avancerade missbrukarna var resultatet oerhört dåligt. Vad den senare gruppen egentligen behöver är medicinsk och social omvårdnad, som kan ges med relativt små resurser. Tar man inte hand om dessa på ett adekvat sätt blir det en kringvandrande grupp i vårdapparaten, som för patienten snabbt leder till försämring och som blir oerhört kostsamt för samhället.

Mer förebyggande arbete vid Floda vårdcentral

Hans Lundgren, distriktsläkare i Floda 1976 – 1987 var mycket intresserad av friskvård, förebyggande hälsovård och sekundärprevention. Hans FoU-intresse kom att prägla Floda vårdcentral från starten. Ett flertal projekt inom vårdcentralens upptagningsområde startades och genomfördes. Hans Lundgrens intresse för FoU resulterade i den första doktorsavhandlingen vid den nya Allmänmedicinska institutionen i Göteborg om diabetes och hypertoni år 1989. Här kort om några av projekten.

Ryggpatienter inom primärvården 1979

Studien av samtliga ortopedpatienter under en fyraveckorsperiod 1979, som registrerades på R/P-blanketter, visade att ortopedpatienter var kanske inte så många (8% av besöken hos läkare under perioden) men de hade en förgrundsplats vad gällde sjukfrånvaro. Under de första 2 – 3 månaderna var spontanläkningen stor oavsett behandling, därefter kom de socialmedicinska övertagandena i förgrunden. Ett snabbt omhändertagande av dessa patienter var därför en stor och viktig uppgift. En flaskhals var att väntetiden till sjukgymnastbehandling var 6-8 veckor.

Diabetespatienter vid Floda vårdcentral 1977

De 75 diabetespatienterna vid Floda vårdcentral gjorde tillsammans 214 besök som var 3% av samtliga läkarbesök. 60 av diabetespatienterna gjorde regelbundna besök hos ordinarie läkare vid vårdcentralen. Hälften av patienterna var över 70 år endast 4 av patienterna över 60 år hade insulin. Man påbörjade vid vårdcentralen kostrådgivning genom sjuksköterska 1977. Det var svårt att få de äldre att följa dieten varför slutsatsen blev att tillägg av tablettbehandling var att föredra.

Ur en studie – fem år med Floda Vårdcentral

Lena Olsson, Helseplan Sverige AB redovisade en undersökning om Floda vårdcentral under fem år i början av 1990-talet. Ur denna hämtas följande.

Floda vårdcentral hade 10 000 invånare med stor andel barnfamiljer och få äldre.

I vårdcentralen fanns distriktsläkarmottagning, en distriktssköterskemottagning och en barnmorskemottagning. Dessutom folktandvård och apotek.

Resurser

Några nyckeltal som speglade verksamheten:

- 1 årsarbetande läkare/2000 invånare hos vilka gjordes 1,04 besök per inv. och år
- 2,7 övrig personal per årsarbetande läkare.
- 1,33 invånare per årsarbetande sjuksköterska + distriktssköterska hos vilka gjordes 0,7 besök per invånare och år

Samverkan med andra

Samverkan med andra aktörer funderade rimligt bra. Kontakterna med kommunens hemsjukvård och Försäkringskassan framhölls särskilt som god liksom med Alingsås lasarett.

Patienttillfredsställelse

Endast 15 patientintervjuer i väntrum gjordes. De patienterna var sammanfattningsvis mycket nöjda: med rimliga väntetider, god telefontillgänglighet, korta väntetider i väntrum, trevligt bemötande, nöjda med besöket. Någon patient var missnöjd för svårighet att komma fram på läkares telefontid.

Vad präglade/utmärkte Floda vårdcentral?

Tidbokningssystemet

Man hade ett konsekvent genomfört bokningssystem som innebar att ingen patient kom obokad om det inte var en akutpatient, ”direkt från gatan”. Även patienter till laboratoriet eller distriktssköterskan var bokade. Detta gav en struktur åt arbetsdagen med god kontroll över vad som kommer att hända. Det gav en jämn fördelning av arbetsuppgifter, lika för alla. Väntetiderna i väntrum blev korta. Man fick god tillgång till akuta tider hos läkare framför allt med den extra tid man hade under måndag till torsdag fram till kl. 18.

Tidbokningssystemet hade en styrande funktion med uppföljning av arbetsbelastningen på enskilda befattningshavare. Det krävdes god disciplin exempelvis att man journalför i direkt anslutning till patientbesöket och att man inte bokar patienter på telefontid.

Datoranvändning

Man hade kommit längst i konsekvent datoranvändning (det papperslösa kontoret) jämfört med andra vårdcentraler som undersökts av konsulten. Mail-funktionen användes t.ex. flitigt även intern. Distriktssköterskemottagningen använde inte datorjournal, endast bokningssystemet.

Rollfördelning

Rollfördelningen, som styrs av bokningssystemet, är mycket tydlig

Fördelningen mellan distriktsläkarmottagningens sjuksköterskor och distriktssköterskorna tycktes vara slumpmässig. Det var endast barnhälsovårdsuppgifter som skilde verksamhetsinnehållet. De fyra distriktssköterskorna delar på barnhälsovården, vilket gav ett lågt barnunderlag per distriktssköterska.

NYA VÅRDCENTRALEN I GRÅBO 1978 -1989

Den nya vårdcentralen i Gråbo invigdes 1978. Byggnaden var en av de första i ett nytt koncept av utförande som utarbetats i samverkan mellan primärvårdsledningen i Södra Älvsborgs sjukvårdsdistrikt och centralförvaltningens byggnadsavdelning i Vänersborg.

Nya vårdcentralgenerationer

1970- talet innebar en kraftig standardhöjning av lokalerna för primärvården. Den första Vårdcentralgenerationen bestod av enplans byggnader med flyglar utgående från en central korridor. Gråbo vårdcentral är ett exempel på denna generation. Den var en av de första i en rad liknande i landstinget (I mittenälvsborg Vårgårda, Noltopr i Alingsås är exempel på dessa). De behövdes för utbyggnaden av primärvården och samlokaliseringen av primärvårdens verksamheter med apotek och tandvård.

Varje enhet fick en egen flygel, de större som läkarstationen och tandvården. ofta två. Apoteket lades i anslutning till entrén. Gemensamhetsutrymmen fanns i en annan flygel för omklädning, fikarum och arkiv/bibliotek. Ett ambulansintag fanns också. Mottagningslokalerna var ändamålsenliga. Den genomgående korridoren var bred, för bred för funktionen. Handikapptoiletter fanns det många och de samordnades inte med vanliga toaletter. En elak kommentar var att arkitekterna fick betalt efter ritad yta.

Snart (1980-talet) kom en andra generation vårdcentralbyggnader, där man bantade ytorna för att få ner kostnaderna. Man byggde i två våningar. Exempel på denna generation är Vårdcentralerna i Herrljunga, Sollebrunn och Lerum.

Gråbo Vårdcentral utvecklade vårdadministrativa system

Gråbo vårdcentral kom att bli ett centrum för utveckling av informationssystem. Förutom att man tog upp och gjorde reklam för löpande vårdplanering i riket så utformades en variant av den Problemorienterade journalen. Spri och Gert Ljungkvist var medagerande.

Tillsammans med vårdcentralen Kronan i Sundbyberg utvecklades också den första heltäckande datorstödda journalen som fick stor betydelse för den fortsatta utvecklingen av datorstödet i primärvården. Till journalen, som gjordes problemorienterad, integrerades det löpande vårdplaneringssystemet. En läkemedels/receptmodul kopplades till det lokala apoteket på vårdcentralen. För att kunna använda datorsystemet för verksamhetsredovisning/analys beskrevs tillsammans med Spri och Kronans vårdcentral krav på Basdata i primärvården, Bengt Dahlin och Britt-Gerd Malmberg (Spri rapport 142/1983). Utvecklingsarbetet fortsattes av Rolf Linnarsson och resulterade i en doktorsavhandling vid Linköpings universitet: *Methods, design and components for a computer-based patient record to promote quality care in general practice*, 1993.

Mer om detta i avsnittet – Informationssystem och IT– i vården.



På bilden från vänster: Ulla Blomberg, Bengt dahlin och Gert Ljungkvist. De diskuterar någon fas av projektet.

Gråbo vårdcentral före datoriseringen

Gråbo betjäningsområde

Gråbo vårdcentral betjänade 1985 cirka 7000 invånare i Stora Lundby och Östads församlingar inom Lerums kommun, som då hade 32.000 invånare. Medelåldern var låg, 33 år mot länets 38 år. inflyttningen i området var hög under 1960- och 1970-talen. Gråbo vårdcentral betjäningsområde hade relativt mer social problematik än kommunen i övrigt. Rehabprojektet (se Rehabilitering – ett samverkansprojekt) visade att långtidssjukskrivningen var högre bland befolkningen i Gråbo jämfört med Lerum och Floda.

Ledningsorganisation

Den administrativa ledningen utövades inom en blockorganisation där primärvården var ett eget block. Blocket var uppdelat i fyra läkardistrikt. Gråbo vårdcentral ledning fanns dels i Borås – blockledningen, dels i Alingsås – läkardistriktsledningen. Chefer var läkare i egenskap av blockchef och distriktsöverläkare. Lokalt leddes primärvården vid vårdcentralen av en vårdcentralchef och vid dennes sida en avdelningsföreståndare. Ledningen hade begränsade befogenheter. Beslutsnivåerna var många och beslut som krävde resursförbrukning utöver vardaglig drift var förenat med stor vanda och byråkrati.

Distriktsvården på vårdcentralen var inte integrerad i läkarstationens administration utan ingick i läkardistriktets omfattande kostnadsställe (i Alingsås). Den fackliga organisationen var på motsvarande sätt starkt centraliserad vad gällde förhandlingsrätt med många informationsnivåer.

Arbetsorganisation

Verksamheten var organiserad i vårdlag. Distriktsläkare, distriktssköterska och undersköterska var vasen för vårdlagen, tre stycken, med begränsade geografiska ansvarsområden.

Barnmorska med undersköterska och en av distriktsläkarna utgjorde ett fjärde vårdlag med hela betjäningsområdets fertila kvinnor som ansvarsområde.

Läkarstationen fungerade också som ett övergripande vårdlag med ansvar för akutvården och serviceansvar för de övriga vårdlagen. Funktioner var ledning, vårdplanering, laboratorieservice och sekretariat. Avdelningsföreståndarens hade under betjäningsområdeschefen övergripande ansvar för samtlig primärvårdspersonal.

Arbetsfunktioner

Några av många arbetsfunktioner tas upp här. Själva vården av patienten liksom patient/läkarkontakten avhandlas inte här. Det var dock, som alltid, kärnan i arbetet.

Telefonservice i form av telefonpassning. Samtlig personal deltog utom läkare. De senare fick ringa upp patienter efter önskemål. Målet var att inge skulle behöva vänta för att få svar omgående i telefon.

Patientrådgivning. Tidbokning per telefon som innebar telefonkontakt med vårdsökande. Patientsamtal som utmynnade i ställningstagande till problemet och åtgärd enligt KÅR (kontaktorsaksåtgärdsregistret) R/P-blanketten fylls i. Besöksplanering/bokning görs. Uppgifterna utfördes av sjuksköterska, distriktssköterska eller barnmorska och ibland av läkare. För uppgiften behövdes oftast att patientjournalen togs fram ur journalarkivet, vilket tog tid med väntan i telefon.

		REGISTRERING/PLANERING nr Personnr Efter-, förnamn Adress																															
Kontakttidpunkt År Mån Dag Kl		Sign patmott läkare Tm, kam/arb																															
Patientproblem/kontaktersak																																	
Kod																																	
Beslut Åtgärd ☐ Besök läkare ☐ Rådgiv. läkare ☐ Tel läkare ☐ Besök sjuksköterska ☐ Rådgiv. sjuksköterska ☐ Recept		Bokningsföresättningar Bräddningsgrad Besök nr Läkartid Patientönskemål: läkare, tidpunkt etc																															
Önskade undersökningar/provtagningstid		Bokad Till Mån Dag Kl																															
<table border="1"> <tr> <td>☐ Pt-Längd</td> <td>102</td> <td>B-SR</td> <td>☐ Urintest</td> <td>203</td> <td>B-Kallium</td> </tr> <tr> <td>101</td> <td>Pt-Massa</td> <td>103</td> <td>B-Hb</td> <td>304</td> <td>U-Sediment</td> </tr> <tr> <td>☐ Pt-Ekg</td> <td>113</td> <td>L-Lko</td> <td>310</td> <td>U-Bakterier</td> <td>208</td> </tr> <tr> <td>☐ Pt-BT</td> <td>124</td> <td>B-Glukos</td> <td>☐ Pt-Hörselkurva</td> <td>209</td> <td>S-Urat</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐ S-Leverstatus</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		☐ Pt-Längd	102	B-SR	☐ Urintest	203	B-Kallium	101	Pt-Massa	103	B-Hb	304	U-Sediment	☐ Pt-Ekg	113	L-Lko	310	U-Bakterier	208	☐ Pt-BT	124	B-Glukos	☐ Pt-Hörselkurva	209	S-Urat				☐ S-Leverstatus			Bokad för provtagning Mån Dag Kl Provsvaret till läkarbesök	
☐ Pt-Längd	102	B-SR	☐ Urintest	203	B-Kallium																												
101	Pt-Massa	103	B-Hb	304	U-Sediment																												
☐ Pt-Ekg	113	L-Lko	310	U-Bakterier	208																												
☐ Pt-BT	124	B-Glukos	☐ Pt-Hörselkurva	209	S-Urat																												
			☐ S-Leverstatus																														

Receptionsfunktion. Med uppgift som att förbereda för ett patientbesök d.v.s. ta fram och komplettera journalhandlingar, ta emot patienten, ta upp avgift och ge kvitto. Kassaredovisning. Kanslisten hade huvudansvaret för de administrativa uppgifterna men patientmottagande kunde också göras av sekreterare, sjuksköterska och undersköterska.

Laboratoriefunktion. Vanliga enkla prover togs på mottagningen (ex. urinprov som sediment, Hb, SR, Blodsocker, Vita blodkroppar, EKG) andra sändes till Centrallaboratoriet i

Borås efter förbehandling och packning. Undersköterska och sjukvårdsbiträdet utförde dessa uppgifter.

Remiss och provsvarshantering. Med lasarettet överenskommen remissblankett fylldes i för lab. Eller medicinsk remiss. Provsvarsrutiner fanns.

Dokumentation av patientkontakt. (R/P-blankett, journaldiktering). R/P-blanketten fylldes i under olika delar av kontakten med patienten. Kontakten registrerades/intalades på band för sekreterarna att skriva ut. Ev. labvärden infördes på lablistor i journalen. Samtlig personal med utredande eller vårdande uppgifter gjorde detta. Läkarna lade relativt mycken tid på journaldokumentationen.

Journal skrivning. Läkarsekreterare (ibland kanslist) skrev ut journalen på journalblankett efter diktat av respektive vårdgivare. Remisser, utlåtande och brev skrevs också ut enligt diktat. Någon gång skrev läkarna själv ut remisserna och utlåtanden. Övervägande delen av läkarsekreterarens arbete var arbete vid skrivmaskinen.

Arkivfunktion. Innebar framplockning av journaler vid patientkontakter, insättning av färdigregistrerade journaler, kontroll av arkivet enligt fastställda rutiner. Uppgifterna utfördes huvudsakligen av kanslist och läkarsekreterare. Arkiveringsfunktionen var tidsödande.

Besöksplanering. D.v.s. rutiner vid på förhand planerade kontakter innebar ifyllande av R/P-blankett, insättning av R/P-blanketter i låda eller pärmar för övervakning, kallelserutiner. Alla besök som överskred ”planeringshorisonten” 6 veckor kallades per brev, vilket sparade en mängd inkommande samtal. Kanslist och sekreterare hade huvudansvaret för att kallelserutinerna fungerade.

Vård- och resursplanering, statistik. Funktionen innebar Schemauppläggning, tidboksplanering och uppläggning, statistikinsamling. Vårdcentralchefen och avdelningsföreståndaren hade huvudansvaret men assisterades vad gällde färdiga rutiner av kanslist och undersköterska. I det manuella systemet tog rutinerna mycket tid.

Service till befolkningen

Ur en befolkningsenkät 1984 till sammanlagt 1229 invånare, 15 år och uppåt, slumpvis utvalda.

Service och bemötande:

”Hur anser Du att servicen vid vårdcentralen är?”

57 % svarade God; 35 % Tillfredsställande och endast 2 % Dålig. 6 % angav ingen uppfattning.

”Anser Du att Du blir personligt bemött vid vårdcentralen?”

41 % svarade Ja, mycket; 69 % Tillfredsställande och endast 4 % nej.

”Har personalen ont om tid för Dig. Lyssnar de dåligt på Dina problem?”

60 % svarade Nej, aldrig; 17 % Ibland och endast 5 % Ja, oftast. 18 % hade ingen åsikt i frågan.

Tillgänglighet

Vårdcentralen var öppen vardagar mellan kl. 08 och 17. Under den tiden var målsättningen att alla skulle komma till tals med någon vårdgivare för att dryfta upplevda hälsoproblem. Övrig tid hänvisades befolkningen till en för Mellanälvsborg gemensam jourcentral i Alingsås med bemanning av distriktsläkarna i detta område.

Tillgängligheten mättes i nämnda befolkningsenkät:

”Är det svårt att komma fram per telefon till vårdcentralen?”

66 % svarade nej; 24 % Ja, ibland. Endast 2 % ansåg att det var svårt att komma fram per telefon. 7 % hade inte alls ringt till vårdcentralen.

”Anser Du att Du behöver vänta länge för att få en tid till läkare eller distriktssköterska?”

65 % svarade nej; 20 % Ja, ibland; 7 % Ja. Resten hade ingen åsikt i frågan.

Sammanfattningsvis ansåg man att befolkningen upplevde att Gråbo vårdcentral hade stor tillgänglighet.

Kontinuitet. ”Får Du träffa samma läkare vid Dina besök?”

43 % svarade Oftast; 32 % Ibland och 10 % Aldrig.

Man konstaterade att: ”Trots vakansläget och de senaste årens läkaromflyttningar upplevdes kontinuiteten tämligen god vid vårdcentralen”.

Sammanfattningsvis var befolkningen mest nöjd med att:

- Man fick ett trevligt bemötande

- Väntetiden var kort
- Man fick den hjälp man behövde
- Man fick snabb hjälp
- Det gick snabbt att få tid
- Läkaren/personalen hade tid att lyssna och förklara sig
- Man fick en kunnig behandling
- Man fick samma läkare vid varje besök

En tidningsartikel om kulturevolution

I en artikelserie om vårdkulturen i Sverige i början av 1980 besökte Karin Thunberg Gråbo vårdcentral och intervjuade Bengt Dahlin:

Bengt Dahlin Gråbo vårdcentral:

Kulturevolution på väg i vården

- Den kulturevolution som förändrat flera storföretag kan genomföras också inom storsjukvården.
- Bryt ner verksamheten i mindre enheter som får ett ekonomiskt, funktionellt och administrativt ansvar.
- Det är tragiskt att City-akuten skulle behövas, men den tvingar oss att förändra vården.

— Det går att förändra svensk vårdkultur, även inom systemet. Den löpande vårdplanering, som jag varit med om att utarbeta, är nästan löjligt enkel — men den gör arbetet betydligt mer effektivt, till gagn för både personal och patienter.

Det säger Bengt Dahlin, chef för Gråbo vårdcentral och distriktsöverläkare i Lerums kommun. Eslig hans erfarenhet fungerar primärvården mycket bra på många håll i landet...

...all skillnad från storsjukhusen, som är de främsta offren för en besvärskravering. Beslut tas så långt från de berörda enheterna som möjligt för att undvika några av de svårigheterna i hierarkin.

Men så behöver det inte vara. Varje enhet, även på det stora sjukhuset, skulle kunna vara ekonomiskt, administrativt och funktionellt ansvarig för sin verksamhet. Den "kulturevolution", som bl.a. genomförs på SAS, är möjlig att genomföra även inom sjukvården.

Men det förutsätter att läkare på olika chefsnivåer inte strider om sina positioner. För i och med att organisationen förändras kommer många chefsbefattningar att försvinna.

Vården ändras

Bengt Dahlin är, trots allt, optimistisk. Mycket håller på att ändra, hävdar han.

— Det är tragiskt att L. ex.

City-akuten skall behövas, men den medverkar till att sjukvården förändras och förbättras. Genom privata initiativ får patienterna också alternativ, vilket är speciellt viktigt på en liten ort, där man kan behöva skydda sin integritet.

Bengt Dahlin ger ett exempel: en man har olika sjukdomssymptom, som botas i dolda alkoholism. Det är förståeligt att han drar sig till till orrens vårdcentral, där han känner många av dem som arbetar.

Den konfrontation som uppstår mellan primärvården och den slutna vården är både olycklig och onödig, menar Bengt Dahlin. För både alternativen behövs — förutom privata praktiker.

— Sjukhusen har specialiteter och bättre teknisk utrustning. Primärvården kan uppfylla människors behov av trygghet, kontinuitet, tillgänglighet — och öka deras möjliga heter att få bo kvar hemma.

Fördela tid

— Men all sjukvård måste ske på patienternas villkor. Man måste inte minst ta hänsyn till deras tid, för tid är kvalitet och ett mottagningsbesök skall inte behöva ta mer än 45 minuter.

— Bristande service och långa väntetider är främst ett bevis på dålig organisation. Man planeringssystem innebär att vi bokar in patienterna efter deras åkommo. Av erfarenhet

vet vi att L. ex. en halsmassa kan åtgärdas på 10 minuter medan förmodat högt blodtryck kräver dubbel så lång tid.

— Dessutom är det inte alltid nödvändigt att utalla en läkare, många gånger kan en sjuksköterska ge lika effektiv vård, fortsätter Bengt Dahlin. Genom att fördela uppgifterna ökar genomströmningen av patienter, fler kan få snabb service samtidigt.

För att sjukvården skall fungera krävs i läkare på 2000 patienter, d. v. s. 4000 distriktsläkare i Sverige. I dag finns bara halva antalet.

— Många vårdcentraler ställs inför oräddhetens krav. För tjänster kostar pengar, men jag är övertygad om att de på sikt ger en samhällsekonomisk vinst.

Nytt system

Har kom Bengt Dahlin på idén till löpande vårdplanering?

— 1970 öppnade vi en vårdcentral i Lerum. Förväntningarna var höga och ganska snabbt hade vi långa köer. Människor skrev arga brev till oss i tidningarna: "Vad hjälper det att vi fått en vårdcentral, när man aldrig kan komma dit!"

— Vi insåg att det krävdes förändrade arbetssätt och sände oss ut för att diskutera dem. Problemen var uppenbara: människor skulle inte behöva vara i veckor på besöks-tid, telefonerna fick inte vara



— Att våga bryta mot reg-
ler är en chefs viktigaste
uppgift, säger Bengt Dahlin,
chef för Gråbo vårdcentral.

Foto: BOO AUGUSTSSON

blockerade, varje läkare måste ha avsatt tid för journaler varje dag o. s. v. Ganska snart hade vi kommit fram till ett nytt planeringssystem.

Sunt förnuft

Finns det inte risk att göra misstag, när man strikt följer en uppgjord planering? Kan det inte vara svårt att L. ex. avgöra hur snabbt någon måste få tid för läkarbesök bara genom ett telefonsamtal?

— Personalens yrkeskunskaper och sunna förnuft måste alltid gå före. Dessutom måste vårdprogrammet anpassas till individen — inte tvärtom. För att arbetet skall fungera krävs också en ledare, med övergripande ansvar.

Vilken är hans/hennes främsta uppgift?

— Att med fasthet hålla en linje, som han/hon får de övriga personalen att arbeta efter. Men chefen måste också bry sig om sina medarbetare och lyssna på dem — vilket bara är möjligt i en mindre arbetsgrupp.

— Men chefens viktigaste uppgift är att våga bryta mot regler, att låta sina medarbetare gå före den hierarkiska organisationen. Annars är det svårt att få en verksamhet att fungera.

Karin Thunberg

Vårdcentralen i Gråbo efter 1985

Arbets sättet på vårdcentralen förändrades helt efter införandet av datorstöd 1985.

Personalen fick ett radikalt förändrat innehåll i sin verktygslåda för informationsbehandling (informationssystemet). Även den verksamhetsmässiga, arbetsorganisatoriska och personella situationen påverkades och blev föremål för förändringar.

Datorstödet omfattade översiktligt följande funktioner

<i>Patientregistrering</i>	Funktion för sökning och uppdatering av lokalt patientregister innehållande demografiska data över samtliga invånare i betjäningsområdet samt tilläggsdata för individer som var patienter vid vårdcentralen.
<i>Vårdplanering</i>	Funktion för underhåll av planeringsschema för vårdheten, där vårdhetens resurser i form av personaltid och utrustning m.m. tidsmässigt avsattes för olika aktiviteter.
<i>Tidbokning</i>	Funktion för inplanering för enskilda patientbesök och åtgärder samt rutinmässiga administrativa stödfunktioner typ lallelser.
<i>Kassa</i>	Funktion för patientavgiftshantering och redovisning.
<i>Journaluppgifter</i>	<i>Funktioner innefattande rutiner för registrering och presentation av journalinformation i form av fullständig datorjournal.</i>
<i>Remiss-, svarshantering</i>	Funktion för registrering av beställda och besvarade prover samt remisser och därtill hörande bevakningsrutiner.
<i>Receptförskrivning</i>	Funktioner innehållande stöd för läkare vid receptutfärdande, utskrift av recept på expedition eller apotek, registrering av läkemedelsinformation i journalen samt ett visst beslutstöd.
<i>Vidmeringsrutiner</i>	Enligt patientjournalagens krav.
<i>Utskrifter</i>	Funktioner för uttag av papperskopior av datalagrad information t. Ex. journalanteckningar och dagschema.
<i>Rapporter, statistik</i>	Funktioner för verksamhetsuppföljning och medicinsk utvärdering i form av rapportgeneratorer.
<i>Brevlåda</i>	Meddelandefunktion för kommunikation mellan vårdgivarna inom enheten.
<i>Systemunderhåll</i>	Funktion för underhåll av datasystemet vad avser bl. . sekretess och behörighetskontroll, underhåll av begreppslexikon, driftsövervakning och säkerhetskopiering (back up) m.m.

Bengt Dahlin och Björn Nilsson konfererar kring datorterminal.



Förändrade vårdadministrativa funktioner

En del av förändringarna tas upp här.

Vårdplaneringen De manuella rutinerna enligt "lerumsmodellen" med löpande vårdplanering hade överförts till datorstödda rutiner ofta i form av mallar som kunde hämtas fram och användas gång på gång. Grundscheman kunde läggas upp för obegränsat antal vårdgivare. Brådskegraderingar samt obegränsat antal aktiviteter kunde enkelt definieras. Dagschema planerades för varje vårdgivare med utgångspunkt från grundschema eller genom kopiering av färdiga "principschema" för olika definierade veckotyper.

Telefonservice, rådgivning Ofta behövs journalen för rådgivning. Den fanns nu tillgänglig i datorterminalen vid sidan om telefonen. Persondata inlagda i datorns minne ökade säkerheten och förkortade telefonsamtalet.

Bokning Tidigare fanns en gemensam tidbok tillgänglig i receptionen. Datorstödet innebar att alla fick tillgång till tidboken vid sin terminal – alla kunde boka besök eller återbesök när så behövdes. Via "bokningsbild" i terminalen registrerades som på R/P-blanketten bokningsuppgifterna. Om besöket var utanför "planeringshorisonten" d.v.s. att det ej fanns upplagda dagschema sattes patienten på väntelista. Kallelsebrev skrevs ut av datorn enligt olika förvalda brevmallar som också innefattade anvisningar för föregående provtagningsbesök om sådant önskades. De datorstödda rutinerna ökade säkerheten och minskade tidsåtgången för bokning av patientbesök.

Patientbesöket När patienten kom till mottagningen registrerades detta i kassan genom att hämta uppgifterna från bokningsmodulen. Besöksregistreringen kompletterades med en betalningsregistrering då taxekoder noterades. Kassakvitto skrevs ut automatiskt. Allt detta innebar tidsbesparing och ökad säkerhet.

Journalen fanns tillgänglig för alla behöriga i datorn och vid arbetsplatsernas skrivbord i datorterminalen. Besökslistor fanns på samma sätt i dagschemamodulen för alla vårdgivare. Tillgängligheten till informationen var maximal och tid sparades.

Att läsa datorjournalen

Att patientjournalen fanns i datorn innebar ett ovant sätt att ta del av patientdata. Det var frustrerande för en del vårdgivare. Lämpligt var att ta del av journaldata innan patientsamtalet. Journalen var problemorienterad. Problemöversikten gav ingången till den.

Problem	Dag	År	Åtgärd
GRABO VC 440 06 GRABO 0302-41050	DEMO-013 AKKASTROM, KALLE BOE 33 111 11 AKKASTROM Tel: 0302-44444	52 18 Mar	
Journalutdrag 900403 Första Senaste Dag 02 Dag 08			
060420 070522 (1)	BOSTA	56 7	AVSLUTAT
071007 080228 (2)	RASKELEJVEDON	57 3	AVSLUTAT
070518 071007 3	KARDIELL HYPERTONI	57 2	AVSLUTAT
070819 071007 4	OESPECIFICERAD KALSPLEA	57 4	AVSLUTAT
060420 071007 5	BOSTA	56 7	AVSLUTAT
080225 080225 6	KJARTIRSHVITTEN (KJARTIRVIE)	58 1	AVSLUTAT
080225 080228 (7)	RYGGVARE	58 2	AVSLUTAT
070819 080228 8	TONKILLIT	57 4	AVSLUTAT
080309 080326 (9)	PREIMOR	58 2	AVSLUTAT

Via den kunde man följa ett problem genom hela journalen. För problemet visades de undersökningar och andra åtgärder som registrerats kopplade till problemet eller kopplade till besöket generellt (problem 0).

Journalen kunde läsas på många andra sätt:

Besöksorienterat. Man kunde välja att läsa ett eller flera besöksdatums löpande journalanteckningar i omvänd kronologisk ordning som om man bläddrade besök för besök bakåt i journalen. Man kunde ange vid vilket besök man ville starta läsningen och hur många besöksanteckningar man ville läsa.

Möjlighet fanns att direkt via huvudmenyn begära senaste besöksanteckning, eventuell aktuell läkemedelslista och laboratorielista. Via en journalbild hade man möjlighet att se det viktigaste innehållet i journalen och via piltangenter och funktionstangenter följa vad som översiktligt fanns registrerat för de olika besöksdatum vad gällde diagnoser, åtgärder och mediciner. Från översiktsskärmen kunde man sedan läsa journalen både besöks- och problemorienterat med bläddringsmöjlighet.

Om man önskade kunde man söka och presentera enskilda begrepp med numeriska värden (bltr, hb, blodsocker) i tabellform eller som diagram.

Man kunde själv via systemunderhållet skapa sammanställningar av olika slag t.ex. diabeteslista, hypertoni lista, Waranlista etc. Dessa faktalistor kunde man behålla för att återanvändas.

Läkemedels- och laboratorielistan var faktalistor som fanns förprogrammerade och kunde sökas via menyerna för att läsa journal.

Sekreteraransvar och att skriva datorjournalen

Sekreterarna fick en betydelsefull roll i det datorbaserade vårdinformationssystemet. Huvuduppgiften var kvar – att dokumentera vårdgivarnas kontakter med patienterna – journalskrivningen. Att skriva in en datorjournal tog inte längre tid än en vanligt dikterad pappersjournal. Men det var viktigt att kunna "begreppslexikonet" inklusive diagnoserna. En fördel var att vårdgivaren själv vid sin terminal kunde själv skriva in en anteckning, fast detta användes sällan av läkarna.

Därtill hade kommit nya ansvarsområden. Dataarkivet måste skötas d.v.s. av säkerhetsskäl måste data lagras. Sekreterarna gjorde "back-up". Sekreterarna hade också ansvar för datasystemet och för maskinvaran. Sekreterarna fick en nyckelroll och blev helt oundgängliga för att datorstödet skulle fungera. Därmed ökades läkarsekreterarens yrkesstatus rejält.

Delar av journalen hade redan innan patientbesöket och fortlöpande under besöket registrerats av olika befattningshavare – i telefon, i kassan, på laboratoriet och kanske som receptföreskrivning. Till sist med journalanteckningen efter läkarkontakten.

På samma sätt registrerades överenskomna Basdata (se detta avsnitt) för utvärdering av patient/vårdgivarkontakten, t.ex. initiativ till kontakten, kontaktsätt, brådskegrad m.m. Registrering av basdata innebar inte något större merarbete för sekreteraren eftersom de var en naturlig del av journalen och presenterades först i varje journalanteckning.

GRABO VC
448 04 GRABO
9387-41050

DEMO-011
WENNING, MILBA
MOSERACER TORG 4
449 30 SEVATTAVN
Tel: 0309-45678

53 AR Man

Utdrag: 900403

Varnings Pg-77, se tid sjd.

040615
Dn dat
DL
10st ors

040901/AMG
DARLIS, S. DEMOTT, STAEVOL PLANKINGSSAR PERIOD, VGL. 850325, NOTTAGNING
27TH, 27TH
Säker för tidigare bänd diabetes och hypertoni.

2

DIABETES MELLITUS
kommer på oönskat sätt. Inga betydande med
pocretet, när relativt väl. Rått diet men tycker detta
är svårt.

Status

AT
Pigg och opåverkad.

OCOM
Ettstaka mikromerismor.

PERIPHER PULS: -
Pulp u s.

Bedömning

1. Måttligt tillstånd.

Plan åtg

Vill dietet för förnyad kost.

3

ESSENCELL SYMPTOM

Sammanfattande erfarenheter av datorjournalförsöket i Gråbo

Patientens upplevelser

- Servicen, kontinuiteten och tillgängligheten var oförändrat god
- Bemötande och omsorg av patienten störcdes inte av datorterminalen
- Informationsförståelsen påverkades inte
- Patientens tid med vårdgivaren påverkades inte
- Man var inte rädd för att sekretessen kunde hotas av datorjournalen.
- Man blev mer intresserad av att läsa sin datorjournal än pappersjournalen.
- Man undvek inte att söka vårdcentralen p.g.a. införd datorjournal.
- Man hade inget emot att vissa uppgifter om vården gick till närbeläget lasarett.

Arbetsorganisation och arbetsmiljö

- Datoriseringen innebar att ansvarsområden stramades upp och disciplinen vad gällde regler ökade.
- Teorin att det går bra att datorisera en vårdcentral med väl utvecklade manuella rutiner var inte tillräcklig. Man måste komplettera med insikten om att utveckling av verksamheten, organisationen och arbetsrutinerna samt personalen måste till för att åstadkomma effektivitetsvinster.
- Statusmässigt var det läkarsekreterarna som vann mest.
- Påtagligt kände man sig mer bunden vid arbetsplatsen än före datoriseringen.
- Utvecklingsarbetet ökade kunskaperna om ADB och om verksamheten och därmed självkänslan.

Yrkesrollerna

Läkarna

- De läkare som blev mest insatta i datasystemet fick en positivare syn på kvaliteten i informationshanteringen.
- Flertalet läkare upplevde ökad stress som delvis berodde på datasystemet. Man kände sig styrd av det strukturerade arbetssättet. Stressen ökade då det uppstod fel och oklarheter.
- Att inte ha journalen i handen vid patientkontakten kändes påfrestande för många och innebar ett förändrat arbetssätt.
- Att läsa en pappersjournal upplevdes lättare än en datorjournal.
- Datorn upplevdes av många som "en svart låda" som man hade svårt att få ut de uppgifter man önskade.

Sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna använde de flesta funktionerna i datasystemet och blev mest beroende av systemet. Det var det positivt att slippa leta efter journaler. Men de var kritiska i en del avseenden,

- Det var krångligt att växla mellan rutinerna bokning och läsning av journalen i en bokningssituation.
- Överblicken vid läsning av journalen upplevdes minskad
- Att diktera journalanteckning var jobbigt för många sjuksköterskor då de inte hade en utvecklad nomenklatur för journalföring. De var inte vana att föra journal på ett strukturerat sätt.

Undersköterskor

Man behövde endast registrera lab.information och det lärde man sig snabbt. Man var positiv till datoriseringen utom en som inte klarade att ställa om sig till de nya arbetsformerna. Hon fick andra arbetsuppgifter.

Läkarsekreterare

Läkarsekreterarna var den yrkesgrupp som blev mest nöjd med förändringarna.

Arbetsmiljön

Sextio procent av personalen upplevde stress i arbetet under försöksperioden beroende på formell arbetsgång, inga genvägar, styrning genom systemet, information som upplevdes försvinna, små obegripliga fel, bristande överblick, bristande rutin och brister i utbildningen.

Därtill kom huvudvärk, ögon- och hudbesvär. Rödögdhet, grus i ögonen och sämre syn var besvär som uppgavs.

Rose-Marie Harrysson, vårdcentralföreståndare anförde:

"Frustration fanns i kassan, bland sjuksköterskor, bland läkare när systemet inte fungerade. Det höll på att ge oss hjärnblödning flera gånger i veckan det första halvåret. Alla driftstörningar. Det var urjobbigt när allting slocknade och vi inte visste vilka patienter som skulle komma. Pappersjournalerna fanns ju fortfarande kvar första året, vilket underlättade vid driftstopp. Men vi lärde oss att trycka ut manuella listor på

tidböckerna under en period. Minns inte hur länge. Vi hade dagböcker där vi ofta skrev av oss frustrationerna.

En rolig episod var att anpassa sig att kunna skicka meddelande till varann via datorn: Minns att jag skickade ett meddelande till en AT-läkare men han svarade inte så när det gått några dagar så frågade jag honom... "Jamen, jag har ju sprungit in och ut och letat i mina lådor på receptionen man kan ju inte hitta det" blev svaret...fniss... han hade bara sett att det stod på skärmen att han hade ett nytt meddelande och då trodde han att det låg i lådorna för posten i receptionen."

Sammanfattande synpunkter

Om en datorjournal skall accepteras och ha en framtid i vården får den inte störa patient/vårdgivarmötet. Datorn/terminalen/systemet får inte uppfattas som styrande av människans handlande utan måste vara ett stöd och en hjälp i arbetet.

Detta betyder bl.a. att

- Inmatning av information måste kunna ske utan tillkommande stressfaktorer eller försämrad arbetsmiljö. Det nya verktyget måste innebära förbättringar i dessa avseenden.
- Uthämtande av information skall ha samma krav på sig som inmatningsrutinen. Presentation av informationen måste vara överskådlig, pedagogisk och självförklarande så att den skapar trygghet.
- Mötet människa maskin är ett känsligt möte.

Om Gråboförsöket

- Datasystemet och rutinerna fungerat bra sedan ett skede av rutindrif inträtt.
- Det var i slutet av försöksperioden sällan störningar i driften
- Servicen till patienten var oförändrat god.
- Vårdplaneringen underlättades
- Boknings- och kassarutiner underlättades

Datorjournalen gav

- Vinst i dokumenthanteringen som tillgänglighet, platsbesparande, ekonomiskt effektiv, underlättande vidimeringsrutiner.
- Stor möjlighet att söka information i journaldokumentationen och på olika sätt
- Möjlighet till kvalitetssäkring

Men också

- Svårigheter att anpassa sig till tekniken som bundenhet till terminalarbetsplats, ej blädderbar journal, känsla av "svart låda".
- Frustration när systemet inte fungerade.
- Behov av bättre utbildning och ändrade attityder till journalens informationsvärde.

Ur sjuksköterskornas processdagbok vid Gråbo Vårdcentral 1985 – 1986

Mycket registrerades under Gråboförsöket. Inte minst var det viktigt att ta fram svårigheterna under projektarbetets gång, och det gjorde man i en dagbok med motto:

*Tänk i varje nöd och fara varje motgång och besvär
Att det ändå kunde vara vida värre än det är.*

Lenah 850913 _ "Som vikarie upplevde jag det som mycket jobbigt att vara på Gråbo VC i början av dataprojektets införande. Trots att jag arbetat här en hel del tidigare kände jag mig helt utanför. Jag kände ingen som helst motivation till att sätta mig in i överhuvudtaget något som rörde datan. Ett år senare (fortfarande vikarie och mitt uppe i datorprojektet) känner jag mig accepterad. Jag förstår att det var en jobbig tid för den ordinarie personalen men jag är övertygad om att det hela hade gått lättare för alla parter om man pratat igenom vikarieproblemet innan man startade projektet."

Rose-Marie 850920 "Som vikarie i Gråbo upplever jag i mångt och mycket det som mina kollegor redan noterat. När datan utvecklas blir man mer och mer engagerad. Underbart är alla dessa "datamänniskor", tålmodiga, glada, snälla, uppmuntrande, vänliga och gulliga."

Rose-Marie 851216 *"Hopplös måndag. Ingenting med datan fungerar. Buggcheck i ett. Ständiga samtal till Rolf Nikkula i Stockholm."*

Rose-Marie 198-v.3. 8:e veckan med tidboken. *"Fortfarande mycket stul med bokning och vårdplanering. Känns tungt och meningslöst ibland men hoppas på en ljusnande vår."*

Rose-Marie 19860707 *"På nytt datakrångel. Nu slänger jag snart ut den!"*

Sammanfattande:

Personalen upplevde under försöket ofta att: Datorer är skit! Inte minst är förändringsarbete tungt och svårt. Det sliter ofta hårt på relationer och lojaliteter i laget. Speciellt upplevde vikarierna att de var utanför gemenskapen.

NYA VÅRDCENTRALEN I LERUM

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. I bottenplanet en reception i vars anslutning fanns sekretariat och plats för sjuksköterskors telefonrådgivning. Plats för två ”vårdlag” med läkare och sjuksköterskor (distriktssköterskor), ett laboratorium, en barnläkarmottagning, rum för specialistkonsulter av olika slag, mödrahälsovårdsenhet för barnmorskorna. En gemensam konferens- fikarumsenhet, bilbibliotek, vaktmästeri. I entréplanet också apoteket. En trappa upp (hiss var installerad) fanns sjukgymnastik och arbetsterapi med specialrum för deras behov. Tandvården hade också välutformade lokaler i andra planet. De valde att ha eget fikarum! I källarplanet fanns förrådsutrymmen bl.a. för hjälpmedelsredskap. Där var också personalens omklädningsrum belägna.

Gunnar Hedelin minns.

” I början av 80-talet blev vi alltmer trångbodda i Brobackens läkarstation. Planerna var då att bygga en ytterligare Vårdcentral i södra Lerum och i nästa steg bygga en ny Vårdcentral i centrum som skulle betjäna Lerum norr om motorvägen. Att det blev EN större Vårdcentral i centrum berodde dels på att man inte hittade någon lämplig plats i södra Lerum, dels på att man ville få färdigt Lerums centrum.

Vi blev en av de större Vårdcentralerna i regionen, en storlek som bl.a. kom väl till pass 1987 vid den svåra tågolyckan vid Lerums station då vi plötsligt blev katastrofmottagning för 60-70 skadade vid tågolyckan. Lyckliga omständigheter och en engagerad och kunnig personal gjorde att vi klarade den uppgiften på ett berömvärt sätt. Efterarbetet resulterade också i en videoinspelning för att dela med oss av våra erfarenheter till andra vårdenheter i landet.

Ulla Sandvall, vårdcentralföreståndare, berättar.

1988 började jag på Lerums vårdcentral som vårdcentralsföreståndare och innehade denna tjänst till 1999.

Vårdcentralen som var nybyggd och invigd 1985 var en av de större i landet. Den nya vårdcentralen planerades för arbete i vårdlag. Den 13 maj 1985 stod vårdcentralen färdig att ta emot patienter. Vårdcentralen inrymde läkarmottagning, barnmottagning, mödravård, barnavårdscentral, sjukgymnastik och arbetsterapi. Receptionen med kassa var och växel bemannades av läkarsekreterare.

I hela huset, inklusive Tandvård med ca 20 personer, apotek med ca 12 personer och kansliet ca 10 personer, arbetade totalt ca 160 personer i huset. Vårdcentralens personal var 125 personer inklusive kvälls- och nattpatruller. Som föreståndare kändes ett chefskap för 125 personer som en uppgift att enbart administrera: lägga schema, bevilja/eller avslå ledigheter etc. Möjligheten att bl.a. utveckla och kvalitetssäkra vårdarbetet var mycket liten. Gunnar Hedelin och jag tog ett gemensamt beslut att försöka hitta en vettigare inre organisation och startade tillsammans med Solweig Kärrman ett projekt kallat Hjalmar som resulterade i att de ”naturliga” avdelningarna fick var sin avdelningssföreståndare. Dessa avdelningar var sjukgymnastik, arbetsterapi, städ, distriktsläkare, barnläkarmottagning och sekreterare. Övrig vårdpersonal föll på min lott alltså distriktssköterskor, distriktundersköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, barnmorskor och lab-personal samt kvälls- o nattpersonal. En av min första uppgifter var att med all personal gå igenom ”SPELPLANEN” ett program med ett antal punkter som syftade till att personalen skulle känna engagemang och delaktighet i arbetet.

ÄDEL-reformen som beslutades 1990 och började gälla f.o.m. januari 1992 hade länge engagerat oss. Lerums kommun övertog i sin helhet kvälls- och nattpersonalen samt distriktssköterskor och undersköterskor enligt växling. Inför denna reform var känslorna i gungning och protester framfördes fram för allt från distriktssköterskorna i Älvsborg mot att patienterna berövades kontinuiteten.

Beslutsfattarna i Älvsborg gav efter och gjorde undantag. Älvsborgs undantag blev: Sjuka barn under 7 år samt personer med behov av hemsjukvård mindre än 14 dagar får insatsen tillgodosedda av primärvården. Detta undantag förde med sig en hel del problem. I Lerums kommun valde sedan länge många föräldrar att vårda sina sjuka barn i hemmet. Den växling ± budgeten som redan gjorts vållade stora bekymmer och undantaget togs så småningom bort så att gränsen går vid vårdcentralens dörr. Sjukgymnastik och

Arbetsterapi som gav service till hela kommunen var fortsatt kvar i vårdcentralens lokaler fram till 199x.

Ulla Wessman fortsätter att berätta om.

Läkarsekreterare ett yrke i förändring

" Läkarsekreterarens uppgift i Primärvården, före införande av datorer, var att skriva patientjournaler på en elektrisk skrivmaskin efter diktat från läkare. Utvecklingen av skrivfunktionen var att skrivmaskinen fick "minne och suddband" under 1970-talet. Skulle en remiss skrivas i flera exemplar användes kalkerpapper. Självkopierande remissblanketter kom långt senare. Journalarkivet skulle skötas och fram till datajournalens inträde i början på 1990-talet var det tidsödande att ständigt "leta journaler" för sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare. På Brobackens läkarstation i Lerum var läkarsekreterarens arbetsplats helt skild från övrig sjukvårdspersonal, ett litet "kyffe" bakom kapprummet.

I den nya, bemannades Receptionen med kassa och växel av läkarsekreterare. Dokumentation av patientjournaler och arkivarbete sköttes av läkarsekreterarna. Senare placerades läkarsekreteraren i "sitt" vårdlag med ansvar för arbetet i teamet nära läkare och övrig vårdpersonal. Statusen på vårt yrkeskunnande sågs och uppskattades.

Datoriseringen startade med kassafunktionen "Adapt" och 1992 infördes journaldatasystemet Profdoc. Datasystemets intåg skulle ersätta sekreteraren enligt diskussioner bland ansvariga politiker och tjänstemän. Några tjänster minskade, men för oss övriga öppnades en ny, spännande och utvecklande värld. Datorjournalen har krävt stora insatser och stimulerande arbetsuppgifter av läkarsekreterarna. Läkarsekreterarna fick utbildning som systemadministratörer. En stor del av arbetsuppgifterna innebär uppdatering och arbete med systemet kontinuerligt. Insatser behövs av systemadministratörer för att utbilda ny personal, lösa dagliga problem med datorer och skrivare bl a. Läkarsekreterarens yrkesroll förändrades mycket utifrån ständigt nya kunskaper och erfarenheter och ny utveckling av tekniken inom dataområdet. Idag, i början av 2000-talet, är läkarsekreteraren specialist på dokumentation och att utveckla dokumentationsdelen i datorn, att ha kunskap i statistik och ta fram uppgifter ur datorjournalen som underlag för beslut och att ständigt lära ny personal datasystemet. Under 1990-talet har flera dataprojekt genomförts för fortsatt datautveckling. 1998 genomfördes Projekt ROS, elektronisk remiss och svar mellan vårdcentral och röntgen på Alingsås lasarett. Lab-projektet är ett annat dataprojekt som har genomförts för att överföra remissvar elektroniskt. Nya satsningar för att utveckla datasystemen pågår ständigt."

Öppen mottagning på Lerums vårdcentral

Lerums vårdcentral arbetade under många år med den s.k. "löpande vårdplaneringen", som tidigare beskrivits. I mitten på 80-talet ändrades synen på denna modell och på flera håll startade "öppenmottagningar", dit patienten under vissa timmar fritt sökte på vårdcentralen.

På Lerums vårdcentral infördes "snabbmottagning" för patienter med snabbt åtgärdade medicinska problem. För mottagningen avsattes två timmar per dag för två läkare. Redan efter något år tvingades man att utöka resurserna med ytterligare läkare. I och med det nya husläkarsystemet utökades denna vårdform.. Alla läkare fick icke tidsbeställd mottagning cirka två timmar per dag. Detta i sin tur minskade de bokningsbara tiderna och fler patienter tvingades söka på öppenmottagningen fast de egentligen inte platsade där. Under sommaren 1996 tvingades man sätta en gräns på sju patienter per läkare och mottagning. Det var en riktlinje men ingen sökand patient blev utan vård eller behandling. Man ansåg att man trots alla förändringar kunnat förena en hög tillgänglighet på rätt vårdnivå med god kvalitet och bra arbetsmiljö.

Dock ansåg man att man borde titta över organisationen. Detta gjordes i ett projektarbete under ledning av Ulla Sandwall. Man gjorde först en probleminventering av den öppna mottagningen och ansåg att:

- Den öppna mottagningen krävde mycket resurser, alla personalkategorier sammantaget.
- När "fel" patienter kom in på mottagningen blev det dålig kvalitet för både patient och vårdgivare.

- Arbetsmiljön blev dålig och stressig.
- Möjligheterna att utnyttja personals kompetens försämrades.

Man satte upp några förändringsmål.

- Rätt patient på rätt tid till rätt vårdgivare
- Bibehållen kontinuitet så långt det var möjligt.
- Bra/bättre service till patienterna.
- Ökat antal bokade patienter till läkarna.
- Arbete enligt LEON (lägsta effektiva omhändertagandenivå).
- Ökat antal bokade patienter till sjuksköterskorna – motsvarande 15 – 20 timmar per vecka.
- Utnyttja personalens kompetens maximalt.
- Bra arbetsmiljö.

Förändringar som genomfördes 1997.

Den öppna mottagningen ersattes av:

Snabbjourmottagning. Patienter vid denna mottagning skulle i 90% ha åkommor som snabbt gick att åtgärda (besöksorsaker listas). Övriga patienter bedöms av sjuksköterska och får bokad tid efter behov.

- Mottagningen var öppen dagligen 08 – 09.30. Två – tre läkare tjänstgör tillsammans med sjuksköterska och en undersköterska.
- Alla läkare schemalades till snabbjourmottagningen.
- De tillkommande bokningsbara tiderna används efter bedömning av sjuksköterska. LEON.
- Sjuksköterskorna telefonrådgivning ökades. LEON.
- Alla distriktssköterskor deltog i telefonrådgivningen.
- Alla distrikts-/sjuksköterskor skulle ha bokningsbara tider för att ge en god kontinuitet.

I samband med förändringen av öppen mottagning flyttades Hulanmottagningen in till vårdcentralen 1997. En del förändringar av lokalanvändningen på vårdcentralen gjordes.Handledning till sjuksköterskegruppen genomfördes.

Gunnar Hedelin berättar vidare.

"Mottagningens verksamhet under de gångna 20 år har präglats av vår strävan att genom olika förändringar förbättra verksamheten och tillgängligheten men också av våra politikers olika ambitioner, vilka tyvärr inte alltid går åt samma håll. Vi byggde i mitten av 80-talet upp en modell där vardera av de 4 vårdlagen ansvarade för var sin del av vårt upptagningsområde. När det väl hade satt sig beslutades från politiskt håll att alla skulle välja sin husläkare- så vårt geografiska områdesansvar sopades bort i ett enda nafs. Ett annat tydligt exempel: vi har arbetat mycket med prioriteringsdiskussioner i många åren så beslutar politikerna att tid skall ges till patient inom ett visst antal dagar oavsett medicinsk prioritering..."

Läs mer om Lerums vårdcentralers aktiviteter i andra avsnitt som:

Samverkan en Lerumsideologi. Om utvecklingsprojekt under 1990-talet, se FoU-kapitlet. Där finner Du också FoU-enhetens i Lerum tillkomst och verksamhet. Barndistriktsläkarna, BVC och Distriktsvård har egna avsnitt. Så har också Äldreården, Distriktssjukgymnastik och Distriktsarbetsterapi. Vårdlagsarbete beskrivs under Äldreomsorg och Husläkare. När Lerum var eget primärvårdsområde och ledningsorganisationen kan Du ta del av i avsnittet Från centralisering till decentralisering. I Primärvårdens resurser redovisas också Lerum vårdcentral. Det finns ett avsnitt om Tågolyckan som Gunnar Hedelin nämnt i sin hågkomst.

Gunnar Hedelin avgår som chef efter 25 år

Tony Bergman porträtterar Gunnar Hedelin i Vårdsidor nr 3, 2001.

Avgående chefen för vårdcentralen: **"Cheffrollen har ändrat karaktär"**

"Den ekonomiska och i personella situationen är alltmer pressad. Den satsning som politikerna i många år utlovat till primärvården ser vi inte i handling, säger chefen för Lerums vårdcentral. Det ska bli skönt att ägna sig åt andra saker än att vara chef."

"Det skall bli skönt och stimulerande att få slippa chefsansvaret och ägna sig åt andra arbetsuppgifter. Till dem hör bland annat arbete som allmänläkarkonsult på lasarettet i Alingsås för att utveckla samarbetet ytterligare mellan lasarettet och vårdcentralerna Mittenälvsborg, säger Gunnar Hedelin, som efter nästan 25 år lämnar tjänsten som chef men fortsätter som läkare vid Lerums vårdcentral.

Redan under gymnasietiden i Göteborg stod det klart för Gunnar att han ville utbilda sig till läkare. En bidragande orsak till yrkesvalet var sannolikt att han hade inspirerats av en äldre bror som några år tidigare hade påbörjat sina läkarstudier. Värt att nämna är att även hans yngre bror längre fram satsade på samma yrkesbana.

Gunnar var klar med sina läkarstudier år 1969 och fick ganska snabbt en provinsialläkartjänst i Lerum.

Aldrig enformigt

- Jag har aldrig ångrat att jag valde att bli allmänläkare. Det är ett mycket stimulerande och varierande yrke som aldrig blir enformigt. Att kunna ha en långvarig kontakt med sina patienter och finnas till hands vid olika tillfällen för en mängd olika problem är mycket givande.

Gunnar berättar om en händelse förra året då en äldre dam insisterade på att få komma på besök en viss dag. Det visade sig att hon kom med en blomma och en tårta och ville tacka för de precis 30 år på dagen, som hon varit hans patient.

- Det kändes ganska speciellt, erkänner han.

Helt klart är att han visade intresse och fallenhet för arbetet på vårdcentralen och avancerade till att bli chef för verksamheten, vilket han nu har varit i cirka 24 år. I den rollen fick han vara med om att planera den nuvarande vårdcentralen, som invigdes 1985.

- Det var en spännande tid. Tillsammans med mina medarbetare skapade vi en väl fungerande arbetsplats för den tidens vårdlag.

Ändrat karaktär

Under sin tid som chef i Lerum har Gunnar kunnat se hur själva chefsrollen har ändrat karaktär.

- Tidigare handlade det främst om arbetsledning. Nu är vårdcentralen en mer självständig enhet med ett långtgående decentraliserat ansvar för bland annat inköp och anställning av personal. Tyvärr finns det en strävan från den politiska ledningen att decentralisera ut ännu mer administration till oss vilket jag inte tycker man är betjänta av. Mer administration ute på enheterna tar plats från vårdarbetet och det måste vara en felaktig prioritering.

Gunnar Hede/in, avgående chef i Lerum, fortsätter som läkare vid vårdcentralen.

Gunnar är nöjd och stolt över insatserna från de 70 anställda på vårdcentralen.

- De gör fina insatser och ja kan glädjas åt en stabil personalstyrka.

Under årens lopp har vårdcentralen och dess personal deltagit i flera väl dokumenterade utvecklingsprojekt. Till dem hör den mycket uppmärksammade så kallade Lerumsmodellen med dess inriktning på en mer systematiserad bedömning av brådskegraden hos de vårdsökande.

Som chef har Gunnar strävat efter att i största möjliga utsträckning fatta besluten tillsammans med sin personal, liksom han känt det naturligt att vara delaktig i besluten i sin ledningsgrupp i Mittenälvsborg.

Nu har Gunnar fyllt 60 år i maj och vill inte längre ha det fulla ledningsansvaret.

- Det har blivit allt tyngre under senare år. Den ekonomiska och personella situationen är alltmer pressad och den satsning som politikerna i många år utlovat till primärvården ser vi inte i handling. Av bland annat den anledningen skall det bli skönt att få ägna sig åt andra saker.

Till dem hör fler patientkontakter samt att vara allmänläkarkonsult på Alingsås lasarett för att ytterligare utveckla kommunikationerna mellan de olika specialiteterna. Införandet av elektroniska remisser hör också till de kommande arbetsuppgifterna.

Gunnar räknar även med att få mer fritid än tidigare och han kommer inte att få några problem med att fylla den. Familjen med barn och barnbarn tar sin tid och han spelar även tennis samt sjunger sedan många år i en Barbershop kvartett."

BARNDISTRIKTSLÄKARNA

Barnläkarna i omvärlden

Det förväntades bland barnläkarna 1970 att det skulle krävas 200 pediatriker ytterligare för att ta över de barn 952 provinsialläkare skötte. Antalet pediatriker var då knappt 300. Av de 300 barnläkarna inom öppen vård 1973 var 40 barnhälsoöverläkare. Totalbehovet i den nya organisationen (i Sverige) ansågs böra bli åtminstone 800. Barnläkarna förväntades då ägna 20 timmar åt mottagning och några enstaka hembesök och att man skulle ha tre barn i timmen på sin mottagning, d.v.s. 60 patienter/läkare i veckan.

Verksamheten för barnmottagningarna i Älvsborgslandstinget definierades aldrig. Det fanns inga politiska beslut, inga riktlinjer. Det blev brokigt. I södra Älvsborg kom barnmottagningarna i Borås, Skene och Alingsås att knytas till respektive lasarett medan de Ulricehamn och Lerum organiserades inom primärvården.

I Älvsborgslandstinget har det aldrig funnits någon strävan att barnläkarna skulle sköta alla barn.

Barndistriktsläkarna i Mittenälvsborg

Till den öppna vården i Mittenälvsborg knöts två barnläkartjänster 1975. En placerades i Alingsås knuten till Barnkliniken i Borås. Den andra tjänsten tillhörande primärvården i Lerum placerades i den distriktsläkarmottagning som tidigare inretts för allmänläkare i en industrilokal på Pomonaområdet i centrala Lerum. I Alingsås var barnläkaren konsult på BB /barnbördsavdelning) tills den lades ned 1979. Verksamheten övergick till eftervård i ett BB-hem fram till 1992.

I slutet på 1990-talet tjänstgjorde 10 barnläkare i södra sjukvårdsdistriktet varav 2,25 tjänster i Lerum och 2,75 i Borås. På dessa mottagningar gjordes 1996 10.161 läkarbesök och samtidigt på Barnkliniken mottagning i Borås 11.336 besök. Barnmottagningen i Borås var den enda som var tillgänglig för jourfall dygnet om. Ute i primärvårdsområdenas barnläkarmottagningar tog man vanligen hand om akutvården dagtid upp till 4 års ålder i övrigt sköttes den av allmänläkarna.

Barnläkarverksamheten i Alingsås

Man startade 1975 i en ombyggd sexrumslägenhet på Södra Ringgatan 36. Den var tidigare en läkarvilla där bl. a. narkosöverläkare Fröström bott. När det huset revs 1988 för att ge plats för lasarettets tekniska försörjningscentral flyttade man till den gamla elevbostaden på Södra Ringgatan 34. Man fanns där tillsammans med BUP (barn- och ungdomspsykiatri) till år 2005, då man flyttade in i renoverade lokaler i lasarettet – den nya barn- och ungdomsmedicinska mottagningen, som fortfarande dock tillhörde primärvården i Mittenälvsborg

Barnmottagningen i Alingsås var de första 10 åren bemannad med en läkare (Christer Forsell), en sjuksköterska, 0,75 sjukvårdsbiträde och 0,5 sekreterare.

År 1986 överfördes barnläkarna i Alingsås, som då blivit två, till primärvården i Mittenälvsborg. Christer Forsell: ”För barnmottagningens utveckling blev övergången till primärvården det påtagliga lyftet vilket jag inte ångrar.”

År 2005 flyttade man åter och då till nyrenoverade lokaler inom lasarettet med mycket god standard.

Upptagningsområdet var Alingsås, Vårgårda och Herrljunga kommuner med årskullar mellan 500 – 800 nyfödda, cirka 14000 barn under 18 år. Under en femårsperiod gjorde 4000 barn 11.500 besök på mottagningen. Ytterligare 2000 familjer tog kontakt med mottagningen per telefon.

Barnläkarna skötte större delen av skolhälsovården och under samma 5 års period gjordes 10.000 besök hos skolläkaren. På BVC (7 Barnavårdscentraler i betjäningsområdet) gjordes 4000 läkarbesök vid specialistläkarmottagningar (5 timmar per vecka). Man ansvarade också för skolhälsovården inom skolan och vid omsorgsstyrelsens elevhem.

Ansvar hade läkarna för barnbedömningarna vid förlossningskliniken vid lasarettet tills denna lades ned i april 1979. Därefter ansvarade man för BB-hemmet, som tillkom efter BB's nedläggning. Efter 12 år lades även detta ned 1991.

Samarbetspartners: Vårdcentralerna och övrig primärvård. BUP, som har funnits i samma hus. Barnhabilitering med tjänstgöring där som läkarkonsult. Barnkliniken i Borås och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg. Ungdomsmottagning och socialtjänst i kommunerna. Spädbarnsgrupp och ätstörningsenhet m. fl.

Datorisering

Övergång till datorjournal (ProfDoc) gjordes 1994. Man ansåg att detta innebar en del problem som: ökad arbetsinsats, minskad överblick över ärendeförloppen på arbetsplatsen, svårighet att snabbt jobba med flera ärenden samtidigt, tidskrävande signeringsrutiner, receptskrivningsproblem och värdering av provtagningsfynd. Fördelarna var att snabbt ha journalen tillhands, snabbt kunna skriva remisser och att kunna kvalitetsutvärdera verksamheten.

Christer Forsell ur verksamhetsplan år 1995 – Allmänna synpunkter på verksamheten:

"Barn och ungdomar utgör över 20% av befolkningen. Engagemanget inom sjukvård, hälsovård och omsorgsvård gör att vi har kontakt med 95 – 100% av samtliga barnfamiljer i området. När HSL och tillsynslagen ska tillämpas på unga individer så är kravet på empati, omtanke, helhetssyn om möjligt större än under vuxenperioden.

Den barnmedicinska vården har ändrats markant på 20 år. Tidigare var vårdtiderna dubbelt så långa p.g.a. utredningar som nu görs i öppen vård. Av slutenvårdstillfällena nu är 805 akuta inläggningar framför allt infektioner. 2/3 av vårddagarna konsumeras av barn under 4 år."

"Vi hoppas att barnmottagningen i Alingsås för framtiden ska fungera i nära samarbete med andra instanser runt barn och barnfamiljer och verka för att

- Bidra till att vi inte får ett 2/3-dels samhälle där en stor grupp redan från början har svårt att hävda sig*
- Motverka ökande klyftor i samhället*
- Vi inte pressas att ta ut för mycket av den grupp barnfamiljer som har de största behoven och ofta de svåraste problemen*
- Kunna förstärka den egna livsviljan och kraften hos familjerna och barnen och så att vi kan samverka i vårt framtida samhälle."*

"Vi ser tecken på att välfärdsstaten är i gungning. Detta drabbar alltså de svagaste, där ingår barnen med olika former av handikapp och psykosocial problematik. Mycket talar för att det är nödvändigt med en omprioritering av samhällets resurser där insatser för barn och gamla blir det centrala igen."

Barnfamiljernas situation vid sekelskiftet. (Christer Forsell, 2005):

"Barnfamiljerna har pressats hårt ekonomiskt främst i början av 1990-talet. Man räknade i början av 2000-talet med att antalet barnfattiga var cirka 15%. Särkilt gällde det barn till ensamstående. Med barnfattigdom innebär en familjeinkomst omkring eller under socialbidragsnorm. I Alingsåsområdet fanns 2000 barn i familjer som måste vända på slantarna. De hade svårt att finansiera dyra mediciner, glasögon, kläder, utflykter i skolan m. m. Cirka 10% av föräldrarna hade svårare alkoholproblem vilket motsvarade 1500 drabbade barn. 20% av föräldrarna var långtidssjukskrivna eller arbetslösa..."

Barnläkarverksamheten i Lerum

Barnmottagningen i Lerum med upptagningsområde Lerums kommun inrättades 1976. Bemanning blev som i Alingsås med Ingegerd Emrén som barnläkare, första sjuksköterska var Anita Harling/Glanz,

Anitas yrkesverksamhet började som sjuksköterska på barnsjukhuset i Göteborg och fortsatte som barnsjuksköterska i Lerum. Hon berättade hur arbetet i Lerum började: – Jag fick en knippa nycklar och en vägbeskrivning till byggnaden där jag skulle jobba. Det var en barack i närheten av gymnasiet. Ett ruffigt ställe som varit läkarstation tidigare förutom ett hörn som var alkoholpoliklinik (Pomona). Anita tog itu med att rusta upp. Hon ringde runt och tog reda på bl.a. vem som skulle vara läkare där. De andra arbetskamraterna fick hon skaffa själv, vilket efteråt blev svårare att få gehör för – facket var då för Anita en okänd faktor. Hon frågade på andra ställen vad man kunde behöva på en barnmedicinsk mottagning. Anita: – Och Emmaplintar – det lärde jag mig hur man skaffar. Men plötsligt en dag dök blockföreståndaren från Borås upp. Hon var chef och hade fått en massa räkningar – och det gick inte an. Allt måste beställas genom henne, fick Anita veta. Anita: – Jag lärde mig jättemycket på detta och kunde mottagningen utan och innan.

Personliga kontakter med allmänläkarna inskränkte sig i början till möten måndagskvällar. Fredag var det ingen mottagning alls. Det var svårt för allmänheten att komma till utan någon form av remiss, utom för de allra minsta.

Ytterligare en barnläkartjänst tillkom år ??? . Först 1980 var båda barnläkartjänsterna besatta. Man hade då läkare tillgängliga 8 – 17 måndag till torsdag och varannan fredag till lunch. Vid konferenser, utbildning m.m. stängdes mottagningen, likaså under sommarsemestern.

1982, då Lerums gymnasium övertog Pomonafabriken, fick man flytta till en tillfällig barack. 1985 flyttade barnmottagningen, inte utan separatistiska protester, in tillsammans med allmänläkarna i den nybyggda vårdcentralen vid Göteborgsvägen. Umgänget med allmänläkarna blev nära och gott.

Krav på tillgänglighet ökade markant, vilket gick ut över samspelet med barnkliniken i Borås. Det var öppet alla dagar och de två barnläkarna fick åka på möten och konferenser varannan gång. Likaså fick man fördela semestrarna så barnmottagningen var öppen även på sommaren.

Kraven på tillgänglighet ökade 1994, inte minst för akuta konsultationer. Nu hade en tredje läkare tillkommit (år...). den tredje finansierades med patientintäkter. Därav blev det en medveten utökning av jourtiderna, vilket övrig primärvård önskade. Vissa planer på jourmottagning några timmar lördag och söndag förverkligades inte.

Barnläkarna i Lerum har aldrig arbetat full tid. Arbetsgivaren har varit mycket förstående för detta. Det innebär att läkarna aldrig behövt känna sig utarbetade. Det gav en oänsad flexibilitet. Under t.ex. infektionstider kunde man gå in och arbeta litet extra. Man har också kunnat ställa upp för varann vid ledigheter och sjukdom.

Ragnar Bergström, barnläkare i Lerum 1980 - 2004, har bidragit med fakta som delvis hämtats ur hans projekt: ”En barnmottagning i tiden”, 1995. I projektet diskuterar han bl.a. barnläkaren och allmänläkarens arbetsformer och relationer. Han sammanfattar:

- Det finns skäl att tro att en allmänläkare enbart för barn, ”barngeneralist”, inte har samma kunnande som en distriktsbarnläkare som arbetar med en selekterad patientgrupp.
- En trolig utveckling är att distriktsbarnläkarna kommer få ett snävare medicinskt arbetsfält och mer ansvar för psyko-sociala frågor, både för enskilda och för barn som grupp
- Såväl samhället som sjukvården är så föränderlig att man ständigt får anpassa sig till nya behov.

En Barnmottagning i tiden

Ragnar Bergström gjorde i ett projekt 1995 ”En studie om de dynamiska krafterna som styr barnsjukvården i Lerum”. Några utdrag ur studien.

"Barnmottagningen inrättades 1976 provisoriskt i en nedlagd kapsylfabrik och samsades första tiden med alkohopolikliniken. Personliga kontakter med allmänläkarna inskränkte sig till möten måndag kväll. Det var svårt för allmänheten att komma till utan någon form av remiss, utom för de allra minsta. Först 1980 var båda barnläkartjänsterna besatta. Man hade då läkare tillgängliga 8–17 måndag till torsdag och varannan fredag till lunch. Vid konferenser, utbildning med mera stängdes mottagningen, likaså under sommarsemestern.

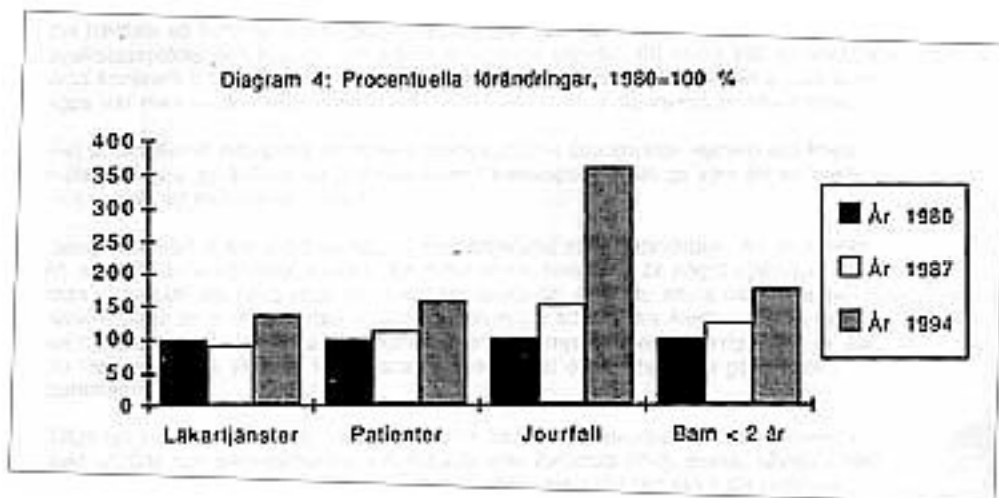
1982 trängdes den lilla barnmottagningen bort från kapsylfabriken av Lerums nya gymnasium och vistades under några få år i en tillfällig barack. Det låter spartanskt men byggnaden som bestod av ett antal sektioner var mycket ändamålsenlig. 1985 flyttade barnmottagningen, inte utan separatistiska protester, in med allmänläkarna i den nybyggda vårdcentralen. Detta medförde naturligtvis att umgänget med allmänläkarna blev nära.

Kraven på tillgänglighet ökade markant, vilket gick ut över samspelet med barnkliniken i Borås. Nu var det öppet varje fredag och de två barnläkarna fick åka på möten och konferenser varannan gång. Likaså fick man fördela semestrarna så att det fanns barnläkare tillgängligt även under sommaren, om än begränsad tid.

1994 var kraven på tillgänglighet, inte minst för akuta konsultationer, än mer uttalad. Nu var det dessutom tre läkare, den tredje finansierades med patientintäkter. Därav kom det att bli en medveten utökning av jourtider, vilket också var vad som önskades från övrig primärvård. För att öka tillgängligheten infördes kvällsmottagning till kl. 19 varje torsdag. Vissa planer på jourmottagning några timmar på lördag och söndag föddes till och med men förverkligades inte. Kontakterna med barnkliniken har glesat ut påtagligt och även barnläkarna på mottagningen ses så sällan att särskild tid fick avsättas för läkarmöte varje vecka.

Barnläkarna i Lerum har aldrig arbetat full tid. Efter ledighet för egna barn har ingen riktigt känt sig manad att återgå till heltid. Arbetsgivaren har härvidlag varit mycket förstående. Erfarenheterna av detta har genomgående varit mycket goda. Det har givit oanad flexibilitet i verksamheten.

Verksamheten



Kontinuitet och tillgänglighet

"Det är uppenbart att tillgänglighet och därmed kontinuiteten (i det svenska systemet) blir begränsad (av arbetstidsreglering bl. a.). Är detta ett problem för allmänläkarna så är det än större för en mindre grupp som distriktsbarnläkarna.

För att försvara bristerna med kontinuitet har det hävdats att kontinuitet inte skulle värderas högt av patienter jämfört med andra kvalitetsaspekter. Kontinuitet i vården kan vara när man skickar patienterna vidare om man även vidarebefordrar information.

Tillgängligheten i Lerum har varit god. Varje läkare har huvudansvar för ett geografiskt område och patienterna har i möjligaste mån fördelats enligt detta, såvida man inte uttryckt andra önskemål. Även om man inte alltid fått tag i sin ordinarie läkare har det alltid varit samma ställföreträdare (enhetens kontinuitet).

Kontinuiteten har varit mycket god för barn med kroniska sjukdomar. Det måste också anses vara av värde att så många varit kända före det diagnosen satts.”

Genomsnittlig kontakttid i år för avslutade patienter

	Antal år	Antal avslutade	Totalantal
Retardation	7,6	16	51
Autism	-	0	7
Down	6,3	3	17
CP	7,5	2	14
EP	6,0	37	59
Diabetes	8,1	14	18
Hypothyreos	5,3	4	12
Coeliaki	6,3	13	52
JRA	7,5	9	20

Kommentar till patientsammansättning

”Ett argument som anförts mot husläkarna är att med 2000 listade patienter skulle antalet barn ligga under 200. En så låg siffra skulle inte möjliggöra tillräcklig erfarenhet för husläkaren när det gäller barn.

Ännu mer har detta resonemang använts när det gäller uppdelningen av barnvårdscentraler i typ 1 och typ 2, d.v.s. huruvida man skall ha sjuksköterskor som enbart ägnar sig åt barn eller distriktsköterskor som också tar hand om de vuxna. Tankarna är naturligtvis riktiga. Vad som glöms bort är att resonemanget går att tillämpa även på specialister.

Det blir givetvis också skillnad på en husläkare som ansvarar för 1.500 inkl. barn och en barndistriktsläkare som ser ett selekterat antal av 5000 – 10000 barn. Inte sämre nödvändigtvis men annorlunda. Skillnaden mot barnläkarkollegor på klinik blir naturligtvis ändå större.

Man bör således försöka hamna på rätt trappsteg, d.v.s. kompetensen och underlag skall vara rätt avvägd, för att kunnandet skall komma så många som möjligt till godo. Detta gäller i varje nivå i den trappstegspyramid som sjukvården kan sägas utgöra.”

Sammanfattande

- *Det finns skäl att tro att en allmänläkare enbart för barn, ”barngeneralist”, inte har samma kunnande som en distriktsbarnläkare som arbetar med en selekterad patientgrupp.*
- *En trolig utveckling är att distriktsbarnläkarna kommer att få ett snävtare medicinskt arbetsfält och mer ansvar för psykosociala frågor, både för enskilda och för barn som grupp.*
- *Såväl samhället som sjukvården är så föränderlig att man ständigt får anpassa sig till nya behov.*

”Små patienter är också patienter”

Ragnar Bergström, distriktsbarnläkare i Lerum, skrev i december 1996 en artikel i Vårdsidan.

” Föräldrar vill träffa barnläkare på sin vårdcentral. Landstinget strävar efter att få ut patienterna i primärvård. Detta har kunnat tillgodoses under åren i Lerum, där barnmottagningen firar 20 års jubileum.

Barnmottagningen i Lerum svarar mot allmänhetens behov av barnmottagning på nära håll med Ragnar Bergström, distriktsbarnläkare, Gunilla Hellström, psykolog, Anita Jarl, sjuksköterska, Eivor Persson, undersköterska, Maj-Britt Jönsson, läkarsekreterare och Jonsi Widell, barnsköterska.

I oktober 1976 inrättades en barnmottagning i en nedlagd kapsylfabrik på industriområdet Pomona i Lerum. Det var under 70-talet som fyra barnmottagningar inrättades i Södra Älvsborg.

Målsättningen var att lätta trycket för de då tungt belastade barnklinikerna och erbjuda barnmedicinsk kompetens i barnens närhet. Meningen var alltså att barnläkarna skulle utgöra ett komplement till allmänläkarna på hemorten.

På många håll uppstod beklagligtvis en rivalitet mellan de två grupperna, särskilt under husläkarreformen, då det på flera håll i landet antydde att barnmottagningarna skulle försvinna.

Barnläkare för de minsta

I Lerum har samarbetet alltid fungerat fint. Det är de minsta, under 1 år, eller barn med kroniska sjukdomar och handikapp som i första hand är barnläkarnas ansvar. Allmänläkarna sköter de äldre. Till varje barnavårdscentral har det visserligen kopplats en barnläkare, men det är allmänläkarna som har den stora merparten av barn.

Under dessa 20 år har barnmedicin i öppenvård förändrats. Föräldrar har önskat att få träffa en barnläkare på hemorten. Sjukvården har strävat att utreda och behandla inom öppenvården. Detta har samverkat till att det inrättats fler distriktsbarnläkare.

Barnens välbefinnande i samhället

Samtidigt har barnklinikernas läkare blivit alltmer specialiserade inom mindre kunskapsområden. Det är på barnmottagningarna som det finns allmänpediatriker med ett brett kunnande.

Tyngdpunkten har också förskjutits från ett snävt medicinskt tänkande till att värna om barnens välbefinnande i samhället i stort. Det finns numera ett självklart samarbete med skolor, förskolor, sociala myndigheter, polis med flera, för att gemensamt minska risken för ohälsa hos barn. Särskilt gäller detta barn med kronisk sjukdom eller handikapp.

Förväntningar, åtminstone från en del av allmänheten att alla barn och ungdomar skulle få komma till barnläkare har varken barn- eller allmänläkare uppmuntrat. I så fall skulle det behövas mellan sju till tio barnläkare bara i Lerums kommun.

Allas delaktighet i sjukvården

Nu tycks omständigheterna likna dem som rådde för 20 år sedan. Åter är målsättningen att hänvisa dem som får sin vård hos barnklinikernas specialistmottagningar till primärvården och det är tack vare barnmottagningarna detta skulle kunna förverkligas.

Helhetssynen på sjukvårdens ansvar understryks av att 20-årsdagen firades genom att bjuda personal från primärvård och barnmottagningar till en utbildningsdag om - vårt åldrande.

Tanken med det kanske förvånande ämnet var att försöka belysa allas delaktighet i sjukvården i en tid, då det på grund av ansträngd ekonomi, finns risk för att grupp ställs mot grupp. Denna dag kunde man dock inte spåra några motsättningar mellan pediatrik och geriatrik.”

DISTRIKTSVÅRD OCH FÖREBYGGANDE VÅRD

Distriktssköterskeverksamheten

Distriktssköterskan Barbro Svalin berättade vid intervju den 22 april 2005 om distriktssköterskans arbete under 1970 – 80-talen.

”1970-talet

1975 fick Barbro tjänst som distriktssköterska i Lerum med placering i nya lokaler i bottenvåningen i Hälsohuset på Brobacken. På samma plan fanns barnmorskemottagningen med Evy Johansson som barnmorska. I andra våningen var läkarstationen. Lerum delades så småningom i betjäningsområden. Barbro S. tillsammans med Gunnar Hedelin hade södra Lerum från Slätthult ned till Hulan. Inger Wedenmark fick egen mottagning i Hulan och arbetade ihop med Olof Wik. Lerums norra områden betjänades av Margareta Ström med Thomas Nordenberg (västerut) och Gudrun Bengtsson med Inger Gallon. Arbetsuppgifterna var de vanliga: mottagningsarbete, tel. tid, hembesök och BVC. Föräldrautbildningen började så smått komma igång under denna tid.

Hemsjukvård och vård i vid livets slut i hemmet var distriktssköterskans uppgift. Man gav underlag för anhörigbidrag i hemsjukvården som administrerades av Ulla Dahlqvist och Långvårdskliniken i Alingsås.

Vi kunde få konstatera förväntade dödsfall i hemmet med samarbetspartnern, läkaren som skrev ut dödsbeviset. Av och till blev det tvunget med hembesök även nattetid. Första kontakten med begravningsbyrån var del i processen. På BVC hade vi egen mottagning och med läkarna. Hjälp hade vi med att väga de nyfödda. Rut Östlund var en av de första vad man kallade. ”vågbiträdena”.

Samarbetet med socialkontorets assistenter förekom – inte minst för Barbro, som hade tidigare arbetskontakter.

Distriktssköterskorna i Lerums kommun delade jourtjänst under lördagar och söndagar. En uppgift var att på morgonen fara runt i distriktet och ge bl.a. insulininjektioner, spola och byta katetrar. Sedan var det mottagning mellan kl. 9 och 11. Efter lunch blev det hembesök som de ordinarie distriktssköterskorna ordinerat. Det kunde gälla injektioner och omläggningar.

1980-talet

Hösten 1980 flyttade vi till mottagningslokaler i det nya Polishusets översta våningsplan. Det var mitt emot den nya Vårdcentralen i Lerum. Då kallades för första gången verksamhetsområdet – distriktsvård. Lokalerna var stora och fina. Varje distriktssköterska fick egen expedition med närgränsande behandlingsrum. Vi fick också mottagningsbiträden/undersköterskor som hjälp – s. k. dusk. Den först anställda var Britt Hurtig. Efter något år fick vi ytterligare en dusk, Anna Larsson. De var tillhörande hjälp på mottagningen och kunde ta över många arbetsuppgifter.

Fortfarande var man områdesindeldad med var sin läkare som samarbetspart.

Barnhälsoöverläkaren, Jan Johansson, fanns i Borås liksom Inga-Maj Håkansson, ansvarig för distriktsvården i södra sjukvårdsdistriktet. Man ordnade utbildningar i Borås för distriktssköterskorna inte minst inom föräldrautbildningen, som satsades allt mer på. Det var oftast heldagsutbildningar som var mycket attraktiva och upplevdes värdefulla för verksamheten. Utbildningar ordnades också lokalt i Lerum.

BVC-mottagningar hölls tillsammans med samarbetsläkarna men också specialistmottagningar med de i Lerum stationerade barnläkarna, Ingegerd Emrén och Ragnar Bergström.

Man blev mer självständiga i de nya lokalerna. Varje morgon samlades alla för genomgång av post och gemensamma problem före de egna mottagningarna startade.

Föräldragrupperna utvecklades mer och mer efter utbildningsinsatserna. Vi hade också allt mer kontakt med förskolor och dagisverksamhet, där vi informerade om t.ex. barnolycksfall och hur man kunde förebygga infektioner. När dagis drabbats av streptococcus eller maginfluensa fick vi ta prover. Informationsmötena var välbesökta och ordnades också kvällstid för föräldrarna.

Kontakter med skolhälsovården ökade. Man samordnade BVC:s sexårskontroll med skolsköterskornas 1:a klass undersökning och överlämnade samtidigt BVC-journalerna till skolhälsovården.

BVC-verksamheten var omfattande. Första kontakten var oftast ett hembesök i nyföddhetsperioden. Då etablerades en god kontakt med familjen som var viktig bl. a. för

det omfattande vaccinationsprogram som skulle genomföras. Framförallt var det viktigt att bygga upp en god relation för de fortsatta 6 – 7 åren BVC-kontakter. Olika screeningsprogram genomfördes vid olika åldrar. Några exempel är synkontroller, hörselkontroll med Boeltest, fyraårskontrollen. En viktig person i verksamheten var barnpsykologen, Gunilla Hellström. En annan kontakt i BVC var tandhygienisten som gav information om barns kostvanor och tandhygienens betydelse för tandhälsan.

Journaler enligt speciellt formulär fördes noggrant på BVC över allt som gjordes. För övrig mottagning och hembesök fördes särskilda journaler på s.k. distriktssköterskekort.

En viktig yrkesgrupp att samverka med var hemsamariterna för de äldre. De var distriktsindelade som distriktssköterskorna vilket underlättade samarbetet kring patienterna. Vi hade av och till träffar på mornarna med dem innan de gick ut till sina klienter/patienter.

Lerum får ny vårdcentral 1985

Som sista område i Lerums kommun fick Lerum 1985 en ny vårdcentral vid Göteborgsvägen mitt emot polishuset och distriktssköterskemottagningen. Den invigdes i maj månad. Då omorganiserade man till vårdlag med distriktsläkare, distriktssköterska och annan personal i vårdlag. Distriktssköterskornas områdesgränser kvarstod. Flera nya tjänster tillkom. Kerstin Grek ingick i det röda vårdlaget tillsammans med Barbro Svalin, Gunnar Hedelin och mottagningssköterskan Maria Thomasson. Margareta Ström och Maj Synneby, som får eget distrikt arbetar tillsammans med Thomas Nordberg och Andre' Stadelman. Gudrun Bengtsson har kvar sitt distrikt kring Stenkullen tillsammans med Inger Gallon. Ytterligare en distriktssköterska Inga den Hartog tillkom.

Varje morgon hade distriktssköterskorna en gemensam telefonrådgivning från en telefoncentral. Det utarbetades en rådgivningspärm för att man skulle ge ungefär enhetliga råd. Vår erfarenhet från den tidigare rådgivningen var en stor tillgång. Vi hade vår egen distriktssköterskemottagning med vår dusk, Anna Larsson men vi arbetade också tätt tillsammans våra respektive samarbetspartners i vårdlaget.

Gunilla Hellström från barnhälsovården i Borås gjorde att föräldraundervisningen intensifieras och utökades. Jan Johansson och Inga-Maj Håkansson från Borås var också inblandade. Kontakterna med förskolor och skolor fortsatte ungefär som tidigare, liksom kontakterna med hemsamariterna. Omorganisationerna under några år var ganska omfattande och lokaler byttes för att effektivisera verksamheten och minska utgifterna.

I vårdcentralen rymdes även sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnläkare och apotek.

Varje morgon samlades all personal i respektive vårdlag för genomgång av dagens verksamheter. En dag i veckan var några timmar avsatta för utbildning för vårdcentralens personal tillsammans med olika andra yrkeskategorier i anslutning till vården. Den lokala utbildningen leddes av Gunilla Hellström och barnläkarna i Lerum kompletterade en del av utbildningsaktiviteterna i Borås.

Kontakten med våra äldre var fortfarande stor och vi skötte all hemsjukvård tillsammans med hemsjukvårdsassistenter från Alingsås och sjukhemmet i Lerum där det finns avlastningsplatser. Samarbetet var gott. Hemsjukvårdspatienterna blev allt svårare, inte minst cancerpatienterna, en del i livets slutskede. Vi fick utbildning på Östra sjukhuset i Göteborg att sköta för oss ny utrustning och förändrade vårdinsatser.

En tätare kontakt mellan BVC och socialkontoret utvecklades under denna tid. Tillsammans med hemtjänstassistenter vårdplanerade vi som grund för individuell vård av hemsjukvårdspatienterna.

HIV aktualiserades i slutet på 1980-talet. Det gav nya rutiner i patientkontakterna. Bland annat började man använda plasthandskar vid omläggningar och injektioner.

1990-talet

1993, när Ädelreformen genomfördes, blev det stora förändringar för oss distriktssköterskor. Vi fick själva bestämma om vi ville gå över till kommunens äldreomsorgsorganisation eller stanna kvar på vårdcentralen och i huvudsak ägna oss åt arbetet på vårdcentralen med BVC-verksamhet som huvuduppgift. Barbro valde att fortsätta att arbeta med Gunnar Hedelin på vårdcentralen men kunde också ha kontakt med sina äldre patienter till pensioneringen 1996.

Kommunsköterskor tog över all hemsjukvård. Kontakten mellan primärvård och den nya hemsjukvården inklusive vården på sjukhem och ålderdomshem blev problematisk. Speciellt saknades läkaransvaret för den nya hemsjukvården.

De i primärvården kvarvarande distriktssköterskorna hade mottagningsverksamhet i nära samverkan med läkarstationen samt barnvårdscentral

Under det tidiga 90-talet kom också datorerna som ett bra hjälpmedel för vår verksamhet. Inte så mycket för oss distriktssköterskor som för övrig personal men ändå en tillgång vid kontaktplanering vid mottagning och BVC.

Mödra- och barnhälsovården, utvecklades starkt

Den förebyggande mödra- och barnavården byggdes ut under 1940-talet. Mottagningar fanns i Lerums mödra- och barnavårdsstation; i Sollebrunn, Långared, Olofstorp; Alingsås, Östadkulle, Töllsjö och Floda; Vårgårda, Ljurrhalla, Närke, Bergstena; Herrljunga och Ljung.

Landstinget hade mödravårdscentraler av typ I i Borås och Vänersborg och av typ II i Trollhättan och Ulricehamn. Det fanns fyra barnavårdscentraler av typ I i Borås och en i Vänersborg och barnavårdscentraler av typ II i de uppräknade städerna och en odelad mödra- och barnavårdscentral i Alingsås. Till detta kom 31 mödra- och barnavårdscentraler, under vilka sorterade 64 mottagningscentraler. Barnavårdscentraler av typ II skötte av distriktssköterskor oftast med provinsialläkaren som lokal BVC-läkare.

När den nya organisationen byggdes upp under 1970-talet tillsattes barn- och mödrahälsovårdsöverläkare knutna till centrallasarettet i Borås och Vänersborg för södra respektive norra distriktet. Som ansvarsområde hade de samtliga mödra- och barnavårdscentraler vad gällde den medicinska utvecklingen av verksamheten och utbildningen av personalen. Ledningsansvaret för personalen kvarstod inom primärvården. Samarbetet med primärvårdens ledning på olika nivåer var gott.

Évy Johansson, barnmorska berättar:

"Påtryckning från kollegor i Lerums kommun: "Varför skall du arbeta i Göteborg när du bor här och behövs så väl" gjorde att det var lätt att fatta beslut. Efter vikariatet i Surte, blev det Alingsås BB fram till hösten 1963 då jag fick ordinarie tjänst i Lerums kommun, Lerum – Floda – Gråbo. Förvården var ganska bra etablerad här med mottagning intill provinsialläkarmottagningen och tillsammans med distriktssköterskan. Mottagningstiderna var kända hos allmänheten men barnmorskan hade då viss inställelseplikt på förlossningsavdelningen på Alingsås lasarett och Borås lasarett. Detta utnyttjades maximalt. Det förekom också hemförlossningar, vilket gjorde att patienterna ej alltid träffade barnmorskan när de kom till mottagningen. Mitt krav var att detta ändrades på om jag skulle acceptera tjänsten. Det gick igenom och inställelseplikten på förlossningsavdelning försvann men hemförlossningarna fortsatte ett par år till.

Jag startade genast förberedelse inför förlossning för blivande mödrar, då kallad mödragymnastik, samt studiebesök på Alingsås BB. Lokal för mödragymnastiken var barnvagnsgaraget under våra mottagningslokaler i det som sedan blev socialkontor. Jag gjorde hembesök så snart jag fick veta om graviditeten. Oftast fick jag veta det genom distriktssköterskan men också av den blivande mamman per telefon i bostaden. Jag hade en bestämd telefontid varje dag.

Regelbundna graviditetskontroller blev ganska snart ett krav från blivande mödrar och då var det dags för tidsbeställning för att ej få för långa väntetider på mottagningen. Graviditetstester var det stora problemet. Urin sändes per post till ett laboratorium på Guldheden i Göteborg och efter två veckor kom svaret. Det var marsvin eller möss som urinen sprutades in i, därefter avlivades de för att man skulle se på ovariereaktionen. Dessa två veckor var mycket jobbiga, särskilt för de som skulle ansöka om abort. Läkarbesöken för gravida gjordes hos provinsialläkaren (dr Nyman) med mottagning en gång i månaden.

När jag började i Lerum fanns ej gynekologstol men sådan inköptes efter ett par år. Varje gravid kunde då bli gynekologundersökt. Bäckentmätningen blev lättare och vid tveksamma undersökningsresultat gjordes en bäckenröntgen, Patienten remitterades till röntgenavdelningen i Alingsås.

Arbetet var omväxlande med mottagning, hembesök, mödragymnastik med förlossningsförberedelse och hemförlossningar. Telefonrådgivning hade jag på hemtelefonen och patienterna fick ringa när som helst på dygnet. Nyss hemkommen från BB ringde de och ville ha råd och stöd samt hjälp med amning och urpumpning av bröstet. På nätterna ringde de som ville ha sällskap in till förlossningsavdelningen i Alingsås eller Borås. Telefon vid sängen och kläder lätt tillgängliga och snabbt iväg för en taxi eller ambulanstransport till förlossningsavdelningen.

Fortbildning och barnmorskesammanskomster fanns ej på 60-talet men byggdes upp undan för undan med barnmorskeförbundets och kvinnoklinikernas hjälp. Det är nu sedan år tillbaka välbesökta och innehållsrika studiedagar där man får ökad kunskap och kontakt med kollegor och klinikpersonal. Studiedagarna anordnades av mödrahälsoöverläkaren vid Borås lasarett och KK Östra i Göteborg.

Ultraljudsundersökning för gravida fanns ej de första åren. Man fick palpera livmoderns storlek med handen på patientens mage och så småningom höra hjärtljud från barnet med tråstetoskop. Med andra ord blivande mamman var ofta ej säker på att hon var gravid förrän hon kände fosterrörelser. I dag lyssnar vi på fosterhjärtat med en doppler i cirka 14:e till 15:e graviditetsveckan och då kan hela familjen höra hjärtljuden från den nya familjemedlemmen i livmodern. Därefter får de ultraljudsundersökning i cirka 16:e veckan av graviditeten. Då ser familjen barnet på en bildskärm och får information om vad de ser samt ett fotografi. Det är oftast en barnmorska som gör ultraljudsundersökningen.

Graviditetstestet idag är enkelt. Den nyfikna, förväntansfulla eller oroliga kvinnan kommer med morgonurin och får inom tre minuter veta om hon är gravid eller ej och får då samtidigt samtal. Är hon gravid får hon veta beräknat förlossningsdatum och planering för graviditeten. Vid abortönskan samtal och planering för gynekologbesök på kvinnokliniken.

Föräldrautbildningen har fungerat bra genom åren och sedan några år tillbaka deltar också den blivande pappan. Han som tidigare var helt förbjuden på förlossningsavdelningen och som fick se sitt barn genom en glasruta på vårdavdelningen är nu den som har en stor stödjande uppgift under graviditeten, förlossningen och BB-tiden. När familjen är samlad efter utskrivning från KK kan han få vara hemma från arbetet 10 dagar för att hjälpa och stödja sin hustru.

Nyblivna föräldrar är ofta ensamma. De bor långt från sin släkt och kan därför ej få stöd och råd. Därför är föräldragrupper nödvändiga under graviditeten och småbarnstiden. Där knyts också kontakter mellan mammorna för kanske många år framåt.

En av barnmorskans arbetsuppgifter sedan 20 år tillbaka är att ta cytologprov på kvinnor i viss åldersgrupp per år. Kvinnorna inbjuds per brev som en sekreterare på kvinnokliniken sänder ut. Dessa besök ger ju kvinnan tillfälle att diskutera problem och få råd i samlevnads- och preventivmedelsfrågor.

I samband med att denna verksamhet startade ordnade arbetsgivaren telefon på mottagningen och hemtelefonen fick inte användas som tjänstetelefon. Samtal från patienter kvällar och nätter försvann så småningom.

Mödravården i Floda och Gråbo lades in i distriktssköterskans arbete några år.

Barnmorskans nästa uppgift, några år senare, då kvinnans rätt till abort lagfästes, var preventivmedelsrådgivning. Socialstyrelsen ansåg att barnmorskan var den lämpligaste att ta hand om den uppgiften eftersom hon haft kvinnan vid cytologprovsundersökningen och var van att samtala och undersöka kvinnorna. Alla intresserade barnmorskor fick utbildning och förskrivningsrätt för preventivmedel. Jag deltog i den första kursen som anordnades i Göteborg. Lerum var en av de första kommuner där kvinnor, män och ungdomar kunde få rådgivning för att undvika graviditet och abort genom att lämpligt preventivmedel provades ut eller förskrevs.

I samband därmed blev det mer aktuellt att barnmorskan hade en gynekolog som stöd och rådgivare i frågor som barnmorskan hade svårighet att ta ställning till. Gynekolog Björn Gillbrand från Borås KK var vår trygghet i Lerums kommun. Han var vår mödra- och hälsovårdsöverläkare och kom till Lerums mödravård en gång i månaden för att undersöka och samtala med gravida kvinnor om det varit en komplicerad graviditet och förlossning tidigare eller någon frågeställning eller komplikation vid den aktuella graviditeten. I samband med dessa mottagningar kunde övriga frågor som preventivmedelsbarnmorskan hade tas upp.

De graviditeter som var komplikationsfria sköttes som tidigare av distriktsläkare fram till 1975 då vi fick Borås KK:s pensionerade överläkare, dr Rydén, som kom till oss en gång i veckan och tog hand om läkarbesöken av normala graviditeter och de preventivmedelspatienter som behövde få någon speciell frågeställning besvarad. Han var mycket omtyckt. Dr Rydén slutade hos oss 1985 och dr Gallon (distriktsläkare i Lerum) övertog hans arbete hos oss. I samband med att Lerums kommuns kvinnor fick förlösas på KK Ö i Göteborg och ej behövde åka till Borås övertog KK Ö läkarbesöken som Björn Gillbrand tidigare haft men han hade kvar rådgivning vid komplicerade preventivpatienter och ansvaret för barnmorskans arbete.

De första åren förlöstes Lerums kommuns kvinnor på Alingsås BB eller Borås KK men år 1975 gjordes ett ekonomiskt och praktiskt avtal om att förlossningar,

gravitetsövervakning vid komplikationer samt ultraljudsundersökningar fick göras på KK Ö i Göteborg och så är det fortfarande och fungerar bra.

Antalet barnmorskor ökade successivt i förhållande till patientökning liksom undersköterskehjälp.

Sammanfattning

Min uppgift som barnmorska på mödravårdscentralen i Lerum startade med att vara distriktsbarnmorska med inriktning på att förbereda gravida inför förlossningen och att ge dem råd och vård så att de kom till sin förlossning i god häls, fysiskt och psykiskt. Dessutom att eventuella komplikationer var väl förberedda och genomgångna genom samtal. Samt att vara tillgänglig dygnet runt per telefon för rådgivning och hembesök och att stödja familjen med att vara med kvinnan vid resan in till förlossningen om hon så önskade och att de som ville föda sitt barn hemma fick den hjälp som behövdes före, under och efter förlossningen.

Idag år 1994 är arbetsuppgifterna:

- att förbereda det gravida paret inför förlossningen och föräldraskapet genom undervisning, individuellt vid mottagningsbesök och i grupp, hälsokontroll av graviditet och kvinnan själv och studiebesök på KK;
- att genom graviditetstest konstatera graviditet och då avtala tid för det gravida paret för inskrivning på MVC;
- att svara på frågor, ge råd, planera för läkarbesök, ultraljud, föräldraförberedelse;
- att genomföra vanliga barnmorskekontroller;
- att ha preventivmedelsmottagningar där kvinnor och män får komma för samtal, rådgivning och utprovning alternativt förskrivning av lämpligt preventivmedel;
- att ge information till dem som önskar sterilisera sig;
- att vid cytologmottagning ge kvinnorna upplysning om provtagningens syfte och resultat och om självundersökning av bröstet samt hälsoupplysning och vart de kan vända sig vid ohälsa och problem;
- att ge hälsoupplysning till skolelever i årskurs åtta. Studiebesök och information om barnmorskans arbete, ge preventivmedelsupplysning. Uppmana dem att uppsöka ungdomsmottagningen vid problem;
- att även ge aidsrådgivning till årsklass nio;
- att vid infektionssjukdomar aktivt medverka med information och hälsoupplysning, t.ex. aids, clamydia, condylom, gonorré;
- att delta i studiedagar och kurser för att hålla kunskaperna levande och få ta del av nya rön och behandlingsformer;
- att ha god kontakt med personal på de kliniker våra patienter kommer till;
- att ha kontakt med kollegor för utbyte av erfarenheter som är till nytta för verksamheten.

Denna berättelse och redovisning skrevs år 1988. Detta år hade jag varit barnmorska i 35 år och jag har i stora drag berättat om utvecklingen under dessa år. Det är fantastiskt att ha fått arbeta inom detta yrke under dessa år då det varit en så stor förändring för blivande föräldrar, barnaföderskor, barn och ungdomar.

Från 1988 – 1994 (då jag gick i pension) blev kraven från allmänheten och blivande föräldrar stort och trycket stort på mödravårdspersonal för att med tanke på de resurser som de såg att förlossningskliniker har och att det gavs 100% säkerhet att allt skulle gå bra med förlossning och barn samt vara smärtfritt.

Viktigt för barnmorskans arbete och verksamhetens resurser var den regelbundna utbildningen med kursdagar, sammankomster, vårdcentralmöten anordnade av arbetsgivaren och läkemedelsföretag samt av mödrhälsoöverläkaren”

Barnhälsovården

Verksamheten på distriktscentralerna och stationerna vidgades under kommande årtionden. Främst återspeglas det i att den förebyggande barnvården i princip skulle omfatta barn från spädbarnsåldern upp till skolåldern. Läkarnas arbetsbörda utgjorde ett hinder för en hundra procentig hälsokontroll. Man fick i första hand ägna sin uppmärksamhet åt spädbarnen och ettåringar och därefter åt äldre barn som är kläna eller hade defekter. Man samarbetade med andra grenar av sjukvården, t.ex. psykiska barn- och ungdomsvården och ögonavdelningar.

Barnhälsovårdsöverläkarna angav så småningom målsättningarna:

” Barnhälsovårdens mål är att

- *minska dödlighet, sjuklighet och handikapp hos barn*
- *söka minska skadliga påfrestningar för föräldrar och barn*
- *stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och härigenom skapa gynnsamma förutsättningar för en allsidig utveckling hos barnen*

Dessa övergripande mål kan uppnås genom att

- *Stödja föräldrar i ett aktivt föräldraskap*
- *Upptäcka och förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn*
- *Uppmärksamma och förebygga risker för barn i närmiljö och samhälle*

Barnhälsovården är förebyggande medicinsk verksamhet med starka psykosociala aspekter. Befolkningens tillit till verksamheten är utomordentligt stor är de väsentliga orsakerna till nära 100% anslutning av förskolebarnen och deras familjer. Barnhälsovården är en unik verksamhet i Sverige men också i internationella jämförelser.

Arbetsuppgifterna för sjuksköterskan har successivt ökat och ändrat karaktär. En förskjutning har skett från ett somatiskt mot ett alltmer folkhälsoinriktat och psykosocialt perspektiv. Detta p.g.a. att barnen fysiskt har blivit allt friskare medan de psykosociala och miljömässiga problemen har ökat

I och med att barnläkare kom att verka ute i primärvården stärktes den lokala läkarkompetensen. Allmänläkarna som var grunden i läkarbemanningen stöttades upp genom specialistmottagningar på BVC. Samarbetet blev gott och man kom lätt överens om arbetsfördelningen.

Barnhälsovårdens basprogram

Barnhälsovårdens basprogram är grunden för verksamheten. Förutsättningen för att uppnå barnhälsovårdens mål är att det erbjuds och når alla förskolebarn. Basprogrammet kan ses som en miniminivå för barnhälsovårdens insatser (vilket i och för sig är tillräckligt för majoriteten av barn). Det kan och skall kompletteras efter individuella behov.

Barnets ålder	Personal/Metod Ssk = BVC-sjuksköterska	Innehåll exempel:	Vaccination/screening
0-7 dagar efter hemkomst	Hembesök	Förlossningsupplevelse, information om BVC, barnets hälsa, mor-barnkontakt, amningsstöd, skötsel, utrustning, rökning-alkohol, barnsäkerhet	Diskutera behov av senare BCG-vaccination (Riskbarn)
1-5 veckor	Ssk BVC 2-4 ggr/månad Ssk Föräldragrupp	Tillväxt hälsa, amning, föräldra-barnkontakt	
6 veckor-3 månader	Ssk-BVC 1-3 ggr/månad Ssk-läkare 1 gång BVC Ssk Föräldragrupp	Tillväxt amning, föräldra-barnkontakt, barnsäkerhet Hälsa, utveckling, stimulans	Vid 3 månader Difteri-Tetanus-Pernussis. Polio, Hib I
4-7 månader	Ssk BVC 1 gång/månad Ssk-läkare 1 gång Ssk Föräldragrupp	Tillväxt hälsa, utveckling, amning, mat, gluten, stimulans, föräldra-barnkontakt, barnsäkerhet	Efter 5 månader Difteri-Tetanus-Pernussis. Polio Hib II BCG-vaccination för barn i ökad risk från 6 månader
8-12 månader	Ssk BVC Varannan månad Ssk-Läkare 1 gång BVC Tandhälsovård Ssk Föräldragrupp	Tillväxt hälsa, utveckling, amning, mat, tandhälsa, stimulans, föräldra-barnkontakt, barnsäkerhet, barnomsorg	7-9 månader: BOEL-test 10-12 månader: Difteri-Tetanus-Pernussis. Polio Hib III
13-17 månader	Ssk BVC Var 3:e månad	Tillväxt hälsa, mat, språk, stimulans, barnsäkerhet, tandhälsa	
18 månader	Ssk(-Läkare)BVC	Hälsa utveckling, mat, tänder, språk, stimulans, barnsäkerhet	Mässling-Påssjuka-Röda hund
2 1/2 år	Ssk BVC	Mat, språk, barnsäkerhet, utveckling, TV-Video,	Språktest
4 år	Ssk BVC	Syn, språk, utveckling, mat, barnsäkerhet	Synprovning, taltest
5 1/2 år	Ssk-Läkare BVC	Skolförberedande us Barnsäkerhet	Koncentration, Motorik, Perception, Syn, Polio IV

Barndietist i Lerum

Ur Vårdsidan nr 2 1999 citerar vi en artikel av Ulla Wessman.

”Barnen lyssnar på mattanten”

Sju till tio procent av alla barn måste tänka på vad de äter. Tjugo procent av alla barn är överviktiga. Många förskolebarn har glutenintolerans, mjölkintolerans och andra födoämnesallergier. I primärvården i Mittenälvborg finns en speciell barndietist.

Helena Grill-Holmberg har arbetat sedan 1977 med barns matrelaterade sjukdomar.

Vart femte skolbarn är överviktigt

Sju-tio procent av alla barn måste tänka på vad de äter!

- Många förskolebarn har glutenintolerans, mjölkintolerans och andra födoämnesallergier, säger Helena.

Om spädbarnet får utslag, svullnader och diarréer är den vanligaste orsaken att de inte tål mjölk. Oftast kan spädbarnet med mjölkintolerans vid två års ålder åter börja använda mjölk i sin kost. Diabetes är en sjukdom som ökar hos barn.

- 20 procent av alla skolbarn är överviktiga och detta är ett ökande bekymmer, anser Helena.

Dietistbesöken ökar

Antalet dietistbesök har successivt ökat. Under en treårsperiod har efterfrågan på Helenas tjänster nästan fördubblats.

Orsakerna kan vara att det finns tillgång till dietist på barnmottagningen och läkarna har lärt sig använda dietisten. Dietisten kan noga penetrera barnets matvanor.

Orsaken till de ökade allergierna är svåra att fastställa. Helena konstaterar att miljön inomhus och utomhus har förändrats under åren. I en nybyggd lägenhet kan det finnas 500 - 700 olika ämnen, plaster, klister, olika golvmaterial o.s.v.

Hur få föräldrar och barn att ändra kosten?

- De yngre barnen har svårt att tillgodogöra sig det jag säger, men är man fyra år kan man mycket väl gå med sin förälder till mig. Barnet kan bli mer motiverat när "tanten" säger att du ska inte dricka mjölk.

- Det blir då lättare för föräldrarna att motivera barnet att inte dricka mjölk. Det viktigaste är att vi från början "petar" så lite som möjligt. En mjuk övergång till rätt kost är receptet.

Uppföljning av besöket är helt frivilligt. Genom eget initiativ tar föräldern ofta kontakt med Helena och kan då få tips och råd att gå vidare via telefon eller besök.

Dietist behövs i primärvården

- Dietister behövs i primärvården, säger barnläkare Ragnar Bergström, dietistens arbete är viktigt. Läkarnas utbildning är i det närmaste obefintlig, när det gäller kosten, trots att hälsan så ofta är kopplad till mat.

Han fortsätter att konstatera att en del barn äter för mycket och andra äter för lite. En del äter fel och en del äter osunt, åtminstone enligt föräldrarna.

Det finns barn som inte tål mat, men detta kan betyda allt ifrån att barnet inte tycker om just detta födoämne, till att det kan röra sig om en livshotande allergi.

Överkänslighet kan alltså bero på helt olika orsaker och det krävs kunskap, tid och intresse att informera så att eventuell diet får rimliga proportioner.

Äta med glädje är receptet

Kunskap skall leda till att föräldrarna känner sig trygga med mathållningen och att man inte begränsar kosten i onödan. Måltiderna skall vara en källa till glädje och inte till oro. Dietisten bidrar till allt detta."

Ungdomsmottagning – en ny verksamhet

Anita Glanz var med och startade en Ungdomsmottagning i Lerum år ? .

I Vårdsidor nr 3 1998 hämtar vi ur ett arbetsplatsreportage av Ulla Wessman.

Under 1997 hade Ungdomsmottagningen 1.500 besök. Gruppverksamhet på mottagningen och utåtriktad verksamhet i skolor och på fritidsgårdar har barnmorska och kurator sammanlagt haft 130 grupper under samma år.

"De flesta unga kvinnor i Lerum gör sin första gynekologiska undersökning på ungdomsmottagningen. De kan söka för att de har problem med flytningar, ospecifika besvär från underlivet, mensvärk eller för att de bara behöva prata om sex.

- Mottagningen är öppen för ungdomar i åldrarna 13 till 25 år. Det är sällan någon som är över 20 år som söker, berättar Gun Rembeck, barnmorska. De som besöker oss mest går på gymnasiet.

- Personalen har olika yrken, vi är av olika kön och i olika åldrar. Det ser vi som mycket positivt i vårt arbete på Ungdomsmottagningen, berättar Gun. Våra erfarenheter av livet ser olika ut och det är en fördel för vårt samarbete i gruppen.

Den utåtriktade verksamheten sköter Gun, Gustav Jagner, kurator och Monica Gjertz, kurator. På gymnasiet träffar de hela klasser. I årskurs 9 delas klasserna, Gustav talar med killarna och Gun och Monica med tjejerna. Det kan se annorlunda ut, men detta är den vanligaste eftermiddag och kväll till kl. sju. Vi diskuterar också tillsammans i hela klasser

under olika teman som till exempel om manligt och kvinnligt, könsroller och könsmognad. I nionde klass tar vi upp frågan: Hur fungerar jag som tjej/kille?

Anna-Stina Cederbom, barnmorska, berättar att barnmorskorna arbetar på Drop In-mottagningen på måndagar mellan klockan tre och sex, men att hon har även tidsbeställda besök.

- Vi skriver ut p-piller. Om någon misstänker att hon/han har blivit smittad av någon könssjukdom, som skapar stor oro, tar vi hand om dem. Vi utför graviditetstester. Dagen efter piller (inom tre dagar efter samlag) kan vi också ordinera.
- Denna typ av besök har ökat det senaste året, konstaterar barnmorskorna.

Barbro Rothelius, läkare, har tidsbestäld mottagning en eftermiddag och kväll till kl. sju.

Boy-Zone - endast för killar

I Lerum finns också en mottagning endast för killar.

Tanken är att killar ska slippa bli uttittade av tjejerna på Ungdomsmottagningen. Det är flest tjejer som söker och det är inte så lockande för en kille att sitta bland ett gäng tjejer på mottagningen.

Kullarna söker oftast ensamma. Någon gång har fyra killar kommit tillsammans, men det är ovanligt.

- Det är viktigt att killar söker. För närvarande är det mest gymnasieungdomar som kommer, säger Gustav Jagner, kurator. Oftast kommer de till oss för att de tror att de har drabbats av någon könssjukdom.

- Jag tar hand om kroppen och Gustav den andliga delen, replikerar David Lidin, sjuksköterska.

- När kontakten är etablerad, är det naturligt att frågor kring sex- och samlevnad dyker upp. Då är det lätt att få en bra dialog med de flesta killar som söker.

- Vi ger råd och information och erbjuder flera besök, om de önskar.

Gustav säger att han når delvis ut till ungdomarna genom sitt arbete ute i skolorna, där han informerar klassvis i sex- och samlevnadsfrågor. Alla får upplysning om Ungdomsmottagningen och Boy-Zones verksamheter.

- Eftersom det är trögt för killar att söka, har vi börjat med mottagning på fritidsgårdarna. Det är viktigt att finna nya vägar för att kunna nå ut till dem.

Det är roligt och meningsfullt att jobba med killar. En av våra huvuduppgifter är att lära dem känna efter hur deras kroppar fungerar och hur de mår avslutar Gustav och David Lidin, sjuksköterska, instämmer.

Företagshälsovård i Vårgårda

En försöksverksamhet som skall beskrivas!

Hur primärvården engagerades i företagshälsovård – försöket vid Vårgårda vårdcentral

Företagshälsovården etablerar i Alingsås

Företagshälsovården flyttade in i Trollehovs nyrenoverade lokaler på Trädgårdsgatan 23 A, på andra våningen i augusti 1978. I första våningen var det Psoriasis-mottagning. Förre provinsialläkaren och medicinen Bengt Ståhl blev förste företagsläkaren. Han hade som medarbetare sjuksköterskan Marianne Lindblad, undersköterskan Birgitta Schill och läkarsekreteraren Gunnel Jernström. Hälften av verksamheten skulle ägnas åt yrkesrelaterade sjukdomar hos sjukvårdspersonalen i Mittenälvsborg. Resterande tid var förebyggande hälsovård som kontinuerliga hälsokontroller, anställningsundersökningar, arbetsplatsbesök och skyddsronder.

Nytt regelverk för företagshälsovården

I proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering och därpå följande regeringsbeslut renodlades villkoren för företagshälsovården vad gällde funktion och kvalitet samt styrning och ledning.

PRIMÄRVÅRDEN ANPASSAS TILL NYA IDEAL – FOLKHÄLSOARBETE

En ramlag

En ny sjukvårdslag 1983 ersatte den från 1963. Bakgrunden till den nya lagen var alla de förändringar som skett under 1960- och 1970-talen, som vi beskrivit tidigare. Resurserna hade ökat mycket snabbt andelen av bruttonationalprodukten ökade från 3 till 8% mellan åren 1960 och 1975. Antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården hade tredubblats. Den nya lagen skulle omfatta helheten i hälso- och sjukvården. Behovet av samarbete mellan olika aktörer underströks. Patienternas egna behov ville man också lyfta fram – både medicinska, sociala och psykologiska. Alla i landet skulle ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor.

Lagen var målinriktad och gav utrymme för utveckling enligt lokala förutsättningar. Den blev en ledstjärna för den fortsatta primärvårdssatsningen.



Patienten i fokus

Enligt lagen 1983 har var och en ansvar för sin egen hälsa. Inställningen byggde på att man hade en positiv tro på människans egen förmåga. Varje människa ska själv bestämma om hon vill ha vård och också kunna påverka sin egen vårdsituation. Vården ska utformas i samråd med patienten. Mer konkret innebar detta att:

- få begriplig information om sitt hälsotillstånd.
- få begriplig information om en undersökning eller behandling.
- få upplysning om alternativ.
- få ta del av sin journal.
- kunna vägra vård och avstå från behandling.



Sjukvårdsbegreppet förändrades

Lagen ville stimulera till mer aktiv vård inte bara att behandla själva sjukdomen utan integrera förebyggande insatser och rehabilitering i den enskilda vårdplaneringen. En offensiv hälsovård skulle bli en del av sjukvården på alla nivåer och i alla vårdformer. Sjukvårdsansvaret utökades till ett folkhälsoansvar.

Folkhälsan blev landstingets ansvar



Landstingets hälsoplan 1977

Landstinget beslöt efter att ha fastställt en sjukvårdsplan, som omfattade åren 1975 till 1985, att även beskriva vilka förebyggande åtgärder man hade att genomföra. En hälsoplanens första etapp fastställdes 1977. En andra etapp skulle tillkomma i samverkan med externt hälsovårdande instanser. Tillsammans skulle hälsoplanen med friskvårdsinslag omfatta åren 1980 – 1990.

I den första etappen ansåg man att hälsoplanen skulle begränsas att omfatta aktiviteter som redan fanns inom landstingets kompetensområde som: Vaccinationer, Hälsokontroller, Hälsoupplýsning, Tandhälsovård, Kost- och motion och Företagshälsovård. Den senare för de egna arbetstagarna men försök med extern företagshälsovård igångsattes senare i vid Vårgårda vårdcentral. Man pekade också på att verksamheten skulle riktas mot vissa riskgrupper som

fetma, sockersjuka och högt blodfett. Allmänna hälsokontroller var man skeptisk till men förordade riktad hälsokontrollverksamhet för sjukdomsgrupper som primärvården behandlade som: Högt blodtryck, Högt blodfett, Diabetes, Högt ögontryck, Järnbrist, Kronisk bronkit och Livmoderhalscancer, samt en del som låg närmare sjukhusens ansvarsområde som: Bröstcancer, Lungtuberkulos och Luncancer. Hälsokontroll av äldre togs inte upp ej heller det väsentliga förebyggande arbetet med tobak, alkohol och narkotika.

En försöksverksamhet med förebyggande hälsoarbete hade redan tre år tidigare inletts i Lerums läkardistrikt. Vid Lerums vårdcentral med kostrådgivning (dietist) i Floda vårdcentral med diabetes, alkohol, rökavvänjning och hälsoinformation i väntrum. Bengt- Ivar Nöjd var motorn vad gällde alkoholprojektet, Hans Lundgren, som också kom att verka centralt i landstingets hälsoplanearbete, med diabetesprojekt, friskvårdsprojekt och hälsoinformation i väntrum. Hans Lundgrens diabetesprojekt blev en del i hans doktorsavhandling.

Policyn i Lerum

För att förverkliga intentionerna i den nya lagen fordrades både information, utbildning och utvecklingsarbete. Primärvården satsade mycket på alla dessa aktiviteter. Utvecklingsenheten i Lerum ett av redskapen för detta. Man inrättade också en speciell hälsoplanerartjänst. Anita Glantz blev första innehavaren av tjänsten i Lerum. Hon startade många utbildningar med mål att få ett allmänt hälsomedvetande hos personalen. Anita var också knuten till Lerums FoU-enhet. Flera projekt genomfördes i hennes regi som ett arbetsmiljöprojekt, en Hälsokalender 1988, Fyllebanken – om alkohol för skolungdom, Tärningen är kastad – ett ledningspolicyprogram, chefsutbildningar, hälsotester. Allt dokumenterade i projektrapporter. Anita Glantz övergick i början av 90-talet till egen verksamhet som konsult. Hon avslutade med ett stort uppdrag – Rätt till hälsa år 1993.

Solweig Kärrman blev 1985 Lerums primärvårdsföreståndare dessutom med ansvar för äldreomsorgen i Lerum. Det senare avhandlas under rubriken Långtidsvårdens utveckling. Hon tog över hälsoplaneransvaret när Anita Glantz slutade.

Allmän hälsovård, kom utvecklades och avvecklades

Hälsovård är ett svårdefinierat begrepp. Enligt WHO är hälsa ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet”. Man kan tycka att det är en utopi att sätta upp ett sådant mål för hälsovårdande verksamhet.

Hälsovård bedrevs av många instanser i samhället som i:

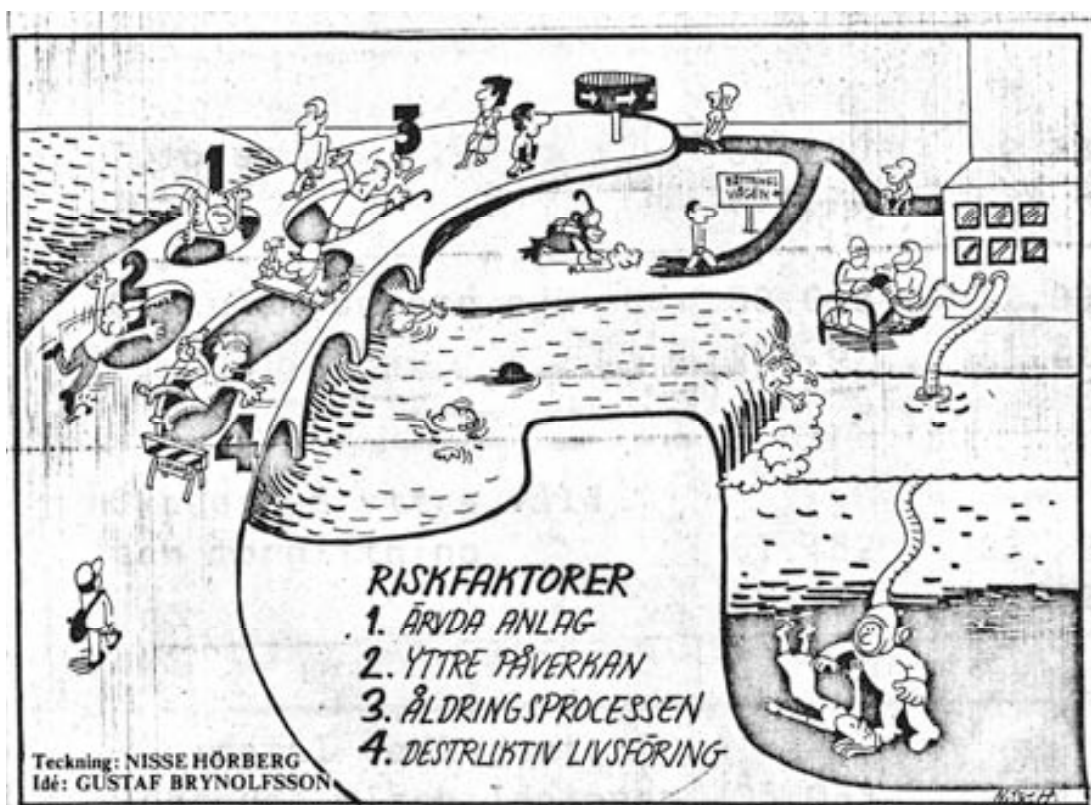
- Centrala verk som Socialstyrelsen, livsmedelsverket, naturvårdsverket, arbetarskyddsstyrelsen, yrkesinspektionen, statens planverk, bostadsstyrelsen, veterinärmedicinska anstalten, trafiksäkerhetsverket m.fl.
- Länsstyrelsen och länsläkarorganisationen
- Primärkommunen med hälsovårdsnämnd, byggnadsnämnd, socialnämnd, fritidsnämnd.
- Landstinget med framför allt mödra- och barnhälsovård.

Under 1970-talet och framåt skulle även distriktsläkare och annan personal i primärvården engageras i förebyggande arbete/prevention. Prevention kan vara primär eller sekundär.

Primärprevention är åtgärder som vidtas för att förhindra ohälsa och sjukdom. Vaccinationer är ett exempel på primärprevention.

Sekundärprevention är att tidigt fånga upp sjukdoms-, ohälsotecken och förhindra att sjukdomen fortskrider till större skada för individen. Det kan ske genom allmänna eller riktade hälsokontroller. Det kan också ske genom att människan söker tidigt i sjukdomen eller fångas upp av sjukvården när man söker den. Extra undersökningar som sockerkontroll, blodtryckskontroll eller riktade frågor till patienten är exempel på sådan.

En bild som antyder hur olika riskfaktorer påverkar hälsan och gör att människan blir sjuk och måste tas om hand av sjukvården. Tanken var att genom att förebygga sjukdom så kan man spara samhällsresurser, minska sjukvårdskonsumtionen.



Hälsoenheten i Södra Älvsborg

Hämtat ur LK nytt nr 4, 2005. Leif Hansson projektledare på Hälsoenheten berättade.

"Hälsoenhetens arbetsuppgifter är:

- Stödja andra verksamheter, vårdcentraler, patientföreningar, m.fl. att fördjupa sin kunskap och kompetens vad gäller livsstilsrelaterad ohälsa.
- Egenbehandlande förebyggande/efterbyggande Stödja bildandet av självhjälpgrupper
- Hälsoupplysande
- Samlande/samordnare
- Samverka i utvecklingsarbetet med FYSS/FaR

Under andra hälften av 90-talet ökade sjukskrivningstalen allt mer i Sverige. Den livsstilsrelaterade ohälsan ökade. Våra vanligaste folksjukdomar såsom hjärtkärlsjukdomar, diabetes typ 2, lungsjukdomar och fetma orsakas till största delen av vår livsstil; rökning, fysisk inaktivitet, felaktiga kostvanor, stress etc. Till den här gruppen anslöt sig också den psykiska ohälsan i form av nedstämdhet, depression och ångest. Andra faktorer som påverkar hälsan är den enskildes sociala och ekonomiska situation. Dessa folksjukdomar leder ofta till kroniska sjukdomstillstånd med stort lidande som följd för de drabbade och dennes närstående. De åsamkar också samhället mycket stora kostnader i form av vård och behandling. Det är därför av största vikt att på bred front arbeta med sjukdomsförebyggande insatser, både primärt och sekundärt.

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Sjuhärad beslutade vid sammanträdet i oktober 2003 att avsätta 335 000 kronor ur folkhälsobudgeten för att starta och finansiera ett utvecklingsarbete med en egenvårdsenhet inom primärvården i Borås-Bollebygd.

Man ansåg att det fanns ett behov av att utveckla metoder och modeller för att möta och stödja människor i deras strävan att ta ansvar för sin hälsa och själva förändra och hantera sin livsstil och livssituation innan de har hunnit utveckla sjukdomstillstånd med risk för långtidssjukskrivning och förtidspensionering som följd.

Mot denna bakgrund beslutades om en hälsoenhet som skulle fungera som ett komplement och resurs till primärvårdens olika verksamheter i samverkan med kommunens folkhälsoenhet, brukar- och frivilligorganisationer och övrig hälso- och sjukvård.

Verksamhet

Hälsoenheten startade i mitten av februari 2004. Området psykisk ohälsa prioriterades, vilket innebar att lägga upp kurser för patienter med depression eller ångest samt området tobaksprevention genom rökavvänjningsgrupper. Tanken är att ge patienter ökad kunskap om sin sjukdom. Genom att ge patienten ökad information, får han/hon inte bara ökad och om Hälsoenheten i Södra Älvsborgkunskap utan också ett annat förhållningssätt till sin sjukdom. Sammantaget med kunskap och förhållningssätt gör att patienten själv tar ett större ansvar och förbättrar möjligheten att själv hantera sin sjukdom och sin livssituation.

Ett annat verkningsfullt instrument att arbeta med, är grupper, vilket ger än fler dimensioner. Dels är patienten inte ensam att ha denna tabubelagda sjukdom, dels känner patienten att övriga gruppmedlemmar förstår honom/henne på ett helt annorlunda sätt än vad andra gör, dels tar man del av andras erfarenheter och strategier såväl positiva som negativa.

Informationen till ångest- och depressionsgrupperna äger rum på Solhem och till grupperna kommer patienterna via remiss från vårdcentralerna. Intern remissadress är Hälsoenheten, Solhem plan 6, Borås.

Till rökavvänjningsgrupperna skickar patienter/deltagare själva in sin anmälan vilket kan vara ett led i motivationsarbetet. Blankett för anmälan erhålls bl.a. på vårdcentralen eller från Hälsoenheten.

Rökavvänjning

Rökavvänjningskursen pågår under cirka tre månader med sammanlagt nio tillfällen inlagda. Lite tätare i början, med två träffar i veckan, som sedan glesas ut allt mer. Kursen leds av distriktssköterska med specialkompetens inom KOL och rökavvänjning. Antalet deltagare på varje kurs är åtta. Cirka 40% av deltagarna är rökfria efter avslutad kurs. Uppföljning efter sex månader. Fyra kurser har arrangerats under året som har gått.

Depression

Hälsoenheten har under året haft tre depressionskurser med sammanlagt 27 deltagare. Målgruppen är patienter med depressionsdiagnos, förstagångs/recidiverande utan djupare personlighetsstörning eller missbruk. Informationen har varit upplagd på fem tillfällen. Innehållet har varit Depression utifrån en medicinsk respektive psykologisk synvinkel. Förutom projektledaren, har föreläsare (sjukgymnast, läkare, psykoterapeut, sjuksköterska) varierat från gång till gång, beroende på ämne och innehåll. Här har skett ett utbyte och en samverkan med den specialiserade psykiatrin.

Genom statistik och mätbara metoder har verksamheten utvärderats under året. Enkätundersökningar har gjorts vid kursens början samt vid avslutad kurs, dels på kursens innehåll, dels på patienternas hälsotillstånd samt specifika symptomskalor. För depressionspatienterna har man kunnat fastställa en klar förbättring gällande sjukdomssymptom och patienternas skattade hälsotillstånd, från första mättillfället vid kursens start till nästa mättillfälle i samband avslutad kurs. Man har också sett att information i grupp är väldigt viktigt för patienterna. Efter sex månader har två patientgrupper återigen fått skatta och besvara samma formulär. 88 % besvarade enkäten. Av dessa patienter, som skickade tillbaks, hade 80% förbättrats från första tillfället och hade färre depressionssymptom medan 13% var oförändrade. Patienter fick också skatta sitt hälsotillstånd enligt EQ-SD, där 0= sämsta tänkbara hälsotillstånd och 100-bästa tänkbara hälsotillstånd. Patienternas genomsnittliga skattning på sitt hälsotillstånd ökade från 48.5 vid kursstart till 59.2 efter kursens slut. Efter sex månader hade siffran stigit ytterligare till 67.5.

Ångest

Hälsoenheten har under året genomfört ångestinformation till tre patientgrupper. Sammanlagt har det varit 25 deltagare. Målgrupp har varit patienter med panikångest, social fobi och generaliserad ångestsyndrom utan djupare personlighetsstörning eller missbruk. Informationen har föregåtts av intervju/bedömningssamtal huruvida man skulle erbjuda patienten en kortare information på fem veckor eller en längre och mer djupgående variant på fjorton gånger.

Oavsett längd har följande teman ingått i ångestinformationen; Typer av ångesttillstånd, Kroppens olika sätt att reagera på ångesttillstånd, Vanliga tankemönster samt Orientering i olika avspännings- och andningstekniker.

Enligt de enkätuppföljningar som gjorts efter den kortare (fem gånger) ångestinformationen, har patienterna uttryckt mycket stor tillfredställelse att ha deltagit i grupp samt också uttryckt att de har haft en stor nytta av informationen. Patienterna fick fylla i Becks Ångestskala (BA!) i samband med kursstarten och efter fyra veckor när kursen slutade. Enkäten uppvisade en klar förbättring och samtliga patienter redovisade färre

ångestsymptom när kursen var slut. Också det genomsnittliga skattade hälsotillståndet, enligt EQ-5D, höjdes från 58.8 till 74.3.

Artikelförfattaren är helt på det klara med att ovanstående siffror från depression- och ångestgrupperna inte på något sätt är en vetenskaplig studie men gläds ändå. Siffrorna visar nämligen helt klart, att med relativt små medel kan man åstadkomma en klar förbättring i hälsotillståndet för dessa patienter.

Hälsoenheten har utvecklat sådana metoder och modeller för att möta och stödja människor i deras strävan att ta eget ansvar för sin hälsa, så att man genom denna metodutveckling kan gå vidare till andra livsstilsrelaterade diagnosgrupper som övervikt, KOL, diabetes, stress etc. och då förmodligen nå liknande resultat.”

Egenvård och friskvård

Under 1970-talet blev också egenvård ett begrepp som dök upp i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten. Det rådde delade meningar om vad begreppet stod för och om värdet att satsa på en utveckling av egenvården. Hösten 1975 höll professor Gösta Tibblin en föreläsning med titeln ”Vad är egenvården värd och vem är egenvårdens värd?” Han ansåg att egenvården var ett viktigt komplement till primärvården och att en förbättring av egenvården skulle minska allmänhetens osäkerhet i hälsofrågor, dämpa sjukvårdskonsumtionen och öka människors välbefinnande.

Egenvård och friskvård lanserades också som viktiga faktorer för att hålla nere sjukvårdskostnaderna.

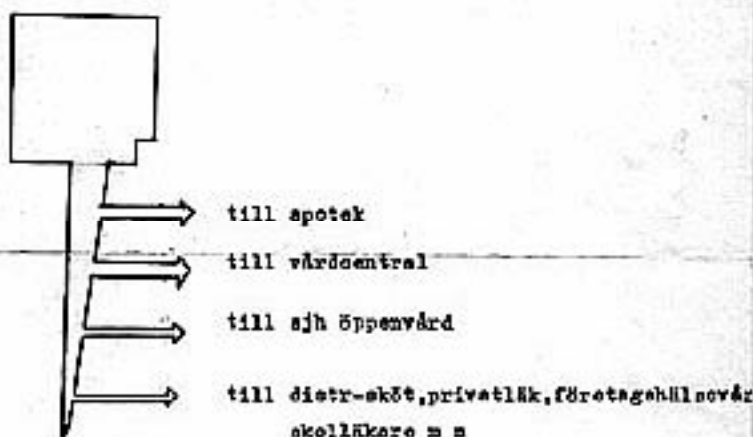
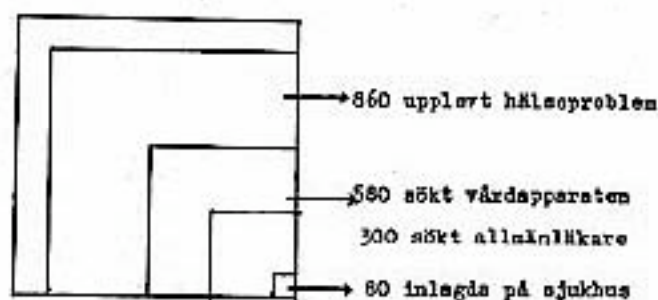
Tibblin definierade egenvård som: ”allt det en människa gör på egen hand utan att hålla de medicinska institutionerna i handen”. Hälsa ansåg Tibblin vara ett diffusare begrepp. Säkrate definitionen på hälsa var enligt honom när två medmänniskor tar varann i hand.

Det yttersta syftet med egenvården är att bevara och förbättra befolkningens hälsa. Egenvården förutsätter ett ökat hälsomedvetande, vilket i sin tur förutsätter kunskap. Många av de projekt man drev i primärvårdsregi innebar att öka kunskapen om hälso- och sjukvården, vad primärvården är bra på och vad den enskilde själv kan bidra med för att behålla hälsan.

Egenvård omfattar:

- Förebyggande, diagnostiska och behandlande åtgärder som människor utför på egen hand
- Kunskap om var, när och hur sjukvårdsapparaten brukas
- Vård av sig själv efter kontakt med hälso- och sjukvården

Hälsoproblem i en befolkning: 1000 pers/år (modif enl Esk(ke)



Friskvård, som är den förebyggande delen av egenvården, är ett område som omfattar både livskvalitet, hälsovård och egenvård och som engagerar både den enskilde och olika samhällsorgan. Friskvård är allt den enskilde kan göra för att hålla sig frisk. Det gäller främst kost- och motionsvanor, bruk av beroendeframkallande medel samt levnadssättet i övrigt. Även olika åtgärder för att undvika olycksfall i hemmet/närmiljön hör dit.

Primärvårdens roll i sammanhanget var/är att

- Arbeta mer aktivt för att spåra riskgrupper och riskpatienter.
- Samla epidemiologiska data som bearbetades av landstingets hälsoplanerare för att ge kunskap om ohälsan i kommunerna.
- Undervisa enskilt och i grupp – ge hälsoupplysning.
- Tillsammans med samverkansparterna i kommunen t.ex. fritids- social- och skolförvaltningar finna former för friskvårdsaktiviteter.
- Tillsammans med apoteket ge information om egenvård. Se om egenvårdsbroschyren

Medel för egenvård kan vara

- Hälsoupplysning
- Sjukvårdsupplysning
- Patientutbildning
- Egenanvändning av läkemedel

Allt detta strävade primärvården i Lerum med att genomföra i olika projekt som redogörs för i denna skrift. Problem fanns dels i läkarnas ovana att arbeta med annat än sjukvård dels att

resurserna knappast fanns att prioritera förebyggande arbete – se resurstrappan. Floda Vårdcentral med distriktsläkare hans Lundgren intresserade sig särskilt för hälsovård, friskvård och uppsökande av riskpatienter i form av högt blodtryck och diabetiker i tidigt skede. Dessa projekt beskrivs på annat ställe. Detta resulterade också i en doktorsavhandling, se litt. listan.

Egenvårdsdebatten i Sverige på 1970-talet

Ur Göran Brodins "Egenvårdens ansikten", Uppsala 2006. Intresserade kan fördjupa kunskaperna om egenvård i Brodins gedigna avhandling och många citat i vårt projekt är hämtade ur avhandlingen.

Under mitten av 1970-talet dök det i Sverige upp en ny hälso- och sjukvårdspolitisk debatt som fördes i termer av "egenvård". Den resulterade i ett hetsigt meningsutbyte på den politiska nivån. Egenvården politiserades. Den blev "en het potatis" som massmedia tog fasta på..

Vi befann oss i mitten av 1970-talet. En expansiv samhällspolitik och inte minst hälso- och sjukvårdspolitik höll p. g. a. en vikande konjunktur att vändas till en mer återhållsam dito. Skillnaderna i de politiska partiernas ideologier blev tydligare mot den tidens krav på ekonomisk återhållsamhet och prioriteringar.

Hösten 1976 fick Sverige en ny regering. En borgerlig samlingsregering mellan centerpartiet, folkpartiet och moderata samlingspartiet. Efterträdde den socialdemokratiska regeringen som suttit vid makten i 44 år. Två ministrar drev egenvårdsfrågorna Rune Gustavsson (C) och sjukvårdsministern, biträdande socialministern Ingegerd Troedsson (M). Det var den senare som blev något av en centralfigur för den svenska egenvårdsdebatten. I ett av de första uttalandena gick hon ut tillsammans med den dåvarande Socialstyrelsens chef Bror Rexed och deklarerade: "Vi måste lära människorna att ta större ansvar för sin egen hälsa. Det skall främst ske genom hälsoupplýsning, genom samhällsåtgärder mot tobak, alkohol och felaktig kost.... Men jag tror också att man skall uppmuntra folk att själva behandla enklare sjukdomar.... Att vänta några dagar med att besöka läkare kan vara bästa behandlingen mot förkylning eller influensa."

På Troedssons inlägg om ökade satsningar på egenvård replikerade Olof Palme (s) klart irriterad; "... Fru Troedsson lever i en förgången tid, då man lämnade de sjuka och utslagna och dem som hade slitit ut sig att klara sig själva, den tiden vill vi inte ha tillbaka."

Intressant är att Läkartidningen i en artikel varnade för denna "självvårdsrörelse". Man konstaterade också att "en folkets primärvård förutsätter också sjukvårdsteknologi på låg- eller mellanstadier" Längre fram gav Läkarförbundet egenvården sitt fulla stöd under förutsättning att dess professionella beroende starkt betonades.

Huvudkritiken mot egenvården som vårdform och vårdideologi var att den presenterades som en lösning på samhällets och sjukvårdens ekonomiska kris. De som reagerade starkast mot egenvården som vårdideologi var redaktionerna för Motpol och Vårdfacket (organ för SHSTF).

Definitioner av egenvård i debatterna

- Egenvård som vårdnivå 0
- Egenvård som hälsoupplýsning, sjukvårdsupplýsning och patientutbildning
- Egenvård som att ta ansvar för sin egen och andras hälsa
- Egenvård skall komplettera den vanliga vården
- Egenvård som informell vardagsstruktur d. v. s. sociala resurser i befolkningen
- Egenvård ("självvård") som systemkritik av sjukvården

Vilka motiv hade man för en utökad egenvård

- Ekonomiska vinster
- Egenvård fanns redan men måste kvalitativt förbättras
- En aktivare patient – ett subjekt i vården
- Bättre kunskaper ger mindre ångslan och orao
- Avprofessionalisering av vardagsmedicinska problem
- En effektivare sjukvård
- Ett friskare folk – Vi behöver ett nytt folkhälsobegrepp.

Man presenterade förslag på egenvårdstödande åtgärder. Några exempel ur debatten

- Sjukvårdsupplýsning
- Patientutbildning
- Hälsoupplýsning

- Vårdorganisatoriska förändringar'Revidering av sjukvårdslagen
- Minskad detaljreglering och ökad förskrivningsrätt av läkemedel
- Läkemedelsinformation
- Massmedia bör satsa mer på egenvård
- Skolan och folkrörelserna bör engagera sig mer i egenvården

Det kan väl konstateras 25 år senare att de flesta av dessa egenvårdstödande åtgärder har man satsat på – mer eller mindre.

Hälso- och friskvård i Gråbo

Primärvårdsnämnden 8 sept. 1986:

Behandlades ärende om ökad satsning på förebyggande vård inom primärvården i Gråbo

Projektet skall utveckla samverkan mellan distriktssköterska/mödrahälsovård, förskola och skola samt modeller för bl.a. äldrehälsovård och hälsotester med inriktning på livsstilsfrågor.

Primärvårdsnämnden beslöt att

- Godkänna projektbeskrivningen
- Fr.o.m. 1 oktober 1986 t.o.m. 30 september 1988, på anslaget för förebyggande vård, finansiera 0,5 distriktssköterska
- För kännedom överlämna projektbeskrivningen till socioialnämnden och skolstyrelsen i Lerum.

Folkhälsoarbetet 1994

Solweig Kärrman, hälsoplanerare i Lerum, sammanfattar i Prim Nytt nr 2, 1994.

"Lerums befolkning mår bra enligt de data som finns tillgängligt. Målet för foikhälsoarbetet är att bibehålla den goda hälsan hos befolkningen.

För att uppnå det målet ska foikhälsoarbetet verka för hälsofrämjande åtgärder bland befolkningen, i första hand barn och ungdomar inom områdena: Livsstilsfrågor med drogförebyggande, samlevnad och skadeförebyggande. Allergisjukdomar, kvinnors hälsa och barnfamiljer som har behov av psykosocialt stöd ska uppmärksammas.

Pensionärsorganisationerna i kommunen har framfört önskemål att man ska arbeta fram ett program för att förebygga ohälsa hos de äldre.

Vad har då hänt under 1994? Här följer några exempel:

Allergi

Under året har vi fått lära oss att allergi är vår nya folksjukdom och vad gör vi i Lerum för att förebygga detta dels för att lindra dem som drabbats och dels för att hindra att fler blir allergiska.

Folkhälsoinstitutet har under året anordnat konferenser där flera sjuksköterskor har deltagit.

Experter inom området hävdar att man kan minska allergiförekomst genom att ha väl ventilerade bostäder, undvika att predisponerade barn har pälsdjur innan 2 års ålder, att amma minst i 3 månader och att ha rökfria miljöer för våra barn.

En tvärsektoriell arbetsgrupp, kallad Alma, har blivit till under året. Målsättningen för gruppen är att samla kunskap och erfarenhet inom kommunen men också ta lärdom av andra i Sverige.

Inför allergiåret 1995 anordnade primärvården tillsammans med Byggnadsvård på Nääs och Vuxenskolan ett seminarium kallat Friska hus, vilket samlade drygt 100 personer från kommunala förvaltningar och primärvård i Västsverige.

I november hade vi besök av Jan-Olof Janson, projektledare för det allergiförebyggande arbetet i Sundsvall. Han redogjorde för hur arbetet organiserats upp tvärsektoriellt i kommunen vilket började med att göra en inventering av hur många allergiska förskolebarn, skolbarn och gymnasieelever som finns i Sundsvall. Arbetet blev en process där alla kommunens förvaltningar deltar idag. Inventering av antal allergiska barn är ej en nödvändighet för att komma igång med det förebyggande arbetet, men i Sundsvall var det modellen för att komma igång.

De erfarenheter som man fått i Sundsvall står nu som en modell för andra kommuner och Folkhälsa i Sundsvall är nu knuten till Foikhälsoinstitutet och uppgiften är att hjälpa andra kommuner att komma igång med sitt allergiförebyggande arbete.

1995 planerar vi i Lerum att anordna föreläsningar för allmänhet och berörd personal i primärvården, kommunen och andra intressenter.

Aktiviteten

I början av januari öppnade allaktivitetshuset Aktiviteten, i gamla socialförvaltningens lokaler på Brobacken. Hit erbjuds fr.a. arbetslösa att delta i de olika verksamheter som erbjuds. Under året har det registrerats i genomsnitt 400 besök per vecka. Aktiviteter som erbjudits har varit studiecirklar av skilda slag, bland annat second handbutik och datautbildning. Flera ALU-projekt har genomförts och pågår som idrottsledarprojektet, hantverksprojektet och Aktiviteten som drivs av ALU-anvisade. ALU = arbetslivsutveckling.

Arbetslösheten har sjunkit i kommunen. Trots det är 800 personer öppet arbetslösa, d.v.s. de kan börja ett erbjudet arbete omgående, det är 4% av den arbetsföra befolkningen. Därför planeras att Aktiviteten ska fortsätta sin verksamhet under 1995.

Hälsofostran i skolan

Mikael Jansson har kommit tillbaka och träffar alla sexor och sjuor med målet att ingen ska börja röka. Men röker det gör man! En enkät som alla högstadieungdomar har svarat på visar att det finns rökande ungdomar i alla årskurserna 7-9, men mest i årskurs 9.

Olycksfallsprojektet

Registrering har nu pågått drygt ett år. Alla har hjälpt till. Bortfallet är ändå ganska stort men vi har 1000 registrerade olyckor som bakgrund då vi ska arbeta fram en förebyggandeplan.

Lena Råstam träffade alla elever i årskurs 6 och visade vad som kan hända när man cyklar omkull- Om man använder hjälm kan det hindra många från att skadas svårt. Eleverna fick samtidigt erbjudande att köpa en godkänd hjälm till inköpspris. Uppföljning skedde i årskurs 7.

BUS-veckan

Barnombuds mannen gjorde ett upprop till alla som arbetar med barn till att delta i BUSveckan i oktober. BUS står för Barn och Ungdomars Säkerhet. Distriktssköterskor, skolsköterskor och barnomsorgens personal gick miljöronder i barnens utemiljö. Resultatet fotograferades och protokollfördes. Det hela blev posters som varit utställda på vårdcentralerna. Det som visat sig vara dåligt i miljön har anmälts till OFALIA och ska på så vis bli åtgärdat.

Trafiksäkerhetsrådet, som har funnits i kommunen sedan 11 år tillbaka är viktiga samarbetspartners i det förebyggande arbetet. Under hösten har busschaufförerna delat ut reflexer till passagerare som saknat sådan och ledamöter i trafiksäkerhetsrådet har under 4 kvällar stannat alla cyklisterna som saknat ljus och erbjudit dem att inhandla detta till reducerat pris. Det var många som var utan cykelljus!! en stor fara i trafiken.

OFALIA - se Dig omkring och se farorna. En uppmaning som gick ut till allmänheten i kommunen via annonsering i Lerums Tidning och affischering överallt i kommunen. Det har givit resultat, 2-3 samtal per vecka ringer till Tekniska kontoret och det är väsentliga saker som man anmäler."

Apoteken – den stora motorn för egenvård

I del 1, Provinsialläkartiden, berättade vi att apotekspersonalen var förbjuden att ge råd och information till patienterna. Man till och med var tvungen att ta bort informationen som fanns i läkemedelsförpackningarna. När Apoteksbolaget tog över blev det en helt förändrad syn. Apoteken kom att få den största betydelsen för egenvårdsinformationen. Man producerade och spred mängder av egenvårdshäften inom olika områden.

Det var naturligt att Lerums apotek med dess chef Gunnel Anderberg och primärvården i Lerum tillsammans utformade och bekostade egenvårdsbroschyren "Sköt om dig". Läs mer om detta under apoteksavsnittet. Se ett senare avsnitt om apoteket och broschyren.

I broschyren kunde man finna telefonnummer till Din vårdcentral i Mittenälvsborg och till Jourcentralen samt hänvisningar till alla de upplysningsskrifter som apoteken kunde ge dig gratis. Dessutom kunde man få egenvårdsråd för många problem och krämpor.

Olika delar av innehållet kom att regelbundet publiceras i lokalpressen med kommentarer av distriktsläkare och möjligheter för läsarna att ställa frågor.

ÄLDREOMSORG I UTVECKLING

Solweig Kärrman och Barbro Hallengren har bidragit mest i detta avsnitt.

Från fattigvård till äldreomsorg.

Vid 1900-talets början fick de äldre bo i undantagsstuga eller ett undantagsrum hos den yngre generationen.

- Fattigstuga fanns som en rest från medeltiden.
- Rotegång, växelvis boende hos barn eller andra som åtagit sig detta.
- Utackordering till lägst bjudande bland bönderna.

Vid slutet av 1800-talet anordnade kommunen fattiggårdar, det var större gårdar där jordbruket drevs med hjälp av de intagna som var dåtidens fattiga, gamla, sinnesslöa, mindre bemedlade och barn.

1918-års fattigvårdslag ledde till en kraftig utbyggnad av ålderdomshem under åren 1925 – 1935. 1935 fanns det i Sverige 32 000 platser på ålderdomshem. Av dessa var 1/3 yngre än 65 år, 1 % var barn under 17 år.

Kronikerhem

1910 inrättas enstaka kronikerhem i landet, För att påskynda utbyggnaden utgick statsbidrag till kommuner, landsting och enskilda, vilket resulterade att 1935 fanns det mellan 2- 3000 platser på kronikerhem. 1945 ändrades statsbidragen till att ges enbart till sjukvårdshuvudmän.

1950 fanns det 9 200 platser, 5 200 inom landstinget, 3 400 inom kommunal regi och 600 platser på privata kronikerhem.

1952 ändring i sjukvårdslagen till att landstingen ålades huvudmannaskap för vården av kroniskt sjuka.

Ålderdomshem

1946 lade socialvårdskommittén fram ett betänkande där det föreslogs följande: en utbyggnad av vården för sinnessjuka, sinnesslöa och kroniskt sjuka.

Målsättning var att på fem år skulle dessa kategorier ej finnas på ålderdomshemmen. Fortsatt utbyggnad av ålderdomshemmen, fler i antal och bättre standard i vilket nämndes fler enbäddsrums.

Men det gick sakta med denna utbyggnad för 1950 fanns det 32 650 personer boende på ålderdomshem, varav 7 500 på godkända sjukavdelningar. Bland de övriga var 59 % sinnessjuka. Sinnesslöa, kroniskt sjuka eller lytesbehäftade.

1952 års Åldringsvårdsutredning påtalade de stora bristerna i åldringsvården och mellan åren 1953 – 1965 infördes statsbidrag vilket motsvarade 10 – 15 % av byggkostnaden.

Mellan åren 1950 – 1960 höjdes utrymmes- och utrustningsstandarden successivt, men huvudsakligen på 1970-talet.

1966 byggdes i Floda, Sävegården och i Lerum, Höjdenhemmet.

På 1960-talet byggdes det upp dagcentraler i anslutning till ålderdomshemmen i syfte att sysselsätta och rehabilitera de boende på hemmen men även de som bodde i hemmen.

Fortsatt utbyggnad av ålderdomshem/särskilt boende i Gråbo: Mogården, Björkebacken och Parasollen samt nytt invid vårdcentralen (där tidigare bl.a. Försäkringskassa var inrymd). I Lerum: Höjdenhemmet, till och nybyggnad, Hedegården i Stenkullen, Riddarsten. I Floda: Sävegården och Ekebacken.

Utbyggnad av långtidssjukvården

Som underlag för utbyggnaden hade man ”1952 års åldringsvårdsutredning”, där det framkom att det var stora eftersatta vårdbehov - Utvecklade öppna stöd- och vårdformer - ofta obefintliga både inom kommun och landsting.

Långvårdskliniker på undervisningssjukhus.

Kraftig ökning av sjukvårdsanstalter borde komma till stånd.

1960 gav socialpolitiska kommittén uppdrag att inventera behovet av långvårdsplatser i landet och utifrån dessa behov föreslog 1964 man en plan på utbyggnad av sjukhem samt

upprustning av äldres bostäder, då många äldre befanns ha en dålig bostadsstandard. (Många vattentoaletter och badrum kom till denna period framför allt på landsbygden).

För att få tillstånd sjukhem gav staten bidrag med 30 000 :- per plats.

Sjukhemmen skulle också ha en hemliknande miljö!

Under åren 1963 – 1975 fördubblades antal platser inom den somatiska långtidssjukvården från 20 000 – 40 000 platser.

Lerumsborna vårdades på långvården i Alingsås men fick eget sjukhem 1967, Tuvängens sjukhem med ett 30-tal platser.

Under samma tidsperiod ökade ålderdomshemsplatserna från 48 000 till 60 600, och den sociala hemhjälpen ökade från att gälla 90 000 hushåll till 328 000 hushåll.

1977 gjordes en ny pensionärsundersökning som visade att trots utökning var det för få platser inom långtidssjukvården med hänsyn till det ökande antalet äldre. Man uttryckte också ett missnöje med att sjukhemmen inte hade utformats med den hemlika miljö som förutsattes i 1964 års program. Sjukhemmen hade fortfarande en markant sjukhuskaraktär och patientens önskemål om bl.a. uppstigning, sänggående och utevistelse kunde inte tillgodoses och många hade detta som sitt enda hem .

Hemsjukvårdsbidrag

Från slutet av 1940-talet gav landstinget i Älvsborg ett litet bidrag till den som vårdade någon anhörig som väntade på att få en plats på institution. Det utgick dels till anhörig dels till kommunen om vården utfördes av hemsamarit. Landstinget gav även ersättning för långtidssjuka på ålderdomshemmen.

Utveckling av öppna serviceformer

1978 kom generaldirektörsrapporterna ett resultat av ett samarbete med de olika direktörerna inom Svenska kommun- och landstingsförbundet, socialstyrelsen och SPRI.

Där hade man grundligt diskuterat framtidens vård i Sverige.

I rapporterna lades fram riktlinjer för utveckling av primärvården, vilket var en förutsättning för vården av de äldre i samhället. Vikten av ett eget boende lyftes starkt fram och serviceboende som alternativ till ålderdomshem. Tillgång till dygnetruntservice och utveckling av hemsjukvården var en förutsättning för att kunna bo kvar hemma i eget boende eller serviceboende. Samtidigt ansågs det angeläget att fortsätta en utbyggnad av långtidssjukvårdsresurser.

Den sociala hemhjälpen

Behovet av hemhjälp till äldre lyftes också fram. Röda Korset hade sedan 1940-talet anställt hemvårdarinnor för hjälp till barnfamiljer senare anställdes även hemsamariter för att bistå ensamma äldre personer, som inte kunde klara hushållsbestyren själv. Röda Korset betalade 50 % av lönen och vårdtagaren 50 %. (1963 var timlönen 3,50 : - och 1964 höjdes den till 4, 50 : -.)

1964 tog kommunen över denna verksamhet.

1952 års Åldringsvårdsutredning pekade på vikten av att utveckla denna verksamhet, som kom att bli socialvårdens ansvar. 1964 utgick statsbidrag till den sociala hemhjälpen.

1966 fanns det 28 000 anställda hemsamariter 1970 fanns det 77 700, vilket är en ökning med 172 %. Huvudsakliga arbetsuppgifter var städning, matlagning, omsorg och vård.

Färdtjänst

1960 infördes färdtjänst i flera kommuner.

Särskilda boendeformer för äldre

1939 –1958 fanns det möjlighet att låna till pensionärshem avlöstes av pensionärsbostadsbidrag 1958. 1964 – 1982 fanns det statliga lån till småhus med enklare standard tänkt som temporära bostäder för äldre.

I slutet av 1960-talet byggdes de första servicehusen.

Utveckling och uppbyggnad av primärvården

Primärvårdens uppgift vad gällde den äldre del av befolkningen:

- att ge äldre människor akut vård
- att ge äldre vård vid långtidssjukdom
- förebyggande hälsovård

Detta var förutsättningar för att ge sjukvård i hemmet, men också en utveckling av lokala sjukhem och dagsjukvård.

Primusprojektet

I samband med arbetet med en ny plan för långtidssjukvården 1980 ansåg man det lämpligt att praktiskt pröva vissa av förslagen till en modell för samverkan mellan kommunens sociala hemtjänst och primärvård i en försöksverksamhet gemensam för primärvård, länssjukvård och socialvård. Gråbo vårdcentral, som sedan länge haft nära samverkan med socionaltjänsten, ingick i försöket. Ett annat försöksområde var Ulricehamn.

Ett program för utveckling av hemsjukvården togs fram under ledning av Bengt Dahlin. Programmet blev modell för hela länet med vårdplaneringsgrupper som beskrivs nedan..

I januari 1986 fick Älvsborgs län en ny primärvårdsorganisation, då Lerum blev ett eget primärvårdsområde med egen nämnd. Tuvängens sjukhem blev då primärvårdens ansvar. Primärvården fick även sjukvårdsansvaret för ålderdomshemmen.

Sjukvård i hemmet

Februari 1984 gav hälso- och sjukvårdsnämnden i Älvsborgs län direktiv för ett utarbetande av ett handlingsprogram för fortsatt utveckling av sjukvård i hemmet. Primärvården skulle ta fram förslaget i samarbete med kommunen i det lokala SLAKO-organen. Uppdraget skulle vara genomfört under hösten 1984. Enligt det handlingsprogram som Lerum lade fram skulle genomförandet ske under tiden 1985 – 1987 och utvärderas under 1988.

Med sjukvård i hemmet avses sjukvård och medicinsk omvårdnad som ges till patienter i det egna hemmet. Planering och omvårdnad sker i ett nära samarbete med kommunens sociala hemtjänst, enligt de arbetsformer som är tecknade i *normalavtalet* mellan landsting och kommun, gällande fr.o.m. 85 01 01.

Avtalet omfattar sjukvård i hemmet, social hemtjänst, sjukvårdsinsatser på servicehus med helinackordering och färdtjänst för patienter p sjukhem. Med sjukvård i hemmet avses sjukvårdsinsatser för vårdtagare i ordinärt boende och serviceboende utan helinackordering.

Mål vilka var gemensamma för landstinget och kommunerna var:

- att öka människors möjlighet till eget boende och att vårdas i sitt eget hem
- att utan åsidosättande av en god vårdstandard för den enskilde, åstadkomma ett effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser och minska behovet av mer kostnadskrävande vårdformer.
- att klarlägga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och att förenkla det administrativa systemet.

Den 24 oktober, 1984 hade VUH-gruppen sitt första sammanträde. *Verkställighetsgruppen för planering och genomförande av Utbyggd, decentraliserad Hemsjukvård i samverkan mellan socialtjänsten och primärvården i Lerums kommun.*

Medlemmar i gruppen var vid första mötet Harry Olofsson, avd.chef. socialtjänsten, Lennart Hallerbäck, distriktsläkare, Floda vårdcentral, Ulla Strömberg, hemvårdsinspektör, Barbro Svalin, distriktsköterska, Lerum och Lillemor Magnusson primärvårdsföreståndare.

Januari 1986 ersattes Lillemor Magnusson av Solweig Kärrman som primärvårdsföreståndare. Den 5 juni 1986 hade gruppen sitt sista sammanträde.

Arbetet fortsatte i denna gruppen fram till den 30 maj 1986. Ur protokollet:

” Verkställighetsgruppen upphör nu med sitt arbete eftersom första etappen i att genomföra Hemsjukvård i Lerum, nu är klart. Vårdplaneringsgrupper är etablerade. Kvälls- och nattpatrull finns på plats. Kvarstår: att vidareutveckla hemsjukvården så att beredskap finns att fler människor kan erbjudas vård i eget hem. Behov av ett samarbete finns och Ulla Strömberg och Solweig Kärrman fortsätter med regelbundna träffar”

De ”200 tjänsterna”

Våren 1984 beslöts i Landstinget att 200 nya tjänster skulle inrättas för att i första hand erbjudas arbetslös sjukvårdspersonal. För södra distriktet blev det 117 tjänster även Lerum fick del blev dessa.

De nya resurserna blev tilldelade primärvården för att utveckla hemsjukvården och långtidssjukvården. Dessa tjänster möjliggjorde ett tidigareläggande av starten av kvälls- och nattpatrullerna, vilket också måste ske enligt sociala hemtjänsten då behovet var mycket stort av dygnetruntservice.

Handlingsprogram för fortsatt utveckling av sjukvård i hemmet antogs av Landstingets Förvaltningsutskott 1885-06-24 och resurser avsattes för de tjänster och omkostnader som beviljats till Lerum ur 117-potten.

Framtagning av en plan för Lerums kommun

Ett intensivt samarbete skedde under denna tid mellan primärvård och kommun både politiskt och på tjänstemannaplanet.

Primärvårdsföreståndare under tiden 1986 – 1992 var Solweig Kärrman. Tillsammans med Ulla Strömberg från kommunens sociala hemtjänst arbetades fram en plan för olika särskilda boendeformer, dagverksamheter, hemtjänst och hemsjukvård. Planen godkändes både av primärvårdsnämnd, socialnämnd och av kommunstyrelse.

Resultat av planarbetet i Lerum

- En Verksamhetsberättelse för hemsjukvården i Lerum, 1987 02 20.
- Utveckling av den förstärkta hemsjukvården har skett 1985 – 1987.
- Under 1986 hade alla tjänster tillsatts som tilldelats Lerum en halvtid sjukgymnast tillsattes först 1987.
- Kvällspatrull hade varit i gång sedan september 1985 och under 1986 hade en nattpatrull startat.
- Lerum kunde nu ta emot patienter med behov av dygnetruntservice.
- Patrullerna hade sin basplacering vid Lerums vårdcentral. De gemensamma vårdtagarna hade ej ökat i antal men vårdtyngden hade ökat.
- Vårdplanering av gemensamma vårdtagare socialtjänst-primärvård hade funnit sina arbetsformer och arbetade på rutin.....
- Utskrivning av patienter från länssjukvården hade också börjat finna rutiner, vilka fick finjusteras under 1987.....
- Möjlighet till avlastning och växelvård fanns på Tuvängens sjukhem. Kön till sjukhemsplats var 0.”

Primärvården och långtidsvården

Långtidssjukvård bedrevs på 1970- och 1980-talen på läns- och primärvårdsnivå. Länsnivån motsvarades av de lasarettanslutna långvårdsklinikerna med tillhörande sjukhemsplatser. Primärvården skulle ha ansvar för primärvårdsområdets vård av långtidssjuka i hemmen, på primärkommunala ålderdomshem och servicebostäder samt vid lokal sjukhem.

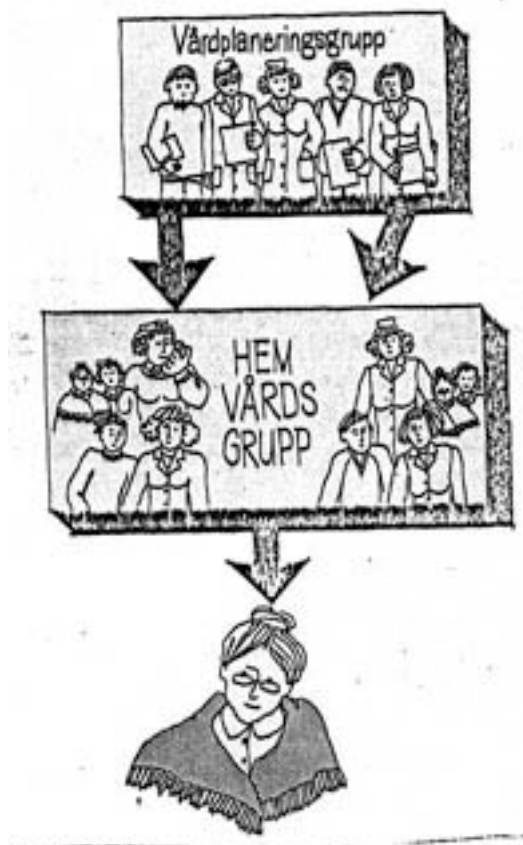
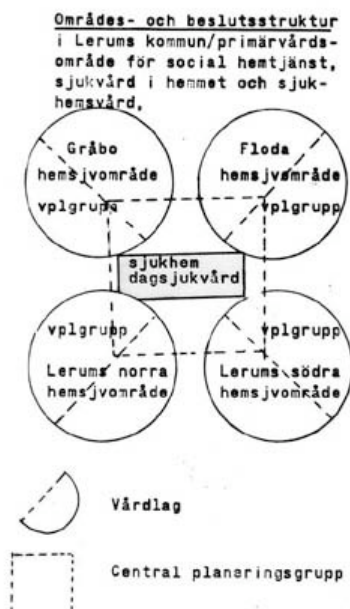
Primärvården hade att i samverkan med.

- primärkommunal socialvård planera för den enskildes behov av sjukvård, omvårdnad och service.
- primärkommunala organ bedriva uppsökande och förebyggande insatser för att skapa förutsättningar för den enskilde att så länge som möjligt bo kvar i närmiljön.
- länssjukvården, speciellt långvårdsklinikerna, tillgodose långtidssjukas behov av speciella resurser för rehabilitering, bostadsanpassning och hjälpmedelsförsörjning

I Regeringens proposition 1987:176 sägs att:

"En god vård i hemmet förutsätter att de medicinska insatserna inom primärvårdens öppna verksamhet är av hög kvalitet. Det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet bland äldre är av stort värde och bör utvecklas. Rehabiliteringsinslagen inom primärvården bör bli mer framträdande och vara oberoende av boendeform".

I motiveringar anförts bl. a. att: En hög tillgänglighet till primärvårdens resurser är mycket väsentlig. Hjälp skall kunna ges med kort varsel och under olika tider på dygnet, vilket kräver en fungerande jour- och beredskapsorganisation, vilket bör utvecklas i nära samarbete mellan kommuner och landsting.. Ansträngningar bör göras för att förbättra kontinuiteten. En vårdlagsorganisation, där flera personalkategorier gemensamt har vårdansvaret, förbättrar möjligheterna till kontinuitet. En väl fungerande vård i hemmet förutsätter att sjukvårdspersonal kan göra hembesök. Detta gäller även läkare, som i större utsträckning bör kunna göra hembesök. Distriktssköterskan har en central roll i hemsjukvården och det praktiska ansvaret för den medicinska behandlingen av dem som vårdas hemma.



Områdesgrupp var en gruppering med arbetslag från både primärvård och primärkommun med gemensamt socialt/medicinskt ansvar för ett avgränsat område.

Arbetslag områdesorienterade lag med olika yrkesgrupper med arbetsuppgifter inom hemsjukvården

Vårdlag Den personalgrupp som hade det primära ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser inom ett betjäningsområde. Vårdlaget bestod av distriktssköterska, distriktsläkare och undersköterskor.

Lerums sjukhem – Tuvängen före Ädelreformen

Barbro Hallengren

Tuvängens sjukhem byggdes 1967 och var ett lokalt sjukhem beläget i Lerum som skulle serva alla kommundelarna. Administrativt sorterade sjukhemmet under landstinget.

- -Administrationen sköttes från Alingsås lasarett
- -Chef var en överläkare i geriatrik som specialitet från Alingsås lasarett
- -Föreståndare var en sjuksköterska med vidareutbildning
- -Läkare var en privatpraktiserande läkare som besökte sjukhemmet 1 gång i veckan och som kom vid behov även nattetid
- -Bemanningen bestod av sjuksköterskor som fanns både dag och natt Dessutom fanns det undersköterskor, biträden, baderskor och städerskor
- -Rehabiliteringen sköttes av sjukgymnaster, arbetsterapeuter och biträden som servade hela kommunen och utgick från Tuvängen
- -Journalistik utfördes av läkarsekreterare.
- -Produktionskök med en dietist som ansvarig.

Platsantalet var 80 sjukhemsplatser dit patienter med långvariga sjukdomar kom. Det kunde även vara yngre långtidssjuka. Att någon patient skrevs hem igen var sällsynt.

1982 infördes gruppvård som innebar att en grupp med personal ansvarade för hela patienten. Gruppledare var en sjuksköterska och gruppen ansvarade för ett mindre antal patienter än tidigare baderskorna försvann. Man började också att titta på om korttidsvård kunde vara ett komplement till hemsjukvård så kallad växelvård.

1986 överfördes lokala sjukhem till Primärvården och dess chef blev en distriktsläkare som också ansvarade för patienternas hälsotillstånd

199.. fick en sjuksköterska, som hade vidareutbildning även i administration, inneha en chefsposition vilket blev fallet i Lerums primärvård. Två läkare ansvarade för patienterna.

1992 fick kommunen ansvar för sjukvården i särskilda boenden och hemsjukvården.

Eftersom den högsta kompetensen inom den kommunala sjukvården var sjuksköterskor tillsattes en ny tjänst. Medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS. Varje kommun fick fritt avgöra hur många tjänster de ville ha. I Lerums kommun valde man att ha en tjänst för både rehab och hälso- och sjukvård.

1995 Utökades platsantalet på Tuvängen med 26 nya platser alla enkelrum.

(Platsantalet på den gamla delen hade i samband med en renovering minskat med 12 platser). totalt antal platser 94.

När Lerums vårdcentral invigdes flyttade rehabverksamheten från Tuvängen dit. Sjukgymnast och arbetsterapitjänster köptes då av Primärvården. Sjukgymnast och arbetsterapi biträdestjänster valde man att ha kvar

Läkartjänster från Primärvården fortsatte som förut med två läkare som kom en gång i veckan och var tillgängliga i hemmet på kvällar och nätter (annars var det läkare på lasarettet). Under denna tid utvecklades hemsjukvården, man skulle ta hand om allt svårare sjuka inom kommunen och begreppet Färdigbehandlad myntades. I Lerum valde man att ha kvar

sjukhemmet som ett sjukhem även om det kallades för "särskilt boende" Sjukhemmet skulle serva hela Lerum och kunna ta emot svårt sjuka som inte kunde vårdas hemma eller inte behövde vård på sjukhuset. Detta innebar att sjuksköterskor, som tidigare, fanns kvar och man kunde garantera att det fanns kompetent personal dygnet runt och inte så många delegationer behövdes. Nu hade vården också ändrats så att växelvård utökades, vård i livets slutskede (yngre svårt sjuka och döende patienter) fick plats på vissa enkelrum avsedda för detta. Tuvängen fick 190 ?? Vitsippspriset för god vård av dessa patienter. Dialyspatienter var också något nytt men sjukhusen i Alingsås Borås och Göteborg delade med sig av nyheter och kunskaper som vii kommunerna inte hade haft tidigare. Patienter med stort rehabiliteringsbehov kunde få bo upp till 6 månader och betala 100 kr per dygn även om det nu blivit särskilt boende.

Hemsjukvården fick nu också svårare sjuka att ta hand om. Distriktsjuksköterskorna fick fler svårt sjuka att vårda hemma och de som flyttade in på andra särskilda boende blev allt mer beroende av hjälp.

Gott samarbete med alla samarbetspartner var av största vikt

Dagverksamheter och särskilda boendeformer i Lerums kommun

Den 24 september 1987 startades "Sanna", dagverksamhet för glömska äldre. Verksamheten bedrevs gemensamt av Lerums kommun och primärvården. Lokalen var en gammal skola i Hede. Verksamheten började som ett försök men pågick till

Under 1980-talet började kommunerna bygga gruppboenden och gruppbostäder .

I Gråbo byggdes det första gruppboendet för senildementa i början av 1990-talet, följdes sedan av gruppboende i Floda i Drängsered.

1991 byggdes i Floda centrum servicelägenheter för äldre personer på ett våningsplan i ett bostadshus, Solgården.

Kommunen byggde servicelägenheter och en dagcentral i Gråbo, Parasollen vilken invigdes 1986. Servicelägenheterna blev ersättning för Mongården, ett ålderdomshem som sålts och drivs i privat regi som rehabiliteringshem för hjärtopererade patienter .

En dagrehabilitering inrymdes i Parasollen där det även fanns en varmbassäng. Verksamheten där upphörde 1991 och flyttade till Tuvängens sjukhem.

Distriktsläkare i långtidssjukvården

Samtliga distriktsläkare ansvarade för den löpande långtidssjukvården men vid tunga och komplicerade vårdärenden skulle samarbete ske mellan distriktsläkaren inom långtidssjukvården och denne skulle ta över ansvaret. För en sådan halvtidstjänst svarade Dr XXX och Dr YYY under tiden tttt.

Distriktsläkare med profilering på tung långtidssjukvård skulle enl. direktiv 1990:

- Utföra allmänläkaruppgifter till 50 %
- Till 50 % ha det övergripande ansvaret för långtidssjukvården i Lerums primärvårdsområde
- Medverka i utvecklingen av de långtidssjukas vård, omvårdnad och behandling
- Ansvara för den medicinska vården på Tuvängens sjukhem
- Ha intagningsrätten till sjukhemmet
- Ha det samlade ansvaret för korttidsvården, svikt-, avlastnings- och växelvårdspatienter.
- Ansvara för de tunga och komplicerade hemsjukvårdspatienterna i hemvården, när vårdplaneringsgruppen påkallar detta.
- Ansvara för att internutbildning erbjuds och genomförs för berörd personal
- Ha ett samordningsansvar för den medicinska jourverksamheten för hemvården och långtidssjukvården i Lerum i samarbete med den sociala jourverksamheten och övriga primärvårdens jourverksamhet.

Ädelreformen gav ett avtal mellan kommunerna och landstinget i Älvsborgs län

"Älvsborgsmodellen syftar till att ge ädelreformen i Älvsborg ett innehåll som i högre grad leder mot reformens ursprungliga mål. Ett av dessa mål är att samordna flera likartade verksamheter för den vård, omvårdnad och service för äldre, handikappade och långtidssjuka, som kommunerna och landstinget byggt upp vid sidan av varandra.

Ett annat mål är att få en organisation som gör det enklare för allmänheten att avgöra vilken huvudman som bär ansvaret. Utöver den ansvarsfördelning som ingår i den obligatoriska delen av äldreformen föreslås därför att avtalet mellan landstinget och länets kommuner också skall omfatta en utvidgning av reformens hemsjukvårdsdelar och att ansvar och resurser regleras inom den de centrala psykiatrin”.

Länsavtalet innebar att kommunerna också tog över ansvaret för hemsjukvården (inkl distriktssjukgymnastik och distriktsarbetsterapi) utanför de särskilda boendeformerna. Detta var bl.a. möjligt genom att ett obligatoriskt kommunalt betalningsansvar för de medicinskt färdigbehandlade patienterna infördes. Att kommunerna disponerade hemsjukvården var ett villkor för att kommunerna skulle ta över ansvar och resurser i samband med psykiatrins omstrukturering”

Den 1 januari 1992 tog kommunerna över ansvaret för äldreomsorgen som avtalet sade.

Genomförandet av Ädelreformen i Lerum

Samarbete Lerums kommun och primärvården hade skett under många år och bitvis ett gott sådant. Många intensiva möten inför genomförandet skedde denna tid med både politiker och tjänstemän.

Reformen resulterade i att verksamheter överfördes från primärvården till Lerums kommun enligt nedan:

Sjukhemsvård

Tuvängens sjukhem med 56 vårdplatser

Gruppboheter

Gruppstäderna för senildementa personer i Gråbo och Floda med tillsammans 24 platser.

Dagverksamheter

Gråbo dagcentral med 11 platser.

Hemsjukvården, psykiatrisk verksamhet, anhörigbidrag, tekniska hjälpmedel och administration.

Personal som berördes var 150 personer motsvarande 108 årsarbetare, vilka bytte arbetsgivare 1 januari 1992.

Verksamheterna beräknades till en kostnad på drygt 34 miljoner kronor. Dessa medel överfördes via skatteväxling.

SJUKGYMNASTIK OCH ARBETSTERAPI FRÅN CENTRALISERAD TILL DECENTRALISERAD TERAPI

Margareta Brantdahl, sjukgymnast och May Thyrén, arbetsterapeut gav underlaget.

1960-tal

Tuvängens sjukhem stod klart 1967 och där inrättades en sjukgymnasttjänst för sjukhemmets patienter. Tjänsten delades på tre personer. En tjänst som terapibiträde fanns som delades med vårdavdelning. 2 hela tjänster privata sjukgymnaster fanns i Lerum.

Organisatoriskt tillhörde sjukgymnastiken och arbetsterapien på Tuvängen slutenvården; långvårdsområde Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga. Initialt fanns distriktsgymnaster i Alingsås som ombesörjde hjälpmedelsutprovning och behandling i hemmet, även i Lerum. Hjälpmedelscentralen på lasarettet i Borås ombesörjde hjälpmedelsutprovning i hemmen för hela södra sjukvårdsdistriktet, där Lerum ingick.

Distriktsgymnastverksamhet för södra sjukvårdsdistriktet av Älvsborgs läns landsting omfattade Alingsås och Borås hemsjukvårdscentraler samt verksamheten på vårdcentralerna i Lerum, Ulricehamn, Tranemo, Herrljunga, Fristad, Hulta-Borås, Svenljunga, Dalsjöfors, Viskafors och Skene samt Habiliteringen Borås.

Verksamhet har en chefsdistriktssjukgymnast som funnits sedan 1968 och vars uppgift var att vara rådgivare och förmedlare av information i yrkesfrågor.

1970-tal

För Alingsåsområdet anställdes 1970 en distriktsarbetsterapeut och en sjukgymnast med betjäningssområde Mittenälvsborg samt Ale kommun. En tjänst som arbetsterapibiträde tillkom 1971 för samma område.

Sjukvårdsstyrelsen uppdrog åt landstingets södra sjukvårdsdistrikt vid sammanträde 15 okt 1973 att utreda frågan om en försöksverksamhet med decentraliserad sjukgymnastik i Lerum.

Försöksverksamhet i 6 mån startade 1974-09-01 och pågick till 1975-02-28.

I samband med försöksverksamheten utökades tiden med ytterligare 14 tim/v sjukgymnast = totalt 54 tim/v sjukgymnast + 40 tim/v biträde på sjukgymnastiken. (sjukgymnast = 20 tim vardera Christina Peil och Margareta Jahrsten, Margaretha Cedergårdh 14 tim/v).

Sammanträde 12 februari 1975 direktionen för landstingets södra sjukvårdsdistrikt i Borås tillstyrkte fortsatt verksamhet.

Tiden fördelades på polikliniska patienter ca 25 tim/v (2 v väntetid), övrig tid till sjukhemmets patienter.

Patientavgift för polikliniskt besök: 4:- + 12:- från FK för polikliniska besök. Patienten köpte kuponger för 4:-/st. sedan skickades räkning till FK efter avslutad behandling. Eventuellt övertaliga kuponger inlöses av landstinget.

Patientavgift för hembesök 5.50 + 16.50 från FK. Hembesök kunde ske efter att remitterande läkare angett detta på remissen.

Tillströmningen ökade och i maj-juni 76 stod 40 patienter på väntelista och väntetiden var 2 månader. Efter sommaren med avlastningshjälp från Alingsås fick man ner den till 2 veckor.

1977-78 utredde distriktsdirektionen verksamheterna vid hjälpmedelscentralen, arbetsterapi och sjukgymnastik i öppen vård, den s k HAS-utredningen. Här fastslogs bland annat att inga arbetsterapi- eller sjukgymnasttjänster skulle finnas vid sjukhemmen, då de tyvärr inte blev besatta p g a det högst begränsande verksamhetsområdet där. Alla tjänster skulle flyttas ut till öppna vårderna som distriktsarbetsterapeut och distriktssjukgymnast. Sjukhemmen skulle istället betjänas via handledning av speciella biträdestjänster, vars uppgifter var att fungera som förlängda armar in mot avdelningarna.

Arbetsterapibiträdestjänsterna på Tuvängen konverterades 1979 till en distriktsarbetsterapeuttjänst för Lerums primärvårdsområde.

1980-tal

Skrivelse till Blockledningen för öppenvården (block V) från Monika Golcher-J:son chefsdistriktsgymnast 12/12 1980 angående att inrätta förstegymnaster på distrikt.

Verksamheten växte och i februari 1983 fanns 2,5 sjukgymnaster och 1 biträde på Distriktsgymnastiken i Lerum. Idag finns 5 sjukgymnaster och 1,5 rehabiliteringsassistenter.

1984 hade distriktsarbetsterapeutens arbetsuppgifter ökat så pass mycket att man fick "låna" outnyttjade tjänstefaktorer från Vårgårda och Herrljunga till ett 75% vikariat.

1985, kort efter att Lerum Vårdcentral hade invigts, inrättades ytterligare en tjänst i Lerum.

De lånade tjänstefaktorerna var kvar.

I samband med att Lerums nya vårdcentral invigdes 1985 flyttade Distriktsgymnastiken tillsammans med Distriktsarbetsterapin till dit och tillhörde nu organisatoriskt Lerums primärvård.

1986 förvandlades en av distriktsarbetsterapeuttjänsterna till chefstjänst.

1987 blev de lånade tjänstefaktorerna en distriktsarbetsterapeuttjänst.

I slutet av 80-talet inrättades en 75% tjänst som arbetsterapibiträde.

1986 startade Dagrehabilitering på det nyöppnade Parasollen i Gråbo. Därmed utökades arbetsterapeutresurserna med 50% tjänst.

Ädelreformen 1992

Avtal om tjänsteköp till kommunen av sjukgymnast och arbetsterapeut skrevs 28 januari 1992 och omfattade 3 tjänster som arbetsterapeut och 1/2 tjänst som sjukgymnast.

Arbetsterapibiträdestjänsten konverterades till arbetsterapeuttjänst.

Tjänsteköpet upphörde hösten 1997 då Lerums kommun startade en egen rehabiliteringsenhet och anställde egen personal.

1:a sept. 1997 startade Lerums kommun en egen Rehabiliteringsenhet.

Det innebar att Primärvården minskade med 3 tjänster, de som kommunen tidigare köpt.

Kommunens Rehabiliteringsenhet startade med: . (En heltidstjänst = 1000 tjänstefaktorer).

Arbetsterapeut	300 tjänstefaktorer
----------------	---------------------

Sjukgymnast	150 tjänstefaktorer
-------------	---------------------

Sjuksköterska tillika enhetschef	75 tjänstefaktorer
----------------------------------	--------------------

Rehabassistent	350 tjänstefaktorer
----------------	---------------------

Syn-Hörselinstruktörer	150 tjänstefaktorer
------------------------	---------------------

Primärvården 1990-talet

Befattning som förstegymnast ersattes av chefgymnasttjänst 1991.

1994 infördes fri etablering för privata vårdgivare – tre beviljades inom Lerums primärvårdsområde med etablering under våren 1995. två arbetade på Hälsans hus som senare flyttade till Landvetter och en startade i Gråbo och finns fortfarande kvar.

Årsskiftet 1994 -1995 slogs Lerums och Alingsås primärvårdsområden ihop till Mitten-Älvsborg. Detta innebar inte någon större förändring för distriktsgymnastiken initialt.

Landstingen införde remisskrav till all offentligt finansierad sjukgymnastisk behandling 1996-01-01. Rekommendation att inte skriva för mer än 10 behandlingar/gång exklusive initial bedömning. Detta blev både dyrbart och opraktiskt. Västra Götalandsregionen upphävde beslutet 1999-08-31.

Träningskort för patienter som deltog i gruppträning och betalade grupptaxa infördes lokalt i Lerum. Patienten kunde köpa ett kort som omfattade 10 tillfällen. Avgiften var högkostnadsgrundande. Fick inte fortsätta med detta eftersom taxor skulle vara enhetliga i hela Älvsborg.

1995-01-01 beslutade Landstingen i Älvsborg att grupptaxa skulle upphöra. Efter bl.a. skrivelse till HSN Mittenälvsborg beslutades det den 14 mars 1995 om att åter införa grupptaxa. Patient skulle också ha möjlighet att nytta träningslokaler, i mån av tillgång, för friskvårdsträning genom att köpa ett träningskort för 100:-. Detta är inte högkostnadsgrundande.

Mottagningsmodeller som provats under 90-talet:

Väntelista. Alla patienter tas omhand i den ordning de hört av sig.

Öppen mottagning med 2 sjukgymnaster 1 tim/dag start 1992. Akuta åkommor hänvisades dit.

Öppen mottagning dagligen först, sedan nystart 1 april 1995 tre dagar i veckan kl. 10-11

Från 1999 bedömning i 3 grupper akut, halvakut, väntelista.

Datorisering:

Startade med journalsystemet Rehab II 1995. Program framtaget för sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

2000-tal - primärvården

Mottagningsmodell:

Sedan hösten 2003 bokas patienter in inom en vecka på ett visst antal nybesökstider under avsatt telefontid.

Datoriserad journal

Gick över till Profdoc april 2003. Profdoc var samma datasystem som användes inom primärvården i Mitten-Älvsborg.

Förslag till ny sjukgymnastikorganisation i Mitten-Älvsborg med gemensam chef togs fram 1999. Distriktsgrupperna i Sollebrunn, Noltorp, Ängabo, Herrljunga och Lerum skulle då ingå. Startade hösten 2000, Helen Andersson tillträdde som chef.

Arbetet med Hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi att förändra vårdstrukturen påbörjades februari 2003. Beslut i Regionfullmäktige mars 2004 resulterade i ett Inriktningsdokument hur strukturen skall se ut. Bl. a. skall närsjukvården utvecklas och stärkas.

Som ett första steg i att utveckla närsjukvården i Mitten-Älvsborg har man beslutat att all rehabilitering på Alingsås lasarett och i primärvården skall vara en gemensam organisation från januari 2005, d.v.s. sjukgymnaster och arbetsterapeuter från både slutenvård och öppenvård ingår.

2000-tal – kommunal verksamhet

År 2000 tillträdde en arbetsterapeut som rehabchef. Sjuksköterskefaktorer togs bort.

Vuxenhabiliteringen blev kommunens ansvar och därmed tillkom:

75% arbetsterapeuttjänst i Lerums kommun samt 100% sjukgymnasttjänst, som delades mellan Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga kommun.

Under år 2004 sades avtalet upp med Alingsås, Vårgårda och Herrljunga.

Sjukgymnasttjänsten delas nu mellan vuxenhabilitering och äldreomsorg i Lerum.

Under 2000-talet har Rehabenheten utvecklats vad gäller kompetens och arbetsuppgifter.

Ex: Rehabenheten regelbundet utbildning i ergonomi och förflyttningstekniker för vårdpersonal.

I oktober 2003 flyttade Rehabiliteringsenheten till nya och funktionella lokaler på det nya äldreboendet Riddarstensgården.

På Riddarstensgården finns kommunens

- Korttidsrehabavdelning med åtta platser.
- Hemrehabilitering startade 2003.
- Hemrehabilitering innebär ett fördjupat samarbete med kommunens
- Biståndsenhet.

Rehabchefen har i sin tjänst 25% som Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering, MAR.

Ytterligare arbetsterapeut- och sjukgymnasttjänst samt en teknikertjänst har tillkommit.

Rehabilitering i äldrevården med många dimensioner

Vårdsidors reporter Ulla Wessman gjorde ett reportage om rehabilitering i nr 5 år 2000.

"En god rehabilitering innebär ökad självständighet, högre livskvalité och minskad risk för inaktivitet och kan också innebära en och annan sparad krona för samhället, säger distriktsläkare Claes Burman i Lerum.

Åtta timmar i veckan ägnar han sig åt äldrehabilitering som är gemensam för hela kommunen. Han berättar att tjänsten tillkom för att möta det ökade behovet av läkarmedverkan i äldrevården och i rehabilitering av äldre.

- Jag har ett övergripande ansvar när det gäller äldrehabilitering och arbetar nära övrig rehabiliteringspersonal i primärvård och kommun.

Att arbeta i team är både roligt och nödvändigt

Det handlar ju om att hjälpa människor att återfå eller behålla fysiska och psykiska sociala funktionsförmågor. Det finns ingen enskild yrkeskategori som klarar det. Den viktigaste medlemmen i teamet är patienten själv, men även närstående, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och hemtjänstpersonal, är viktiga länkar i rehabiliteringsarbetet.

Till Dagrehabiliteringen kommer främst patienter som bor hemma och som är i behov av såväl sjukgymnastisk som arbetsterapeutisk träning.

Till Korttidsavdelningen kommer de flesta patienterna från sjukhus efter ex. stroke eller höftfraktur, men även från eget boende för en period med lite intensivare rehabilitering.

I Samverkansteamet mellan primärvård och kommun diskuteras rehabiliteringsinsatser (med patientens medgivande), för de patienter som skrivs ut från sjukhus eller finns i eget boende, där det behöver klargöras vem som skall göra vad. Detta för att kunna erbjuda snabba insatser utan risk att patienten hamnar mellan stolarna eller att dubbelarbete görs.

Patienten ger sin syn på sina behov och mål för sin träning. I teamarbetet delger patienten sin syn på sina behov och anger sina mål för träningen. Övriga team-medlemmar bedömer patienten utifrån sitt yrkeskunnande som sammanställs till en helhetsbild och utifrån denna planeras insatser och uppföljning. För de patienter som vårdplaneras på sjukhus görs ibland en rehabiliteringsplan. Denna är en bra första information för den fortsatta rehabiliteringen. Rehabiliteringsbehov finns även hos äldre som inte varit på sjukhus, men p.g.a. sjukdom och inaktivitet har tappat funktionsförmåga och löper risk för ökad sjuklighet, ökat beroende av stödinsatser och minskad livskvalitet.

Resurserna på bästa sätt

Hur ser Claes på sina insatser som rehabiläkare?

- Jag tycker att det är positivt på flera sätt. Det är berikande att arbeta tillsammans med andra yrkeskategorier och det känns viktigt att bidra till en bättre äldrehabilitering. När jag ser hur oerhört positivt många patienter upplever en rehabinsats, för att de har blivit bättre eller lärt sig hantera en funktionsnedsättning och lyckats återerövra en del av sin vardag med ett ökat självförtroende, så känns det mycket stimulerande. Det som kan upplevas negativt är att behoven är så stora i förhållande till resurserna. Väntetiderna på rehabinsatser är oacceptabelt långa och det fattas både tid, personal och pengar. Det gäller att använda resurserna som finns på bästa sätt och hoppas att de som fördelar pengarna inser vikten av rehabilitering och prioriterar därefter. I prioritetsutredningen sägs ju att endast akut livshotande och svåra kroniska tillstånd har högre prioritet, avslutar Claes Burman."

SAMVERKAN EN LERUMSIDEOLOGI

Ett av honnörsorden i verksamheten var samverkan. Här ges några exempel på samverkansprojekt och synen på samverkan med omvärlden.

Samverkan – ett honnörsord i Lerums primärvård

Ulla Sandvall, Lerums vårdcentral, berättar:

"Under åren har Lerums vårdcentral pga sin storlek varit primärvårdens representant i många samverkansgrupper både i kommunen, lasarettet och andra samhällsorgan

I slutet av 80-talet fanns en samverkansgrupp kallad LISA som står för landsting i samverkan med representanter från de fyra kommunerna samt lasarettet och primärvård. Denna grupp utvecklade bl.a. rutiner för vårdplanering inför hemgång från lasarettet. Samverkansgruppen blev också basen i det stora arbetet med ÅDEL-reformens genomförande och senare REHAB-300, ett projekt som syftade till att utveckla rehabilitering för äldre. Gruppen fick senare under 90-talet annan representation och bytte namn till KOLA som dessutom fick en förberedande grupp kallad LILL- KOLA. Psykiatrin ingår i båda dessa grupper.

En samverkansgrupp) med bred representation i hela samhället arbetad emed alkohol-drog- och våldsförebyggande. Denna hade barn- och ungdomsförvaltningen ansvaret för. Deltog gjorde tjänstemän från socialförvaltningen, polis, kyrkan, primärvården, ungdomsgårdar och rektorerna på respektive högstadium. Denna grupp arbetade mycket kreativt som bl.a. resulterade i "Lusserocken".

Pengar är ofta en drivkraft, särskilt när de minskar. Det fanns något som hette "gränslös vård" vilket innebar att patienter kunde välja att var inom regionen de ville vårdas. Det gällde i hög grad förlossningarna.

Förlossningen i Alingsås var borta sedan 1978 och Lerums föräldrar valde Östra i Göteborg före Borås. Älvsborg fick betala ca 18.000 kr för varje förlossning. Det blev mycket pengar eftersom det föddes många barn i början på 90-talet. För att vända trenden och spara pengar erbjöd vi gravida par att med buss åka till Borås för information och titta på förlossningsavdelningen. Många par åkte med och många tänkte om och valde Borås. Vi sparade pengar men snart gjordes reglerna om och det blev åter fritt fram att söka i Göteborg. Men det var mycket intressant att se hur relativt enkelt man kan vända strömmar.

Vi samarbetade med apoteket i flera olika projekt. Exempel på detta är egenvårdsbroschyren "Sköt om Dig" och utbildning av undersköterskor/biträde inom hemtjänsten för att ge rätt medicin till vårdtagarna. Tankar fanns att ha sjuksköterska några timmar/dag på apoteket för att svara på egenvårdsfrågor. Idag är det ju en fråga i ropet! Tyvärr kunde vi inte genomföra planerna Dels saknade vi sjuksköterskor men fram för allt var apotekets lokaler inte tillräckliga ur sekretessynpunkt-

Lab-projektet var ett projekt tillsammans med kem.lab vid Alingsås lasarett. Med patientnära analyser kortades läkarens och patientens väntan på analyssvar. Marianne Fu har lovat skriva om detta."

Socialtjänsten, en viktig samverkanspartner

Socialvårdens verksamhet, som omfattade den enskildes totala behov av omvårdnad och service, behovssamordnades alltmer med sjukvården under 1970-talet. Genom vårdcentralen skulle den enskildes behov av medicinsk service och vård tillgodoses på hemorten. Vårdcentralen skulle få ta ett betydande ansvar för den uppföljande vården och behandlingen av personer som skrevs ut efter medicinsk rehabilitering på länssjukvården. Varje utskrivning skulle därför förberedas genom kontakter och samråd med den sociala nämnd som skulle ta över ansvaret för den fortsatta omvårdnaden av patienten. En vårdplan skulle upprättas för patienten i samverkan mellan de ansvarande instanserna. SLAKO – Samverkan Landsting och kommun – principer för samplanering och samverkan på läns- och lokalnivå var en sådan organisation som beskrevs i kommunförbundets cirkulär 75/1969 om samordnad social åldrings- och långtidssjukvård.

POSOM

POSOM står för Psykiskt Och Socialt Omhändertagande. En viktig samverkansgrupp för anhöriga vid katastrofer som Tsunami-katastrofen 2005 och tidigare för olyckor och självmord vid skolorna..

Lena Råstam, distriktssköterska Gråbo var många år en av gruppmedlemmarna. Hon beskrev arbetet i PRIM Nytt nr 1 1994.

"POSOM skall finnas i varje kommun och är en kommunal angelägenhet. Enligt Räddningsverket och Socialstyrelsen skall gruppen bestå av representanter från: socialtjänst, skola, primärvård, kyrka, polis och räddningstjänst.

Detta är en ledningsgrupp. Den sammankallas vid olyckor, katastrofer och krig.

I Lerums kommun har vi sedan flera år en katastrofplan för samverkan mellan vårdcentralerna och räddningstjänsten. Sjukvårdsgruppen kan skickas ut till större skadeplatser och en plan finns för hur vi skall kunna ta emot ett större antal skadade inne på vårdcentralerna.

Vår katastrofplan har inte tagit upp samordning med andra verksamheter som socialtjänsten, skola m.fl. om hur vi tillsammans på ett smidigt sätt skall bemöta och ge ett bra psykiskt omhändertagande av drabbade personer.

Vi behöver en med kommunen gemensam plan som kan träda i kraft t.ex. vid trafikolyckor med ett flertal drabbade eller som mardrömsexempel - ett flygplan som störtar under inflygning över Lerums kommun. Vid en sådan katastrof kan man räkna med att på en död finns cirka tio drabbade och sörjande. Ett dödsfall som inträffar plötsligt, räcker för att ge anhöriga både chock och djup kris. Då är det viktigt att få stöd i sin egen miljö med sina nära omkring sig.

Min förhoppning är att vi vårt primärvårdsområde skall bli bättre på att från vårdcentralerna stötta upp vid tillfällen då någon oväntat förlorar en nära anhörig.

Vi önskar att någon från vårdcentralen kan fungera som katalysator i sorge- och läkningsarbetet. Detta innebär att "biståndspersonens" uppgift inte primärt är att bota eller ta bort den krisdrabbades symptom, utan den främsta uppgiften blir att hålla kontakten, finnas till hands, lyssna, stötta och följa upp efter en tid. Lyckas vi med detta i de enstaka fallen får vi en beredskap att räcka till även i händelse av större katastrofer

En tvärssektoriell grupp med representant från räddningstjänst, ambulans, polis, kyrka och primärvård har bildats. Vi har träffats några gånger för att "inventera" vad vi redan är bra på här i kommunen och utifrån detta bygga upp en Lerumsmodell för omhändertagande av personer i akut kris, där fler än en är drabbad.

Vi har som mål att tillsammans med alla berörda enheter, utarbeta en grundmodell: Vad är det jag skall göra i mitt arbete vid möte med en krisdrabbad person.

För att sprida information om detta har jag träffat ett flertal av personalen på berörda enheter. En skrivelse om POSOM-arbetet är skickad till Kommunstyrelsen för att från tjänstemannanivå informera politikerna om vad vi håller på att starta upp.

Till vintern hoppas vi få möjlighet att samla berörd personal inom de olika arbetsområdena till ett par gemensamma utbildningstillfällen, så att ALLA strävar åt samma håll."

Kurator eller socialarbetare

I Gråbo gjordes tidigt (redan 1973) ett försök med samordnad sjuk- och socialtjänst, där socialassistenten skulle ha kuratorsfunktion. Någon kurator anställdes aldrig i Lerums primärvårdsområde.

I projektform påbörjades ett samarbete mellan socialtjänsten i Lerum och primärvården. Man fastställde "spelregler" som innebar att samarbetsteam som byggde på områdesansvar skapades med läkare, sjuksköterska (som kunde vara distrikts-, skol-, barnhälsovårds- eller mödrahälsovårdssjuksköterskan) och socialassistenten för området som oftast motsvarade rektorsområdena. Alltför formaliserat samarbete rekommenderades ej men möjlighet att lätt nå varann var en förutsättning. Dessutom rekommenderades att då och då ha gemensamma träffar för att ta upp samverkansmetoderna. I det enskilda fallet skedde kontakten helt informellt utan remissförfarande. Något som försvårade kontakterna fick inte förekomma utan man skulle i teamen arbeta som kollegor oavsett yrkestillhörighet och med utnyttjande av varandras yrkeskompetenser. Målsättningen var helhetssyn, ett socialmedicinskt tänkande där socialassistenten hade en kuratorsfunktion i teamet. Familjevårdsprincipen skulle gälla: en familj, en läkare, en socialassistent, en sjuksköterska. Sekretessproblematiken penetrerades och

löstes individuellt. Samarbetet sågs som ett försök till integration av sjuk-, hälso- och socialvården.

Rehabilitering – ett samverkansprojekt

Medicinsk rehabilitering fick 1969 ställning som specialitet inom sjukvårdsorganisationen. Det skulle finnas en sådan klinik i varje län.

Socialstyrelsen kom 1976 med ett förslag till principprogram för medicinsk rehabilitering (Socialstyrelsen redovisar 1976:5). På primärvårdsnivå angavs ”att en samordnad social och medicinsk närhetsservice var av stor betydelse för alla människor vid sjukdom, olycksfall och andra tillfällen med särskilda svårigheter. I en väl organiserad primärvård med samordnade och samverkande hälso-, sjuk- och socialvårdsresurser är vårdcentralen med sina behandlingsmöjligheter, det lokala sjukhemmet och dess rehabiliteringsresurser och hemsjukvården tillsammans en rehabiliteringsinriktad enhet med förutsättningar att – i samarbete med primärkommunala och andra organ – fånga upp och tillgodose huvuddelen av vardagens behov av såväl medicinsk behandling som av social service och omvårdnad.”

Primärvården i Lerum önskade verka i dessa former.

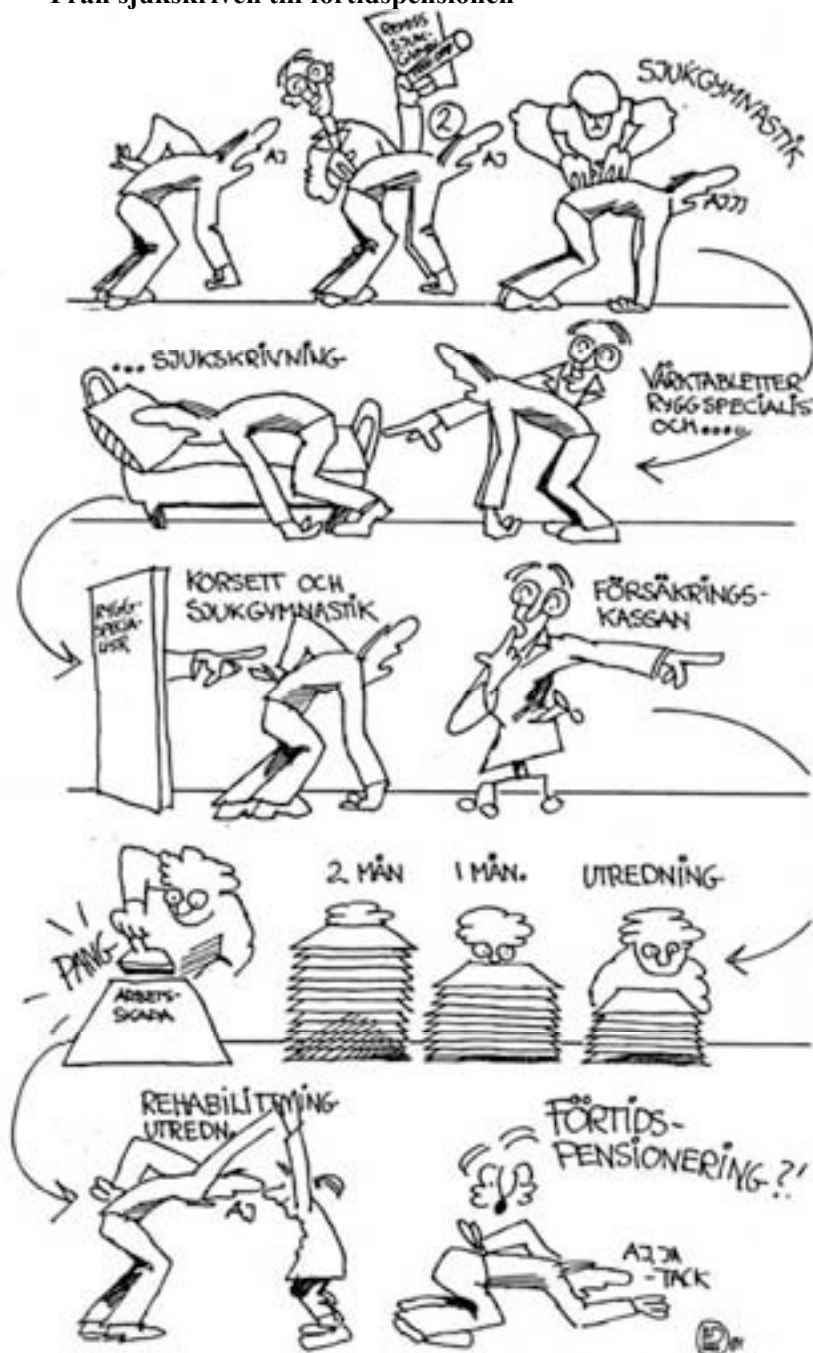
Södra sjukvårdsdistriktets rehabiliteringsklinik med dess chef Sven-Olof Krafft förändrade också verksamheten i denna riktning och inledde ett nära samarbete med primärvården..

Målsättningarna var bl. a. :

- En samordnad – individuellt anpassad och organiserad – behandlingsinsats, byggd på en helhetssyn på patienten och dennes situation.
- En för sjukvårdsområdet samordnad medicinsk rehabiliteringsorganisation
- En inom sjukvårdsområdet så långt möjligt decentraliserad rehabiliteringsservice med tyngdpunkten i primärvården.

Redan på 70-talet mötte man i primärvården ett ökat antal personer med uttalad funktionsnedsättning som hade ringa medicinsk bakgrund. Funktionsnedsättningen förstärktes oftast av ett traditionellt medicinskt diagnostiskt och terapeutiskt förfarande. Det gjordes omfattande utredningar med ett ”kringvandrande” mellan olika specialiteter. Detta var deletärt för patienten som utvecklade en kronisk sjukroll. – se bild nedan Denna manifesterades ofta som ett kroniskt smärtsyndrom med förtidspensionering som slutresultat. Försäkringskassans tillämpning av sjukpenningbegreppet och arbetsskadeförsäkringen förstärkte ofta den negativa utvecklingen. För att komma tillrätta med problematiken genomfördes ett samverkansprojekt mellan primärvården i Lerum och den medicinska rehabiliteringskliniken i Borås i början av 1980-talet..

Från sjukskriven till förtidspensionen



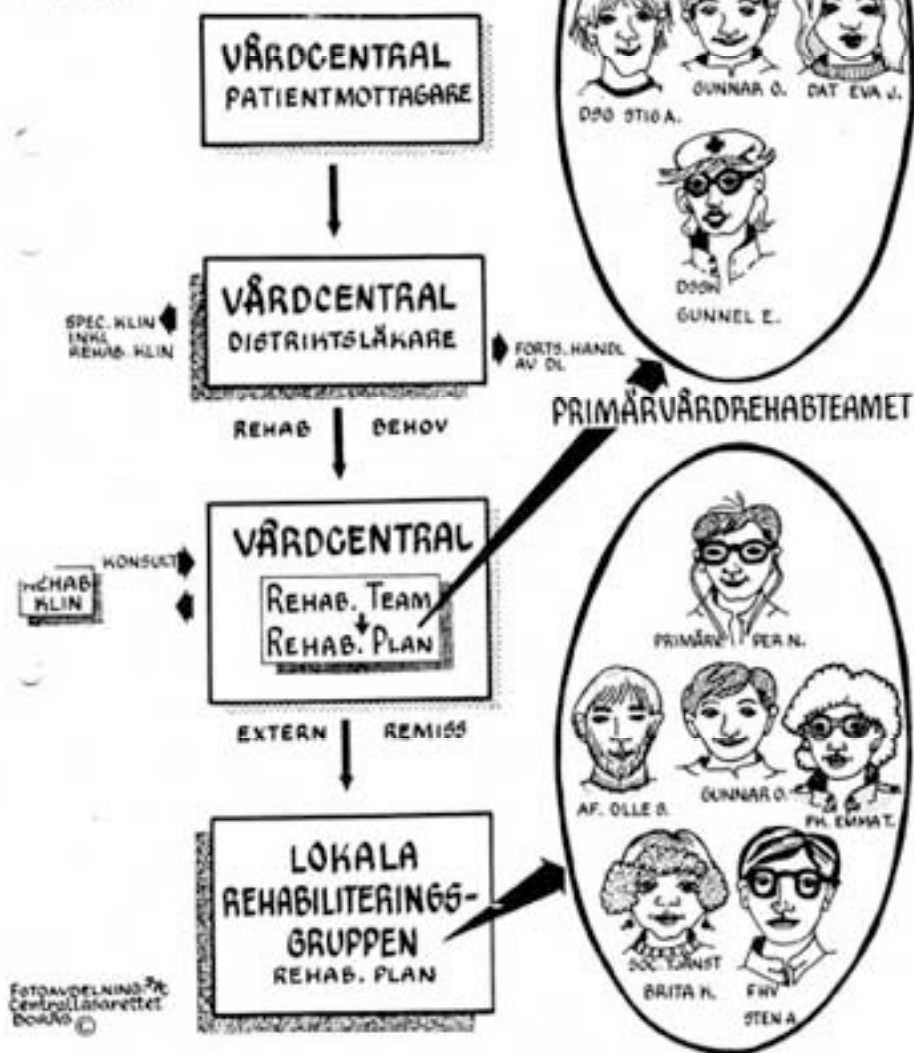
En rehabiliteringsmodell testades för befarat långtidssjukskrivna med problem i rörelseorganen. Modellen som visas i bild nedan byggde på:

- tidig aktiv intervention i problematiken
- problemlösning i samverkan mellan patient, primärvård, konsult från rehabiliteringsklinik samt lokala samverkanspartners från Försäkringskassan, Socialtjänsten och Företagshälsovården.
- utbildningsinsatser

Ett lokalt rehabiliteringsprogram

REHABILITERINGS-PROGRAM

Lokal överenskommelse om vårdnivå, organisation och samverkansmetodik



Resultatet av insatserna visade att:

- Problematiken oftast kunde lösas med de resurser som fanns i patientens närhet.
- Handläggningstiden kunde förkortas.
- Slutresultatet förbättrades

Tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder inom primärvården var synnerligen värdefullt för att förhindra utslagning som ofta manifesterade sig som s. k. Kroniskt smärtsyndrom. Samarbetet mellan distriktsläkare, distriktssjukgymnast och distriktsarbetsterapeut var synnerligen väsentligt då man skulle lösa rehabiliteringsproblematik inom primärvården. Att använda en adekvat rehabiliteringsmetodik kunde många gånger hindra att patienter i onödan remitterades till och kanske till och med "konserverades" i länssjukvården. Endast ett fåtal patienter behövde remitteras till specialistkliniker. Den lokala rehabiliteringsgruppen var ett viktigt samarbetsorgan och rekommendationen var att en sådan grupp borde finnas för varje vårdcentral. Resultatet av projektet blev också att konsultverksamheten från

rehabiliteringskliniken kom att omfatta i stort sett samtliga vårdcentraler i Älvsborgs läns södra sjukvårdsdistrikt.

Regelverk angående arbetsmiljö och rehabilitering

Försäkringskassan hade enligt lag om allmän försäkring (1962:381) tillsyns- och samordningsansvar över de utredande och andra insatser som krävdes för rehabilitering av enskilda försäkrade. Genom senare riksdagsbeslut fick försäkringskassorna det övergripande samordningsansvaret för rehabiliteringsverksamheten. I ansvaret ingick att ta initiativ till sådana insatser och att ge stöd åt den enskilde i kontakter med andra rehabiliteringsansvariga. I speciella fall skulle kassan kunna överta ansvaret för att en rehabiliteringsutredning kom till stånd.

Genom riksdagsbeslut (1990/91:103) fick arbetsgivaren ökat ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering. Det skulle på arbetsställena finnas en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Arbetsgivarna fick också ett förstahandsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Samtidigt hade företagshälsovårdens arbetsuppgifter renodlats från sjukvård mot förebyggande vård med krav på ökad kvalitet samt bättre styrning och ledning.

Samordning i missbruksfrågor

Floda vårdcentral med distriktsläkare Bengt- Ivar Nöjd initierade i början av 1980-talet till samverkan mellan olika instanser som kunde upptäcka, behandla och rehabilitera alkoholmissbrukare och narkotikamissbrukare. Man utvecklade ett förslag till vårdprogram för förebyggande och behandling av alkoholmissbruk, Spri rapport 183, 1984. På vårdcentralen rekommenderade man att en primär samordningsgrupp i missbruksfrågor (PSG) skulle finnas. Gruppen skulle bestå av en distriktsläkare, en sjuksköterska (distriktssköterska, mottagningssköterska eller alkoholpoliklinisksköterska) samt en socialsekreterare. Gruppen skulle ha ansvar för missbruksvården inom primärvårdsområdet. Man pekade på att det var väsentligt att socialtjänst och primärvård hade samma områdesgränser. Den lokala rehab-gruppen, som tidigare beskrivits i Rehabiliteringsprojektet, var en viktig aktör i sammanhanget. Följande bild visar samverkanspartner.

Ur Spri rapport 183



Samverkan med Försäkringskassan

Om sådan berättas också i avsnittet om psykiatri i Lerum.

Samverkan med lasaretten

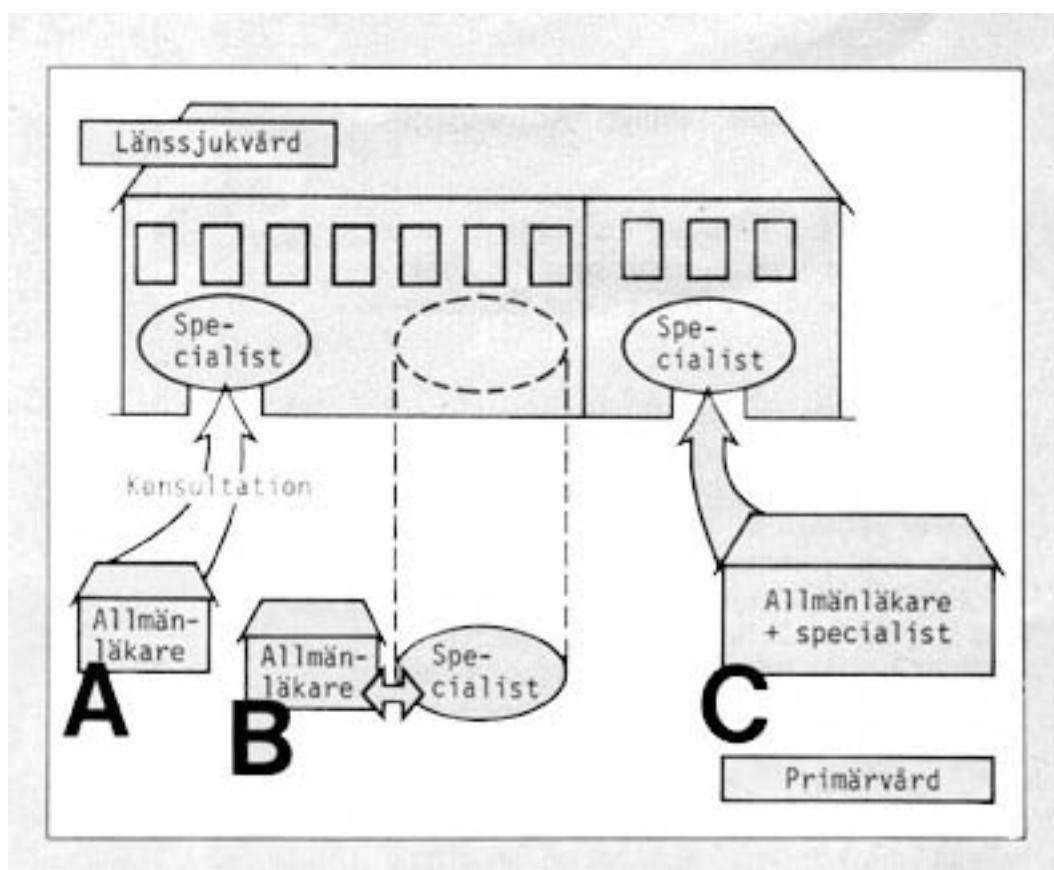
Den nya primärvården och sjukhusets kliniker hade till att börja med mest kommunikation via remissförfarande. Personliga kontakter var viktiga och man träffades minst en gång om året kring en gemensam måltid och något program på lasarettet i Alingsås. Det tog emellertid sin tid innan man fann gemensamma plattformar för samverkan. I den lokala efterutbildningen av distriktsläkarna anlätades sjukhusläkarna som kunskapsspridare. Genom den kanalen utformades också effektivare remissrutiner och gemensamma vårdprogram under 1980-talet.

Trots allt när krubban börjar bli tom bits hästarna i stallet – resursbristen och det kärvare ekonomiska klimatet samt den till synes starkt expanderande primärvården kändes av länssjukvårdens företrädare hotande. Budgetprocessen var en destruktiv företeelse i sammanhanget. Inte heller primärvårdsföreträdarna kände sig gynnade. ”Till var och en som har, åt honom skall varda givet, så att han får övernog; men den som icke har, från honom skall tagas också det han har”, Matteus 25:29. Bägge parter tyckte att bibelordet passade in på deras situation.

Bengt Dahlin skrev en artikel i Läkartidningen nr 47, 1980 om Fyra huvudvägar till bättre samverkan mellan primärvård och länssjukvård. Här utdrag ur innehållet:

”I ett allt kärvare ekonomiskt klimat är risken stor för att utvecklingen mot bättre samverkan mellan primärvård och länssjukvård i stället återgår till starkare revirhävande och avståndstaganden När blockorganisationen infördes 1971 var en av målsättningarna att närma primärvård och länssjukvård till varandra. De organisatoriska förutsättningarna skulle bidra till bättre samverkan. Det visade sig inte så lätt som man trott. Fyra vägar till bättre samverkan beskrivs: Organisationsvägen, Administrationsvägen, Utbildningsvägen och Projektvägen. Vad vandraren behöver är en god vilja att nå målet.

Organisationsvägen kunde vara nära samverkan i primärvården med specialisterna från sjukhuset. Det fanns olika modeller även för detta. I bilden nedan beskrivs tre vägar. **A** visade den gamla traditionella vägen med remissförfarande. **B**-vägen tog Lerum under slutet av 80-talet genom att få några specialister från Alingsås att ha mottagning på Lerums vårdcentral på eftermiddagarna någon dag i veckan. Under rehab-projektet så kom också rehabiliteringsläkare ut i primärvården som konsulter till rehab-teamen. Väg **C** var den som anvisades i utredningen om den öppna vårdens organisation 1970. Det innebar stora vårdcentraler med specialister och allmänläkare samlokaliserade, Den vägen valdes aldrig i Mittenälvsborg men väl i Mark där vårdcentralen lades vid lasarettet i Skena och ett flertal specialiteter fanns representerade. Det blev i det sammanhanget irriterade diskussioner om var specialistläkarna administrativt skulle vara hemmahörande, i primärvården eller vid moderkliniken.



Tre former för specialistmedverkan i primärvården enligt Ulf Nicolausson (föredrag 1978).

Vårdkedjearbete – en samverkansform för effektivare sjukvård

Thomas Nordberg, Lerums vårdcentral berättade för Vårdsidor i nr. 1 år 2000. Ulla Wessman var reporter.

"Om vårdkedjan fungerar finns det inte några nackdelar, konstaterar distriktsläkare Thomas Nordberg på Lerums vårdcentral.

- Vårdkedjearbetet ser jag som en process, ett skeende i tiden, säger Thomas. Det skall vara enkelt och självklart för patienten. Eftersom jag arbetar i primärvården, ser jag starttrutan för patienten i "hemmet". Bedömningen av behovet av omsorg och sjukvård startar nästan alltid på vårdcentralen. Vid mötet med patienten skall jag kunna stötta, vårda, lindra och bota. Jag behöver också hjälp av sjuksköterska, undersköterska eller sekreterare beroende av behovet.

- Alla dessa aktörer skall befinna sig i kedjan med samma språk, regler och målsättning. Kanske det är en remiss till annan vårdnivå som krävs och dessa vårdkedjeaktörer skall också vara förtrogna med kedjan, vårdprogram eller vad som är basen i agerandet.

Dessa regler skall vara förankrade i ett nationellt program, t ex diabetes, som jag har arbetat mycket med. Det viktigaste är dock att omhändertagandet är professionellt och att det ryms massor med omtanke. Det får inte bli "vi och dom" inom sjukvården, som det är alldeles för ofta. Patienten skall veta vem som styr båten och vart man är på väg. Helst skall patienten själv stå vid rodet.

Vilka samarbetspartners ska finnas med i vårdkedjan?

- Samarbetspartners finns inom min egen nivå, men naturligtvis även i samverkan mellan lasarett, kommun och primärvård. Något av det viktigaste i dag är att utveckla kontakter med kommunen. Det finns mycket brister i dialogen mellan kommun och primärvård. Här finns massor att uträtta! Andra viktiga samarbetspartners är givetvis patientens anhöriga och patientföreningar. Vid analys och beskrivning av en vårdkedja finns alla aktörer med och vad deras uppgifter är, konstaterar Thomas Nordberg.

Vilka är fördelarna?

- Då tänker jag bl.a. på diabetesvårdkedjan. I detta sammanhang ser jag tydligt fördelarna med att dela på ansvaret. Patienten i centrum och runt henne/honom fotvårdare,

diabetessjuksköterska, dietist, läkare, alla inom sin specifika vårdnivå. Med min erfarenhet och kunskap om alla medlemmar i teamet kan jag lotsa patienten till rätt nivå. Den klassiska fördelen är "varannan gångs omhändertagande" som läkare och diabetessjuksköterska använder sig av. Patienten kan ställa frågor ur olika infallsvinklar och vi utnyttjar vår kompetens på bästa sätt. En annan fördel är att kunna "låna ut" patienten till en högre nivå, lasarettets diabetesmottagning, för att ytterligare utnyttja våra olika kompetenser för patientens bästa.

Några nackdelar måste väl finnas med vårdkedjearbete?

- Nästan aldrig om det fungerar, svarar Thomas övertygande. Om man är för fyrkantig och läser arbetsbeskrivningen för ordagrant, kan vi hamna i den gamla vanliga "vi och dom" situationen.

En perfekt vårdkedja, hur skulle den se ut?

- På sätt och vis har jag redan beskrivit min idealbild av vårdkedjan. Det finns givetvis mycket kvar att göra. Perfekt blir det, när vi förbättrat kommunikationen beträffande journalhanteringen. Nu är det trögt med olika journalsystem inom vården. Tänk om vi hade ett och endast ett system, där patienten ägde sin journal och där informationen var tillgänglig för den som behövde den. Det som diabetologen noterade under gårdagens besök, skulle vara tillgängligt direkt och inte efter sju veckor, säger en entusiastisk förespråkare för vårdkedjearbete."

Medicinsk katastrofberedskap

Hälso- och sjukvården hade under 1980-talet att i samverkan med kommunen göra upp beredskapsplaner för krig och katastrofer. En plan för medicinsk katastrofberedskap inom Älvsborgs läns landstingsområde fastställdes av hälso- och sjukvårdsnämnden 13 december 1984. Det övergripande ansvaret hade en central katastrofkommitté. I Lerums primärvårdsområde fanns en lokal katastrofkommitté bestående av: primärvårdschefen (Gunnar Palmqvist), personalchefen, en distriktsläkare (Gunnar Hedelin) och tre sjuksköterskor.

I Lerum tog man katastrofplaneringen på stort allvar och hade i speciella pärmar utarbetade rutiner för detta. Utrustning fanns. I utbildningen för de tre sjukvårdsgrupperna ingick organisation av räddningsarbete och medicinskt omhändertagande på skadeplats. Praktiska övningar genomfördes, dock ingen katastrofövning.

Tågolyckan i Lerum

En realistisk övning på hur beredskapsplaneringen fungerade fick man 16 november 1987 då två persontåg, p.g.a. fel i en växel, i hög hastighet frontalkrockade vid Lerums järnvägsstation. Vårdcentralen, som ligger ett par hundra meter från stationen, fick under en kort period omhänderta ett 60-tal skadade. Totalt dödades 9 personer och skadades 129.

"Himmelen över Lerum förmörkades snabbt av kolsvarta rökmoln och några minuter efter katastrofen var olycksplatsen ett brinnande inferno."



SOS-alarmering fick larm om olyckan via 90000 15 sekunder efter krocken. Några minuter efter olyckstillfället var polis från Lerum på plats. Tillsammans med tillskyndade och medpassagerare hjälpte de passagerare att ta sig ur vagnarna. Lerums räddningskår kom några minuter senare och inriktade sig på att släcka och begränsa branden. När räddningskåren från Göteborg anlände efter cirka 30 minuter övertog en brandingenjör rollen som räddningsledare. Vad gjorde sjukvården

Primärvårdskansliets personal såg olyckan och larmade vårdcentralen i Lerum. En sjukvårdsgrupp från vårdcentralen anlände till olycksplatsen 14.45. Med helikopter kom kl. 14.58 en läkare och en sjuksköterska från Östra sjukhuset. Cirka 10 minuter senare kom från samma sjukhus ytterligare tre sjuksköterskor och en ledningsläkare. En provisorisk uppsamlingsplats för skadade upprättades i skadeområdets utkant. Primärvårdens personal, omhändertog, hänvisade och transporterade skadade till vårdcentralen. Den första ambulanstransporten till akutsjukhus påbörjades kl. 15.05. Många oskadade och lätt skadade gick upp till E3:an, som ligger intill spårområdet, och fick transport av förbipasserande bilister. Detta innebar bl.a. att registrering av avtransporterade skadade och oskadade inte kunde genomföras. Den medicinska beredskapen på olycksplatsen minskades från kl. 19 och all sjukvårdspersonal hade lämnat platsen kl. 21.

På vårdcentralen förstärktes personalen från Floda och Gråbo vårdcentraler samt från sjukhemmet i Lerum (fem sjuksköterskor). Tre av personalen från vuxenpsykiatriska mottagningen kom också till vårdcentralen liksom präster och diakonissor (10 personer). Totalt deltog cirka 115 personer i behandling/omvårdnad under eftermiddagens lopp. Kl. 18.30 åker sista patienten med en sjuksköterska till Alingsås lasarett.

Slutsatser

Olyckan hände vid en gynnsam tidpunkt och på en tillgänglig plats. Skadepanoramat var förvånansvärt lindrigt. Man klarade medicinskt väl av den stora patientanstormningen på vårdcentralen. Mest bekymmer hade man med den administrativa delen: registrering, kommunikation och överblick.

Man (Inger Gallon, Gunnar Hedelin, Thomas Nordberg och Gunnar Palmqvist) konstaterade att:

"En utveckling mot att i möjligaste mån utnyttja primärvårdens växande resurser i fredstida medicinsk katastrofberedskap tycker vi verkar meningsfull med anledning av de erfarenheter vi gjorde i samband med olyckan."

Psykiatri i Mittenälvborg

Berättad av Lars Egedius, verksam inom tidigare Södra Älvsborgs Psykiatri sedan 1976, har redigerat av författarna. /ersätter ” Barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatri i Mittenälvborg” i del 2.

Under åren innan den psykiatriska kliniken i Borås tillkommit, d. v. s. skiftet 50-60-tal, hanterades den psykiatriska vården, dels av provinsialläkare på respektive orter inom Alingsås lasarets upptagningsområde, dels av konsulterande psykiatriker vid Restad i Vänersborg. Befolkningen i den nordvästra delen av nuvarande Mitten-Älvsborg, d. v. s. främst Sollebrunn, Vårgårda och Herrljunga sökte sig också under åren efter det att Borås Psykiatriska Klinik tillkommit, oftast till det gamla Restad som sedan kom att bli Östra Klinikerna. Inläggning i s. k. slutenvård skedde under 60-talet och 70-talets tidiga hälft i stor utsträckning till Östra klinikerna i Vänersborg, troligen också betingat av ”gammal hävd”, att remitterande läkare ute på fältet naturligen vände sig dit. Två digniteter från denna tidsepok, bör här nämnas. Dels psykiatern Åse Andersen vid Restad, Östra Klinikerna, dels klinikchefen Zetréus vid Psykiatriska kliniken i Borås.

Vid mitten av 70-talet, då den s. k. sektoriserade psykiatrien började ta fart över hela landet, återspeglade detta sig också i det nuvarande Mitten-Älvsborg. Det innebar en expansiv process med bl. a. omfördelning under de följande åren och in på 80-talets första hälft av de ekonomiska resursfördelningarna till psykiatrien. Tidigare hade det norra sjukvårdsområdet, d. v. s. det dåvarande Norra Älvsborg, tilldelats 60 procent av de ekonomiska medlen, men med 40 procent av befolkningen. Nu skedde en omfördelning till att dåvarande Södra Älvsborg, nuvarande Södra Älvsborg inklusive nuvarande Mitten-Älvsborg, tilldelades 60 procent av medlen, baserat på förhållandet att man här hade 60 procent av befolkningen. Denna omfördelning av resurserna inom den sammantagna psykiatrien i Älvsborgslandstinget, från norr till söder, var också en förutsättning för det man nu beslutat sig för att genomföra, d. v. s. den sektoriserade psykiatrien, med dess större närhet till befolkningen och övriga handläggande.

För psykiatriens del i dåvarande Södra Älvsborg, hade denna nya modell och organisationsplan utarbetats i slutet av 70-talet, i ett s. k. Spri-projekt, där bl.a. psykiatern Bo Berggren från Ängelholm var en ledande sakkunnig, med erfarenheter från tidigare psykiatriska öppenvårdprojekt i Nacka och i Ängelholm. Personal från Psykiatriska kliniken i Borås, tillsammans med SPRI, arbetade fram den modell som sedan kom att ligga till grund för den ”nya” psykiatrien i det dåvarande Södra Älvsborg. Fokus var nu och framöver på att öka de s. k. tidiga interventionerna i sjukdomsalstrande processer hos patienterna, att öka tillgängligheten till psykiatrisk vård i tidigt skede, att sprida och vidga den allmänna kunskapen om sjukdomsalstrande orsaker och verkansmekanismer m. m. Ett accentuerat mål och medel för att uppnå detta var att man befann sig i lokal geografisk närhet till den befolkning och till övriga ”aktörer” på fältet, d. v. s. läkarstationer, socialtjänst, m. fl. Ytterligare ett uttalat mål var att reducera antalet inlagda patienter inom den psykiatriska slutenvården och att förkorta de slutenvårdsperioder som förekom.

Psykiatrimottagningar i Alingsås

Organisatoriskt tillkom under slutet av 70-talet och framöver under 80-talet, ett antal psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom dåvarande Södra Älvsborgs Psykiatriska



Bild på den första psykiatriska mottagningen i Alingsås i en villa på Södra Ringgatan, den s. k. "vaktmästarbostaden".

Bemanningen från början – 1976 – var en psykolog, Lars Egedius med stöd av psykiatern Robert Davy från Boråskliniken. Vaktmästarbostaden är numera riven, psykiatriska mottagningen i Alingsås har under åren haft ett flertal lokaler, tidigare i nära anslutning till lasarettet senare belägen vid södra infarten till Alingsås. Där huserar ett s. k. dubbelteam, dvs. två av varje yrkesgrupp; läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog, skötare, sekreterare, arbetsterapeut och sjukgymnast. Dessa kom i februari 1977, som man kan räkna som den psykiatriska öppenvårdsmottagningens i Alingsås födelsedatum. Dessförinnan hade viss konsultativ psykiatrisk verksamhet ägt rum inne på Alingsås lasarett under tidigare år, bl. a. med hjälp av en av lasarettets dåvarande kuratorer, Bibi Mullern Aspegren. Man övertog ett antal gamla journalhandlingar från den tidigare verksamheten.

Verksamheten drevs under ledning av klinikchefen/verksamhetschefen Erik Bartholdson. För Mitten-Älvsborgs psykiatri, där tidigare enbart tillrest konsulterande psykiater från Boråskliniken funnits någon halvdag per vecka i Alingsås lasarets lokaler, innebar denna nya organisation att en öppenvårdsmottagning i Alingsås tillkom 1977, med ett första upptagningsområde som motsvarade Alingsås lasarets upptagningsområde.

Det omfattade geografiskt Herrljunga/Vårgårda i norr, Sollebrunn i nordväst ned till Gråbo, Floda och Lerum i söder. Steget att upprätta ett psykiatriskt öppenvårdsteam, med yrkesrepresentanter från den s. k. tvärvetenskapliga syn som den nya psykiatrien nu accentuerade och som fanns tillgängliga i nära anslutning till befolkning och andra handläggare/vårdgivare, var ett första steg i den process och uppbyggnad som därefter följde. Mottagningen i Alingsås blev därefter, i början på 80-talet utökad, från att ha varit ett s.k. enkelteam, d. v. s. en av respektive yrkeskategorier, till att bli ett s. k. dubbelteam d. v. s. två enkelteam men en sammantagen mottagning, dock med ytterligare uppdelad inriktning på ett geografiskt, befolkningsmässigt upptagningsområde. En s. k. subsektorisering, där syftet var att ytterligare öka närhet och tillgänglighet.

Efter det att mottagningen i Alingsås etablerats och patientverksamhet och samarbete i vårdärenden inlemts och fördjupats med andra vårdgivare kom Alingsåspsykiatrien, som svarade för all psykiatrisk öppenvård inom nuvarande Mittenälvsborg fram till början av 80-talet, organisatoriskt och administrativt att underställas Psykiatriska kliniken i Borås.

Under tidigt 80-tal, i logisk linje med den sektoriserade psykiatriens tanke om närhet i beslutsprocesser och beslutsfattande, inrättades en Alingsås sektor inom Psykiatriska Verksamheten i dåvarande Södra Älvsborg. Detta innebar att den tidigare centraliserade ledningsverksamheten vid Borås kliniken nu delades upp på tre sektorer med varsin

sektorschef. De tre sektorena blev då Alingsås, Mark och Borås. Den övergripande ledningen låg dock fortfarande kvar hos Den Psykiatriska Verksamheten i Borås, vilket även senare var fallet då nästa steg togs i form av tre självständiga kliniker med var sin egen klinikchef.

För den slutna psykiatriska vården blev konsekvenserna att varje sektor och sedermera klinik fick vårdplatser på en avdelning som avsattes för den egna sektorn/kliniken, i syfte att integrera och stärka banden mellan den öppna och slutna vården. Detta innebar att öppenvårdens team och ledning deltog i regelbundna behandlingskonferenser en gång per vecka, där information och planering kring patienterna överfördes och beslutades. Detta skedde med avsikten att gemensamt trygga uppläggning av, dels slutenvårdsvistelsen för patienten, dels förhindra att brister uppstod i vårdkedjan före och efter utskrivning. Även om huvudansvaret under inneliggande vårdepisoder låg hos slutenvården, var det ett sätt att göra öppenvården medansvarig för de beslut som fattades kring de patienter som haft kontakt innan, och/eller skulle ha kontakt efterslutenvården med den psykiatriska öppenvården. Ett slags samarbete som var avsett att gagna den enskilde patienten i första hand men också de olika psykiatriska vårdgivare som var involverade.

Under en kortare period, på mitten av 80-talet disponerade Alingsåopsykiatrik inrättade vårdplatser på Alingsås lasarett, i form av 8 vårdplatser på en geriatrisk rehabiliteringsavdelning, avd. 7 b. Man hade då möjlighet att ge patienter en form av slutenvård där det medicinska övergripande ansvaret låg i nära, lokal anslutning. Klinikchefen M. Holmdahl vid den nu etablerade Psykiatriska Kliniken i Alingsås, var medicinskt och administrativt överansvarig för denna avdelning. Några år senare tillskapades en fristående egen avdelning, avd 1, som en ren psykiatrisk avdelning. Fortfarande skedde akuta inläggningar p. g. a. framför allt svårare suicidal-, pågående missbruks-, gravt psykotisk- och våldspenetrerat, vid Psykiatriska Kliniken i Borås. Detta var framför allt föranlett av att det inte fanns möjlighet att ha patienter som vårdades med vårdintyg på denna avdelning då låsta dörrar måste tillämpas, ingen jourverksamhet från psykiatriks sida dygnet runt kunde heller tillskapas. Överläkare i respektive öppenvårdsteam inom Mittenälvsborg ansvarade för den medicinska ledningen och vårdplaneringen för sin subsektors patienter. Öppenvårdsteamens personal deltog vid behandlingskonferenser på avdelningen, i linje med uppläggningsplaneringen som ovan tidigare beskrivits för kontakterna mellan öppenvården och slutenvården vid Boråskliniken.

De patienter som vårdades på avd 7 b, respektive senare avd 1 vid Alingsås lasarett, kan karaktäriseras som patienter med i huvudsak ett kortvarigt vårdbehov och en problematik som till stor del utgjordes av medelsvåra depressiva, medicinskt behandlingsbara sjukdomstillstånd, neurostillstånd, akuta kriser, m. m. Avdelning 1 profilerade sig också under en period, med ett mindre och begränsat antal vårdplatser mot patienter med ätstörningar, där ett program kunde inledas på avdelningen för att häva detta och initiera en fortsatt uppföljning i efterföljande öppenvårdskontakt. En annan profilerad grupp, cirka fem vårdplatser av 18, utgjorde patienter med missbruks/beroende vad gällde läkemedel.

Således förekom under en tidsperiod, från en bit in på 80-talet och fram till senare delen av 90-talet, en drygt tioårig epok där slutenvård kunde erbjudas patienter inom psykiatrik, vid Alingsås lasarett, med de fördelar detta innebar i form av geografisk närhet, tätare kontaktnät mellan vårdgivarna, större tillgänglighet. m. m. Dock fanns det också brister i den dåvarande modellen och organisationen i form av avsaknad av ett fullgott joursystem, splittrat medicinskt ansvar för patienter från de olika subsektorerna, ett inte homogent patientklientel vad gällde diagnoser och behandlingsupplägg. Sammanfattningsvis dock en verksamhet som i stort gagnade både patienter och den psykiatriska öppenvården och också avlastade den slutna psykiatriska vården i Borås.

Mot slutet av 90-talet återfördes den Psykiatriska vårdens slutenvårdsplatser till Borås. Vid denna tidpunkt hade ett omfattande arbete inletts med det som kom att benämnas K.V:Ö., vilket står för kvalitativ verksamhetsöversyn, Begrepp som Kvalitetssäkring, och olika mätbara variabler och parametrar, genomsyrade i stort sett hela sjukvården i Sverige, såväl som all annan offentlig verksamhet. Inom psykiatrik tog detta sig uttryck i en total genomgång av "var vi

befann oss och vart vi var på väg, liksom även varifrån vi kommit”. Med andra ord vändes många stenar, lätta såväl som tunga, i ambitionen att skapa en psykiatri som svarade mot de behov och de krav som 2000-talet nu ställde, i form av medinflytande för patienter och anhöriga i behandling och vård, specialisering mot klart identifieringsbara problemställningar och diagnoser, klart angivna åtgärdsprogram, tydligare ansvarsfördelningar etcetera. Detta har för både den psykiatriska slutenvården och öppenvården inneburit en skärpt och markerad kontroll av att uppsatta beslut, mål och medel vad gäller behandling och vård, vilket har införts till gagn för både den psykiatriska verksamheten som sådan och dess presumtiva och faktiska patienter i synnerhet.

Konkret har utvecklingen inom psykiatrin, både i Södra Älvsborg och i landet i övrigt lett till en s.k. programspecialisering, vilket inneburit att olika problemställningar och diagnosgrupper numera har tillförts personal resurser med speciell kompetens inom sin respektive programgrupp. Syftet med detta har varit att öka kompetens och kvalitet inom levererad och avtalad vård och behandling. I sin förlängning innebär det rent konkret att olika enheter inom vårdorganisationen inrättats för att handlägga och leverera adekvata och kvalitativa behandlingsprogram inriktade på en specificerad problemkategori. Detta gäller nu exempelvis för Ätstörningar, Grava Personlighetsstörningar, Missbruk, Våldsproblematik m. fl. Ett parallellt syfte är att så kort handläggningstid som möjligt eftersträvas i syfte att undvika progression i processer av ohälsa. Så till vida är inriktningen och avsikten inte skild från tidigare målsättning om tidig intervention, vilket ju var bakgrunden till den sektoriserade psykiatrins uppkomst och utveckling. Tydligare och mer handfasta mått på hur man når detta, har nu fått ett klarare, rimligare och mer mätbart fokus.

Psykiatrin i Mitten- Älvsborg är år 2006, av rent administrativa skäl återigen en egen psykiatrisk klinik, klinikledning och slutenvårdsplatser förlagda till Borås, så cirkeln är på sätt och vis sluten i detta avseende. Nya och specialiserade vårdprogram har, både inom slutenvården och vid öppenvårdsmottagningar givits för allmänhet, personal och patienter en tydligare framtoning för den psykiatri som tidigare, för nu ganska många år sedan, befann sig i samhällets och sjukvårdens dunkla ytterkanter. Detta steg ut i ljuset bör ses som ett steg i den riktning som sjukvården, dess patienter och personal, men också samhället i övrigt har all anledning att välkomna.

Psykiatriverksamheten i Lerum

Psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Lerum tillkom 1985. Dessförinnan hade kontakter med psykiatrin skett i form av remisser till Psykiatriska Kliniken i Borås och tidigare också till Restad och senare Östra Klinikerna i Vänersborg.

Lars Egedius som då var verksam vid den psykiatriska öppenvården i Alingsås, fick uppdraget att tillsammans med kurator Lena Nyberg projektera för den mottagning som nu skulle öppnas i Lerums kommun. I det inledande skedet, dvs. under 1984, gjordes sonderingar var denna mottagning skulle placeras och den slutliga placeringen blev i ”Polishuset” mitt emot Lerums nybyggda vårdcentral. Det fanns vid denna tid tankar om att kunna placera vuxenpsykiatrin och barnpsykiatrin i gemensamma lokaler. Detta gick dock inte att genomföra av olika skäl men har på senare tid nu åter aktualiserats. I dessa lokaler, på andra våningen i huset, hade tidigare distriktsköterskorna i Lerum hållit till. Som grannar fanns Arbetsförmedlingen, på samma plan, vägg i vägg. I första plan fanns Polisen och Kronofogden. Tidigare hade också Fotvården hållit till i detta hus men avlöstes nu av ”Själavården” dvs. Psykiatrin.

Redan från starten var en tydlig inriktning från de entusiastiska medarbetare som rekryterats till denna nya mottagning, på att etablera mottagningen, dess mål och medel, i allmänhetens och övriga omgivande vårdgivares medvetande. Att erbjuda en mer tillgänglig, på lokal nivå befintlig verksamhet hade högsta prioritet. Detta tog sig uttryck i att utlokalisera träffar på resp. vårdcentral, i Gråbo, Floda och hos närmsta grannen, rakt över gatan i Lerum. Dessa träffar ägde rum med schemalagd regelbundenhet, en gång per månad i det inledande skedet.

Därutöver etablerades telefonkontakter i enskilda patientärenden, på initiativ från båda parter sida. Liknande träffar, fall- och remisskonferenser hade redan sedan tidigare år genomförts mellan dåvarande Psykiatriska Mottagningen i Alingsås på sjuttioalet då det dåvarande teamet åkt ut till Gråbo, Lerum och Floda för att på plats konferera om presumtiva eller remitterade patientärenden. Denna verksamhet hade under åttiotalet avklingat p.g.a. ökad belastning och tidsbrist hos båda parter. Genom att nu återgå till ett avtalat program för träffarna säkerställdes för båda parter att utrymme skapades att tillsammans sätta sig ner och tillföra kompletterande synpunkter i gemensamma patientärenden, komma överens om ansvarsfördelning ge feed-back m.m.

Under de första tre åren, från 1985 och fram t.o.m. 1987, leddes verksamheten vid psykiatriska mottagningen i Lerum av psykiatern Benny Fhager som tidigare arbetat vid Sahlgrenska i Göteborg tillsammans med den inom psykiatri i Sverige välkände professorn Jan Otto Ottoson. Dr. Fhager var en visionär och nytänkande psykiater som ledde det utåtriktade arbete vid mottagningen att "sätta psykiatri på kartan" inom Lerums kommun. Han bidrog aktivt till att projekt kunde sjösättas som inriktades mot att bredda insatser som vände sig till allmänheten, i syfte att avdramatisera psykiatris problemställningar. Programaftnar med filmförevisning och diskussion, m.m. infördes under detta första skede, paneldebatt med olika intressenter kring tex. Våld i samhället m.m. Detta var både expansivt och kreativt nyskapande inom den psykiatriska verksamhet som tidigare "vistats i slutna rum".

Under 1987 inträffade på hösten en allvarlig tågolycka i Lerum. Två tåg kolliderade i centrala Lerum med åtta döda som följd. Denna mycket dramatiska olycka blev, i det akuta skedet, ett samarbetstillfälle för de samhälleliga instanser som aktiverades, både de mer övergripande och de lokala, i form av vårdcentralen, psykiatri, socialtjänsten, polisen, m.fl. För psykiatriska mottagningens del innebar det två funktioner i det akuta skedet. Personal från mottagningen tog på vårdcentralen aktiv del i omhändertagandet av de passagerare som förts dit för lättare kroppsliga skador. Psykiatris personal tog till sin uppgift att komplettera de somatiskt inriktade insatserna med en psykosocialt stödjande insats. Detta skedde i samarbete med vårdcentralens övriga personal. Den andra uppgift som psykiatriska mottagningen tog till sig var att säkerställa och upprätthålla informationskanaler till ledningscentralen vid Alingsås lasarett. Det innebar att förmedla uppdaterad information, bl. a. om patienttransporter som var på väg till Alingsås. I ett sent skede framåt kvällen, då verksamheten vid ledningscentralen i Alingsås hade börjat trappas ned tillkom en ny uppgift, att en buss med skadade var på väg till lasarettet för vård. Det visade sig senare att detta var fel och att det rörde sig om en buss med oskadade som transporterades till Göteborgs central för vidare färd. Detta illustrerade på ett påtagligt och lärorikt sätt hur lätt rykten och felaktig information kan uppstå i akuta situationer då både personal och drabbade befinner sig i påfrestande chockbetingad gungning.

Tågolyckan i Lerum gav upphov till att ett samarbete inleddes mellan psykiatriska mottagningen och vårdcentralen i Lerum i form av att ett utbildningsprogram infördes där innehållet under en serie träffar kom att bestå av Krishantering. Den som från vårdcentralens sida huvudsakligen var den som initierade att detta kom till stånd var dr. Gunnar Hedelin. Även dr. Inger Gallon var mycket engagerad i att detta genomfördes men också övriga vid vårdcentralen i Lerum. Den tragiska olyckan hade lett till ett behov av att stärka resurserna för framtiden vad gäller reaktioner och bemötande vid olyckor och kriser. Modellen har senare, i enstaka ärenden kunnat användas och tillämpas efter behov.

Tidigare hade försök att etablera samarbete med Socialtjänsten gjorts i form av konsulterande psykiater, dr. Robert Davy från Psykiatriska Kliniken i Borås. Denna verksamhet etablerades aldrig under någon längre tid. Troligen betingades detta bl.a. av den tidigare stora arbetsbörda som då låg på dr. Davy, att som ensamkonsulterande psykiater i den psykiatri som betjänade Mittenälvsborg, kunna motsvara de önskemål och behov som då fanns från flera håll. Ett annat dilemma vid denna tid, kring sjuttioalets mitt, var att det fortfarande var relativt oklara förhållanden vad gällde möjligheten att samarbeta i enskilda patientärenden mellan den psykiatriska sjukvården och Socialtjänsten.

Detta hade ändrats tio år senare då Lerumsmottagningen tillkom. Redan från starten ägde träffar rum med Socialtjänsten, som en naturlig och regelbunden del i verksamheten vid mottagningen. Inte minst gällde det ärenden kring de patienter /klienter som förutom psykiatriska åkommor och problem också hade problem och behov av social natur. Så var t. ex. fallet för de med missbruksproblem i form av alkoholism, m. m. Tidigt etablerades därför kontakter mellan mottagningen i Lerum och Missbruksenheten inom kommunen. Likaså byggdes en regelbunden kontaktväg upp med den Flyktingmottagning som fanns i kommunens regi. Många av de klienter som Flyktingmottagningen hade, var också samtidigt i behov av psykiatrisk vård och behandling, till följd av de traumatiserande upplevelser de genomgått och den existentiella livssituation de befann sig i. Förutom den somatiska vård de sökte vid vårdcentralerna inom Lerums kommun, fanns behov av att upprätta ett ”vårdnätverk”, ett samarbete mellan kommun, allmänsjukvård och psykiatri. I förekommande fall ingick i detta samarbete också Barnpsykiatriska mottagningen, BUP, och Barnmottagningen vid vårdcentralen.

Samarbetet med Barnpsykiatriska mottagningen i Lerum, ägde inledningsvis rum i form av regelbundna träffar ett par gånger per halvår och fortsatte så under några år framåt. Barnpsykiatrin höll vid denna tid till i Knappekulla, mittemot uppfarten till Tuvängens sjukhem. Den mycket dynamiske dr. Magnér som vid denna tid ledde mottagningens verksamhet, var intresserad av ett samarbete kring patientärenden och kring utåtriktade program som kunde riktas till allmänheten i kommunen. Detta resulterade bl. a. att det initiativ som togs från Psykiatriska mottagningens sida också välkomnades av Barnpsykiatrin. Det utmynnade i gemensamma programaftnar vid ett tillfällen under hösten och vintern nittonhundraåttiofem-åttiosex. Syftet var att bredda det psykiatriska utbudet till att omfatta också insatser som inte i första hand var betingade av direkta patientärenden. En sådan programafton var den filmvisning med efterföljande diskussion som ägde rum i Missionskyrkan i Lerum, och som kom att handla om s. k. Prestationsångest. Det vände sig till allmänheten inom Lerums kommun, föräldrar och idrottsledare m. fl. och filmen som illustrerade ämnet var Stefan Jarls ”Själens är större än världen”, en film om diskuskastaren Ricky Bruch. Ett minne från denna afton är att enbart en idrottsledare kom och ursäktade sig med när den efterföljande diskussionen vidtog att han tyvärr nu var tvungen att gå eftersom han måste tillbaka till träningen.

En annan programafton riktades mot det tillagande våldet i samhället och annonserades i Lerumstidningen under vinjetten ”Istället för våld”. En inledande gestaltning av ämnet spelades upp av ungdomar ur den fria teatergrupp som nämnde dr. Magnér var verksam vid i Göteborg. Efter denna vidtog en paneldebatt med deltagare från idrottsrörelsen i form av en karatetränare, politiker inom kommunen, deltagare från Skolan i Lerum, allmän sjukvård, psykiatrin, kyrkan, polisen, m. fl. Tack vare samarbete med Studieförbund och annonsering ledde det till en fullsatt aula i Torpskolan denna afton.

Ett ”Öppet Hus” vid mottagningen, under senhösten 1985, som i god tid utannonserats i Lerumstidningen, gav en mycket påtaglig erfarenhet. En enda besökare ur allmänheten infann sig och sade sig dessutom ha gått fel. Det gav en dimension åt de svårigheter och den kommande arbetsuppgift som den öppna psykiatrin nu hade påtagit sig: att avdramatisera detta för många skrämmande och obekanta lät sig såklart inte göras med så enkla medel som ett s. k. öppet hus, framförallt inte så omgående. Att stiga in, låt vara till ett ”Öppet Hus” kunde naturligtvis ha kunnat uppmärksammas av andra på ett sätt som den enskilde samhällsmedborgaren inte önskade skulle ske. Det var en lärdom för mottagningens fortsatta mer extroverta och expansiva verksamheter ut mot det samhälle man skulle betjäna.

Psykiatriska Öppenvårdsmottagningen i Lerum var under de följande drygt tio åren, 1985-1997, personalmässigt inrättad som ett s. k. enkelteam. Detta innebar att en av varje yrkeskategori fanns på plats dagligen på heltid, en psykiater med övergripande medicinskt ansvar i överläkarfunktion, kurator, psykolog, sjuksköterska och skötare med psykiatrisk specialisering och sekreterare. Uppläggningsen av verksamheten var att patienter själva skulle kunna söka kontakt för vård och behandling vid mottagningen. Antalet s. k. självsökande

patienter svarade snart för uppemot hälften av totala antalet, under de år som följde efter 1985. Patienter remitterades dessutom redan från början av läkare vid vårdcentralerna i Gråbo, Floda och Lerum. Dessutom hade patienter remitterats till mottagningen av privatpraktiserande läkare bl. a. den vid Lerum och Floda vårdcentral tidigare verksamme Bengt Ivar Nöjd, som nu hade egen mottagning i Lerum. Ett icke obetydligt antal remisser från dr.Nöjd har genom åren inkommit till mottagningen.

Genom åren har utvecklingen gått mot en allt större andel remitterade patienter och avtagande andel självsökande. Denna utveckling ledde fram till den dubblering, med åtföljande subsektorisering av geografiska och befolkningsmässiga upptagningsområden, som genomfördes 1997 vid mottagningen i Lerum. Den innebar att personalstyrkan utökades till ett s. k. dubbelteam, dvs. två av varje yrkeskategori, fortfarande placerade i gemensamma lokaler. Under ett skede i förberedelserna till denna utökning av resurserna, fanns planer och önskemål om en utlokalisering av det nya teamet till lokaler i Floda. Detta genomfördes dock inte, främst av skälet att det då riskerade att bli alltför svårt att hålla ihop de psykiatriska öppenvårdsresurserna inom Lerums kommun på ett fullgott sätt. Istället valde man nu en lösning som bestod i att det ena teamet riktade sin verksamhet mot Lerum, dess vårdcentral och invånarna i centrala Lerum, det andra teamet mot Gråbo och Floda vårdcentraler och befolkningen där. Denna uppdelning har sedan kvarstått till nutid, med vissa anpassningar och justeringar till följd av den nutida psykiatrins inriktning mot att arbeta med särskilt upplagda program för speciella psykiska problemställningar, där mottagningens resurser kan utnyttjas gemensamt .

Huvudtanken har dock varit och är fortfarande att söka sig så långt ut och så nära som möjligt till ett begränsat och definierat geografiskt upptagningsområde med de fördelar detta kan ha i form av lokal kännedom och upparbetade kontaktvägar.

Under det skede då psykiatriska mottagningen hade Arbetsförmedlingen som närmsta granne vägg i vägg förekom ofta ett tätt samarbete i ärenden som rörde de patienter som hade behov av kontakt med båda parter. Detta samarbete kunde ta sig uttryck i att på ganska informella vägar ordna ett sammanträde mellan de tre, patienten och handläggare inom psykiatrin och arbetsförmedlingen. På så sätt åstadkoms en förkortning av handläggningstider och oklarheter kunde motverkas till gagn för alla tre parterna. Detta arbetssätt upphörde till stor del när Arbetsförmedlingen omorganiserade och flyttade till nya lokaler vid Bagges torg. Kontakterna har numera formaliserats och upprättats i form av s.k. Rehab- konferenser, där också Försäkringskassan deltar. Även Socialtjänsten kan vid behov ingå i dessa.

Ett namn som inte kan förbigås när det gäller de samarbetspartners som psykiatriska mottagningen i Lerum haft stort utbyte med under det tidiga skedet i verksamheten, är Ebbe Olson. Denne ”frilansande allkonstnär” var en stor tillgång inom Lerums kommun när det gällde att åstadkomma de psykosociala och konkreta, praktiska lösningar som ungdomar ”på glid” behövde tillföras i Lerums kommun. Ebbe Olson löste detta, i samråd med Socialtjänst, både vad gällde att ordna fram boende men också sysselsättning för dessa ungdomar ”i riskzonen”. Ungdomarna mådde oftast psykiskt dåligt, varför ett samarbete med psykiatriska mottagningen initierades av Ebbe Olson när behov förelåg i ett enskilt fall. Ebbe Olsons verksamhet var på så sätt mycket värdefull för alla parter och har senare, i andra mer formaliserade och systematiserade upplägg, fått efterföljare i nutid.

Behovet av aktivering och psykosocialt stöd för de patienter som hade kontakt med psykiatriska mottagningen i Lerum gjorde att mottagningen upprättade en kvällsgrupp där patienter var välkomna att delta i den träffpunkt som var förlagd till Rotegården. Denna aktivitet kom att kallas ”Onsdagsgruppen” och dess syfte var samvaro under några kvällstimmar under ledning av personal från mottagningen. På Rotegården fanns i övrigt under dagtid en aktiverings- och rehabiliteringsverksamhet som drevs i kommunal regi och bemanning men som tidigare också hade en tätare koppling till psykiatrin. En patients behov av sysselsättning, rehabilitering och boende, har sedan flera år tillbaka överförs till kommunens ansvar att tillgodose. En samarbetsyta är dock upprättad mellan kommun och psykiatri i Lerum för att säkerställa de behov och aspekter som finns hos patienter med psykisk ohälsa. En MAS,

medicinskt ansvarig sköterska, har införts i den kommunala organisationen som har att handlägga bl. a. detta problemområde. Det sker i Lerum bl.a. i form av regelbundna konferenser mellan mottagningen och MAS. På så sätt har det blivit en mer konkret uppdelning av resp. ansvarsområden och har därmed också lett till tydligare förutsättningar för samarbete i jämförelse med den tid då gränser och ansvar var mer diffusa och tvetydiga. ”Tors Trappa” är i Lerum ett exempel på hur psykiatri och kommunen idag samarbetar vad gäller rehabiliteringsåtgärder för de med psykisk ohälsa. I samråd, under kommunens huvudansvar, läggs en metodisk rehabilitering upp där en stegvis ökad funktionsnivå kan nås i den takt och på det sätt som de individuella förutsättningarna ger. Ett gott exempel på praktiskt konkret samarbete.

De informations –och planeringsträffar som tidigare under psykiatriska mottagningens första skede från 1985 och fram till början av 90-talet, hade ägt rum mellan psykiatriska mottagningen och vårdcentralerna, med relativt tät regelbundenhet, glesnade efterhand och ett system infördes istället där kontakt togs ”vid behov”. Samarbetskontakter initierades nu fortsättningsvis efterhand som behov uppkom, att förutom telefonledes, också kunna sitta ned tillsammans kring patientärenden. Denna förändring betingades till övervägande del av den ökade tidsbrist och därmed sammanhängande arbetsbelastning som under 90-talet uppkom både inom vårdcentralerna och inom psykiatri. Tidigare hade dessa samarbetsträffar haft en utbildande och kunskapsberikande funktion, förutom det konkreta handläggandet av gemensamma patientärenden. Möjligen hade också den mer kunskapsinriktade aspekten på träffarnas betydelse i viss mån nu tillgodosetts och därför avtagit i betydelse. Kontaktvägarna var dessutom nu väl etablerade. I slutet av 90-talet, i samband med psykiatrins omorganisation till följd av den genomförda Kvalitativa Verksamhetsöversynen, infördes inom den psykiatriska öppenvården i Lerum en ny befattning och funktion i form av en s. k. VOBS. Detta har inneburit att en befattningshavare har ett huvudansvar, dock ej medicinskt eller ledningsmässigt, för att samordna vård och behandling och information, planering, åtgärder m. m. kring en enskild patient. Det innebär att VOBS, Vård- Och Behandlings- Samordnaren, nu blev den som bl. a. hade att upprätta en behandlingsplan tillsammans patienten och ibland anhöriga. Detta följdes sedan upp under behandlingens gång i form av utvärdering av delmål och slutmål. Det har tillfört en mer strukturerad och för alla inblandade mer konkret möjlighet att kunna ta del av det som skall ske, har skett och för närvarande sker i ett enskilt patientärende vid mottagningen. Det medicinska övergripande ledningsansvaret ligger, som tidigare, hos psykiater/överläkare vid mottagningen och benämns numera MLA, Medicinskt- Lednings- Ansvarig. Dessutom har begreppet PAL tillkommit, vilket står för Patient-Ansvarig –Läkare. Jämfört med det tidiga skedets öppenvård psykiatriska organisation och verksamhet vid mottagningen i Lerum, har dessa nya begrepp och funktioner tydligare klargjort ansvarsfördelningen och informationens vägar såväl inom mottagningen som till och från densamma.

Strukturen, organisationen och innehållet för verksamheten vid psykiatriska mottagningen i Lerum har genom åren undergått en förskjutning mot att bättra motsvara samhällets och sjukvårdens krav på vård och behandling av de svårast psykiskt sjuka. Det har inneburit att den patientgrupp som tidigare, före den nya sektoriserade öppenvård psykiatri infördes, först till Alingsås och sedan också till Lerum, utreddes vårdades och behandlades inom den slutna psykiatri vid Boråsklinken och vid Östra Klinikerna i Vänersborg till inte ringa del hade missgynnats av den nya utvecklingen. Under nittio-talet kom detta att leda till att insatser nu i alltmer ökad omfattning omprioriterades och riktades mot patienter med svåra och mer djupgående sjukdomsbilder. Detta har varit en följd av fortsatt ambition och strävan att motsvara de behov som föreligger inom Lerums kommun och som återspeglas konkret inom den psykiatri som utövas och upprätthålls vid mottagningen i Lerum idag. Utvecklingen skulle kunna sammanfattande beskrivas som att man gradvis gått från en verksamhet med ”de något lättare problemställningarna” till fokus nu riktat mot ”de avsevärt tyngre”. Detta har i Lerum såväl som annorstädes, varit en nödvändig utveckling om än också klart betungande för den personal som har att handlägga, utreda vårda och behandla. Det har dock haft det goda med sig att ytterligare ansatser och ansträngningar har lagts på ett utvidgat samarbete med kommunens

Socialtjänst kring de ofta resurskrävande, med multipla problemställningar och behov som föreligger hos patienter och klienter inom Lerums kommun.

Under 90-talets senare del startades en programverksamhet upp vid mottagningen i Lerum som innefattade föreläsning och information om ångest, en s.k. "Ångestskola", i syfte att utanför en direkt vård- eller behandlingssituation informera och öka kunskaper om uppkomst, reaktioner och beteenden m. m. Detta ägde rum i en föreläsningsserie med efterföljande diskussion efter mottagningstid i mottagningens konferensrum. Deltagarna fick först höra en kortare föreläsning om t. ex. "Ångest ur ett medicinskt perspektiv", eller t. ex. "Ångest ur ett psykologiskt perspektiv" och "Ångest ur ett socialt perspektiv" och därefter en allmän diskussion om behandlingsalternativ, preventiva möjligheter m. m. Denna "Ångestskolas" skapare och initiativtagare var psykiater Ingrid Lindstedt, då verksam vid mottagningen.

Ett flertal psykiater, liksom även ett stort antal läkare under utbildning, har genom åren passerat verksamheten vid psykiatriska mottagningen i Lerum, en del mer kortvarigt andra under en längre tid Svårigheter att rekrytera nya läkare till psykiatri och en akut bristsituation inom andra delar av psykiatri i Älvsborg, har ofta föranlett en omfördelning och omflyttning av psykiater under kortare eller mer varaktiga perioder. Det har till och från under åren som gått uppstått akuta behov av att "täta den sjunkande båten", vilket har inneburit avbrott i kontinuitet, försvårat uppbyggnaden och utvecklingen av den verksamhet som under medicinskt ledningsansvar varit önskad av psykiatri själv, såväl som av de omgivande i form av patienter, anhöriga, andra vårdgivare och handläggare inom Lerum. Det är en frömhoppning att detta skede nu skall höra till det förgångna och att psykiatrisk öppenvård i Lerum nu och framöver får utvecklas i den riktning som samhället och den övriga sjukvården önskar och behöver.

Barnpsykiatri i Lerum

När det gäller barnpsykiatri i Lerum så vet jag att det fanns utlokaliserad sådan när vi kom till Lerum med fast mottagning 1985 och att det funnits BUP-mottagning sedan flera år tillbaka. Jag själv hade kontakter på plats i Lerum med Barnpsykiatri och skolpsykologer i en byggnad borta vid Bagges torg, en träbyggnad på baksidan av den gamla läkarstationen. Exakt år för när Barn och ungdomspsykiatrimottagningen kom till vet jag inte.

På det glada tidiga åttitalet hade vi från Alingsåsteamets sida tagit initiativ till utbildning av primärvårdspersonal och socialtjänstdito i form av s.k. "kriskurser", dvs. att gå igenom ,utifrån Cullbergs bibel, begreppen, förloppen och faserna (om inte fasorna), behandlingsstrategier ,m.m. i syfte att ge verktyg i deras dagliga arbete och möten med patienter/klienter. Dessa kurser bedrev i under några års tid och betade av hela det geografiska området från norr till söder inom Mittenälvsborg. Kul och lärorikt och ett utmärkt bra sätt att skapa kontaktytor utanför remissvägarna, oss handläggare emellan.

BUP

Nuläget är sådant att jag varit i kontakt med Barnpsykiatriska Kliniken i Borås för att få fram exakt årtal när man flyttade ut till den första lokalt bemannade mottagningen i Lerum. Jag skall få besked om detta via e-post bär chefssekreterare Flykt fått fram det, Hon var själv med om utflyttningen på sin tid, till Knappekulla gård ,borta i svängen mittemot uppfarten till Tuvängens sjukhem, där vi från vuxenpsykiatriska mottagningen brukade inta förträfflig lunch dagligen då vi öppnat vår egen mottagning 1985. Jag minns att personalen på BUP i Lerum på den tiden hade Björn Magnér som medicinskt ansvarig läkare och vi samarbetade med Björn och skapade bl.a. en programkväll på Torpskolan riktad till allmänheten, föreningsledare och andra intressenter. Björn Magnér ansvarade för en teaterinledning med ungdomar ur den teatergrupp i Göteborg där han också var verksam som regissör . Vi gav kvällen namnet "Istället för våld", hade annons i Lerumstidningen ,affischer,m.m. Teaterinslaget följdes av en paneldiskussion med politiker, idrottsledare(bl.a. karatetränare) kyrkan, psykiatri, skolan,

polisen, m.fl. Kvällen var välbesökt ,fullsatt sal.

Vi hade vid samma tid också ett annat gemensamt program, ” Prestationsångest”. ett program som vände sig till allmänhet, föräldrar, idrottsledare inom Lerums kommun i syfte att väcka kontakter kunskap och diskussion . Denna programkväll hölls i Missionskyrkan i Lerum, inleddes med Stefan Jarls film om Ricky Bruch, ”Själen är större än världen” , med efterföljande diskussion.

Jag nämner detta som ett exempel på den ambition vi på den tiden hade , att normalisera och bredda kontaktytorna med den befolkning och de samhälleliga organ vi var till för att serva . Det fanns. förutom de mer givna formerna för kontakter, remisser, självsökande, behandlingskonferenser ,etc. en klar strävan att nå ut ,att avdramatisera, att informera om ”själens krumbukter och spratt” , men

också om psykisk ohälsa, orsak och verkansmekanismer m.m. Framförallt också att skapa gemensamhetstänkande hos handläggare, där det också skulle finnas linjer i vad som var den enes och den andres ansvar och uppdrag. Psykiatrin var bred i sin nya inriktning och utrymmet för initiativ av otraditionellare och expansivare slag stort.

Det fanns ett ackumulerat behov av denna ”islossning” och synliggörandet av den nya psykiatri som nu bestämt sig för att lämna de mer gömda och glömda tillhåll den tidigare vistats i stor avskildhet. Samhällets behov av en psykiatri som kunde vara också en dialogpartner ,förutom en mottagare och handläggare i redan klart uppenbara sjukdomsprocesser, spelade också in i ambitionen att nå ut till samhället, finnas på plats rent bokstavligt i det lokala sammanhanget där befolkningen och andra handläggare redan fanns.

APOTEKET EN VIKTIG FUNKTION I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Det svenska apoteksväsendet före 1971

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

För de gemensamma funktionerna fanns vid Apotekarsocieteten ett kansli samt informationsavdelning, kameralavdelning, personalavdelning, planeringsavdelning, sjukhusfarmaceutisk avdelning, produktions-, ekonomi- och marknadsavdelning och forsknings- och kontrollavdelning.

Det svenska apoteksväsendet efter 1971

I och med bildandet av Apoteksbolaget AB 1971 (från 1997-12-17 namnändrat till Apoteket AB) övertog bolaget apoteken och merparten av funktionerna som den tidigare Apotekarsocieteten haft. Bolaget fick i avtal med svenska staten ensamrätt att bedriva detaljhandel med läkemedel till allmänheten. De tidigare apoteksinnehavarna fick ekonomisk ersättning för sina apotek och många kom att fortsätta som apotekschefer i den nya organisationen. I och med att bolaget tog över ansvaret för apoteken samt funktionerna vid Apotekarsocietetens kansli förenklades lagstiftningen. Kvalitetssäkringen kom att bygga på dels egeninspektion, dels Läkemedelsverkets tillsyn. Bolaget fick ansvaret för utseendet av apotekschefer samt prissättningen av läkemedel, något som Socialstyrelsen tidigare skött genomförhandlingar med industrin. Den sistnämnda uppgiften överfördes senare till Riksförsäkringsverket och ligger nu på Läkemedelsförmånsnämnden. Viktigt var och är att Apoteket AB inte är försäljningsdrivande när det gäller läkemedel. Tvärtom strävar man efter att förmedla kunskap om hur enklare hälsoproblem kan åtgärdas utan läkemedel. Viktigt är således att Apoteket har ett ansvar att förmedla kunskaper om egenvård, friskvård och förebyggande insatser.

Apoteken i närsjukvården

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

I närsjukvården är apoteket en viktig länk. På många platser i Mittenälvsborg samlokaliseras apotek och vårdcentral. Vid Lerums kommuns tre vårdcentraler inrättades apotek som en viktig närservice för den lokala befolkningen. Apoteken kom att bli viktiga hälsoinformatörer. Personal fick allt större kunskap och ansvar att informera patienterna om användningen av medicinerna som utskrivits av läkare eller som köpts för egenvård. Samarbeta i olika förändrings- och utvecklingsprojekt förekom också. Så i Lerum kring en egenvårdsbroschyr, i Gråbo kring datorstödd information med överföring av recept elektroniskt från läkarmottagningen till apoteket och med sjukhemmet för dosdispensering av läkemedel (se dessa projektbeskrivningar).

Apotekens uppgifter

De svenska apoteken, apotekens huvudkontor och tillverkningsenheter ansvarar för en rad arbetsuppgifter som inte ingår i arbetsuppgifterna för apotek utanför Sveriges gränser.

Uppgifterna utgör ett viktigt stöd för såväl myndigheters om hälso- och sjukvårdens samt äldreomsorgens verksamhet ner på individnivå. De är följande:

- a. Ansvar för läkemedelsstatistiken som utgör ett viktigt instrument i kvalitetssäkerheten av läkemedelsanvändningen.
- b. Den individbaserade receptregistreringen som idag finns för ett urval i Jämtland och som är på väg att introduceras i hela Sverige. Den möjliggör uppföljning av hur läkemedlen används, deras nytta, risker och kostnadseffektivitet.
- c. Uppföljningen av läkemedelsprofiler som för den enskilde konsumenten är viktig för säker läkemedelsanvändning.
- d. Extempore- tillverkningen av läkemedel
Följande punkter var speciellt viktiga i samverkan mellan primärvården och apoteket:
- e. Dosdispensering av läkemedel för att underlätta korrekt läkemedelsanvändning.
- f. Läkemedelsgenomgångar i de särskilda boendena samt hemsjukvården i syfte att förebygga såväl över- som underbehandling och behandling med olämpliga läkemedelskombinationer.
- g. Spridning av Socialstyrelsens, Folkhälsoinstitutets m.fl. myndigheters och organisationers information till allmänheten i frågor som gäller hälso- och sjukvård samt läkemedel.
 - i. Satsning på egenvård som alternativ till läkemedelsbehandling.
 - ii. Uppgiften att inte vara försäljningsdrivande när det gäller läkemedel.
 - iii. Ansvar för en betydande andel av hjälpmedelsarsenal.
- h. Ansvar för producentobunden läkemedelsinformation.

När det gäller egenvårdsmedel och andra hälsovårdsprodukter skall Apoteket AB konkurrera på lika villkor med annan handel. Apoteket AB har genom sina insatser lyckats sänka priserna på varor som tandborstar och sanitetsbindor något som haft effekt på hela marknaden. Apoteket AB har också ett ansvar för att förmedla producentobunden information om läkemedel både till hälso- och sjukvårdspersonal och allmänheten. Genom prisjämförelser mellan jämförbara produkter har allmänheten fått möjlighet att välja den mest prisvärda produkten.

Skäl som anförs för att värna om det svenska apoteksmonopolet

De svenska apoteken, apotekens huvudkontor och tillverkningsenheter ansvarar för en rad arbetsuppgifter som inte ingår i arbetsuppgifterna för apotek utanför Sveriges gränser. Uppgifterna utgör ett viktigt stöd för såväl myndigheters om hälso- och sjukvårdens samt äldreomsorgens verksamhet ner på individnivå.

Man kan genom resultaten av olika opinionsundersökningar konstatera att apoteken toppar listan över samhällsinstitutioner som allmänheten är nöjd med. Man kan konstatera att apoteken genom sin information till allmänheten söker skapa respekt för dagens läkemedel, vilka vid användning kan medföra både nytta och risker. Man ser också att Apoteket AB, trots de besparingskrav det åläggs, söker sörja för en bra läkemedelstillgång i alla landets delar. Man kan inte se några fördelar med en avmonopolisering. Däremot ser man allvarliga nackdelar genom att privatägda apotek sannolikt inte kan ta över många av de uppgifter som nu åligger Apoteket AB. I ett sådant läge måste tillstånd att driva apotek kombineras med bindande avtal/licens att ansvara för dessa uppgifter och en central organisation skapas som ansvarar för de uppgifter som inte kan läggas på enskilda apotek.

Apoteket Strutsen i Göteborg blev Kronans droghandel

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

Ur årsredovisning 1999:

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

Idag är det ett heltäckande logistikföretag, och man arbetar uteslutande på den nordiska hälso- och sjukvårdsmarknaden. Rent konkret innebär det att man ser till att hälso- och sjukvården i Norden snabbt, enkelt och säkert får tillgång till läkemedel, vacciner, bindor, kompresser, kanyler och annat som behövs för effektiv vård. Till funktionen kan företaget beskrivas som en "logistikväxel"; man är en oberoende tredje part, en länk mellan tillverkning och konsumtion, och huvuduppgiften är att förmedla information, varor och pengar mellan uppdragsgivarna och deras kunder. Koncernens omsättning uppgick 1999 till cirka 10,5 miljarder kronor. Man kan således konstatera att expansionen fortsatt; under den senaste femårsperioden mer än fördubblades omsättningen.

Egenvårdsprojektet

Det var naturligt att Lerums apotek med dess chef Gunnel Anderberg och primärvården i Lerum tillsammans utformade och bekostade egenvårdsbroschyren "Sköt om dig".



I broschyren kunde man finna telefonnummer till Din vårdcentral i Mittenälvsborg och till Jourcentralen samt hänvisningar till alla de upplysningsskrifter som apoteken kunde ge dig gratis. Dessutom kunde man få egenvårdsråd för många upplevda problem.

Ur innehållsförteckningen:

Innehållsförteckning

Primärvården inom Lerums kommun	sid. 2–3	Övre luftvägsbesvär	sid 34-37
Inför läkarbesöket	sid. 4	Feber	
När du medicinerar själv	sid. 5	Förkylning	
Husapotek	sid. 5	Heshet	
		Hosta	
Barnavård	sid 6-10	Övrigt	sid 38-42
Barnsjukdomar – översikt		Flytningar	
Blöjutslag – röd stjärt		Masksjukdomar	
Diarré hos barn		Näsblödning	
Mjölkskorv		Urinbesvär	
Torsk		Vaxpropp	
		Ögonirritation	
Hälsoråd	sid 11-14	Adresser	sid 43
Alkohol		Alfabetiskt register	sid 44
Rökning			
Trötthet			
Tänder			
Förgiftning	sid 15-17		
Bi- och getingstick			
Huggorm			
Hudbesvär	sid 18-24		
Akne – finnar			
Brännskador			
Fotsvamp			
Huvudlöss			
Mjäll			
Pigmentfläckar			
Sårbehandling			
Sår i och runt munnen			
Vårtor			
Magbesvär	sid 25-30		
Diarré och kräkningar (hos vuxna)			
Förstoppning			
Gasbesvär			
Halsbränna – sur mage			
Hemorroider			
Smärta	sid 31-33		
Smärta – värk			
Smärtor i ländryggen			
Nackspärr			
Stukning – sträckning			

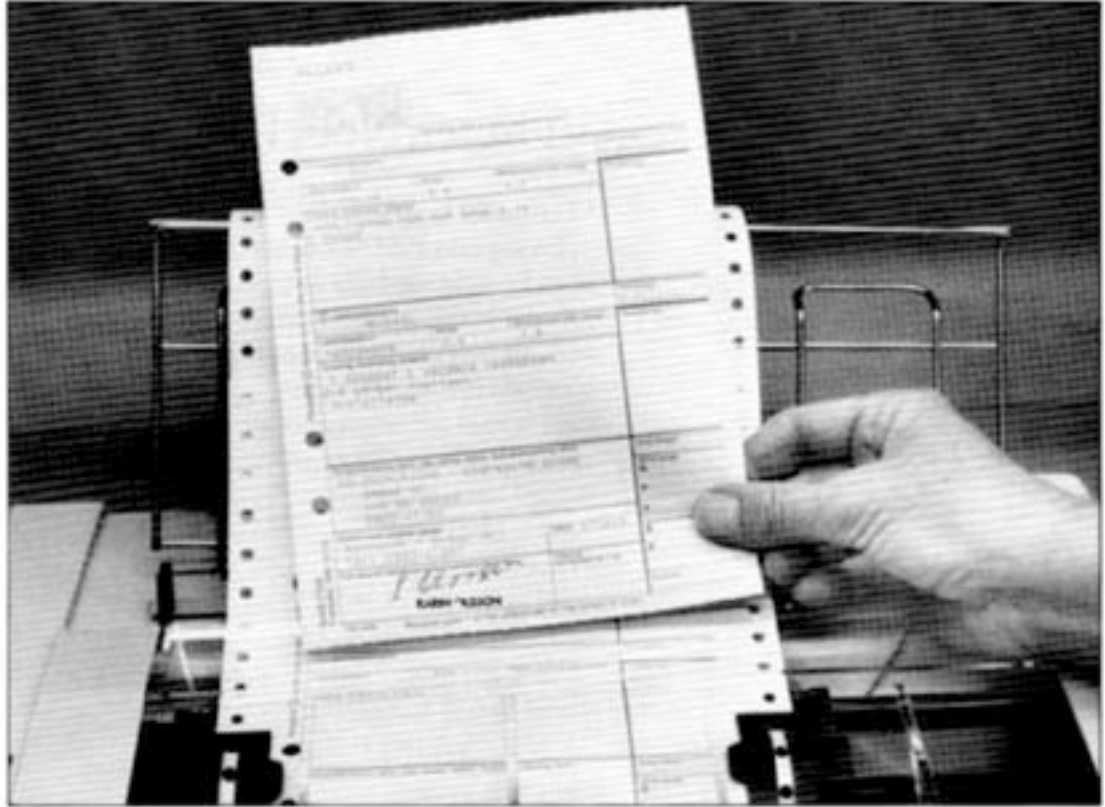
Olika delar av innehållet kom att regelbundet publiceras i lokalpressen med kommentarer av distriktsläkare och möjligheter för läsarna att ställa frågor.

Datarecept på Gråbo vårdcentral 1985.

I journaldatorförsöket vid Gråbo vårdcentral 1984 – 1990 utvecklades tillsammans med apoteket i Lerum/Gråbo och Apoteksbolaget en läkemedelsmodul. Läkarexpeditionernas bildskärmsterminaler anslöts till skrivare på Gråbo vårdcentralens apotek.

Vid receptutskrivning började läkaren med att välja en patient i journaldatabasen. En läkemedelslista presenterades, om patienten tidigare fått mediciner utskrivna. Ur den kunde man

sedan välja att förnya ett eller flera läkemedel. Om läkaren skulle skriva ut en ny medicin fanns många hjälpfunktioner inlagda i systemet: Synonymregister, Diagnos/preparatregister, Standardföreskrivning, Apotekets lokala register, Landstingets läkemedelslista, Anvisningar. Själva receptet, som ett pappersrecept, fylldes i med hjälp av en bildskärmsdialog enligt i stort sett samma ordningsföljd som en vanlig receptblankett. Dialogen avslutades med en bekräftelse av vilka preparat som föreskrivits och en fråga om man ville ha receptet utskrivet på plats eller på apoteket. Föreskrivningen signerades med ett personligt lösenord.



Nr	Preparat/styrka	Dos	Tid mängd GG	Utdrag: 860827 Förskrivet
1	Lanacrist	1+0+0	100	4 860603
2	Salures-K	1+0+0	98	1 860603
3	Propavan	1 tn	20	1 860603

Ange läkemedel 1, 2

LANACRIST förskrivs senast 860603

LANACRIST
Beredning: TABL Styrka: .25 Förp.: 100
Dosering: 1+0+0 Beh.tid: Ant. uttag: 4
Fritt
Anvisning: för hjärtat

Lägra), E(ditera) eller I(gnora) L RETURN
SALURES-K förskrivs senast 860603

SALURES-K
Beredning: TABL Styrka: 0 Förpackning: 98
Dosering: 1+0+0 Beh.tid: - Ant. uttag: 1
Rabatterat
Anvisning: för blodtrycket

Lägra), E(ditera) eller I(gnora) L RETURN
Telefonarvode N RETURN

REGISTRERINGEN KLAR?
Följande preparat har registrerats.
1 LANACRIST
2 SALURES-K
Är detta korrekt? Ja RETURN
Vill du ha receptutskrift J
Bekräfta receptet med ditt lösenord LÖSEN
Utskrift på apotek Ja RETURN

Fig 3.
Exempel på bildskärmsdialog vid förnyelse av recept. Preparaten anges med siffror (1, 2) från läkemedelslistan, tidigare förskrivning presenteras och med några knapptryckningar (RETURN) bekräftas dessa och receptet skrivs ut.

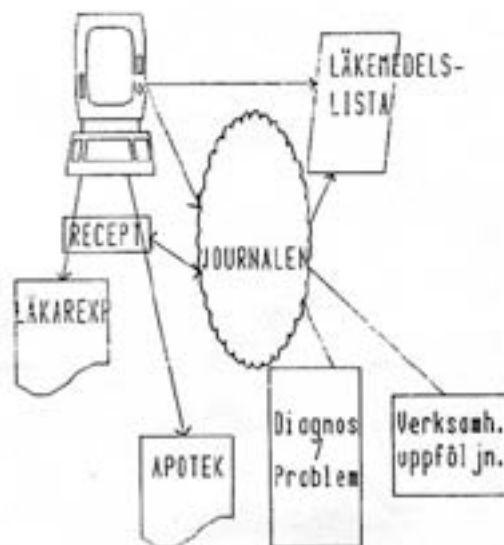


Fig 1. Datorstödd läkemedelsförskrivning.

Svensk farmaceutisk tidskrift 1987 – se referenser:

"Sammanfattningsvis kan sägas att Swede*Star läkemedelsmodul har visat sig användbar på en vårdcentral. För att erhålla rationaliseringsvinster fordras dock kommunikation mellan de båda systemen Swede*Star och ATS. Apoteket måste kunna ta in receptet direkt i ATC-systemet utan att behöva göra egen manuell registrering och läkaren bör få bekräftelse på att receptet kommit fram till apoteket.

För apoteket bör det i framtiden också finnas möjlighet att kommunicera med vårdcentralens dator. Uppdatering av systemen som varje månad görs både på apotek och vårdcentral bör i så fall kunna samordnas. Apoteket skulle då också kunna delta i vårdcentralernas meddelandesystem."

Förhoppningsvis hade man användning av erfarenheterna i Gråboförsöket när Apoteksbolaget vidareutvecklade läkemedelshantering via datorstöd. Det tog mer än 10 år till innan det var vanligt med överförande av recept från vårdcentral till apotek.

Privatläkare i Lerum

En viktig resurs i Lerum var privatläkarna, mest representerad av Beng-Ivar Nöjd, som slutade som chef i Floda och övergick till privat verksamhet 1983. Han berättar:

"Sedan 1983 har jag varit verksam som privatpraktiserande allmänläkare inom Lerums Primärvårdsområde. Dessförinnan hade jag tillsammans med kollegan Gunnar Hedelin haft en fritidspraktik där vi på kvällstid tog emot patienter och även gjorde hälsokontroller för företag. Trots att behovet funnits, och fortfarande finns, har endast ytterligare en privatläkare etablerat sig i kommunen, Per-Erik Melberg i ortopedi, men han har huvuddelen av sin verksamhet förlagd till Göteborg. Tidvis har funnits specialister som på fritiden haft privatmottagning (Håkan Mobacken, hudsjukdomar; Hasse Ejner- ÖNH, CE Hedström- invärtesmedicin). En av distriktsläkarna vid Gråbo (Lisbeth Lavér) VC har även fritidspraktik.

Inte någon gång under de 23 år jag varit privatläkare har jag haft sysslan på heltid. Under hela perioden har jag varit försäkringsläkare vid FK och under fem år var jag kommunens företagsläkare, Dock har den "privat arbetstiden" ofta överskridit 40 timmar per vecka.

Jag ångrar inte mitt yrkesval. Det har varit, och är fortfarande, mycket stimulerande att vara familjeläkare. Jag har fått följa flera generationer i många familjer och åtskilliga patienter har gått kvar hos mig 'trots att de flyttat långt bort från kommunen, den som flyttat längst bor nu i Spanien men kommer på halvårsbesök till oss. Samarbetet med kommunens vårdcentraler och lasarettet i Alingsås är mkt bra, jag remitterar ofta till lokalt lab. Så långt det varit möjligt har jag tillgodosett mina patients behov av akutsjukvård men ofta har de, under min bortavaro, sökt vid vårdcentralerna som då inte varit avvisande på något sätt. Jag har känt att jag hela tiden tillhört primärvården och får t ex varje månad inbjudan att delta i efterutbildningen. Tyvärr har jag inte haft så många tillfällen att vara med. Många av mina patienter är gamla och jag gör ofta hembesök.

Jag driver nu som pensionär mottagningen tillsammans med min fru. Min förhoppning är att kunna få göra det under ytterligare några år. Tyvärr blir det svårt att finna någon som är villig att ta över när jag slutar och i dagsläget tillåter inte landstinget att mottagningen överläts. Den mobila tjänsten som nu diskuteras skulle lämpligen kunna kombineras med privata mottagningar i de olika kommundelarna, även i Sjövik som nu försöker få ut läkare till sin centralort."

PRIMÄRVÅRDSJOUREN

Primärvårdens ansvar för befolkningen var dygnet om, året om. Jourcentralen i Alingsås var lösningen med delat bemanningsansvar för Mittenälvsborgs distriktsläkare. Parallellt hade lasarettet dygnet-om-jour för medicin och kirurgfall. Patienterna sökte av och till på ”fel vårdnivå” och det blev en hel del bollande mellan enheterna vilket inte var till patienternas fördel. Nattetid var utnyttjandet lågt både på jourcentral och lasarettssakut, vilket kostade mer än det smakade. Diskussion fördes också fortlöpande mellan primärvård och lasarett för att finna lösningar på problemen. Jourcentralen utnyttjades också som komplettering av den akuta dagverksamheten, oftast av närbefolkningen. Lerums läkare var irriterade på detta då de på detta sätt också fick sköta andra distrikts patienter. Kontinuitet och kvalitet blev lägre vid sådana besök.

Jourhistorik

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

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

Jourcentralen för Mellanälvsborg startade 1970-09-01 och förlades till en nyöppnad vårdcentral på Södra Ringgatan invid lasarettet i Alingsås. Deltagande i jouren vid Jourcentralen var allmänläkarna i Alingsås, Herrljunga, Lerum och Vårgårda kommuner. Jourcentralen var öppen vardagar kl. 17-08 samt lördag och söndag kl. 08-08. Eftersom jourtjänsten låg utanför den reglerade arbetstiden fick läkarna ”jourkompensationsersättning”, som antingen kunde tas ut i pengar eller i ledig tid. För det mesta valde läkarna att ta ut ledig tid. Allt detta tillsammans gjorde att funktionellt minskade läkartiden/läkartjänsterna med i det närmaste 50%. Köerna till mottagningarna ökade och i Lerum upplevde vi och patienterna kaos med dålig tillgänglighet till de dittills helt köfria provinsialläkarmottagningarna. Detta var orsaken till vad vi kom att kalla lerumsmodellen, ett sätt att lösa bl.a. tillgänglighetsproblematiken till mottagningen. Om detta berättas på annat ställe.

Under helgerna anställdes under många år som regel jourvikarier för att minska jourkompensationsuttaget under arbetsdagarna för distriktsläkarna. Jourvikarierna var prestationsersatta.

Verksamheten vid jourcentralen bedrevs oförändrad fram till 1980. Då tog distriktsläkarna själva över merparten av jourtjänsten tillsammans med AT- och FV-underläkarna som då regelbundet tjänstgjorde i primärvården.

Primärjournen kompletterades också med ordinarie distriktsläkare i beredskap i hemmet dag- och kvällstid. Jourhavande läkare gick över till kirurgkliniken akutmottagning efter kl. 23. Ett jourrum för läkaren ordnades på lasarettet. Orsaken till att primärvårdsläkare nattetid fick tjänstgöra på lasarettet var dels att få närmare kontakt mellan olika läkarkategorier dels att sjuksköterskan på jourcentralen inte skulle behöva arbeta ensam under natten.

1984 beslutade den dåvarande ledningen - Direktionen för södra sjukvårdsdistriktet - att lasarettets i Alingsås läkare skulle ta över hela primärjouransvaret nattetid. Journen kompletterades med en ordinarie distriktsläkare med beredskapsjour i hemmet under natten. Vid behov kunde primärvårdens bakjour kontaktas av lasarettsjournen för hembesök och liknande. En undersköterska förstärkte hjälppersonalen på primärvårdens bekostnad. Efter utvärdering av organisationsändringen fann man att besparingar gjorts på i runt tal en distriktsläkartjänst.

Södra distriktets sjukvårdsdirektion beslöt att permanenta samjournen enligt denna modell from 1985-04-01.

Jourverksamheten sågs över 1987. Resultatet av översynen blev en politisk överenskommelse mellan primärvårdsnämnderna i Alingsås och Lerum och Södra länssjukvårdsnämnden att under 1988 starta en provisorisk akutvårdcentral (AVC) i kirurgmottagningens befintliga lokaler. På grund av personalens kraftiga reaktioner mot beslutet fullföljdes inte projektet. Istället återgick under hösten 1988 primärvården till jourtjänst nattetid på lasarettsläkarnas begäran. Beslut härom togs i Alingsås-Vårgårda-Herrljunga Primärvårdsnämnd 1988-11-14 (D:nr 151, § 84). Något liknande togs ej i Lerums Primärvårdsnämnd. Istället gjorde man ett försök med längre öppethållande på vårdcentralerna i Lerum. Detta med tanke på de mål som angivits för primärvårdens service i Älvsborg som angav att man borde sträva till förlängt öppethållande av vårdcentralerna. Försöksverksamheten med kvällsöppet på Lerums Vårdcentral påbörjades 87 02 16. Vårdcentralen var öppen måndag tom torsdag 17.00 - 19.00. Under dessa timmar sökte få patienter från Lerums kommun jourcentralen i Alingsås. Primärvårdsnämnden tog beslut att försöksverksamhet med kvällsmottagning i Lerum skulle pågå till 88-03-31 i avvaktan på resultatet av en jourutredning som tillsattes för att ge förslag till effektiv jourorganisation..

Jourutredningen 1988

Utredningen beskrivs här ganska detaljerat p.g.a. att diskussionen om akutvård och jourverksamhet i Mittenälvsborg fortgår fortfarande år 2006. Det kan kanske vara av värde att se i backspeglarna hur diskussionen gick. Tanken på decentralisering fanns jämfört med den under 1990-talet ökande centraliseringen och minskade akutvårdsservicen på obekvämt tid både i primärvård och vid lasarettet i Alingsås.

Primärvårdsnämnden i Lerum beslöt 1988-05-30 att uppdraga åt Primärvårdschefen att skyndsamt låta utreda möjligheten att anordna en jourcentral i Lerum måndag-fredag kl. 17.00-23.00 och ev. helger i kombination med den kvällsöppna vårdcentralen. Primärvårdschefen utvidgade uppdraget till att gälla även natten. Uppdraget innebar således att förutsättningslöst finna alternativa förslag till en jourverksamhet för primärvården i Lerum

I uppdraget angavs målet att kommunens innevånare inte skulle behöva söka vård i Alingsås utan erbjudas sådan i Lerum dygnet om. Undantag gäller givetvis akuta sjukhusfall.

En arbetsgrupp tillsattes enligt landstingets MBA för att utarbeta förslag till jourorganisation. Förslaget skall också beskriva de ekonomiska konsekvenserna av en ev. omorganisation.

Till arbetsgivarrepresentanter utsågs: Bengt Dahlin, ordförande, distriktsöverläkare, Gunnar Hedelin, betjäningssområdeschef och Kerstin von Sydow, ekonomichef

Arbetsgivarrepresentanter blev: Holger Källqvist, SACO, Ella Carlsson, SKAF, Ruth Carlsson, SKTF och Ulla Blomberg, SHSTF

Arbetsgruppen överlämnar enligt uppdraget en rapport som utmynnade i förslag till åtgärder att effektivisera jouren och allmänläkarverksamheten i Lerums primärvårdsdistrikt. Här några avsnitt ur rapporten som belyser verksamheten i Lerums primärvårdsområde vid denna tid.

Upplevda problem

Kvällsmottagningen i Lerum upplevdes ineffektiv av läkarna i Floda och Gråbo. Det tog restid att infinna sig där. Av olika skäl ansågs det egna områdets befolkning missgynnad. Merkostnaden per patient var cirka 90 kronor.

Under vardagskvällarna användes Jourcentralen i Alingsås i hög utsträckning som kvällsmottagning av Alingsåsborna. Många sökte för problem som det inte finns resurser att utreda på jourcentralen. Vården kunde inte bli kvalitativt acceptabel när jourcentralen användes för patienter som ej är avsedda att skötas där. Kontinuiteten blev också miserabel för många av dess patienter. Lerumsläkarna kände det allt mer olustigt att tjänstgöra med denna inriktning av jourverksamheten.

Den då återinförda natttjänstgöringen på lasarettet i Alingsås upplevdes mindre positivt mot bakgrund till det tidigare politikerbeslutet att spara en distriktsläkartjänst genom att låta lasarettssjukvården sköta hela primärjouren nattetid som ej accepterades av lasarettsläkarna.

Distriktsläkarna ansåg sig inte heller på lasarettet få tillgång till de resurser man behövde för de fall man hade att handlägga.

Alingsås primärvård hade från länssjukvården tagit över flera sjukhem varav några centrala sjukhemsavdelningar. Dessa kom att fordra en stor insats under jourtiden - speciellt lördag och söndag. Lerumsläkarna fick del av denna merbelastning utan motsvarande kompensation i resurser.

Belastningen på lördag- och söndagsjouren var sedan länge stor. Den motsvarade halva besöksantalet under en vecka. Med fler sjukhem och hemsjukvårdsfall kom belastningen att öka än mer. Speciellt under lördagar gav den ökande belastningen på jourcentralen upphov till köer och inte sällan långa väntetider vilket gjorde att läkarbemanningen måste fördubblas viss tid på dagen.

Inom Lerums primärvård har antalet hemsjukvårdsfall kraftigt ökat sedan 1986. Cirka 120 patienter vårdades i hemmen. Med tiden hade allt svårare sjuka patienter överförs från lasarettet till hemmen. Distriktssköterskan konsulterade vid behov jourhavande läkare i Alingsås utom då vårdcentralerna i Lerum var öppna, d.v.s. kvällar efter kl. 19 till påföljande morgon kl. 08 samt lördagar, söndagar och helger. På lördag och söndag var distriktssköterskorna arbetsbelastning stor liksom jourcentralens. Man hade inte några speciella önskemål om jourläkare stationerade i Lerums kommun men hade inget emot om det fanns tillgång till en läkare i Lerum några timmar under lördag och söndag. Bengt-Ivar Nöjd, som var sjukhemsläkare, ställde ofta upp på obekvämtid, utan särskilt formellt ansvar, om han hade möjlighet till det.

Lerumsläkarna upplevde också ökande sociala problem med belastning på obekvämtid. Förutom jourtjänsten hade kvällsmottagningar tillkommit. Dessutom var en dag i veckan schemalagd till kl. 19 för intern konferens och utbildning. Då man den 1 december 1988 återinförde den aktiva jourtjänsten nattetid på lasarettet i Alingsås ökade pressen arbetsmässigt och socialt på läkarna.

Arbete på obekvämtid ansågs vara en faktor som bidrog till avhopp från distriktsläkartjänsterna. En alltför stor jourbörda minskade rekryteringen till allmänläkarblocken och till vakanta distriktsläkartjänster. Distriktsläkartjänsterna i Göteborg, som man närmast konkurrerade med i rekryteringshänseende, var befriade från kvälls- och bakjour.

Distriktsläkarna i Lerum pekade i en skrivelse till ledningen på vikten av att deras arbetsbelastning inte ökades totalt sett och speciellt inte på obekvämtid. (D:nr 25/88).

Alltmer arbetsuppgifter lades på distriktsläkarna. Någon kompensation i form av fler tjänster hade man inte fått trots att bemanningen relativt sett var låg. En allmänt erkänd bemanningsnorm var då 2000 innevånare per specialistkompetent allmänläkare. Lerum hade 1 allmänläkare per 3000 innevånare. Jämfört med landstingets övriga primärvårdsdistrikt låg Lerum just då sämst till vad gällde tjänstetilldelning för allmänläkare. Sedan antalet distriktsläkartjänster bestämts av landstingsledningen hade Lerums invånare ökat med 2.500 personer. Ytterligare fyra ordinarie allmänläkartjänster ansågs behövas för behovstäckning.

Besöksdata vid Jourcentralen i Alingsås

Läkarbesöken vid Jourcentralen i Alingsås var

1979	11.344
1987	10.844
1988	14.482

Kommentar: En markant ökning av besökssiffrorna noterades under 1988. Orsaken var att Jourcentralen fungerat som kvällsmottagning och avlastning för vårdcentralerna i Alingsås, Vårgårda som haft dålig läkarbemannning.

I jourutredningen fanns besöksstatistik registrerades i liggare dels vid Jourcentralen i Alingsås under kvällstid vardagar 17-23 dels lördag och söndag 08-23 dels vid akutmottagningen på Lasarettet i Alingsås för tiden 23-08.

Sammanställningar gjordes ur denna registrering under tiden 1987-07-01 till 1988-06-30.

Sammanfattningsvis var det få patientbesök vardagsnätter från Lerum, i medeltal cirka 3st, +-3st, under samtliga vardagsnätter 15 st., +- 6 st..

Motsvarande siffror var för Alingsås, Vårgårda, Herrljunga enstaka vardagsnätter 18 patienter, +- 6 och alla vardagsnätter 84, +- 19 st.

Kommentaren blev: På vardagskvällar sökte en stor majoritet av patienter från Alingsås vårdcentralers betjäningssområden. Det verkade vara litet behov av Jourcentralens tjänster för Lerums befolkning på vardagskvällar. Endast i snitt 15 patienter från Lerum sökte under

veckans vardagskvällar Jourcentralen. Jämfört med vardagskvällar fanns på helgerna större behov av jourinsatser. 28 % av Jourcentralens besök var då från Lerum (jmf befolkningsandelen 38%). När på helgdygnet Lerumsborna besökte jourcentralen gick ej att utläsa ur registreringarna. Den subjektiva bedömning var att de cirka 18 patienterna från Lerum spreds tämligen jämt mellan klockan 08 och 23.

Lasarettbesöken nattetid 1 februari - 30 juni 1988 - en tid då lasarettsläkarna stått för jouden fredag och lördagsnätter. (medeltal med spridningar):

Hela veckan: öppenvårdsbesök lasarettet 42 patienter, Lerumsbor 6 st. Alingsås PVO 13 st.

Kommentar: Om man jämförde perioderna före och efter 1 februari 1988 fann man att

- Nattjouden på lasarettet besöktes av ytterst få Lerumsbor, 1-2 per natt.
- En total ökning hade skett av besökstalet med 8 patient besök/vecka (+-1),

Läkarnas jourinsatser

Läkarjouden delades på 24 ordinarie distriktsläkartjänster. Av dessa var 4 tjänster vakanta. Nio underläkare deltog också i jouden.

En läkare var primärjour, d.v.s. fanns alltid på Jourcentralen eller Lasarettets jourmottagning. Detta jourpass kunde vara en kväll och en natt eller ett helgdygn.

Dessutom var en läkare sekundärjour, vilket innebar att läkaren fanns i beredskap i bostaden för att rycka in/ut om det blev för lång väntan för patienterna på mottagningen eller om hembesök behövde göras. Jourpassen omfattade måndag - torsdag 17-08 eller fredag 17 till måndag 08.

Då en underläkare var primärjour var det alltid en ordinarie distriktsläkare som var sekundärjour. Jourlistor gjordes upp halvårsvis. Man kan konstatera att primärjournfördelningen överensstämde med befolkningsfördelningen i Lerum och Alingsås primärvårdsområde som hade förhållandet 38/62 %.

Vad kostade jouden

Jourcentralens kostnad för 1987 var (exklusive läkarinsatser):

	1987	1988
UTGIFTER		
Personal	1.320.000	1.321.000
Omkostnader	126.000	174.000
INTÄKTER	680.000	615.000

NETTOKOSTNAD 766.000 880.000

Jourcentralen hade för ovanstående kostnader ett eget kostnadsställe som administrerades genom Alingsås Primärvårdsdistrikt.

Kommentar: Intäkterna 1987 var höga i förhållande till 1988 med tanke på att besökstalen 1987 var 10.844 och 1988 14.482. En förklaring kan vara att intäkterna för 1987 även innehöll inkomster för utomlänspatienter med 66.762 kronor. Vidare hade obetalda räkningar för år 1986 uppbokats med cirka 45.000 kronor.

LÄKARKOSTNADER FÖR JOUREN

Kostnaderna för läkarnas jourtid belastar de enskilda vårdcentralerna. Jourinsatsen är i förhållande till vårdcentralens andelen av läkare i hela jourcentralens upptagningsområde. Lerums vårdcentralers kostnader är 36% av kostnaden för den totala jourläkarbemanningen - 5 tjänster eller 2.320.000 kronor - d.v.s. 835.000 kronor per år.

30% av jourtiden ersattes i pengar resten togs ut i ledig tid. Lerums primärvårdsbuget. belastades med 250.000 kronor för den jourkompensation som utbetalades i pengar.

Därtill kom för vårdcentralerna förlorade läkartimmar i ledighetsuttag motsvarande 1,3 tjänster.

Utredningens överväganden

Man beskrev 10 alternativ till jourorganisation, som låg till grund för en diskussion om möjligheterna att ge optimal service till befolkningen sett mot den dåvarande organisationen, de problem som beskrevs, kostnaderna och de sociala och arbetsmässiga olägenheterna man åsamkade personalen med obekväma arbetstider.

I en skrivelse till Primärvårdsledningen 1988-09-29 undertecknad av sex ordinarie distriktsläkare sades:

"Med förvåning har vi noterat att jouravtalet rörande jourverksamheten i Alingsås ensidigt sagts upp (av lasarettet).

Trots detta har vi accepterat utökning av jourverksamheten omfattande samtliga nätter för primärvården eftersom vi är måna om bra samarbetsklimat med kollegor och annan personal i Alingsås.

Detta är inte liktydigt med att vi betraktar ökat jourarbete som en godtycklig fråga. Tvärtom anser vi att nuvarande öppethållande till kl. 19.00 i Lerum, utgör en påtaglig merbelastning jämfört med tidigare. Vi är därför ej beredda, med tanke på nuvarande arbetsbörda, att acceptera förlängning av kvälls- eller jourarbete i någon form, särskilt som vinsterna av detta totalt sett av oss bedöms som marginella."

Vid MBL-förhandlingar. Ärende: Läkariouren vid lasarettet i Alingsås, mellan Primärvårdschefen SACO/SR:s ombud den 30 september 1988 sade sig arbetstagarparten inte ha något att erinra enligt följande lydelse:

"Från SACO/SR:s synvinkel förutsätter man vidare, att den skrivelsen som bifogas skall ligga till grund för de fortsatta diskussionerna beträffande jourverksamhet, behov, belastning, arbetsförhållanden etc."

SERVICEASPEKTER

Först kan konstateras att primärvårdens service till Lerums befolkning upplevs mycket god enligt alla enkäter som gjorts under åren.

Jourcentralen i Alingsås har accepterats som en bra eller godtagbar lösning för läkarbesök på obekvämtid i de få fall man känner behov av läkarbesök då vårdcentralerna i Lerum ej är öppna.

Väntetiderna på Jourcentralen framför allt lördagar har ibland upplevts långa. I jämförelse med motsvarande mottagningar vid lasarettet och på s.k. cityakuter är dock väntetiderna rimliga.

En ökad läkartillgänglighet lördag och söndag önskades av stor del av befolkningen enligt enkätundersökning i samband med öppnandet av Lerums vårdcentral. Ett sådant alternativ skulle också förbättra väntan i väntrum vid Jourcentralen som är längst under f.a. lördagarna. Alt 8 och 9 speglar denna serviceökning.

Befolkningen i Lerum använder jourcentralens kvällsservice i tämligen ringa omfattning. En utökad kvällsjour i Lerum skulle betyda marginella servicevinster för befolkningen.

Lördag och söndag är besöken från Lerumsborna betydligt talrikare. En mottagning decentraliserad till Lerum några timmar under lördag och söndag skulle kunna innebära en betydande servicevinst för Lerumsborna. Man får dock räkna med att den s.k. närhetsfaktorn gör att en öppen mottagning i Lerum några timmar på lördag och söndag drar till sig betydligt fler Lerumsborna än de som annars skulle åkt till Jourcentralen i Alingsås.

Huruvida detta kan uttryckas som serviceökning råder delade meningar om. Frågan är om sjukvårdsbehov eller önskan om sjukvårdskonsumtion skall vara ledstjärna i serviceutbudet på obekvämtid.

Kvällsmottagningen i Lerum har av närhetsskäl upplevts mest positiv för Lerums betjäningssområde. För Gråbo och Floda är skillnaden tidsmässigt inte stor att åka till Lerum eller Alingsås. Läkarna i Gråbo och Floda måste däremot avsätta tid för resor till kvällsmottagningen i Lerum. Detta minskar effektiviteten i deras arbete.

En decentralisering av kvällsmottagningen till även Gråbo och Floda skulle innebära bättre service till befolkningen där d.v.s. halva befolkningen i primärvårdsdistriktet.

KVALITETSASPEKTER

Distriktssköterskorna arbetar under lördag och söndag dels i Lerum dels i betjäningssområdet Gråbo/Floda. P.g.a. att distriktsläkaren arbetar i Alingsås har man endast möjlighet till telefonkontakt med läkaren. I och med att ett ökande antal svårt sjuka vårdas i hemmet ökar behovet av läkarstöd i distriktssköterskearbetet.

En under lördag och söndag delvis aktivt arbetande och eventuellt sekundärjourhavande läkare i Lerum skulle innebära ökad kvalitet i vården med stöd av distriktssköterskornas arbete på mottagning och i hemsjukvården. En sådan kvalitetsvinst skulle man få med alt 8 eller 9.

KOSTNADSASPEKTER

All ökad service innebär ökade kostnader för verksamheten. Att omfördela läkartid från dagtid till mycket ineffektivt och dyrt arbete på obekvämtid i ett läge då vi har för få distriktsläkartjänster är föga kostnadsmedvetet.

Nya resurser måste skapas om servicen på obekvämtid skall genomföras. Den rimligaste servicenivån kostnadsmässigt innebär alternativ 5 med sekundärjourhavande läkare i Lerum och/eller alternativ 9 med öppen mottagning i Lerum några timmar lördag och söndag. Kombinationen av alt 5 och 9 motsvarar alternativ 8, d.v.s. med lerumsläkare i beredskap i hemmet under hela dygnet samt med några timmars mottagning lördag och söndag.

LÄKARPROBLEMATIK

Lerums primärvårdsområde har en relativt sett låg distriktsläkarbemannning.

Det anses allmänt att för de arbetsuppgifter som läggs på de ordinarie läkarna i Lerum fordras minst en distriktsläkare per 2000 invånare.

Distriktsläkaren i Lerum har många uppgifter som fordrar patient/läkarkontinuitet. De kroniskt sjuka och äldre är exempel bland mottagningspatienterna. Barnhälsovård, mödrhälsovård, skolhälsovård är andra typer av mottagningsarbete som fordrar hög kontinuitet. Samma gäller regelbundet samarbete med socialtjänsten, försäkringskassan och de olika lasarettsklinikerna.

Som uttrycks i ovan citerade brev upplever distriktsläkarna sin situation mycket pressad både vad gäller ansvaret för den verksamhet som man har att sköta effektivt dagtid samt för sin sociala situation p.g.a. mycket obekvämtid arbetstid.

Samma upplevelse finns på många håll i riket. Detta har givit en mängd avhopp från distriktsläkarbanan både under utbildningen och när man arbetat en tid som specialist. Rekryteringen till distriktsläkartjänster och allmänläkarutbildningen har blivit påtagligt svår vilket vi nu också upplever vid Gråbo vårdcentral.

Lerums primärvårdsområde har haft förmånen att få behålla sina ordinarie läkare under lång tid. Flera av distriktsläkarna har kommit upp i åren då arbete på obekvämtid upplevs allt mer nedslitande. Fackligt finns krav på att läkare över 55 år inte skall behöva delta i primärjourerna. Inom ej alltför avlägsen framtid faller huvudparten av de ordinarie läkarna för detta åldersstreck.

Det är av flera skäl oklokt att inte ta stor hänsyn till de signaler som kommer från de egna distriktsläkarna när man bedömer en rimlig servicenivå för befolkningen ställd mot den resursinsats servicen fordrar.

Med distriktsläkarna arbetande än mer på obekvämtid än nu utan tillskott av nya tjänster kommer den totala servicen till befolkningen också att minska. Det är under dagtid på den egna vårdcentralen som den ordinarie distriktsläkaren är mest effektiv. Patienten/befolkningen önskar i första hand att den egne läkaren finns på vårdcentralen när man upplever problem och söker hjälp. Det är då man som läkare kan ge bäst service och högsta kontinuitet.

Utan möjlighet att rekrytera läkare kommer service och kontinuitet att bli betydligt sämre än nu med ett antal vakanta tjänster.

TÄNKBARA LÖSNINGAR

Alla alternativen kan ses som tänkbara lösningar på service till befolkningen i Lerum. Många av dem är dock realistiska av ekonomiska och/eller bemanningsmässiga skäl. Därtill kommer att man måste ta hänsyn till den samlade jourproblematiken i Alingsås och Lerums primärvårdsdistrikt. Även Lasarettets upplevda behov av service från primärvården på obekvämtid är en faktor att ta med i bedömningen av hur jourorganisationen skall utformas.

Lerums primärvårdsdistrikt kan knappast utöka jour servicen lokalt om man dessutom måste bidra med resurser till en samordnad jour service. Bara att återinföra natttjänstgöring på lasarettet f.o.m. 88-12-01 har inneburit stora resursinsatser och obekvämtid läkartjänstgöring som ej var förutsedda när denna utredning inleddes. Detta beslut samt utredningen i sig föranledde lerumsläkarna att genom sin fackliga organisation meddela att man inte accepterar en totalt sett ökad arbetsbelastning och då speciellt inte på obekvämtid. Denna tunga åsiktssyftning förkastar alla alternativ som innebär en ökad jourbörda på distriktsläkarna.

Under senare år har Lerums befolkning ständigt ökat. Någon motsvarande ökning av distriktsläkarbemanningen har inte skett. Detta upplevs påfrestande för möjligheten att ge basal service på dagtid. Att i det läget gå ut och diskutera ökad service på obekvämtid är föga

konstruktivt om man inte finner en lösning som även tillgodoser det från befolkning och distriktsläkare berättigade kravet att få och ge god service i det egna betjäningsområdet.

Dessa synpunkter vägs in i det förslag till samordnad lösning som ges senare.

ETT DECENTRALISERINGSFÖRSLAG

Oavsett jourlösning bör man se över organisationen med mål att distriktsläkarna skall arbeta så mycket som möjligt på den egna vårdcentralen. Detta för att ge den egna befolkningen optimal närservice och kontinuitet, vilket i första hand förväntas av distriktsläkarna.

För att nå detta föreslår vi en lösning med decentraliserad kvällsmottagning på samtliga vårdcentraler och ett öppethållande till kl. 18.00 de dagar som man har utökad mottagningstid. Vi föreslår också en översyn av arbetsinnehållet under dagen bl.a. genom att förlägga nuvarande efterutbildning/konferenstid från kvällstid till ordinarie arbetstid. Dessutom anser vi att man än en gång bör diskutera den för distriktsläkarna mycket ineffektiva nattjänstgöringen på lasarettet.

Allt detta kan göras inom befintliga kostnadsramar.

ETT EXEMPEL PÅ EFFEKTIV JOURORGANISATION

Ökade läkarjourinsatser betyder som alternativen 1-9 visar behov av utökade resurser. Ser man totalt på problematiken bör en effektiv lösning vara att med minsta möjliga kostnad och oförändrad jourbörda för läkarna ge högsta möjliga närservice. Exempel på ett sådant alternativ finns i Kungsbacka primärvårdsdistrikt.

Kungsbacka motsvarar ganska väl Lerum/Alingsås förhållanden. Man har ett upptagningsområde på 50.000 innevånare med samma struktur och närhet till Göteborg. Jourcentralen i Kungsbacka motsvarar den i Alingsås men har öppet även nattetid.

Läkarbemanningen har lösts genom att köpa in läkare framför allt från Göteborgs universitetsinstitutioner.

Detta frigör ordinarie distriktsläkare som kan arbeta med det egna betjäningsområdets service. Man kan också öka vårdcentralernas produktion med den frigjorda läkarresursen.

Kostnaden för jourläkarlösningen i Kungsbacka är 1,5 miljoner kronor per år (1987). För motsvarande kostnad skulle vi också kunna bemanna Jourcentralen i Alingsås med inhyrda jourläkare.

Lerums kostnad för en sådan lösning beror på hur man fördelar jourkostnaden mellan Alingsås och Lerums primärvårdsdistrikt. Man kan antingen som nu relatera kostnaderna till befolkningsunderlaget, vilket skulle för Lerum betyda en utgift på 540.000 kronor per år (36% av 1,5 milj.). Vi anser dock att jouren bör bekostas efter utnyttjande av resursen – d.v.s. 30% av kostnaden motsvarande besöksandelen. För Lerums del skulle Kungsbackamodellen i så fall kosta 450.000 kronor.

Med Kungsbackamodellen följer också en del intäktsposter som kan bidra att bekosta jourläkarinsatsen sett mot nuvarande organisation. Jourkompensationen till läkarna betalas till 30 % i reda pengar. De 250.000 kronor detta kostar finns för att delvis täcka ersättningen till läkarjouren.

Vi frigör med modellen 1,3 läkartjänster att arbeta under ordinarie tid på Lerums vårdcentraler, vilket innebär en produktionsökning med 3000 besök per år motsvarande 150.000 kronor i ökade intäkter.

Tillsammans finns inbyggt en kostnadstäckning på 90 % av Lerums andel av läkarkostnaden för Alingsås Jourcentral.

Av effektivitetsskäl ifrågasätts också den för distriktsläkarna återinförda nattjouren på lasarettet. Den kostar enligt tidigare beräkningar en distriktsläkartjänst.

EN REALISTISK SAMORDNAD LÖSNING

Förändra organisationen så att Lerums distriktsläkare arbetar så mycket som möjligt på den egna vårdcentralen med den egna befolkningen under ordinarie arbetstid. På så sätt får den egna befolkningen största möjliga närservice och kontinuitet.

Detta innebär en decentraliserad tidsmässigt nedbantad kvällsmottagning, borttagande av den ineffektiva nattjänstgöringen på lasarettet och översyn av arbetsinnehållet i läkararbetstiden.

Därtill måste lösningen bygga på att man tillskapar mer läkartid inom Lerums primärvårdsdistrikt.

Att tillsätta fler ordinarie distriktsläkartjänster är inte möjligt inom nuvarande kostnadsram.

Den möjliga lösningen, som är relativt billig och effektiv, är att kontraktansätta jourvikarier enligt Kungsbackamodellen för läkarnas jourinsatser i Alingsås. Man skulle med det vinna högsta måluppfyllelse till lägsta pris.

Alternativet skulle - med oförändrad jourbelastning för läkarna - ge möjlighet till egen bakjour i Lerum under helgerna.

Bakjouren i Lerum skulle ha öppen läkarmottagning tillsammans med distriktssköterska några timmar lördag och/eller söndag. Detta innebär en variant på alternativ 8 med men med bakjouren samordnad med Alingsås under vardagar. Den ytterligare läkartjänst som alternativ 8 fordrar finns inbyggd i lösningen enligt Kungsbackamodellen och kostar med denna endast 50.000 kronor. Vi kallar Kungsbackavarianten av alternativ 8 för alternativet 11 som ger följande kalkyl

Alt. 11. Läkare i beredskap separat i Lerum under lördag, söndag och helger med öppen läkarmottagning i Lerum lördag och söndag. Samordning med Alingsås förutsätts. Personalåtgång förutom inhyrda läkare enligt Kungsbackamodellen 0,5 tjänst för läkarmottagningen.

En ytterligare möjlighet att effektivisera läkararbetet på den egna vårdcentralen vore att jourcentralen bemannas med läkare först kl. 18.00. Sjukvårdsmässigt skulle det inte innebära några problem då sjukhusfall kan sorteras ut av sjuksköterska. Effektivitetsvinsterna kan däremot bli stora för den enskilda vårdcentralen.

UTDRAG UR JOURARBETETS ORGANISATION RIKTLINJER SVERIGES LÄKARFÖRBUND 1988

BAKGRUND

Nuvarande jourbestämmelser har i huvudsak varit oförändrade sedan 1978, medan jourarbetet ändrats. Andelen arbetad tid under jour har ökat väsentligt. Den medicinska utvecklingen har medfört ökade krav på kompetens i jourverksamheten. Införandet av 70/30-regeln 1982, som innebär att 30 % av jourkompensationen utbetalas kontant, har i praktiken lett till en arbetstidsförlängning.

Jourfrågan består såväl av ersättningsnivån för tjänstgöring under jour och beredskap, som jourarbetets organisation. Jourkompensationen är en helt avtalsbunden fråga och kan bara förändras genom förhandlingar. Jourarbetets uppläggning kan däremot påverkas utan avtalsförhandlingar. Arbetsmiljöaspekter kan ges större genomslag och organisationen kan anpassas efter jourarbetets tyngd.

Riktlinjerna är utarbetade och fastställda av Sveriges läkarförbunds centralstyrelse efter uppdrag från 1988 års fullmäktige.

RIKTLINJER

Schemaläggning

- Jour på arbetsplatsen helgfri måndag - fredag kl. 07-21 skall schemaläggas som ordinarie arbetstid.

Enligt gällande avtal kan läkares ordinarie arbetstid förläggas till helgfri måndag - fredag kl. 07-21. För jourverksamhet med i stort sett kontinuerligt arbete under denna tid medför schemaläggning en arbetstidsförkortning eftersom 70/30-regeln innebär att kompensationsgraden för den arbetade tiden är lägre än 1,0. Schemaläggning bör även övervägas för läkare i beredskap som erfarenhetsmässigt arbetar mellan kl. 17 och 21. Vid schemaläggning skall noteras att rätt till rast föreligger. För att rasten skall kunna disponeras fritt även vid jourverksamhet, måste annan läkare då överta jouren.

Arbetspass

- Läkare som nattetid varit jour på arbetsplatsen skall påföljande dag vara tjänstgöringsfri minst halva dagen.

- Dag efter nattjour skall inget ordinarie arbete inplaneras.

- Tunga arbetspass skall omfatta högst 18 timmar.

Varken i lag eller gällande avtal finns någon reglering av arbetspassens längd. Med arbetspass menas här sammanhängande tjänstgöring inberäknat raster i form av ordinarie

arbetstid och jour, men inte beredskapstjänstgöring. Påfrestningen av att vara jour under en natt eller en helg är beroende av såväl andelen aktivt arbete som tyngden i själva arbetet. Arbetstyngden kan i vissa fall vara sådan att en bemanningsöversyn är nödvändig med hänsyn till akutverksamheten. Ett tungt arbetspass kan, med utgångspunkt från avtalet, definieras som ett pass under jour då man erfarenhetsmässigt inte erhåller sex timmars sammanhängande nattvila. Vid jourarbete med lägre belastning samt vid helgjourer kan, med hänsyn till jourtättheten, övergångsvis längre arbetspass än 18 timmar accepteras. Även detta måste givetvis kombineras med ledighet direkt efter jourtjänstgöringen.

Veckovila

- Läkare skall erhålla lagenlig veckovila

Bestämmelser om veckovila återfinns i arbetstidslagen. Avsteg från bestämmelserna får göras genom lokala avtal, men verksamheten torde kunna planeras så att varje läkare erhåller veckovila. Lagenlig veckovila omfattar minst 36 timmar sammanhängande ledighet under varje period om sju dagar. Sjudagarsperiodens förläggning skall var fast, men behöver inte sammanfalla med kalendervecka. Veckovila erhålles även om ledigheten är planerad semesterdag, tjänstledig dag eller annan fridag. Beredskap är att anse som arbetad tid. Så långt det är möjligt skall veckovilan förläggas till veckoslut. Veckovilan behöver inte infalla helt regelbundet. Arbetsgivaren är skyldig att utlagga veckovila oberoende av om arbetstagaren vill avstå från ledighet.

Jourtäthet

- Jour och beredskap måste på sikt organiseras så att läkare i genomsnitt inte är jour på arbetsplatsen oftare än vart sjunde dygn, i beredskap i bostaden oftare än vart femte respektive vart tredje dygn för beredskap a) och b).

Bestämmelser om jour- och beredskapstäthet finns varken i lag eller avtal. Läkarförbundet har, med utgångspunkt i en överenskommelse mellan Överläkarföreningen och SYLF, tillämpat ovanstående rekommendation. I det fall en läkare omfattas av olika bundenhetsformer får en sammanvägning göras. För att få någon praktisk betydelse, bör beräkningsperioden för genomsnittsberäkningar inte överstiga åtta veckor. På kliniker med låg bemanning fordrar rekommendationen en bemanningsöversyn eller en förändring av jourprinciperna.

Samverkan

- Jour- och beredskapstjänstgöringen skall fördelas så jämnt som möjligt mellan läkarna.
- Läkare som fyllt 55 år skall efter eget önskemål befrias från jour på arbetsplatsen nattetid.
- Samverkan i jourorganisationen mellan närliggande specialiteter och mellan öppen och slutna vård kan behöva tillgripas.

Antalet jourlinjer samt antalet läkare som deltar i jour- och beredskapsarbetet är här av avgörande betydelse. Fördelningen mellan antalet specialister och antalet läkare under vidareutbildning har förskjutits under senare år. Det är därför vid många arbetsplatser omöjligt för underordnade läkare att, med den frekvens som anges ovan, svara för allt primärjoursarbetet. För att uppnå en jämn belastning kan krävas att läkare som normalt endast fullgör bakjour täcker upp ett antal primärjournspass, dock under förutsättning att de inte får mer jour- och beredskapstjänstgöring i genomsnitt än övriga läkare. Läkare som fyllt 55 år skall, om de så önskar, inte behöva medverka i primärjour nattetid.

Vad beträffar antalet jourlinjer kan samjour i primärjouren mellan närliggande specialiteter behöva tillgripas. I ett längre perspektiv bör också möjligheten till samarbete mellan den slutna vården och primärvården observeras. Ett sådant samarbete måste beakta primärvårdens egen jourorganisation och dess arbetsuppgifter. Det medicinska ledningsansvaret kräver att varje berört verksamhetsområde har egen bakjour.

Utrednings förslag till åtgärder

Vi föreslår Primärvårdsnämnden i Lerum att

- Kvällsmottagningen i Lerum decentraliseras till samtliga vårdcentraler d.v.s. även Gråbo, Floda. Detta sker genom att man på vårdcentralerna har öppet två till fyra vardagar till kl. 18.00.
- Läkarnas fortbildningsmöten som f.n. ligger på onsdagar kl. 17-19 förläggs under ordinarie arbetstid. Detta genomförs omgående.

- Vi föreslår vidare att man i samråd med Alingsås primärvårdsdistrikt arbetar vidare med följande frågor
 - jourläkarbemanning i Alingsås med inköpt arbetskraft enligt den välfungerande Kungsbackamodellen - alternativ 11
 - jourcentralens bemanning vardagar kl. 17-18.
 - kostnaderna för läkarbemanningen av jourcentralen fördelas mellan Alingsås och Lerum i förhållande till utnyttjandet av tjänsterna
- Om man kommer fram till acceptabla lösningar enligt ovan finns det förutsättningar för att gå vidare och under helgerna skapa en separat bakjournskedja för Lerums primärvårdsdistrikt med möjlighet till några timmars läkarmottagning i Lerum lördagar och söndagar, alternativt enbart lördagar.

LERUM PRÖVAR ATT INFÖRA HUSLÄKARE

Kontinuiteten i kontakten mellan läkare och patient hade blivit ett allvarligt problem efter reformerna 1970 med reglerad arbetstid med ersättning i form av jourkompensation för läkarna. Tillgänglig arbetstid minskade därigenom med cirka 50 %. Dålig planering av patientmottagningen bidrog till den dåliga kontinuiteten. Att vid upprepade läkarbesök träffa olika läkare skapade för patienten otrygghet och bristande omhändertagande samtidigt som det för verksamheten bidrog till ökad resursförbrukning p.g.a. varje ny läkarkontakt tog längre tid än en invand. Dessa problem önskade man lösa i Lerum med hjälp av bättre vårdplanering.

Kontinuitet kan innebära att man ägnar mer av den egna enhetens resurser åt ett begränsat antal patienter. I detta ligger en konflikt mellan vårdansvar för hela befolkningen och ett påtagat ansvar för den enskilde i vårdapparaten. I en bristsituation finns två vägar att välja på. Den enklaste lösningen är att avskärma sig från omgivningen och endast se till den enskildes bästa. Det blir god kontinuitet för den som nått innanför vårdmuren i den offentliga sektorn eller den som i privatläkarens praktik hör till praktikerns patientskara. Är läkaren fulltecknad göre sig övriga icke besvär. Då är det inga svårigheter att ge både god kontinuitet och hög vårdstandard. Det är den väg det verkar som allmänläkarkollektivet valt efter år 2000.

Den unga primärvården på 1970-talet hade andra ideal - att försöka lösa både samhällsansvaret och kontinuitetsproblematiken. Den betydligt mer krävande vägen var att inom givna resursramar ge en totalt sett bästa service. Det fordrades då i en bristsituation att:

- vårdbehov, vårdåtagande och resurser fortlöpande analyserades.
- man prioriterade sin verksamhet efter analysens resultat.
- man troligen måste hålla sig inom rimliga kvalitetsramar.
- man i samverkan diskuterade vem som skötte vad för att öka tillgänglig läkartid.
- bättre hänvisningsrutiner skapades.
- egenvården utvecklades genom att enkla vårdprogram skapades för vanliga problem och symptom att användas i patientrådgivningen utan att läkare behövde anlitas.
- patienten inte helt på egen hand hade att besluta om "konsumtion" av läkartid.
- hjälppersonalen, som gav råd och hänvisning primärt, fick bättre utbildning, bättre instruktioner och ökade befogenheter.
- bestämma vilka sjukdomar och/eller patientgrupper som krävde bättre kontinuitet
- kontinuiteten byggde på vårdlaget och inte en enskild läkare d v s läkaren och det team han/hon arbetade tillsammans med i betjäningsområdet. Det förutsatte god kommunikation mellan teammedlemmarna.

Hämtat ur GöteborgsTidningen 1976. Rubriken var – Ahlmark: Sveriges sjukvård borde vara som i Lerum :

"För den som känner sig krasslig i folkpartiets Sverige ska det se ut som i Lerum. Då ska man kunna vända sig till sin husläkare på vårdcentralen. — Husläkare åt alla är inte något tomt slagord, säger fp-ledaren Per Ahlmark.. — ritiken mot oss angående husläkarsatsning kommer från två håll, dels från dom som menar att "det är omöjligt", dels dom som säger att det här sker av sig själv. — Båda har lika fel. Man måste ha viljan för att genomföra en sådan organisation. Och då går det. Som exempel på platser där viljan redan visats är Lerum. Där man inom den öppna vården har sju distriktsläkare, varav fyra på Brobackens läkarstation. Där söker man i möjligaste mån låta patienter återkomma till en och samma "husläkare" genom en god vårdplanering."

Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård, 1978

Politiskt blev frågan om patient- läkarkontinuitet het och 18 maj 1977 gav statsrådet Troedsson i dåvarande borgerliga regering uppdrag åt en särskild utredare, Gunnar Hjerne, uppdrag att utreda kontinuitetsproblematiken och ge förslag till lösningar.

Resultatet av utredningen presenterades i SOU 1978:74, Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård.

I direktiven till utredaren anger statsrådet att: "Den öppna sjukvården bör planeras utifrån patienternas önskemål om läkarkontinuitet och närservice samt, så långt det är möjligt, valfrihet

inom sjukvården. I flera landsting har man försökt komma tillrätta med de här problemen. Ett genomgående drag i de organisationsmodeller som utvecklats är strävan efter noggrannare planering av läkarnas tjänstgöring. Det blir då möjligt att planera även besöken så att kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare blir bättre.” I regeringsförklaringen hösten 1977 framhålls vikten av att ”stegvis organisera öppenvården som ett system med husläkare och mindre vårdenheter”. Avsikten med en sådan organisation var bland annat att få en bättre kontinuitet i vården genom att göra det möjligt för patienten att etablera en fast kontakt med ett vårdteam av sjukvårdspersonal, däribland en bestämd läkare som hon har förtroende för.

Statsrådet Troedsson framhåller vidare: ”En sådan fast anknytning innebär att läkaren lär känna sin patient och dennes familj, vilket ger bättre möjligheter till god diagnos och behandling. Även för patienten är det tryggt att kunna vända sig till en läkare som är väl förtrogen med hennes problem och den miljö hon lever i. Patienten bör själv avgöra om hon vill ha en ”egenläkare” (husläkare) och i så fall vilken, givetvis i samråd med läkaren. Såväl allmänläkare och specialister inom den öppna vården som privatläkare bör kunna inordnas i systemet. Läkaren kan sedan hjälpa patienten till specialistbehandling när så krävs. Läkarens möjlighet att i angelägna fall göra hembesök bör också ökas.”

Hon påpekar också distriktssköterskans viktiga roll inom den öppna vården. ”De finns ofta ”närmare” patienterna, särskilt i glesbygden. Många hälso- och sjukvårdsproblem är av den arten att ett besök hos – eller av – distriktssköterskan är ett bättre eller lika bra alternativ som en läkarkonsultation. Distriktssköterskan kan genom hembesök lära känna patienterna i deras hemmiljö och därigenom få en mer socialmedicinskt grundad uppföljning. För en mer personlig och decentraliserad sjukvård är därför distriktssköterskeorganisationen betydelsefull.”

Ur sammanfattningen till SOU 1978:74 hämtas:

Frågan om kontinuitet mellan patient och läkare inom den öppna vården har blivit ett allvarligt problem inom sjukvården. Att vid upprepade läkarbesök hänvisas till olika läkare har hos patienterna ofta skapat en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande. Den ömsesidiga personkännedom och kunskap som är av väsentlig betydelse för ett förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare har på grund härav varit svåra att förverkliga inom den offentliga vården.

Man konstaterade att 60% av läkarbesöken i offentlig vård gjordes på sjukhusen och att den öppna vården allt mer präglades av ökad specialisering. Man pekade också på att redan Axel Höjer på 1940-talet föreslog en ökad satsning på allmänläkare. Samma tankar framkom i flera därefter följande utredningar som SOU 1958:15 ”Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena” och i Socialstyrelsens principprogram från 1968. Från senare delen av 1960-talet sökte statsmakterna på olika sätt främja en utveckling av den öppna vården utanför sjukhusen bl. a. genom reformering av läkarutbildningen. Men utvecklingen gick trögt. Sjukvården förblev sjukhuscentrerad och specialistläkarbetonad.

Mot bakgrund av önskemålen om fasta läkarkontakter gav utredningen förslag till husläkarsystem som vilade på vårdcentralen som den grundläggande vårdenheten och allmänläkare och distriktssköterskor som patientens fasta vårdgivare. Man visade på två modeller.

Den ena, *Modell I*, innebar att de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna var husläkare för sina patienter/invånare, utan att varje läkare hade ett eget geografiskt ansvarsområde. Invånarna skulle ges möjlighet att välja en av allmänläkarna till sin husläkare. Helst borde alla i samma familj välja samma läkare (familjeläkaren).

För att tillgodose kraven på lättillgänglighet och vårdepisodkontinuitet (samma vårdgivare för kontakterna vid en sjukdomsepisod) borde vårdplaneringsmetoder av olika slag användas. Vårdcentralens i Lerum ”löpande vårdplanering”, som infördes i maj 1975, angavs som ett gott exempel på sådana rutiner (se nedan om ”Lerumsmodellen” – en vårdplanering för hela Sverige).

I *Modell II* delades vårdcentralens samlade betjäningsområde upp på de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna. Varje allmänläkare fick ett speciellt ansvar för invånarna i området som borde vara samma som distriktssköterskornas betjäningsområde. Man ansåg att inom varje

sådant allmänläkar-distrikt borde finnas två distriktssköterskor. Varje invånare skulle också ha en fast distriktssköterskekontakt. Samarbetet mellan läkare och sköterska skulle på så sätt underlättas och ge läkaren bättre möjlighet att bedriva preventiv vård.

Lerums husläkarmodell 1978

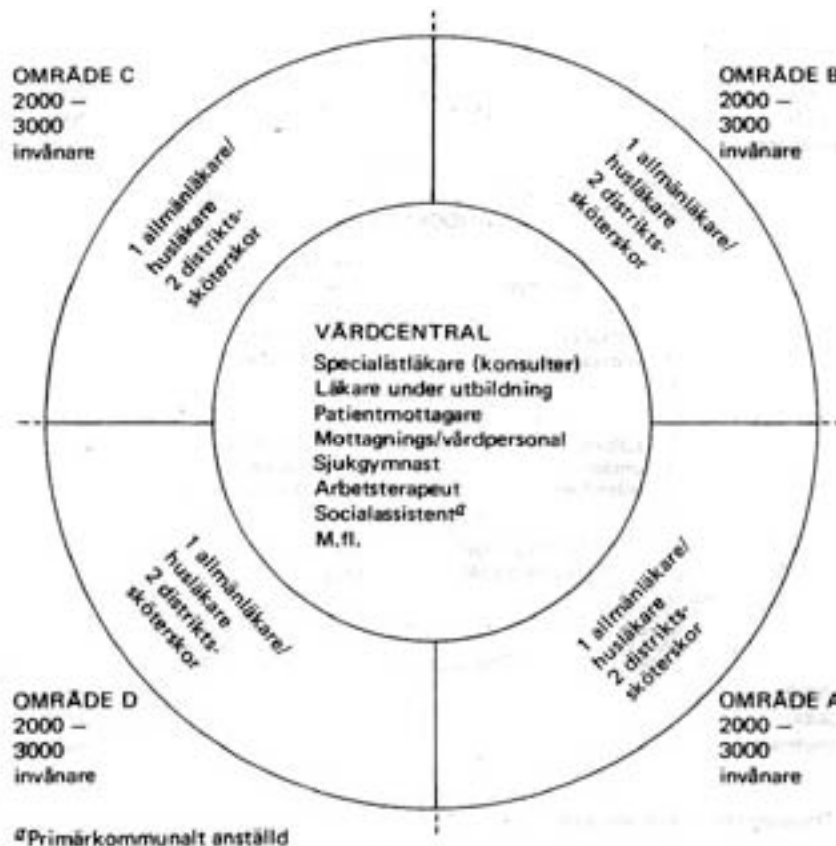
Som exempel på försöksverksamhet med husläkare nämndes Spriprojektet vid vårdcentralerna i Lerum som Modell I av två modeller som beskrivs. Den innebar en typ av husläkare utan ett eget geografiskt ansvarsområde, ett system med kollektivt områdesansvar för vårdcentralens samtliga läkare. Modellen gav goda möjligheter att flexibelt utnyttja vårdcentralens resurser och en viss ökad valfrihet för patienten.

Husläkarmodell I



I Gråbo närmade man sig husläkarutredningens andra modell. Man kopplade läkarna närmare de enskilda distriktssköterskornas betjäningsområden.

Husläkarmodell II



Efterspel till husläkarutredningen 1978

I socialutskottets betänkande 1978/79:47 med anledning av husläkarpropositionen ansåg utskottet att några egentliga förslag inte förts fram och att propositionen hade karaktären av en idépromemoria och allmän viljeinriktning. ”En utveckling av primärvården, där vårdcentralen utgör kärnan, pågår redan. Konkreta förslag för att stödja och påskynda denna utveckling saknas i propositionen.”

I en ny proposition 1979/80:116 om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m. m. återkom frågan om att införa ett husläkarsystem för att förbättra kontinuiteten. I den propositionen påpekades att läkartillgången inom den öppna vården är en kritisk faktor när det gällde att förbättra kontinuiteten. I socialutskottets betänkande 1979/80:38 med anledning av propositionen framhölls nödvändigheten av att man i framtiden undvek en mycket god läkartillgång inom vissa specialiteter men brist på läkare inom andra. Man skulle genom dispenser kunna förvärva behörighet till distriktsläkartjänster inom allmänläkarvård även om det var en nödlösning under en övergångsperiod. Riksdagen följde utskottets förslag (1979/80:338).

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

I propositionen, som undertecknats av Carl Bildt och Bo Könberg, föreslogs en husläkarreform som innebar att alla invånare skulle ges möjlighet att själva välja en husläkare. Sjukvårdshuvudmännen ålades genom ändring i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) att organisera sin verksamhet så att detta blev möjligt. En särskild lag stiftades om husläkare. Husläkaren skulle ha ett tydligt och preciserat ansvar för de personer som valt honom till sin husläkare. Vissa grundkrav var tvungna att uppfyllas för att verksamheten skulle betraktas som husläkarverksamhet. Kraven skulle vara lika över hela landet.

De uppgifter som husläkaren alltid skulle ansvara för omfattade: mottagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverkan med andra service- och vårdgivare. Dessutom skulle den egna verksamheten kunna följas upp och utvärderas. Husläkaren skulle också rapportera om lokala hälsoproblem fanns. Utöver grundkraven kunde åtagandet som husläkare även omfatta skyldighet att tillhandahålla insatser av distriktssköterska. Sjukvårdshuvudmännen skulle besluta om ersättningsnivåer. Vad gällde grundåtagandet skulle ersättning utgå per individ som är ansluten till husläkaren. För att få vara verksam som husläkare fordrades att ha specialiteten allmänmedicin. Olika driftsformer var möjliga som. Anställning av sjukvårdshuvudman, egen företagare, anställning i bolag eller inom ett personalkooperativ. Fri etablering föreslogs införas för husläkare. Regelverket trädde i kraft 1994.

Husläkarutredning 1992

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

I propositionen, som resulterade i en "Husläkarlag" 1993, föreslogs att en husläkarreform genomfördes i Sverige fr.o.m. den 1 januari 1994. för att vara fullt genomförd vid utgången av år 1995. Målet var att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i den öppna vården. Husläkarreformen innebar att alla invånare i Sverige skulle få möjlighet att själva välja en husläkare, som lätt kunde vända sig till. Sjukvårdshuvudmännen skulle enl. en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) organisera hälso- och sjukvården i sina respektive områden på sådant sätt att detta skulle bli möjligt. Stora insatser gjordes bl. a. i Lerum för att genomföra husläkarreformen – mer om detta senare. Det fastslogs också för första gången att en läkare i primärvården skulle vara specialist i allmänmedicin.

Husläkaren skulle ha ett tydligt och preciserat ansvar för de personer som valt honom/henne till husläkare. Ansvarsområdet skulle omfatta: mottagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverkan med andra service- och vårdgivare. Husläkaren skulle dessutom medverka till att den egna verksamheten kunde följas upp och utvärderas samt rapportera lokala hälsoproblem.

Den då borgerliga regeringen ville ta bort myndighetsinriktningen som primärvården hade kvar sedan provinsialläkartiden. Man ville tona ner primärvårdens samlade ansvar för en given befolkning inom ett avgränsat geografiskt område och istället betona den enskilde läkarens ansvar för de patienter som själva valt att söka honom eller henne. Man ville också skapa konkurrens mellan husläkarna. Om en patient blev missnöjd med sin husläkare kunde han eller hon byta husläkare. Ekonomiska incitament infördes på så sätt i vården. I samband med att ett husläkarsystem inrättats föreslogs därför även att fri etablering infördes. De blivande husläkarna borde i princip själva kunna välja lämplig driftsform för verksamheten.

Husläkarreformen upphörde att gälla redan 1996, då en ny regering med andra intentioner för primärvården tillträtt.

När husläkarreformen startade 1994 fanns det 4188 läkare registrerade. Omkring 90% av dessa var specialister inom allmänmedicin, övriga hade dispens från detta krav. Antalet husläkare minskade till 4025 vid upphörandet av reformen. Drygt 10 % av allmänläkarna arbetade då vid privata mottagningar som hade vårdavtal med landstingen.

Under de första åren på 1990-talet genomfördes en del av husläkarlagens intentioner för att öka tillgängligheten av läkare. Man införde möjligheten att välja läkare utan att detta reglerades i lag. Antalet invånare per allmänläkartjänst hade 1992 sjunkit till 2500 och närmade sig den tidens mål med en allmänläkare per 2500 invånare. Samarbetet mellan distriktsläkare och distriktssköterskor var sedan länge väl upparbetat. Man gjorde ofta hembesök tillsammans med

distriktssköterskan. Kunskapen om varandras personliga kompetens var god och gav stora möjligheter till ett effektivt teamarbete.

Husläkarsystem i Älvsborg

Vid landstingsstyrelsens behandling av ärendet 15 juni 1993 fastlades att husläkarverksamheten i Älvsborg skulle baseras på de goda erfarenheterna av en sammanhållen primärvård med samarbete mellan olika yrkesgrupper. Det innebar att

- åtagandet i princip skulle omfatta alla de läkarinsatser som förekom inom primärvården
- lagarbetet mellan främst husläkaren och distriktssköterskan skulle bevaras
- samarbetet mellan olika yrkesgrupper skulle säkerställas.

Ur landstingets Dnr 1198/92 hämtas bl.a.

Om mål och riktlinjer.

Helhetssyn på patienten. Varje patient skall behandlas med respekt och medkänsla och utifrån sina unika behov. En helhetssyn på patienten innebär att även sociala förhållanden t.ex. arbetslöshet eller ändrade familjeförhållanden skall vägas in vid bedömningen av hälsotillståndet. Helhetssyn innebär också att vårdpersonalen skall samverka med andra vårdgivare i samhället t.ex. socialtjänst, företagshälsovård, specialistvård och patientorganisationer.

Tillgänglighet. Utöver tidsbeställd mottagning dagtid skall det finnas öppen mottagning för akuta fall. Om det är medicinskt motiverat skall även hembesök göras. Övriga tider på dygnet hänvisas till den gemensamma jourcentralen. Väntetiderna för tidsbeställda besök skall vara så korta som möjligt, ej över 14 dagar. Om patienten får vänta längre tid skall besked ges om orsaken. Det skall vara lätt att komma fram i telefon och patienten skall aldrig mötas av en telefonsvarare under kontorstid. Husläkaren skall erbjuda personlig telefontid vardagar. Primärvårdens personal skall också bevaka att patientens intresse av kort väntetid till annan vårdgivare blir så kort som möjligt och följa upp vad som sker.

Kontinuitet. Patienterna skall få träffa samma personal vid varje vårdtillfälle. Husläkaren skall också vid behov ha kontakt med patienten under och efter sjukhusvård.

Samarbete. Primärvårdens helhetsansvar innebär att hälsoproblem ofta behöver lösas i samverkan med andra vårdgivare, arbetsplatser, skolor, myndigheter etc. En förutsättning för bra samverkan är att det finns en tydlig ansvarsfördelning. Primärvårdens uppgift är att tidigt upptäcka ohälsa, lotsa patienten rätt och ta ansvar för rehabilitering.

Befolkningsansvar. För att leva upp till befolkningsansvar skall primärvården medverka till att förebygga hälsoproblem, identifiera riskgrupper, starta och driva hälsovårdande arbete samt förmedla kunskaper och möjligheter till personal och befolkning.

Förebyggande arbete kan också vara att påverka de miljövårdande myndigheterna eller kommunen i frågor som rör människors hälsa.

Primärvården har ett särskilt ansvar för förebyggande insatser inom mödra- och barnhälsovården. Primärvården har dessutom ett ansvar för smittskydd. I varje kommun skall finnas en läkare med ansvar för smittskyddsfrågor.

Primärvården har ett befolkningsansvar för olycks- och krigskatastrofberedskap.

Befolkningen skall ha rätt att själv välja vårdgivare inom primärvården och efter remiss även välja sjukhus.

Förslag angående husläkaråtagande i Älvsborg

Alla vårdgivare i Älvsborg har en skyldighet att ansluta sig till de utvecklingsprogram som huvudmannen beslutar om.

Verksamheten skall präglas av en trygg läkar-patientrelation med god tillgänglighet och kontinuitet. Distriktssköterskan skall ha kvar sitt områdesansvar. I de fall husläkaren har patienter listade från flera geografiska områden föreligger ett samverkansansvar gentemot den distriktssköterska som har områdesansvar där patienten bor. Reformen innebär inget hinder för teamsamverkan som redan är etablerad eller under utveckling.

Husläkarens verksamhet består av tre delar. De minimikrav som lagen föreskriver utgör

grundåtagandet. Detta kan enl. § 10 Husläkarlagen utökas till s.k. vidgat åtagande. I Älvsborg beslöts att grundåtagandet kompletteras med vissa specifika villkor – etableringsgrundande. En tredje möjlighet är tilläggsuppdrag. D.v.s. överenskommelse med enskilda husläkare om andra uppgifter i form av tilläggsuppdrag.

Listning. Det är önskvärt att hela befolkningen inom ett sjukvårdsområde får möjlighet att välja husläkare vid ett och samma tillfälle. Detta kan ske genom en kombination av den enskildes aktiva önskemål och ett förslag från huvudmannen om husläkare, passiv listning. Efter avslutad aktiv listning påbörjas den passiva listningen som skall vara klar den 31 mars 1994. Enhetligt datorsystem för vårdcentralerna introducerades 1991 (ProfDoc). Möjligheter att koppla ihop listning av patienter i detta datasystem torde vara goda. Ansvar för listning, registrering och vårdfrågor bör utses vid varje primärvårdsförvaltning.

FoU. Stimulansåtgärder inom ramen för husläkarens tilläggsåtagande bör övervägas. Det gäller alla yrkesgruppers möjligheter att delta i projekt runt forskning och utveckling.

Läkarutbildning. Husläkarmottagningen skall kunna stå till förfogande för utbildningsändamål inom grundutbildningen av läkare (bl.a. AT-läkare). För specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin bör det ankomma på huvudmannen att anställa ST-läkare i allmänmedicin. Utbildningsinsatser regleras genom tilläggsuppdrag.

Utbildning för distriktssköterska i farmakologi. Distriktssköterskor med viss utbildning kommer generellt att få möjlighet att förskriva vissa läkemedel.

Kvalitetssäkring. Ett kvalitetssäkringssystem för husläkarverksamhet bör omfatta bl.a. (urval i en lista på 10 punkter)

- Landstingsgemensam kvalitetspolicy
- Informationssystem för uppföljning
- Kontinuerlig utveckling av kvalitetsindikatorer/standards, arbetssätt och metoder
- Utbildnings- och fortbildningsprogram för alla yrkesgrupper
- Ekonomisk ersättning för kvalitetsutveckling

Rapport från en vårdcentral 1993 (Lerum)

"Vi är sju blivande husläkare med i snitt över 10 års verksamhet inom primärvården och med varandra. Vi har alltid gått med glada steg till vårt arbete, med förvisning om att ha gjort ett gott jobb, även om belastningen periodvis varit väldigt tuff.

Vi tycker att vi har varit med och utvecklat primärvården och vi upplever att vi varit mycket uppskattade både bland våra uppdragsgivare politikerna och patienterna. Vi har fått mycket goda lovord vid en så kallad SPUR-inspektion angående vårt utbildningsklimat t ex. Vi har lojalt ställt upp för varandra vid sjukdom, semester och glatt delgivit varandra av utbildningar. Vi har i härlig trygghet delat sorger och bedrövelser, liksom framgång och glädje.

Vi har under många år som husläkartanken diskuterats varit positiva och förväntansfulla inför en dylik reform. Den skulle ge ytterligare en positiv dimension till vårt arbete bl.a. att vi skulle få en definierad patientpopulation att ta ansvar för, ett antal patienter som dessutom skulle vara rimligt i antal, så att vi kunde vidareutveckla de delar i vården, vi inte haft tid med innan.

Nu när husläkarlagen är tagen och vi sedan en tid med god framförhållning börjat förbereda oss på att arbeta enligt den, med fullt besatta tjänster, och med genomförd datorisering, borde vi känna en stor lycka.

Tyvärr upplever vi dock inget av detta, utan olika negativa känslor sköljer över oss. Trots att vi fortfarande är inbördes totalt eniga om att vi skall hålla ihop vårdcentralen och vidareutveckla en god primärvård för våra patienter, smyger det sig in en känsla av konkurrens emellan oss, vilket får olika negativa effekter. Man kan känna att kollegan har fullt upp med att sköta "sina" patienter och kanske inte ha möjlighet att ta mina, om jag skulle vara sjuk eller ledig.

Det kan smyga in sig (omedvetet?) känslan att det gäller att ta hand om patienten så till den milda grad att man stundtals gör avkall på yrkeshedern, "bjuder" på ett extra recept, låter bli att ta ut arvode för ett recept, tar en patient på en tid som man borde haft till handledning eller dylikt. Vi blir omedvetet konkurrenster fast vi inget hellre vill än att samarbeta som tidigare.

Kommer vi verkligen att lika lojalt kunna ställa upp för varandra framöver?

Skall jag som har relativt få patienter listade, avlasta en kollega som har för många?

Skall jag som har för många patienter ta ytterligare fler, när min kollega är borta?

Vi upplever starkt och gemensamt att den icke ringa spridning som finns mellan olika läkare inte övervägande beror på läkarnas duktighet, trevlighet, serviceförmåga etc., utan irrationella faktorer som;

hur länge läkaren har varit anställd just på denna arbetsplats, om doktorn haft "annat område" tidigare, om doktorn har varit långledig eller sjuk, - om doktorn har ett utländskt namn m.m.

De flesta mår dåligt.

Har man fått för få patienter listade mår man dåligt. Har man fått för många, så stiger kanske självförtroendet, men triumfen försvinner blixtnabbt, när man möter ett skevt leende från en sämre lottad kollega.

Någon har uttryckt det så här: "... och här sitter jag ensam i ett rum med en dator, blek och svettig, en borttynande husläkare som i hård konkurrens med sina f.d. vänner vunnit en tävling."

Vi är alltså en samling erfarna, framtidspositiva och i eget tycke välkvalificerade distriktsläkare som redan innan husläkarreformen trätt i kraft, har börjat märka många negativa effekter.

En del av de farhågor vi känner har tidigare ventilerats av kollegor, men arrogant avfärdats av proffsdebattörerna bakom reformen och tyvärr inom vårt eget Läkarförbund.

Vi känner en äkta oro över att man håller på att skapa en kommersialiserad sjukvård, där konkurrens och lönsamhet är honnörsorden.

Vi är oroade över den kvalitetssänkning som vi är övertygade om blir följden av att vården blir ett marknadsorienterat, ekonomiskt

system. På en marknad är överlevnad aktörernas yttersta mål. Om överlevnadsmöjligheterna ökar genom ett agerande som inte befrämjar god kvalitet så väljs överlevnad framför kvalitet!

Vi är oroade över en försämrad och förytligad läkare/patientrelation. Detta blir följden av att patienten blir kund och vi blir affärsmän.

Vi märker redan att attraktionskraften i vår tidigare mycket populära utbildningstjänst har minskat. De doktorer som är aktuella för denna utbildning, ser ingen framtid i det husläkarscenario som nu finns.

Hur skall vi kunna motiveras att syssla med utbildning, handledning, olycksfallsprevention, katastrofplanering m.m., när systemet tvingar oss att ständigt prioritera produktionen och, om vi sysslar under perioder av vår gärning med andra uppgifter inom primärvården, var finns då våra patienter, när vi vill återgå till att vara rena husläkare?

Var händer när vi är borta längre perioder förraviditetsledighet? Finns våra patienter kvar då?

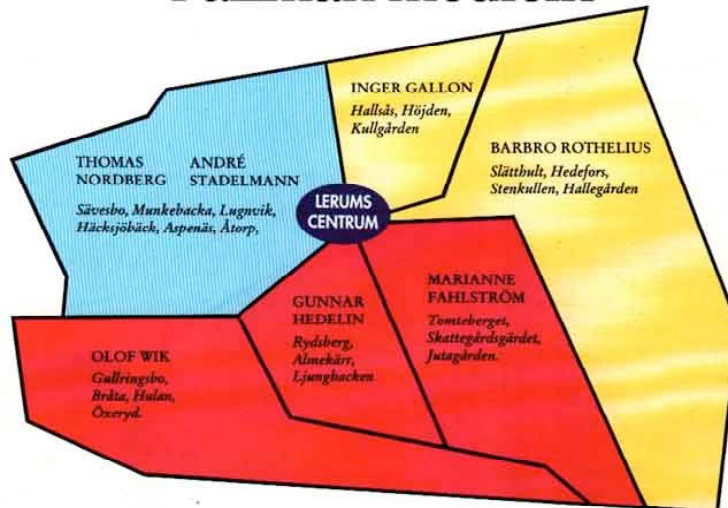
Vi hoppas att ovanstående funderingar och synpunkter beaktas av de som nu är i färd med att bestämma spelreglerna, inom den beslutade husläkarreformen. Vi vädjar om att man inte tar överilade beslut för att visa handlingskraft. Vi har tillsammans med våra allmänkollegor runt om i landet byggt upp en primärvård som blivit mycket uppskattad av våra patienter och även fått en god internationell renommé.

Husläkarreformen är tagen och kan inte ändras just nu. Hjälp dock till att försöka eliminera så många som möjligt av de negativa effekter som den enligt ovan, med stor säkerhet kommer att få!"

Lerums husläkarsatsning 1994

Landstingets husläkarbeslut innebar ett intensivt lokalt organisationsarbete för administrationen i Lerum. Nya redovisningsrutiner med datorstöd skulle införas. Personalen informeras och motiveras. Befolkningen skulle sedan informeras och ges möjlighet att välja husläkare. I en folder till samtliga hushåll "Distriktsläkaren – din husläkare. Nu är det dags att välja husläkare" gavs information om vad som gällde.

På Lerums vårdcentral arbetar sju läkare som alla är specialister i allmän medicin



Val av läkare

Vårt förslag är att du listar dig hos den av oss läkare som ansvarar för din del av Lerum. Om du sedan tidigare har god kontakt med någon av oss andra, kan du självfallet välja henne eller honom som din husläkare. Det är också möjligt att senare byta husläkare.

Så här når du din husläkare

Vi har alla öppen mottagning utan tidsbeställning varje vardag mellan kl 8.30-9.30. Om du vill beställa tid för besök ringer du direkt till din läkare - vi har telefontid varje dag. Du kan också beställa tid eller få råd av sjuksköterskan:

Gul mottagning tel 551 10, Blå mottagning tel 551 20 och Röd mottagning tel 551 30.

Växeln vid Lerums vårdcentral är öppen vardagar kl 8.00-17.00. Telefonnummer är 551 00.

Resurser vid vår sida

Det nära samarbete som vi läkare har i dag, med varandra och med distrikts- och mottagnings-sköterskor, kommer att fortgå och att vidareutvecklas. Detta gäller också våra kontakter med barnläkare, gynekolog, barnmorskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

På Lerums vårdcentral har vi också ett modernt och avancerat laboratorium. Vi kan här analysera de flesta prover medan du är på besök hos din läkare.



På Lerums vårdcentral har vi nära samarbete med andra specialist-kollegor i ortopedi, budsjukdomar, öronsjukdomar samt gynekologi som finns hos oss på eftermiddagstid varje vecka.



Vi har även barnmottagning med tre barnläkare vid Lerums vårdcentral.

Vårdcentralen i Lerum har öppet helgfria dagar
måndag-fredag kl 8.00-17.00.

Dessutom tidsbeställd kvällsmottagning måndag
och onsdag kl 17-18 samt tisdag och torsdag kl 17-19.
På onsdagar även kl 7.30-8.

Ur broschyren hämtas:

Din läkare

- Är anträffbar vardagar på dagtid samt deltar i jourverksamhet på kvällar, nätter och helger.
- Tar hand om dig vid akuta besvär
- Erbjuder uppföljning (återbesök) om du t. ex. har besökt jourcentralen eller annan mottagning.
- Gör hembesök.
- Ordnar remisser och kontakter med läkare inom andra specialiteter.
- Tar emot dig utan tidsbeställning viss del av dagen.
- Sköter tillsammans med distriktssköterskan också barnhälsovården.

Resurser

Vi är 15 läkare(Gråbo fyra, Lerum sju, Floda fyra), som samarbetar med varann, t.ex. ersätter varann vid semestrar och andra ledigheter, och med distrikts- och mottagningssköterskor. Vi har nära kontakt med barnläkare, gynekolog, barnmorskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter men också med lasarettens specialistläkare. På lerums vårdcentral har vi också ett modernt och avancerat laboratorium. Vi kan analysera de flesta prover medan du är på besök hos din läkare.

Husläkarna i Lerum 1994.



Husläkarsatsningen i övriga Mittenälvsborg

Alingsås Tidning 17 dec. 1993.

Politikerna, primärvårdsnämndens ordförande Inger Gustavsson (fp) och gerd Svensson (S) uttalade bl.a. att man skall värna om vårdcentralens bästa sidor. Med husläkarsystemet fick primärvården 4 miljoner mer i budgetmedel för att kunna öka läkartätheten. I Alingsås fanns två anmälda privata husläkare Anders Hamark och Bertil Hajtowitz. Husläkaren skulle finansiera sin verksamhet med igenomsnitt 44 kronor per listad patient och månad plus de 25 kronorna i patientavgift. Målet var att varje läkare skall ha 2000 individer listade till sig (Lerum) men i Alingsås 2500.

Jourcentralen fungerade som tidigare. Besök där kostade 180 kronor. Besök vid distriktssköterskemottagningar var gratis.

Husläkarlagen upphävs

När en ny politisk majoritet kom till i riksdagen 1994 upphävdes dock husläkarlagen. Riksdagen antog då propositionen ”Primärvård, privata vårdgivare m.m. (SOSFS 1994/95:195). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) fick ett tillägg (§ 5) som innebar att landstingen fick i uppdrag att organisera sin hälso- och sjukvård så att alla som så önskade kunde välja en fast allmänläkarkontakt i primärvården. Detta innebar ett starkt politiskt stöd för allmänmedicinen. Primärvården blev en vårdnivå i hälso- och sjukvården. ”Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Som ett riktmärke för läkarbemanningen angavs att det i primärvården bör finnas i genomsnitt en läkare per 2000 invånare. Det var första gången som riksdagen, genom att anta propositionen, uttalat sig om behovet av antal allmänläkare. Detta var ett starkt politiskt stöd för primärvårdens utbyggnad.

Lerum går vidare – trots allt

Bengt Dahlin: ”Husläkarsystemets regelverk innebar i princip utträdning av primärvårdens alla tidigare mål och principer. Den öppna vården skulle kunna innebära att privatläkarsektorn fick vind i seglen, att enläkarmottagningar kunde etableras utan tanke på att primärvårdsteamens samlade kompetens tillvaratogs, att jourkedjor bröts, att på vårdcentralen läkarna ställdes mot varann inför befolkningens val av läkare. Husläkarreformens starka betoning på läkaren skulle förändra förutsättningarna för samverkan framför allt med distriktssköterskorna. Det i många fall fina lagarbetet försvagades eller upphörde. Många primärvårdsläkare mådde väldigt illa under valproceduren. Många husläkare listade upp till 3000 invånare för att öka sina inkomster. I praktiken gick det ofta inte att uppfylla patienternas förväntningar på god tillgänglighet. Det blev besvikelse och missnöje hos många patienter och ökande stress hos läkarna. Som tur var blev inte förändringarna så dramatiska i Lerum.”

Så – Lerum valde sin medelväg: Man tog sitt områdes/befolkningsansvar och läkarna tog hand om sina patienter, sjuksköterskorna och barnmorskorna, BVC och MVC arbetade nära läkarna. Vårdlagsarbetet fortsatte och kontakten med omvärlden fanns kvar.

FORSKNING, UTVECKLING I PRIMÄRVÅRDEN (FoU)

FoU – en omvärldsbeskrivning

Den medicinska forskningen prioriterades och forskningsresurserna byggdes ut kraftigt vid universitet och högskolor. Regeringspropositionen 1959:105 kallar forskningen ”den mest dynamiska kraften i samhällsutvecklingen”, vilket inte minst gällde den medicinska forskningen. Man motiverade detta dels med den direkta betydelsen av landvinningar för diagnos och terapi, dels att läkare som skolats i vetenskaplig metodik fick god förmåga att tillägna sig nya kunskaper och att omsätta dessa efter kritisk prövning i den dagliga sjukvårdsverksamheten. 1989 var FoU-andelen 2,85% av BNP, vilket gjorde Sverige till fyra i världen efter USA, Västtyskland och Japan. Disputationsandelen vid de medicinska fakulteterna var hög, dock ännu ej inom allmänmedicinen, som fick sina första professorer först i mitten av 1980-talet.

I Sverige startade satsningen på FoU egentligen i Dalby 1968/69 med ”Enheten för forskning inom primärvården och angränsande områden av socialtjänsten”. Initiativtagare och chef var Åke Nordén, som 1972 blev förste innehavaren av en professur i ”medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård”. Huvudman var dåvarande Medicinalstyrelsen, senare Socialstyrelsen. En liknande institution skapades senare i Wilhelmina. En rådgivande församling fanns för verksamheten, Bengt Dahlin (BD) ingick i denna något år innan verksamheten övergick i Lunds universitets regi. Universitetet fick i uppdrag att i Dalby inrätta ”en särskild enhet för forskning inom primärvård och angränsande områden av socialtjänsten”. Bengt Scherstén tillträdde 1 januari 1980 som professor i allmänmedicin, prefekt för institutionen för klinisk samhällsmedicin och föreståndare för enheten i Dalby.

Sjukvårdshuvudmännen uppmärksammade alltmer forskningens betydelse för hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Också primärvården fick en liten släng av slev, FoU-enheter i primärvården kunde organiseras (se nedan). På 1980-talet blev allmänmedicinen en akademisk disciplin med institutioner och professorer vid universiteten. Dalby, nationell utvecklingsenhet, fick den första professuren (Bengt Scherstén) 1980, som snart följdes av Uppsala (Gösta Tibblin) 1981 och i Göteborg 1984 (Calle Bengtsson tillträdde tjänsten 1985). Primärvården i Mittenälvsborg kom att få nära samverkan med Calle Bengtsson med stöd för FoU-arbetet och utbildningsinsatserna inom FoU.

En vidgad FoU-verksamhet i primärvården i hela landstinget kom till stånd. Landstinget satsade på en central FoU-kommitté i samverkan med vårdskolorna i Borås och Vänersborg (BD var ledamot), vilket gav möjlighet till elementär forskarutbildning och projektanslag för enskilda befattningshavare inom landstinget. I mitten av 1990-talet bildades för Västra Götaland en organisation för beredning av FoU-anslag med utgångspunkt från förslag i rapporten ”Positiv FoU-utveckling i Västsverige”. En arbetsgrupp under Planeringsnämnden i Västsverige och dess FoUU-grupp (det andra U-et står för Utbildning). Gruppen, Ulf Schmith, Ingemar Månsson, Bengt Dahlin och Conny Persson, beredde och gav förslag till organisation av handläggning av FoU-medel i en rapport 1995-05-16. Förslagen var att:

- De FoU-satsningar som då gjordes inom respektive landsting och som administrerades lokalt borde vara kvar i sin befintliga form.
- Centralt skulle avsättas 30-50 miljoner kronor för ansökan från alla intresserade inom huvudmännens organisation.
- Inrätta ett regionalt projektregister innefattande FoU-aktiviteter vid samtliga huvudmannaheter.

Handläggare inom den så småningom verkande regionala FoUU-organisationen blev Henric Hultin (se hans berättelse nedan).

En första lokal FoU-enhet i landstinget inrättades i Lerums primärvårdsområde 1987. Den blev en enhet för Mittenälvsborg med placering i Alingsås. En liknande byggdes upp i Borås. Senare bildades en gemensam FoU-enhet i Borås för södra Älvsborg.

FoU-enheter i Sverige

I Spri rapport 101/78 deklarerar fyra tunga centrala organ (Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och Spri) att primärvården skulle ha ett ansvar för att studera, analysera och utveckla sin egen verksamhet. Inför landstingsförbundets kongress 1982 presenterades idéskriften "Forskning och utvecklingsarbete i primärvården. Där rekommenderades att "i varje landstingsområde bör vid minst en vårdcentral finnas särskilda resurser för FoU-arbete sammanhållna inom en utvecklingsenhet". Utveckling var då redan på gång vid Olofströms vårdcentral, "Olofströmsprojektet" med Gustav Haglund som initiativtagare. Det var en avknoppning från Dalbyprojektet. Hälso- och sjukvårdsberedningen (HS 90, 1984) framhöll att med primärvården som bas och en kompletterande länssjukvård bör FoU-arbete (forsknings- och utvecklingsarbete) ske i direkt anslutning till de problem som finns inom vården och det patientarbete som bedrivs där. I socialstyrelsens PM 166/87 föreslogs att "Forsknings- och utvecklingsarbete av betydelse för primärvårdens utveckling bör främjas genom insatser av statliga forskningsorgan m fl. Huvudmännen bör fortsätta satsningen på samhällsmedicinska enheter och särskilda utvecklingsenheter inom den offentliga primärvården för att underlätta utvecklingen av FoU inom primärvården. I "Kreativa FoU-miljöer i länssjukvården" anger landstingsförbundet att FoU-enheter skall ses som delar i ett större nätverk i vilket bl. a universitet och högskolor skulle ingå. FoU-enheterna skulle göra det möjligt för personer med lång och medellång vårdutbildning och forskarexamen att fortsätta att bedriva forskning, vårdarbete och undervisning.

Mot bakgrund av dessa centrala instansers intentioner inrättades i många landsting FoU-enheter. Älvsborgslandstinget svarade i en riksomfattande enkät 1985 om behov av och intresse för att inrätta FoU-enheter eller om sådana redan fanns, att landstinget inte hade någon enhet och att något intresse för inrätta sådan fanns inte. Det var alltså då inte bäddat för Lerum att få en egen FoU-enhet.

Avgränsningen mellan FoU-arbete i primärvården, verksamheten vid de framväxande samhällsmedicinska enheterna och FoU-enheterna vid vårdhögskolorna upplevdes inte som självklar. Detta blev incitament för årliga konferenser för de befintliga utvecklingsenheterna.

"För dig som vill minnas vad man nationellt gjort tidigare år eller för dig som inte varit med, men ändå är nyfiken, har vi lagt ut information om samtliga träffar som Primärvårdens FoU-enheter har haft, från 1985 till 2000. Klicka på det årtal du vill läsa mer om. Sammanställningen är gjord av FoU-enheten i Sundsvall."

(<http://www.vastragotaland.net/zv0038/moten.htm#1991%20Lerum>)

Lerum deltog från början i FoU-samlingarna (1985 i Hofors, 1986 i Sollentuna, 1987 i Göteborg, 1988 i Mjölby 1989 i Ronneby, 1990 i Sundsvall) Detta då utvecklingsarbete sedan många år pågått i Lerum och man hade byggt upp ett kontaktnät med likasinnade i andra landsting.

En av de nationella mötena hölls i Lerum 1991.

"Mötet hölls på vårdcentralen i Gråbo där den alltid så välklädde Bengt Dahlin var värd. Här diskuterades primärvårdens FoU-enheters möjligheter och villkor i framtiden. Dessutom fanns ämnet Vårdvetenskap som en punkt på programmet. Dag två deltog mötesdeltagarna i en seminariedag om "Kvinnors hälsa", där Bi Puranen var en av föredragshållarna. Dag 1 avslutades på Aspenäsgården med middag och underhållning."

Utvecklingsenheter i primärvården 1990.

ENHETER FÖR FORSKNING OCH UTVECKLING INOM PRIMÄRVÅRDEN 1990

Lerums utvecklingsenhet kom att arbeta nära ihop med utvecklingsenheterna i Mjölby och Örebro samt Allmänmedicinska institutionen i Göteborg.



Primärvårdens FoU-enheter hade fått en mycket varierande uppbyggnad beroende på lokala förhållanden. I många fall kopplades samhällsmedicinska funktioner till verksamheten. I regel bemannades FoU-enheten med FoU-handledare, assistent/sekreterare, samhällsmedicinare och hälsoplanerare.

Vad är en FoU-enhet?

Definitionsmässigt var utvecklingsenheter för primärvården sådana enheter som genom ett politiskt beslut fått ett officiellt formulerat uppdrag att verka för FoU-arbete inom primärvården, lokalt, inom sjukvårdsdistrikt eller på länsnivå.

Sådana tidigt etablerade enheter med liknande uppgifter i Dalby, Tierp och Vilhelmina, som var statligt finansierade, föll utanför definitionen. Det gjorde också många enskilda vårdcentraler som bedrev värdefullt utvecklingsarbete på lokalt initiativ exempel på sådana var Lerum, Floda och Gråbo, För att råda bot på detta beslöt den nya Primärvårdsnämnden i Lerum i december 1987 att inrätta en utvecklingsenhet vid Lerums vårdcentral – Lerum fick därmed officiellt status som FoU-enhet i primärvården. 1990 fanns tjugofyra utvecklingsenheter i Sverige med skilda organisationsformer. Samtliga hade grunden samma syfte att nära verksamheten stödja enskilda projekt och stimulera enskilda projektarbetande. Dessutom var de delar i ett större nätverk för FoU-enheter i Sverige. Lerums utvecklingsenhet kom att arbeta nära

ihop med utvecklingsenheterna i Mjölby och Örebro (med bl.a. Sirkka Elo, Anders Lindman, Monika Lövgren och Margareta Möller) samt Allmänmedicinska institutionen i Göteborg med Calle Bengtsson.

För alla utvecklingsenheter gemensamt gällde att huvudmannen markerade förväntan och gav resurser att utveckla primärvården mot de mål som angetts i primärvårdsutredningar som t. ex. HS 90. Det innebar också att kunskap om metoder för problemformulering och strukturerat iakttagande fördes ut i vården. Projektarbete var ett medel att stimulera den processen.. Man skulle ta sin utgångspunkt i vardagens problem, verksamhetsnära. Handledaruppgiften fick därmed en annorlunda karaktär än inom den akademiska forskningen. De basala metoderna för projektarbete var dock de samma och utvecklingsenheterna kom att ses som ett komplement till de akademiska institutionerna. Speciellt intressanta målgrupper för utvecklingsenheterna var elever vid vårdhögskolor och blivande allmänläkare under FV-skedet (den fortsatta vidareutbildning efter allmäntjänstgöringen (AT)).

En FoU-kurs 1984

En Provinsialläkarfondens FoU-kurs kom till stånd som en följd av en handledarkurs i Hjo 1980 – 81. Kursledning var Lennart Råstam, Bengt Dahlin, professorerna Leif Svanström och Gösta Tibblin. Kursen riktades till en allmänläkare från varje huvudman med intresse för och engagemang i FoU-frågor. När kursen inleddes fanns professurer i allmänmedicin i Lund (Bengt Schersten) och Uppsala (Gösta Tibblin).

Syftet med kursen var nationell, nämligen att:

- I varje landsting upprätta en kanal för kontakter i FoU-frågor
- Inventera befintliga ekonomiska och personell resurser för FoU.
- Upprätta samverkanskanaler mellan FoU-intresserade läkare i primärvården.

Kursen genomfördes i tre steg. Efter en inledande kursvecka och därpå följande hemarbetsperiod återsamlades kursdeltagarna för en tvådagars redovisning av resultat samt planering för framtiden.

Kursen speglade ett stort intresse för FoU inom svensk allmänmedicin. Man saknade dock forskningsklimat. Man hade svårt att särskilja forsknings- och förändringsarbete. Man upplevde problem för FoU i primärvården som

- Förståelse. Attityder hos kollegor
- Hjälpmedel. Timliga resurser saknades
- Organisatoriska hinder. Oklara chefslinjer.
- Brist på handledare.
- Kunskaper, Brist på erfarenheter.
- Bekvämlighet. Obekvämt att störa mottagningen. Forskningsfientlighet
- Karriärtrappa saknades.
- Brist på självförtroende.

Kursledningen sammanfattade kursen:

Distriktsläkare, även sådana som är aktivt engagerade i utvecklingsfrågor, kände stor isolering. De allmänmedicinska institutionerna kommer säkert framledes att kunna utgöra ett betydande stöd för samordning och kommunikation. Till dess bör nätverk för kontakter bildas för att stödja FoU-intresserade.

I Mittenälvsborg tog vi snabbt kontakt med den nya allmänmedicinprofessorn i Göteborg, Calle Bengtsson, som stödde många FoU-kurser vi anordnade för att sprida kunskap om FoU.

Fem år senare, 1989, publicerades en ny version av kursrapporten med uppföljningskommentarer av kursledningen, som konstaterade följande.

Under de gångna fem åren hade forskningsaktiviteten i primärvården ökat. Ett flertal distriktsläkare hade disputerat i allmänmedicin eller låg långt framme i sin forskarutbildning. En viktig grund för det var att den akademiska förankringen av allmänmedicinen hade stärkts, men också att intresset för FoU i landstingen ökat på ett sådant sätt som man förutspått under kursen 1984.

Kursdeltagarna, var och en representerande sin huvudman, speglade ett stort FoU-intresse inom svensk allmänmedicin. De blev en betydelsefull resurs i uppbyggnaden av FoU i allmänmedicin. Fortfarande upplevdes den mest hämmande faktorn brist på forskningsklimat i

primärvården. Man upplevde att det saknades gränser mellan utvecklings- och förändringsarbete. Kursen definierade utvecklingsarbete som sådant arbete som syftar till att skapa ny kunskap och nya metoder. Dess avgränsning mot forskning är snarare en fråga om generaliserbarheten i resultaten. Kvaliteten i metoder och diskussion av resultat måste däremot sättas lika högt. Förändringsarbete däremot ägnas åt att förändra reguljär verksamhet med hjälp av redan etablerad kunskap.

Lerum en forsknings- och utvecklingsvårdcentral – en FoU-enhet i Mittenälvsborg

I januari 1988 startades, efter beslut av Primärvårdsnämnden i Lerum, en FoU-enhet, som fick status som en sådan enligt kriterierna för en officiell FoU-enhet. Syftet med enheten:

”Utvecklingsenheten i Lerum skall vara en samlad kunskapsbank för utvecklingsarbete i primärvården, en länk mellan betjäningsområdena och institutioner/verksamheter med forsknings- och utvecklings- och utbildningsinriktning samt en bas för enskilda befattningshavare i primärvården att bedriva FoU-arbete.”



Förhistorien var lång. Som vi beskrivit på andra ställen i denna skrift var utvecklingsklimatet positivt i Lerums primärvårdsområde. Många väsentliga projekt hade genomförts vid både Floda, Gråbo och Lerums vårdcentraler långt innan FoU-enheten fått officiellt status. Resurser hade hämtats från den vardagliga verksamheten eller från Spri.

Samtliga medlemmar i enheten hade vida kontaktnät inom olika områden, vilket gjorde att enheten fick ett stort kontaktnät allt enligt syftet med enheten

Utvecklingsenhetens kompetens var 1989 samlad i följande befattningshavare:

- en distriktsläkare med utvecklingsarbete som halvtidstjänst (Bengt Dahlin)
- hälsoplanerare (Anita Harling - Glantz)
- primärvårdsföreståndare (Solweig Kärrman)
- distriktsöver tandläkare (Carl-Henrik Bratt)
- assistent (Anita Adolfsson)

Senare tillkom från Folktandvården Christer Edeland.

En viktig ”motor” för igångsättande och uppehållande av FoU-arbetet i landstingen kan nämnas nämligen en genom Provinsialläkarfonden anordnad kurs våren 1984 ”Forsknings- och utvecklingsarbete i allmänmedicin. Kursledare var Lennart Råstam och Bengt Dahlin. En deltagare kom från varje landsting i Sverige. Från Älvsborgslandstinget kom Hans Lundgren (söder) och Bertil Marklund (norr).

Syftet med kursen var att

- I varje landsting upprätta en kanal för kontakter i FoU-frågor.
- Upprätta samverkanskanaler mellan FoU-intresserade läkare i primärvården.

Som exempel på verksamheter ges här några utdrag ur Årskrönika 1989.

Verksamheten bedrevs under huvudrubrikerna:

- hälsoprojekt
- primärvård i närsamhället
- kunskapsutvecklande organisation
- verksamhetsutveckling, hälsoekonomi
- informationssystem

FoU-enheten upprättade en rapportserie för genomförda projekt. Den omfattade 1989 13 rapporter samt tre i administrationen diarieförda utredningar och 25 ytterligare arbeten på gång.

Utvecklingsenhetens medarbetare fortsatte att samarbeta med Spri. Bengt Dahlin i ett flertal projekt som rörde Informationsteknik, Datorstödd journalföring och Standardiseringssträvanden inom IT – se referenslistan.

Christer Edeland specialiserade sig inom sektorn patientklassificering, verksamhetsuppföljning och prestationsersättning, 1990 med en rapport ”Resursutvärdering av sjukdomsdiagnoser – en ansats till öppenvårds-DRG och 1993 som deltagare i Spri-rapporten Räkna med öppenvården.

En viktig del i utvecklingsenhetens verksamhet var fortbildning. Genom utvecklingsenhetens medlemmar deltog enheten i planering av efterutbildning för läkare och sjuksköterskor. Även i grund- och vidareutbildningen på vårdskolan i Borås deltog medlemmar från enheten. Solweig Kärrman var ledamot i linjenämnden för högskoleutbildningar i Älvsborg.

FoU-enheten initierade och administrerade fortbildningen för distriktsläkare i Lerums och Alingsås primärvårdsdistrikt. Utbildningen hölls var tredje vecka i seminarieform. Följande ämnen ventilerades hösten 1989:

- Demenssyndromet
- ADB-stöd vid vårdcentral
- Nya smittskyddslagen
- Alternativmedicin
- Aktuella problem i munhålan

Tillsammans med allmänmedicinska institutionen i Göteborg (professor Calle Bengtsson) genomfördes 1988-89 den första FoU-kurs för södra Älvsborg. Övriga i kursledningen var: Lennart Råstam, klinisk lärare sedermera professor i klinisk samhällsmedicin vid Lunds universitet, Malmö, Hans Boström, apotekare, Hässle läkemedel, Leif Lapidus docent, klinisk lärare Allmänmedicinsk centrum, Göteborg, Harriet Scott bibliotekarie Borås.

Kursen dokumenterades i skriften ”Nio FoU-projekt från Södra Älvsborg 1988 – 1989”. Flera liknande kurser genomfördes de följande åren.

De nio ämnesområdena som avhandlades och presenterades i en skrift var:

- Riskfaktorer och prevention vid akut hjärtinfarkt i Svenljunga 1983 – 1987. Ingemar Andersson, Svenljunga.
- Sollebrunnsprojektet. Weine Eriksson, Sollebrunn.
- Förekomst av diabetes mellitus i ett landsbygdsområde. Annika Hagman, Ulricehamn.
- Måste vi skärpa vår gynekologiska diagnostik på vårdcentralen? Eva de Fine Licht, Kerstin Holmberg, Alingsås.
- Söker patienter i onödan på jourcentralen. Per Häggblad, Sätilla.
- Rökvanor hos flickor i årskurs 5 – 9 inom ett rektorsområde. Agneta Iveslätt-Bohman, Borås.
- Själv mord i Svenljunga kommun i ett historiskt perspektiv. Martin Lindman, Svenljunga.
- Attityder till datorer hos personalen vid vårdcentral. Bengt Pettersson, Borås.
- Thyreoideaprover – bruk eller missbruk? Monika E Widell, Borås.

Flera av projekten genomfördes av FV-läkare, som en del i deras specialistutbildning.

Parallellt pågick en FoU-kurs i Norra Älvsborg. Kursavslutning för bägge kurserna förlades tillsammans under en av dagarna i landstingets Idébytarvecka i Vårgårda med presentation av projekten på poosters.

Primärvårdsdistrikt år 2000

Lerums utvecklingsenhet hade ett övergripande projekt ”Primärvårdsdistrikt år 2000”.

Rubriken sammanfattade ett flertal projekt som planerades och drevs i den 1987 nyinrättade FoU-enheten i Lerum. Många genomfördes, andra fanns inte resurser att påbörja eller att avsluta. Projektet kopplades till WHO:s 38 mål för år 2000, "Hälsa för alla år 2000". Huvudteman var:

- Jämlikhet i hälsa och levnadsvillkor
- Hälsofrämjande och förebyggande arbete
- Aktivt engagemang hos medborgarna
- Tvärsektoriellt samarbete
- Hälso- och sjukvård med inriktning mot primärvård
- Internationellt samarbete

I målen fanns också satsning på informationsteknik. Att utvärdera VAS-projektet (datorstödet) vid Gråbo vårdcentral blev det första och stora projektet. Det rapporterades i 8 delrapporter och ett flertal övriga skrifter – se referenserna. Det innefattade också "Den kunskapsutvecklande organisationen", "Interaktion människa/dator", "Införandemodell – spridning av datorstödd vårdinformation", "Verksamhetsutveckling", "Hälsoekonomi". Många av dessa moment ingick i olika SPRI-projekt som "FoU-arbetarna" i Lerum var medagerande i. Christer Edeland specialiserade sig inom hälsoekonomisektorn, Bengt Dahlin inom datorjournalutvecklingen. Under rubriken "Förebyggande vård", som handledes av Solweig Kärrman och Anita Glanz engagerades Gråbo vårdcentral. Det omfattade samverkan mellan distriktsvård, mödrahälsovård och skolan och förskolans. Att utveckla en modell för äldrehälsovård och hemsjukvård vad gällde hälsovårdsinsatser var ett annat tema. Scenario Lerum år 2000 – ett framtidssamhälle byggt på solidaritet diskuterades också även om man aldrig kom till rapport.

Andra FoU-projekt i Lerum

Hans Lundgren, Floda Vårdcentral bidrog med ett flertal projekt till det positiva FoU-klimatet i Lerum. Han redogör själv för dem:

*"Min första studie handlade om **utvärdering av urindispensären i Lerum**. Enligt den rådande hypotesen kunde bakturi, både symtomatisk och asymtomatisk, ge upphov till kronisk pyelonefrit och därmed skada njurfunktionen. I Lerum hade man därför efter behandling av urinvägsinfektion ett kontrollprogram med urintest med diplslide efter 1,5 och 9 veckor. Frågan var nu hur detta kontrollprogram fungerade. Eftersom alla kontrollerna fanns i ett kartotek hos laboratorieassistenten som ansvarade för dispensären var det rätt lätt. Jag valde året 1975 som testår. 274 patienter fanns registrerade. 33 hade utslag för bakturi. Jag konstaterade att de flesta ej fullföljde alla kontrollerna speciellt kvinnor i åldersgruppen 20-30 år kom sällan på någon kontroll. Detta var mitt första steg på min vetenskapliga bana som 14 år senare blev till en disputation i ämnet riskfaktorer för typ 2 diabetes. Min studie skulle kunna beskrivas som en kvalitetsstudie. Någon publicering blev det inte men väl en kollegial diskussion och som jag kommer ihåg det en viss förändring av rutinerna*

***Produktionsstudien** har refererats under rubriken Floda vårdcentral. Tilläggas kan att jag redovisade denna på läkarstämmans allmänmedicinska sektion. Jag kommer inte ihåg säkert men jag tror det var 1977.*

*Även **hypertonidispensären vid Floda vårdcentral** är redovisad tidigare. Min förebild under denna tid var den engelske G.P:n John Fry som uppmuntrade sina kollegor att inte bara intressera sig för den enskilde patienten utan även ta reda på hur vården fungerade för skilda patientgrupper. Kartläggningsstudier blev på modet. Vår studie publicerades i Hälsle information nr 9 1979 s.9-16.*

***Väntrumprojektet** var ett samverkansprojekt mellan Vårdcentralerna i Floda, Torpa i Vänersborg och Tranemo. Socialstyrelsens H-nämnd var värd. Frågan som ställdes var om väntrummet kunde utnyttjas för hälsoupplýsning. För att kunna svara på detta behövde vi basfakta om väntetider och test på hur våra patienter tillgodojorde sig information i olika former. Vi inriktade oss på tre kategorier: Egenvård, Hälsoupplýsning och administrativ information. För mig var detta första gången jag deltog i en multicenterstudie. H-nämnden tryckte upp en idéskrift med titeln: Aktivare väntrum. På Läkarstämman 1981 presenterades en modell av detta väntrum. (Om jag minns rätt var ett reklamföretag inblandat här?) Jag höll också ett föredrag om detta.*

Som skolläkare kom jag i kontakt med min norske kollega Atle Worm som på Torslandaskolan i Göteborg hade utvecklat begreppet Friskvård. Ett nytt begrepp som

väckte nyfikenhet och sura kommentarer av somliga: Inte kan man vårda det som är friskt. Men den dåvarande socialministern blev intresserad och gjorde studiebesök och rätt snart pratade alla om friskvård. Någon definition fanns nog inte men formerna utvecklades allt eftersom Atle kom att göra flera besök hos oss och vi var nog de första utanför Göteborg som började med Friskvård inom skolschemat. I förslaget till Friskvårdens organisation i Lerums kommun 1981 äskade vi hos Kommunstyrelsen och landstinget om resurser dels i form av läkar- underskötersketimmar om 5 tim i veckan, dels skulle vi ha en arbetsgrupp med en representant från vardera, skol-, social-, Fritids- och Miljö- Hälsokontor. Detta var starten på ett treårigt projekt arbetade med olika förvaltningar och ideella föreningar. Nedan följer några exempel:

- **Motion för överviktiga** - Fritidskontor och Friluftsförande.
- **Ryggskola** – Primärvården tillsammans med TBV (Studiecirkel)
- **Rökavvänjning** Läkarstation – distriktsmottagning.
- **Matlag för äldre med enmanshushåll** – Primärvård – pensionärsförening.
- **Pedagogisk lunch** – skolan
- **Specialgymnastik för överviktiga elever.**
- **Skolläkare- skolsyster i skolans undervisning**
- Resultatet av dessa delprojekt redovisades i en slutrapport till Kommunen och Landstinget 1984.

En händelse som jag gärna vill nämna är **Giardia epidemin i Tollerød 1985** .16 fall inom kort tid i det lilla brukssamhället Tollerød. Frågan var hur denna uppstod och hur smittvägarna såg ut. Samarbetet med Miljö-Hälsoskyddskontoret fungerade utmärkt och genom provtagning, 163 analyser, kunde vi snabbt ringa in fallen till fyra fastigheter och daghemmet på orten. En erfarenhet som jag retsamt fick erfara var min kontakt med kvällspressen. Ryktet gick snabbt att en epidemi hade seglat upp. En av Göteborgstidningens reportrar ringde upp mig strax innan jag skulle avsluta mitt arbete på mottagningen. Vi pratade om smittvägar som kunde tänkas vara vattenledningsnätet. Jag refererade till sjukdomens andra namn Leninggradsjukan. På kvällen hamnade jag på tidningens löpsedel med rubriken. Läkare anser att ett helt vattenledningsnät måste bytas ut. Innehållet i artikeln var sedan lite mer balanserat hållen. För min del blev det en artikel i tidningen Allmänmedicin nr 2, 1987.

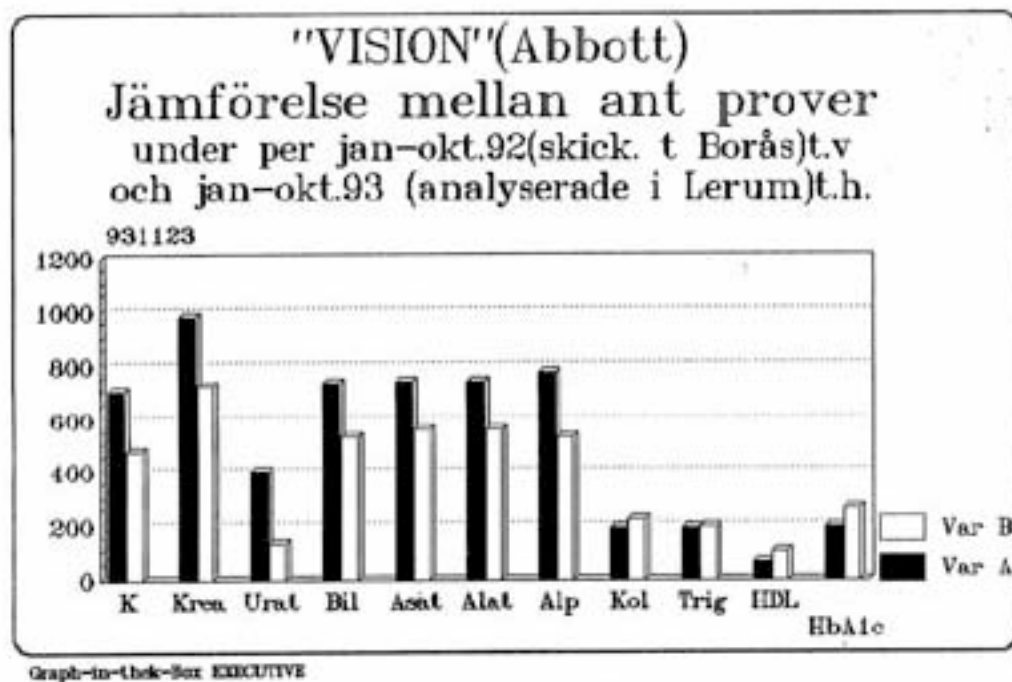
I samband med att jag gick första huvudkursen till Master of Public Health på Nordiska hälsovärdshögskolan gjorde jag en undersökning av **Dödsbevisens validitet**. Egentligen var det en journalstudie där jag jämförde de kliniska data som var kända med angiven dödsorsak och ev. bidragande orsak till döden. Det blev ingen artikel men väl en uppsats som fick försvaras. Denna kurs som leddes av skolans rektor Lennart Köhler inspirerade till mitt kommande forskningsarbete.. Eleverna var från de Nordiska länderna och representerade olika yrken. I denna smältdegel uppstod intressanta frågor och diskussioner.

Diabetes intresset för min del måste ses mot belysning av mitt intresse för miljöns och inflytande på olika sjukdomsprocesser. Diabetes var en sjukdom under ökande. Orsakerna till denna ökning var inte känd. I början av 80 talet kom rapporter att inte bara övervikt utan även fettfördelningen hade en avgörande betydelse för risken att få hjärtsjukdom. Men som vanligt var förhållandet bara visat för män. En unik undersökning startade 1968-69 för en väl definierad grupp kvinnor som skulle följas genom kommande år avseende risk att utveckla olika sjukdomar relaterat till kända riskfaktorer vid starten. Det var således enormt spännande att 1984 få möjlighet att få vara med i denna undersökning 12-årsuppföljning Tillsammans med den nytillträdde professorn i allmänmedicin Calle Bengtsson la vi upp riktlinjerna för ett doktorsarbete med utgångspunkten riskfaktorer för typ 2 diabetes”

Hans Lundgrens doktorsavhandling om Diabetes typ 2 blev den första som spikades på allmänmedicininstitutionen vid Göteborgs universitet, 1989.

Laboratorieprojektet i Alingsås – Lerum, 1992 – 1993

Projektansvariga Kerstin Engholm och Ulla Sandvall. Syftet med studien var att öka kvalitet och service till patienter, läkare och övrig personal och att finna modell för decentraliserad laborieverksamhet samt former för kvalitetssäkring och effektivisering i en decentraliserad laboratorieorganisation.



Resultatet av studien visade att decentraliserad klinisk kemisk verksamhet medförde en väsentlig kvalitetsökning av arbetet för samtliga vårdgivare på vårdcentralen. Patienterna uppskattade den snabba servicen från laboriet. Man slapp vänta på provsvar som kunde vara en källa till oro och ångslan.

En cost/benefitanalys visade att effektivare handläggning och omhändertagande av patienterna uppvägs kostnaderna.

En utbyggd analysverksamhet på vårdcentral som sköts av utbildad laboratorieassistent gör sjukhuslaboriet kan effektiviseras mot det egna sjukhuset. Frigjorda resurser kan ge primärvården stöd till kvalitetsutveckling.

Ett alkoholförebyggande projekt i Lerum, 1991 - 1994

Per Blank, Lerums ungdomsmottagning, ledde ett drogförebyggande projekt 1990- 1995. En modell för högstadiet som utarbetats i samverkan mellan vårdcentral, lärare och elever vid högstadieskolor i Lerum och Gråbo, alkoholrådgivare och fältassistent i Lerums kommun och allmänheten – föräldrar. "Man får tänka efter själv – ett exempel på drogförebyggande arbete på högstadiet". Målen för projektet var att

- Öka kunskaperna hos personalen om alkoholens effekter,
- Därigenom skapa en beredskap för att genomföra alkoholanamnes, hälsotest och livsstilssamtal.
- Därefter öka deltagandet i samhället genom specifika kunskaper om sambandet hälsa, sjukdom och alkoholkonsumtion.

Projektet började med en kartläggningsfas 1990 om hur man arbetade förebyggande med alkoholfrågor i kommunen. Det fortsatte 1991 med att ta fram en arbetsmodell och att utbilda personalen på vårdcentralerna. Under 1992 började undervisning på skolorna av lärare och elever. På vårdcentralerna tillämpade man principerna i patientarbetet. Ett informationsblad producerades. Projektet presenterades på "Lerumsdagarna", en årlig konferensdag för personal och intresserad allmänhet. 1993 konsoliderades arbetet och 1994 utbildas personal på fritidsgårdar. Man utarbetar och sprider en fickversion av "Testaren" som sprids via Systembolaget, apoteken, herrfrisörer och socialkontor. Arbetet följs upp i vårdlagen med

metoden ”med all respekt”. Man genomför på nytt temaundervisning på högstadieskolor i Lerum och Gråbo. Projektet dokumenteras efter utvärdering. Det avslutas med en studiedag för lärare och elevvårdspersonal. Ett 40-tal personer medverkade.

Vad tycker Lerumsborna om primärvården, 1993?

En telefonintervjustudie våren 1993. Per Blank och Christer Edeland bearbetade materialet. Den övergripande frågeställningen var: vart vänder man sig när man är sjuk och varför? Hur är servicenivån? Vilka besöker vårdcentralen respektive folktandvården i Lerum?

Sammanfattningsvis:

- Vårdcentralerna i Lerum var ett förstahandsval för befolkningen.
- Befolkningen i Lerum har till övervägande delen positiva attityder till både vårdcentralernas och folktandvårdens verksamhet.
- Geografisk närhet och att man var bekant med verksamheten var viktiga faktorer vid valet.
- Vårdcentralen besöktes av alla åldersgrupper men de äldre över 65 år utnyttjade vårdcentralens resurser mest.
- Det var bland de unga som folktandvården hade den största andelen patienter.

En barnmottagning i tiden, 1994

Ragnar Bergström, barndistriktsläkare i Lerum gjorde 1994 en beskrivning och analys av barnläkarverksamheten i Lerum. ”En barnmottagning i tiden – En studie om de dynamiska krafterna som styr barnsjukvården i Lerum”. En del ur studien har hämtats för beskrivningen av barnläkarverksamheten på annan plats i detta dokument. Ragnar Bergströms beskriver i sin studie med grafer barnmottagningens klientel och många av de kroniska sjukdomarnas förekomst under åren 1978 – 1993.

Älvsborgslandstingets FoU-policy och organisation

Redan i mitten på 1980-talet skapades i Landstinget i Älvsborg en central FoU-kommitté och tre FoU-arbetsgrupper. Den centrala kommittén hade att vara en motor i den fortsatta uppbyggnaden av FoU i landstinget samt fördela avsatta medel för FoU, upprätta en FoU-katalog och genomföra seminarieverksamhet.

Tre arenor för FoU-utveckling utkristalliserades i början av 1990-talet.

Den första var den lokala exempelvis FoU-enheten i primärvård. Den andra var de två FoU-centrum som skapades i norr och söder. Den tredje var den centrala FoU-kommittén.

1992 inrättades två FoU-centrum, ett i södra Älvsborg i Borås och ett i norra Älvsborg i Vänersborg. De kopplades till respektive vårdhögskola men var organisatoriskt fristående. Deras administration finansierades genom tillskott från flera förvaltningar och i styrelserna ingick representanter från finansierarna. Uppgiften var att ge stöd till och samverka med alla som arbetade med FoU inom landstinget. De hade också landstingsstyrelsens uppdrag att fördela medel till projektansökningar och doktorandstipendier. Administrationen sköttes av vårdhögskolan. En liten grupp med rektor som ordförande och ledamöter från primärvård (Bengt Dahlin) och länssjukvård fördelade anvisade medel till olika projekt, som ansökt om FoU-bidrag.

I september 1994 antog landstinget ett FoU-program som lade fast att:

Syftet med landstingets FoU-verksamhet är ytterst att utveckla högre kvalitet i landstingets olika verksamheter och därigenom förbättra servicen till invånarna.

- *Det är angeläget att FoU-arbetet är verksamhetsanpassat och siktar till en medveten och långsiktig kunskapsuppbyggnad.*
- *Landstingets stöd för FoU är ett komplement till den etablerade forskningen inom vård och omsorg. Personalkategorier som traditionellt ej bedriver forskning skall beredas tillfälle till stöd i FoU-arbete.*

Programmet kompletterades genom beslut i landstingsstyrelsen i april 1996 (LTS § 54/96). Kompletteringen var en anpassning till ”Nya Älvsborg” och innebar en bredare inriktning än tidigare:

Landstingets mål med FoU är att skapa

- *Konkurrenskraftig hälso- och sjukvård*
- *Kraftfulla regionala högskolor*
- *Effektivitet i samhällsuppdraget*
- *Stöd till genomförande av landstingets regionala program*

Två vägar användes för att stödja och stimulera FoU-arbetet

- att avsätta särskilda medel som kan sökas av anställda för att genomföra FoU-projekt eller doktorandstudier
- att stärka högskolornas möjligheter att bedriva och delta i forskning

Efter omorganisation i landstinget, då man fick Central Uppdragsnämnd och driftsnämnder inom primärvård och sjukhusvård, fick även FoU-organisationen ses över. FoU-centrum i norr och söder ombildades och integrerades helt med vårdhögskolan i Borås respektive Hälsohögskolan Väst Vänersborg. Utbildningsutskottet i landstinget tog över ansvaret för finansieringen av verksamheten. Verksamheten skulle ledas av forskningsledare underställda rektorerna vid högskolorna. Särskilda FoU-råd inrättades med ledamöter utsedda av utbildningsutskottet. FoU-centrum fick två uppdrag dels att ingå i högskolans verksamhet och stärka dess forskningskompetens dels att ta initiativ till, stimulera och stödja FoU-verksamheten inom landstinget. Kopplat till uppdraget låg att som tidigare behandla och besluta om ansökningar om medel ur landstingets anslag för FoU-projekt för hälsa, vård, habilitering, rehabilitering och omsorg i respektive del av landstingsområdet. Allt detta skedde åren 1997 – 1998. I 1997 års budget hade landstinget avsatt 5 mkr att fördela genom FoU-centrumen.

FoU-centrum i söder genomförde flera metodkurser i FoU i samverkan med Allmänmedicinska institutionen i Göteborg. Förutom föreläsningar fick man själv pröva på att driva ett utvecklingsprojekt i dess olika faser.

Fortsatt utveckling av FoUU i regionen

Den i de västsvenska länen skapade Planeringsnämnden för landstingskommunala angelägenheter tillsatte 1994 en Regional FoUU-grupp för att lägga fram förslag till ”åtgärder för att inom ramen för det västsvenska sjukvårdssamarbetet säkra en fortsatt positiv utveckling av den medicinska FoUU-verksamheten (forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamhet).” FoUU-gruppen hade representanter från samtliga västsvenska landsting och Göteborgs universitet. Från Planeringsnämnden fanns dess chef Jan-Erik Spek och sekreterare var Conny Persson, chef för FoUU-enheten i Göteborgs sjukvård. Älvsborg representerades av Lars Fredén, rektor vid Vårdhögskolan Vänersborg-Uddevalla, Bo Ivarsson, FoU-läkare psykiatri Borås och Bengt Dahlin, primärvårdsläkare landstinget i Älvsborg.

Med utgångspunkt från förslag i en rapport ”Positiv FoU-utveckling i Västsverige” gav FoUU-gruppen en mindre arbetsgrupp i uppdrag att arbeta fram ett förslag till organisation och rutiner fört beredning av FoU-anslag inom ett framtida gemensamt landstingskommunalt förbund. Målet var att säkra en fortsatt positiv utveckling av den medicinska FoUU-verksamheten, värna om dess kvalitet, sprida generell FoU-kunskap i regionen samt stärka samband mellan vårdhögskolor och universitet. Arbetsgruppen bestod av Ulf Smith, Ingemar Månsson, Bengt Dahlin och Conny Persson. Gruppen föreslog i maj 1995

- Inrättande av ett regionalt projektregister innefattande FoU-aktiviteter vid samtliga huvudmannaheter innehållande information om projekttyp, deltagare, finansiering och resultat
- Central avsättning av FoU-resurser motsvarande 30 – 50 Mkr genom ”del av skattecrona”. Medlen skulle vara tillgängliga för ansökan från alla intresserade inom huvudmännens organisation.
- De FoU-satsningar som fanns/gjordes inom respektive landsting och som administrerades lokalt borde vara kvar i denna form.

Henric Hultin berättar mer om FoUU i regionen

De ovan beskrivna aktiviteterna inom den västsvenska regionen för att utforma aktivt stöd för FoUU kan ses som en illustration till en generell process inom den svenska landstingsvärlden. Under 80-talet började det växa fram en allmän uppfattning att landstingen som huvudmän för landets sjukvård aktivt borde engagera sig i patientnära sjukvårds- och

omvårdnads-FoUU. Utvecklingen av kunskap och metoder för att allt bättre förstå och hantera de praktiskt kliniska problem som läkare och sjuksköterskor brottas med i vardagsarbetet på kliniker och vårdcentraler borde naturligen vara intressant och viktigt att stödja för verksamhetens huvudmän.

Detta kan idag låta som en självklarhet, men det bör understrykas att allt som kallas forskning i sjukvården dithills ansetts vara en statlig angelägenhet. Om man vill belysa det i mer formella termer kan man säga att den gällande lagstiftningen inte tillät landstingen att använda sina skattemedel till forskning.

Efter gemensamt förarbete mellan staten och landstingsvärlden infördes 1996 en tilläggsparagraf i Hälso- och sjukvårdslagen med innehåll att sjukvårdshuvudmännen ”skall medverka i finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete.” Där anges också att landstingen ”skall i dessa frågor i den omfattning om behövs samverka varandra samt med berörda universitet och högskolor.”

Som led i förberedelserna för bildande av Västra Götalandsregionen hade landstingen i Bohuslän, Skaraborg och Älvsborg samt Göteborgs kommun beslutat bilda ett gemensamt kommunalförbund för de regionala sjukvårdsfrågorna i väst-Sverige. Detta kommunalförbund beslöt 1996 att anvisa en summa om 20 milj. kronor för regiongemensam patientnära FoU. Denna ekonomiska ram höjdes 1999 till 25 milj. kronor. Det bör kanske betonas att detta då var ungefär hälften av regionens totala budgetram för hälso- och sjukvårds-FoU. De dominerande andelarna av den andra hälften av totalramen är medel för lokala FoU-enheter, som beskrivs mer i det följande, och bidrag till Skaraborgsinstitutet.

Inriktning och erfarenheter under första åren med regiongemensam FoU

Huvudsyftena med den regiongemensamma angavs vid starten vara dels kollektiv kunskaps tillväxt och kompetenshöjning inom regionens hälso- och sjukvård och dels att befrämja samverkan mellan regionens olika sjukhus och vårdenheter över existerande landstingsgränser. Vardera av dessa syften förväntades på sikt kunna bidra till förhöjd vårdkvalitet. Dessutom var naturligtvis ett övergripande syfte att bidra till att uppmuntra och underlätta utbredningen av en kunskapssökande attityd bland alla medarbetare i ett sådant ”kunskaps-företag”, som sjukvården är. Inriktning och bedömningsgrunder, när det gällde att utnyttja dessa FoU-medel för FoU-projekt, angavs med följande huvudkrav:

- frågeställning med närhet till vården och praktiskt/kliniskt intressant för västsvensk vård
- vetenskapligt bra upplagt ifråga om tydlig frågeställning, metod och kompetens/stöd
- samarbetsbefrämjande över vårdens inre gränser ifråga om geografi, organisation m. m

Tidigare har berörts att såväl i de västsvenska förberedelserna som i det nya FoU-avsnittet i Hälso- och sjukvårdslagen, så är det naturligt med ett nära samarbete mellan sjukvårdshuvudman och berörda universitet och högskolor inom detta område. I väst-Sverige har både den medicinska fakulteten vid Göteborgs Universitet och de berörda regionala högskolorna varit mycket aktiva och viktiga samarbetspartners till sjukvårdshuvudmännen i både utvecklingsarbetet och genomförandet.

I en publikation (*FoU i Västra Götalandsregionen, Vol 1 2001: Erfarenheter av regionalt stöd för FoU i hälso- och sjukvården 1996-2000*) redovisas ett antal viktiga belägg ur en utvärdering av de första fem årens regionala FoU-stöd. Här återges komprimerade sammanfattningar på resultaten inom några av frågeområdena:

– vetenskapliga publikationer som resultat av det regionala FoU-stödet:

de ca 30 projekt, som fått stöd under 3 år, hade helt eller delvis genererat ett 10-tal doktorsavhandlingar och ca 75 artiklar i vetenskapliga tidskrifter

– inte ”bara” medicinsk FoU:

av de 85 projekt, som under perioden fått ekonomiskt stöd, hade 36 projekt omvårdnads- och/eller livskvalitetfokus, och de allra flesta av dem aktivt deltagande av sjuksköterska och/eller annan ”medellångt utbildad yrkeskategori”

– vetenskaplig samverkan över sjukvårdens inre gränser:

denna önskade form av gränsöverskridande samverkan ökade successivt över de studerade åren. För de 33 nya projekt, som beviljades stöd år 2000, gällde att i varje projekt deltog medarbetare från minst två av de större landsortssjukhusen och i hälften av dem deltog medarbetare från Primärvården (tandvård inräknat). I nästan samtliga fanns någon deltagare från SU.

– **FoU-medel trots sparbetning i vården ?**

Fråga om de särskilda FoU-medlen bedöms medverka till höjd vårdkvalitet, trots att de tas från otillräckliga ramar för vården, ställdes i en enkät till ett stort antal medverkande i stödda FoU-projekt och till ca 180 medlemmar i de regionala medicinska råden. Att den helt dominerande andelen av den första gruppen svarade positivt är kanske ganska förväntat, men samma svarsbild redovisade också sektorsrådets medlemmar, som till ca 70 % kommer från länssjukhus och primärvård.

Vetenskaplig konkurrens och skilda möjligheter att få del av regiongemensamma medel

De krav, som sattes upp för det regiongemensamma ekonomiska stödet till patientnära FoU, medför naturligen att tillgången till vetenskapligt högkvalificerad projektledare/handledare och erfarenhet av uppläggning och metodval i FoU-projekt, spelade stor roll för möjligheten att få del av dessa medel. Projekt och aktiviteter, vars huvudsyfte var att locka nyfikna medarbetare att ”lukta på FoU” och att ge handledning för de första stegen in av vetenskapliga ansatser i arbetet med förändringsuppslag i sjukvården, hade inte lätt att hävda sig i konkurrensen om de regiongemensamma FoU-medlen. Det var därför viktigt att man, parallellt med det ovan beskrivna FoU-stödet, gav utnyttjandet av de redan tidigare existerande ”lokala” FoU-medlen andra villkor och inriktning.

Allmänläkaren

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

Definitionen av "allmänmedicinarens" arbetsuppgifter och utbildningsmål spikades av läkarförbundets allmänläkarkonferens den 9 mars 1968. Den innebar då att allmänläkaren skulle:

- bereda vårdsökande omedelbar tillgång till läkarvård, bedöma deras vårdbehov och bereda möjligheter att på bästa sätt få denna vård.
- meddela vård och behandling vid de tillstånd som enligt gällande medicinska uppfattning ej kräver specialistvård.
- I samarbete med specialister genomföra behandlingar och kontrollera behandlingsresultatet.
- medverka i förebyggande hälsovård i dess vidaste omfattning.

I inledningen av "primärvårdstiden" diskuterades i provinsialläkarkretsar mycket den kommande rollen i hälso- och sjukvården. Detta var ett av temata vid Provinsialläkarnas årsmöte i Ronneby 1970.

Gustav Haglund ("allmänmedicinens fader") höll ett av inledningsanförandena.

Han sade bl. a.:

"Morgondagens sjukvård är en produkt av dagens och gårdagens och det är inte möjligt att se framåt utan att markera de händelser på 60-talet, som kommer att ange riktningen för öppen hälso- och sjukvård på 70-talet.

Den 1 juli 1963 ändrades huvudmannaskapet.

Den 1 juli 1969 ändrades läkarutbildningen.

Den 1 januari 1970 genomfördes en sjukvårdsreform som helt ändrade anställningsvillkoren för läkarna i allmän tjänst.

Alla förändringarna har verkat till provinsialläkarväsendets favör. Bakom besluten har legat en medveten avsikt att förstärka och utveckla den öppna sjukvården och att göra det just i allmänmedicinens form.

Allmänläkarens funktion i sjukvården ifrågasättes inte längre. Kanske blickar en del av oss bakåt med ett nostalgiskt vemod och framåt med ovisshet och farhågor. Det sista tror jag är en onödig plåga. På praktiskt taget alla stora internationella kongresser är allmänläkarens roll ett centralt tema. Man söker vägar tillbaka till begreppet "comprehensive care" även i länder med långt mer specialiserad sjukvård än i Sverige. Den termen har kanske närmast betydelsen psykosomatisk medicin hos oss.

Den vidareutbildning som nu är fastställd är f.n. den bästa möjliga. Men kraven höjs snabbt och vi måste alltid vara beredda att formulera innehållet i en mera välanpassad utbildning. Något som troligen inte blir slutligt reglerat förrän f. överdirektören Rahms utredningsuppdrag är slutfört.

Det är inte länge sedan tanken på en professor i öppen vård tedde sig som en naiv utopi. Vi vet nu att medicinska fakulteten i Lund kommer att få en sådan innehavare.

Allmänläkare kommer i framtiden att representera en specialitet bland andra specialister av olika kategorier, som borde finnas på alla sjukvårdsenheter där sådant behov föreligger".

Henric Hultin, då biträdande överläkare och Läkarförbundets representant vid konferensen, höll också ett inledningsanförande som rörde den framtida provinsialläkarens (eller hans motsvarighets) utbildning, arbetsuppgifter och arbetsförhållanden.

"En utbyggd allmänläkarverksamhet inte är ett alternativ till utan ett villkor för en utbyggd specialistverksamhet. Delade meningar råder om vad som skall förstås med begreppet allmänläkare – socialstyrelsen har framfört att allmänläkaren framför allt i tätort skall ha en socialmedicinsk tyngdpunkt i sin verksamhet. Vad nu socialmedicin står för. Beträffande jourarbetet konstaterades att om inte kvalitetkravet skulle eftersättas nattetid, så var det en uppgift för allmänläkaren. En ytterligare viktig uppgift som kommer att läggas på allmänläkaren i framtiden är utbildning av AT-läkare och läkare under utbildning för allmänläkarkompetens".

Allmänläkare blev en fullt ut erkänd specialitet först år 1981 i och med dess universitetsanknytning..

Allmänläkarens arbetssätt

Per Swartling, 2001

"Den breda utbildning som allmänläkaren har gör denne väl lämpad att möta befolkningens skiftande behov av undersökning och behandling av akuta och kroniska sjukdomar, vård i livets slutskede och förebyggande verksamhet. I allmänläkarens arbetssätt ingår att bedöma patientens symtom och behov såväl ur ett medicinskt-biologiskt perspektiv som psykologiskt och socialt, det vill säga ur ett helhetsperspektiv. Mötet med patienten, att lyssna och försöka förstå patientens problem och skapa en förtroendefull kontakt är allmänläkarens speciellt viktiga instrument. Många av primärvårdens patienter söker för självläkande sjukdomar eller kroppsliga besvär som är kopplade till psykosociala problem. Allmänläkaren kan med sin kännedom om vanliga sjukdomars naturliga förlopp hjälpa patienten att värdera och tolka sina symtom. Genom att avvakta förloppet under fortsatt kontakt kan trygghet skapas utan att omfattande och oftast onödiga utredningar eller behandlingar behöver utföras. När så behövs får dock patienten medicinska insatser av allmänläkaren och vid behov remiss till specialist.

*Allmänläkaren skall fungera som patientens lots eller vägledare mellan vårdnivåerna och skall sörja för att patienten upplever kontinuitet i vården. I uppgiften kan även ingå att förklara för patienten det som denne inte har förstått efter undersökning och behandling inom länssjukvården. Information behöver ofta upprepas. Allmänläkarens kontakt med länssjukvården är viktig så att varje patient kan bli omhändertagen inom rätt vårdnivå under olika skeden av ett sjukdomsförlopp. Många patienter tillhör därför inte antingen primärvård eller sekundärvård (länssjukvård) utan kommer att vårdas inom än den ena, än den andra vårdnivån beroende på vilket stadium som sjukdomen befinner sig i och vilka insatser och vilken kompetens som krävs vid varje vårdtillfälle. Detta förhållande har fått benamningen *shared care*", det vill säga delat ansvar för vården. Gränsen mellan primärvård och länssjukvård blir därför aldrig skarp. Den är även beroende av allmänläkarens individuella kompetens och erfarenhet förutom övriga resurser i primärvården. För de vanligaste sjukdomarna är lokala, gemensamma vårdprogram ett gott stöd, så att patienten behandlas efter samma riktlinjer vare sig han eller hon tas omhand i primärvården eller på sjukhuset.*

Av betydelse är också allmänläkarens möjlighet att få stöd av länssjukvårdens specialister, exempelvis genom telefonkonsultation eller undersökning av patienten. Telemedicinen öppnar nya möjligheter för primärvården att konsultera på distans. Exempelvis kan EKG, röntgenbilder eller andra bilder på en patient, bedömas av en specialist inom länssjukvården medan patienten är kvar på vårdcentralen. Patientens egna önskemål och patientens förtroende för allmänläkaren har också betydelse när det gäller remittering till länssjukvården.

I anslutning till undersökning av en patient har allmänläkaren även till uppgift att vid behov utfärda intyg om patientens medicinska tillstånd till olika myndigheter. Det gäller oftast sjukintyg och pensionsintyg, ibland även intyg för körkort eller rättsintyg. Intyg måste utformas med stor noggrannhet och objektivitet och är tidvis en stressande extra påfrestning i patientarbetet."

UTBILDNING

Återblick

I mitten av 1700-talet, genom Nils Rosén von Rosensteins och Linnés gemensamma utbildningsinsatser i Uppsala flerdubblades antalet välutbildade läkare i Sverige flera av dem blev akademiska lärare i Stockholms första undervisningssjukhus – Serafimerlasarettet, som öppnades 30 november 1752. Resultatet blev en radikalt ny typ av medicinsk utbildning, där klinisk undervisning och s. k. bedside teaching (vid sjuksängen) ingick.

Nils Rosén ansåg att läkarens viktigaste instrument är palpation, att med sina händer känna på kroppen, upptäcka ömmande inre organ och sjukliga avvikelser. Han tog med sig sina elever ut på sjukbesök i staden och den omgivande landsbygden. Dessutom fanns ett embryo till Akademiska sjukhuset i Uppsala kallat Nosocomium med åtta sängplatser. Det hade öppnats av professor Roberg 1708.

Som exempel på provinsialläkarens utbildning i mitten på 1850-talet kan vi ta vår ständige sagesman Gustav Varenius; Alingsås:

Genomgick skola och gymnasium i Gtbg. Blef Stud. i Upsala 1827 4/10, Med. Fil. Kand. 1830 17/3, Med. Kand. 1835 22/4 och disp. s. år p. g. m. (Om Dysenteri, III. Praes. Hwasser). Blef Med. Lic. 1836 1/6, Kir. Mag. 1837 26/1, Med. D:r s. år och aflade emb. profvet S. år 31/12.

Konstateras kan att man för att kunna tjänstgöra som provinsialläkare dels hade en gedigen utbildning dels måste genomgå ett prov ”embetsprovet,

I mitten på 1900-talet var kraven mindre: Med.lic. examen samt 9 månaders tjänstgöring vid sjukhus. Först i början av 1970-talet infördes strängare regler för behörighet till yrket (allmänläkarbehörighet) och 1981 en specialöistutbildnin likvärdig med andra specilistutbildningar.

Provinsialläkarfonden

Hösten 1961 beslutade riksdagen att det statliga provinsialläkarväsendet från och med juli månad 1963 skulle övergå i landstingskommunalt huvudmannaskap. Samtidigt fastställdes en ny tjänsteläkartaxa som skulle tillämpas under tiden fram till övergången. I denna taxa föreskrevs att för varje patientbesök som inte bara avsåg förnyelse av recept, skulle provinsialläkaren så länge han eller hon var statligt anställd betala in 1,50 kronor till en särskild fond, *Provinsialläkarfonden*. Fondens uppgift skulle vara att genom bidrag på olika sätt verka för "provinsialläkarnas förkovran i yrket". För några år sedan omvandlades fonden till en stiftelse, *Provinsialläkarstiftelsen*. Stiftelsen arrangerar två gånger per år 6-8 kurser med varierande innehåll. I stiftelsens styrelse ingår fyra distriktsläkare som representerar Sveriges läkarförbund och Svenska Distriktsläkarföreningen samt representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Medlemmar i Svenska Distriktsläkarföreningen är behörig att söka kurser och får automatiskt en personlig ansökan till kurserna.

Flera kurser arrangerades med Bengt Dahlin som en av kursledarna (se nedan)

Huvudmännen började också, på läkarnas initiativ, att satsa fortlöpande efterutbildning av primärvårdsläkarna genom regelbundna lokala träffar och kursverksamhet bl. a. med hjälp av Provinsialläkarfondens medel. Några av dessa kurser anordnades i samverkan med primärvården i Lerum.

Det nya utbildningssystemet

Under 1960-talet var behörighetskraven för provinsialläkartjänst oförändrade sedan 1917 och omfattade endast 8 månaders sjukhustjänstgöring. År 1969 infördes en särskild utbildning för allmän praktik, senare kallad ”allmänläkarkompetens”. Den omfattade tre års tjänstgöring vid olika sjukhuskliniker. Detta ledde till en märkbar förbättring av dåvarande allmänläkares kunskaper. Till detta bidrog också ett ökat utbud av kurser och annan efterutbildning. Kurser var bl.a. betalda av Provinsialläkarfonden, som bildades i samband med provinsialläkarnas övergång i landstingsregi 1963.

Ur Provinsialläkarföreningens cirkulär 1967 hämtas:

I februari 1968 framlade Universitetskanslersämbetet och Socialstyrelsen ett gemensamt förslag till ny läkarutbildning grundat på ett betänkande från 1967 av Specialist- och läkarutbildningssakkunniga (SLUS). Förslaget innebar att alla läkare skulle ha en obligatorisk tjänstgöring på 3 månader i öppen vård och systematisk undervisning i vidareutbildning och efterutbildning. Detta var gehör på ett mycket gammalt önskemål från den öppna vårdens läkare. Provinsialläkarföreningen skriver. *"Det kan inte nog understrykas betydelsen av att de läkare som blir uttagna till handledare för en sådan tjänstgöring lägger ned möda på sin egen förkovran för uppgiften och är medvetna om sitt ansvar"*. Tyvärr har ämbetsverken inte ansett sig kunna godtaga behörighetskrav som ställer allmänläkaren, "allmänmedicinarens" utbildning i tidsmässig paritet med specialisternas.

Den nya utbildningsplanen började tillämpas från den 1 juli 1969. Då infördes allmäntjänstgöring för läkare under utbildning (AT) i 18 månader varav 6 månader vid vårdcentral.

Att få allmänmedicinkompetens

1981 infördes en särskild specialistutbildning i allmänmedicin. Specialistutbildningen på 4 – 5 år gjordes i specificerade block vid olika kliniker och i primärvård. Vidareutbildningen omfattade 24 månader tjänstgöring inom allmänmedicin, 12 månader internmedicin, sex månader psykiatri, vardera fyra månader långvårdsmedicin, pediatrik inklusive BVC och gynekologi inklusive MVC. Krav fanns på sex s.k. NLV-kurser varav en obligatorisk i allmänmedicin. Den allmänmedicinska specialistutbildningen blev därmed jämbördig med övriga specialistutbildningar

Fyra allmänmedicinkurser anordnades i primärvården i Lerum med Bengt Dahlin och Olle Lyngstam som kursledare. I kursledningen fanns också distriktsläkare Ingmarie Skoglund, Borås.. Många primärvårdens och socialvårdens företrädare i Lerum var resurspersoner i kurserna.

Under 1990-talet ersattes utbildningens detaljstyrning av målformuleringar, som innebar att vissa kunskaper och färdigheter skall ha inhämtats inom berörda områden under minst fem års handled vidareutbildning.

Under 1990-talet kom primärvården att få en plats även i grundutbildningen av läkare vid Göteborgs universitet genom den s.k. Konsultationskursen. Kursens planering styrdes av en ledningsgrupp med Cecilia Björkelund, Annika Skott och Bengt Dahlin. Mittenälvsborgs läkare blev starkt engagerade som handledare i kursen.

Lokal efterutbildning

NLV (nämnden för Läkares Vidareutbildning) tillsatte 1975 en ledningsgrupp och en arbetsgrupp (GREIA) för att utforma efterutbildning inom allmänläkarvården. Fyra försöksdistrikt initierades i Sverige varav en kom att förläggas till Södra Älvsborg och Borås. Försöket leddes av en pedagog, Ulla Riis, från Universitetet i Linköping. Arbetsgruppen i Boråsförsöket var Bengt Dahlin, projektledare, Inga-Britt Borén, blockföreståndare, Göran Hermansson, utredningssekreterare, Börje Wallheden och Bertil von der Burg, distriktsöverläkare.

Man konstaterade bl.a. att

- det fanns ett stort generellt behov av planerad utbildning.
- allmänläkarna då allmänt hade problem med sin yrkesidentitet.
- det fanns behov av att avgränsa den egna specialiteten gentemot kliniks specialiteter.
- önskemålen beträffande undervisningsmetoder var påfallande traditionella (katederföreläsningar).
- det fanns behov av kontakter mellan specialister och allmänläkare.
- genomförande av efterutbildning skall vara en gemensam angelägenhet för allmänläkarna.

Den utbildningsmodell som presenterades var av generell natur. Innebörden i problemorientering är att man undersöker problem som föreligger här och nu, oberoende av de traditionella gränser som existerar men det skall var meningsfullt och allmänt accepterat. En

karaktäristisk egenskap hos allmänmedicinen är sannolikt problemorientering och därmed sammanhängande förmåga till och strävan efter att se helheten bakom en, oftast, medicinsk symtombild. Om man accepterade problemorientering som lämplig princip att bygga upp allmänläkarnas efterutbildning kring så är det naturligt, lämpligt och t.o.m. nödvändigt med deltagarstyrning av efterutbildningen.

Modellen för efterutbildning av allmänläkare:

- Ge kunskaper i medicinska ämnen
- Ge kunskaper i icke-medicinska ämnen
- Ge tillfälle till bearbetning av yrkesrollen och attityder till denna.

Följande skall bl.a. tillgodoses:

- Regelbundna efterutbildningstillfällen.
- Helt inom arbetstid.
- Planerade av allmänläkarna själva.
- Medverkan av i främsta hand lokala krafter, i första hand allmänläkarna själva.
- Såväl medicinskt som icke-medicinskt innehåll.
- Stor del av tiden skall ägnas åt diskussioner och grupparbeten.
- Ha en strimma, ett tema som löper över en viss tid.
- Beslut om innehållet skall ligga hos kursdeltagarna.

Sedan primärvårdsblocket delats i fyra administrativa enheter med decentraliserad personaladministration, lokala primärvårdsföreståndare och distriktsöverläkare decentraliserades också efterutbildningen av läkare enligt den modell som utvecklats i Boråsförsöket.

Nääsmötena

Bengt Dahlin som blev distriktsöverläkare i Mittenälvsborg initierade till en regelbunden efterutbildning av områdets distriktsläkare en gång i månaden med lokalisering på Nääs fabriksområde i Floda. En viktig förutsättning för utbildningseftermiddagarna var, som Boråsförsöket angett, att utbildningen skulle vara Deltagarstyrd, på allmänläkarnas villkor. Specialistläkare skulle bara inkallas som resurspersoner. En liten grupp planerade terminsvis programmet efter att ha hört deltagarna om deras önskemål (Problemorienterat). Ofta var önskemålen som i Boråsförsöket traditionella med önskan om medicinska specialiteter. Gruppen styrde dock så att det blev en avvägning mellan medicinska ämnen, administrativa, legala och sociala teman, att många olika yrkeskategorier var representerade i utbildningen och att det blev ett tema för terminen (Helhetssyn och Strimma i utbildningen). Det fanns också möjlighet att upplokala fackliga frågor om något var på gång (Identiteten). Till en början engagerades också läkemedelsföretag för information men detta slopades på allmän begäran. Det kändes som en otillbörlig påverkan i sammanhanget eftersom de då stod för förtäringen. Konstateras kan att delpolitiker irriterades över efterutbildningstillfällena. Efterutbildningen utvecklades till en "institution". Den var viktig inte minst som ett forum för att träffa kollegor i Mittenälvsborg. Utvärdering skedde varje gång och efter läsåret. Utbildningen var uppskattad och ansågs angelägen.

Vid sekelskiftet var man fortfarande igång med den lokala efterutbildningen för läkare i Mittenälvsborg. Den nytillträdde allmänmedicinprofessorn i Göteborg, Bengt Mattsson presenterade sig och allmänmedicinen som forskningsområde. Här programmet:

Måndagsklubben i Lerum

Under en period på 1970-talet samlades läkarna i Lerumsdistriktet någon måndagkväll i månaden för att utbyta erfarenheter och förkovra sig. Ofta inbjöds en läkemedelsfirma för information. Man tog också upp intressanta eller knepiga fall för diskussion. Ur måndagsklubben kom ett initiativ att anordna balintgrupp i Lerum ledd av Olof Wik.

Balintgrupp

När Michael Balint [4] införde grupparbete med handledare för läkarstuderande och allmänmedicinare fann man att erfarenhetsutbytet kolleger emellan inom en »peer group» kan bidra till mognad och utveckling av yrkesrollen.

Arbete i en Balintgrupp kan, något fritt citerat från Lennart Kaij och Michael Balint, bidra till en tryggare yrkesidentitet som kommer från egen mognad, inte enbart från kunskap om sjukdom och identifiering med äldre kolleger. Man har större förutsättningar för att kunna vara självständig gentemot konventioner, rutiner och människosyn i vården om man har förmåga till kritisk granskning och reflektion. Man ökar sina möjligheter att kunna utnyttja ett varierat och flexibelt system av egna nödvändiga försvarsmekanismer. Man kan träna sin förmåga att kombinera inlevelse och distans. Man kan finna en realistisk men likväl optimistisk syn på arbetsuppgiften och sätta en rimlig målsättning för sitt åtagande.

Olof Wik om Balintarbetet i Lerum:

Västsvenska allmänläkarklubben

För att stimulera till och samla kring FoU-verksamhet bildades 1984 en västsvensk allmänläkarklubb på initiativ av Lennart Råstam och Bengt Dahlin. Mottot var »Ensam är inte stark». Liknande klubbar hade dykt upp på flera ställen i Sverige. De hade som förebild Mälardalens distriktsläkarklubb, som bildades 1978.

Första mötet hölls i Alingsås hösten 1984. Calle Bengtsson, vår tillträdande allmänmedicinprofessor i Göteborg, var särskilt inbjuden. Under de följande femton mötena (ett eller två per år) var kontakten med Allmänmedicininstitutionen i Göteborg en röd tråd. Klubbens möten hölls under en lördag till följande söndagsförmiddag med deltagande också av »ledsagare». Tanken med detta var att familjen skulle få veta vad man sysslade med i FoU, som inte sällan tog en hel del av fritiden. Klubben sponsrades av Hässle läkemedel. På programmet fanns alltid intressanta föredrag i medicinska ämnen. Dessutom presenterades allmänmedicinen i väster fortlöpande.

Ur Bengt Dahlins tacktal till värdarna vid första mötet med Västsvenska allmänläkarklubben den 23 november 1985 i Alingsås:

»Avsikten med denna typ av klubbar är att befrämja forskning och utvecklingsarbete inom allmänmedicinen. Vi vet alla att FoU-arbete kräver mer tid än vi har till förfogande under ordinarie arbetstid. Det kräver engagemang och våndor långt utöver vad man kan tänka sig innan man ger sig in på området. De som vill syssla med FoU-arbete är litet allmänt tokiga, inte sällan arbetsnarkomaner....»

Men det var inte bara utvecklingen av FoU som var viktigt. Det var också samvaron mellan kollegor och kontakten mellan läkare och ledsagarna (sambos av olika dignitet). Klubben verkade till 1995 med 14 möten innan den lades ned bl.a. p.g.a. tveksamheter om sponsorsverksamhet till läkaraktiviteter av detta slag.

Handledarkursen i Hjo – en pedagogisk idékurs

Inom ramen för NLV:s efterutbildningsutredning genomförde en särskild arbetsgrupp (GREIA) under åren 1976 – 78 en serie försök med decentraliserad efterutbildning för allmänläkare (se nedan om detta i Mittenälvsborg). I februari 1980 beviljade provinsialläkarfonden medel för planering, genomförande och utvärdering av en pedagogisk idékurs för allmänläkare. Kursledning var två pedagoger (en var Ulla Riis) och två allmänläkare (Lennart Råstam och Bengt Dahlin).

Kursen var deltagarstyrd och problemorienterad – något helt nytt för deltagarna man kan som handledare aldrig förutse hur en deltagarstyrd kurs skall komma att utformas. Under planeringsarbetet fungerade de båda pedagogerna som lärare och de två distriktsläkarna som fick vara kursdeltagare. En något chockande och ovanlig upplevelse för kursdeltagarna, som sedan skulle överföras till deltagarna i Hjo-kursen.

Kursdeltagarna i Hjo-kursen utsågs av de lokala distriktsläkarföreningarna. Gustav Haglund deltog som representant för den kommande kursgivarkursen i Frostavallen.

Kursen inleddes med en paneldiskussion med representanter för landstingsförbundet, socialstyrelsen, NLV och Läkarförbundet med avsikt att presentera de ramar som gällde för framtida efter- och vidareutbildning. Kursens vidare arbete styrdes mycket av den veckan före kursen offentliggjorda AGA-rapporten. Speciellt uppfattade kursdeltagarna ett krav på att självständigt och lokalt genomföra handledarutbildning som svårt. Detta innebar en god grund för en problemorienterad pedagogisk metodik. Efterhand som deltagarna började finna att inom kursen fanns de resurser som behövs för att finna lösningar på de gemensamma stora problemen lättade den under tredje dagen dystra stämningen och man fann många konstruktiva lösningar i det avslutande grupparbetet. Lösningarna var

- Ett underlag för hur man lägger upp planeringen av en handledarkurs.
- En strukturerad modell för handledning av FV-läkare.
- Ett program för efterutbildning lokalt för distriktsläkare i allmänmedicin.

Slutresultatet blev fyra mycket högvärdiga och pedagogiskt väl genomarbetade produkter.

Handledarkurser för allmänläkare i Älvsborgs läns landsting

I en skrivelse i april 1981 från landstingskansliet undertecknad Henric Hultin, sjukvårdschef sägs.

Efter överläggningar med SÖV-gruppen har gemensamt gjorts följande bedömning.

Ett första skede med utbildning av handledare för de kommande handledarna bör snarast komma till stånd. I samverkan med Värmlandsläns landsting.

Antalet deltagare i planerade kurser i skede 1 blir 10 distriktsläkare förutom kursledarna.

En modifierad handledarutbildning har övervägts.

I nästa skede (1982), då den förändrade vidareutbildningen för allmänläkare kommer att vara i kraft, krävs betydande ökning av löneanslagen inom primärvårdsblocken med hänsyn till den utvidgade tjänstgöringen inom primärvården kommer att ske parallellt med motsvarande kortare utbildningstjänstgöring för nu påbörjade FV-block.

Sjukvårdsstyrelsen föreslås att besluta att medge förberedelser för förändrad vidareutbildning för allmänläkare med handledarkurser enligt givna förutsättningar och att begära ökade löneanslag och omkostnader för genomförandet.

Allmänmedicinkurser

Kurs i allmänmedicin för kursgivare

Gustav Haglund anordnade i NLV:s regi (Nämnden för läkares vidareutbildning) i januari 1981 i Frostavallen i Höör en kurs i allmänmedicin för allmänläkare. Där diskuterades

- Primärvårdens ansvar, innehåll och avgränsning
- Vårdlaget
- Kontinuitet
- Primärvårdens kvalitet
- Vårdprogram

Man ansåg att en obligatorisk kurs i allmänmedicin bör ingå i läkarnas fortsatta vidareutbildningen (FV). Den skulle

- Presentera allmänmedicinens ansvarsområde
- Vad som är specifikt för allmänläkarens arbete
- Hur allmänmedicinaren ska utöka sina kunskaper för hälsoansvaret

Kursen resulterade i att Bengt Dahlin och Olle Lyngstam anordnade fyra NLV-kurser i Lerum i allmänmedicin med de tema som Frostavallskursens deltagare antog.

NLV-kurser i allmänmedicin i Lerum

I Lerum anordnades första kursen 1983, som följdes av ytterligare tre kurser. Huvudman var NLV. Kursledning var Bengt Dahlin och Lennart Råstam. Kurserna hade 25 deltagare, de flesta FV-läkare. Kursen syftade inte till att ge traditionell medicinsk kunskap utan att ge insikt i allmänmedicinens dåvarande ansvarsområden, innehåll och arbetsformer. Målet för kursledningen var att stärka kursdeltagarnas allmänmedicinska identitet, som på den tiden var ganska obefintlig. Det var en ideologikurs. Mottot var. Not how to do things right but how to do the right things. Som studieobjekt hade vi Lerums primärvårdsområde och dess

befattningshavare. Flera grupparbeten byggde på intervjuer och studier på vårdcentralerna. Före kursstart fick kursdeltagarna skriva en liten ”uppsats” om hur de upplevde primärvårdens arbetsuppgifter och möjligheter, vilket gav bra insikt om blivande allmänläkares syn på verkligheten. Kursen omfattade moment som relaterade till primärvårdens mål. Den avslutades med att deltagarna fick lista i angelägenhetsgrad allmänmedicinens kvalitetsfaktorer. Prioriteringen varierade något för de olika kurserna men i stort sett var de lika. Här första kursens lista.

1. Bra utbildning – kunskap.
2. Kontinuitet.
3. Helhetssyn.
4. Lättillgänglighet.
5. Samverkan.
6. Psykologiskt omhändertagande.
7. God organisation.
8. Lokalkännedom.
9. Kostnadsmedvetande.
10. Närhet.
11. Tid.
12. Goda resurser.
13. Egenvård.
14. Möjlighet till prevention.

Kursledningen gav förväntningar om framtiden som aldrig kunde infrias, som vi sett i denna historiebereskrivning. ”Gamla kursdeltagare” har vittnat om det. Verkligheten och vardagens grottekvarn dränkte många av deras ambitioner och framtidsdrömmar om sitt blivande yrke.

Kontakter med universitetet

Calle Bengtsson

Den 1 juli 1983 inrättades en professur i allmänmedicin vid universitetet i Göteborg. Den förenades med en tjänst som distriktsläkare vid Olskrokens vårdcentral. Dess förste innehavare blev Calle Bengtsson.

Om Calle Bengtsson: Född 1934, utnämnd till professor i allmänmedicin 1985. 1968 startade han den s.k. Kvinnoundersökningen, en populationsundersökning av kvinnor i Göteborg. Under årens lopp, baserade på undersökningen, har 24 avhandlingar presenterats och mer än 300 vetenskapliga artiklar. 2005 promoverades Calle Bengtsson till medicine hedersdoktor vid Tammerfors universitet i Finland. Motiveringen var bl. a. ”är en banbrytare inom området kvinnohälsövård”. Sedan 1999 är Calle Bengtsson professor emeritus.

Calle Bengtsson kom att bli en länk mellan vårdcentralerna i regionen och universitet. Han engagerade sig i det FoU-arbete som pågick vid de FoU-enheter som etablerats i regionen inte minst den i Lerum. Hans kontakt med allmänläkarna etablerades också i Västsvenska allmänläkarklubben. Dessa positiva kontakter gjorde det möjligt att rekrytera entusiastiska handledare till de utbildningsinsatser i allmänmedicin som växte fram under Calle Bengtssons tid som professor i Göteborg.

Strategi 90

Medicinska fakultetens vid Göteborgs universitet undervisningsplanering handlades från 1990 av en Grundutbildningsnämnd (GUN). Bengt Dahlin (BD) var ledamot som yrkeslivsrepresentant. Nämnden ordförande Bo Samuelsson (senare rektor för universitetet) hade ambitioner att positivt förändra pedagogiken i den grundläggande läkarutbildningen. BD fann snart att utbildningens uppläggning i stort inte förändrats sedan han fick sin grundutbildning 40 år tidigare vid dåvarande Medicinska Högskolan i Göteborg.

Fakulteten hade antagit en ”Strategi 90”, som bland mycket annat också innebar en längre sammanhängande praktisk tjänstgöring och ökad öppenvårdskontakt. För att genomföra strategin utarbetades ett ”pedagogiskt handlingsprogram”, som antogs 1991. Detta innebar att undervisningen skall styras in på mer självaktiverande, problemorienterade former. Gruppundervisning skall prioriteras framför föreläsningar. M.m.

Programmet kändes igen från BDs kontakter med Ulla Riis och den problemorienterade undervisning för allmänläkare hon propagerat för. Men viktigare var att ta till var tanken på närmare kontakt med öppenvården. Studenterna hade sedan länge en vecka i primärvården men först under termin 10. Den organiserades av Allmänmedicininstitutionen. Det var bra men alltför sent. Studenterna var då helt präglade av slutenvårdstjänstgöringarna.

GUN beslöt att 1991-03-05 tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att utreda förutsättningarna för ett samarbete mellan institutionen för geriatrik och långvårdsmedicin, som haft kursen i klinisk propedeutik och allmänmedicinska institutionen samt kursen i Medicinsk psykologi. Arbetsgruppens (ledd av Bengt Dahlin, Cecilia Björkerud och Annika Skott) strategi var att skapa ett nytt "gemensamt revir" för de ingående intressenterna och detta skulle manifesteras i en gemensam målbeskrivning. Det blev en helt ny kurs, "Kurs i konsultationskunskap", som blev inledning till den kliniska utbildningen på termin 5. I kursen ingick de tidigare momenten klinisk undersökningsmetodik och medicinsk psykologi med tillägg av två nya moment (som BD drev på för) primärvård/allmänmedicin och medicinsk informatik. En vecka av den sex veckor långa kursen skulle göras ute på vårdcentralerna i regionen. Distriktsläkarna blev handledare i grundutbildningen och studenterna kunde tidigt "präglas" av allmänläkarens arbetssätt.

Kursen i Konsultationskunskap

Konsultationen är en central arbetsmetod i läkaryrket. Den omfattar mötet mellan patient och läkare i alla dess aspekter. Hur samtalet mellan läkare och patient skulle föras fick studenterna lära sig en vecka i Åh, då man använde videostödd undervisning.

Konsultationens kärna är för läkaren den diagnostiska processen. Som metod liknar den ett problem- och hypotestestande vetenskapligt arbetssätt, vilket också var inskrivet som en grund i Strategi 90. Först definierar man problemet mot bakgrund av patientens beskrivning av sina symtom och övriga anamnestiska data. Därur får man en eller flera hypoteser/preliminära diagnoser, som testas med t.ex. laboratorie- och röntgen undersökningar. Man gör en bedömning som leder till behandling/ar av olika slag. Processen, som läsaren känner igen från den problemorienterade journalen, POMR, kan sammanfattas i bokstäverna SOAP – Subjektivt (patientens beskrivning), Objektivt (olika undersökningsfynd), Analys (läkarens bedömning av S och O) samt Planering (läkarens fortsatta handläggning som kan vara behandling av olika slag eller fortsatt utredning av problemet/en).

Det hela skall beskrivas i patientjournalen och är grundläggande för journalens uppbyggnad, där den problemorienterade journalen (POMR) kan vara en form av journaluppbyggnad (se tidigare om POMR). I kursen undervisades också om datorstöd i journalföringen. Sahlgrenska hade börjat använda Melior som journalprogram.

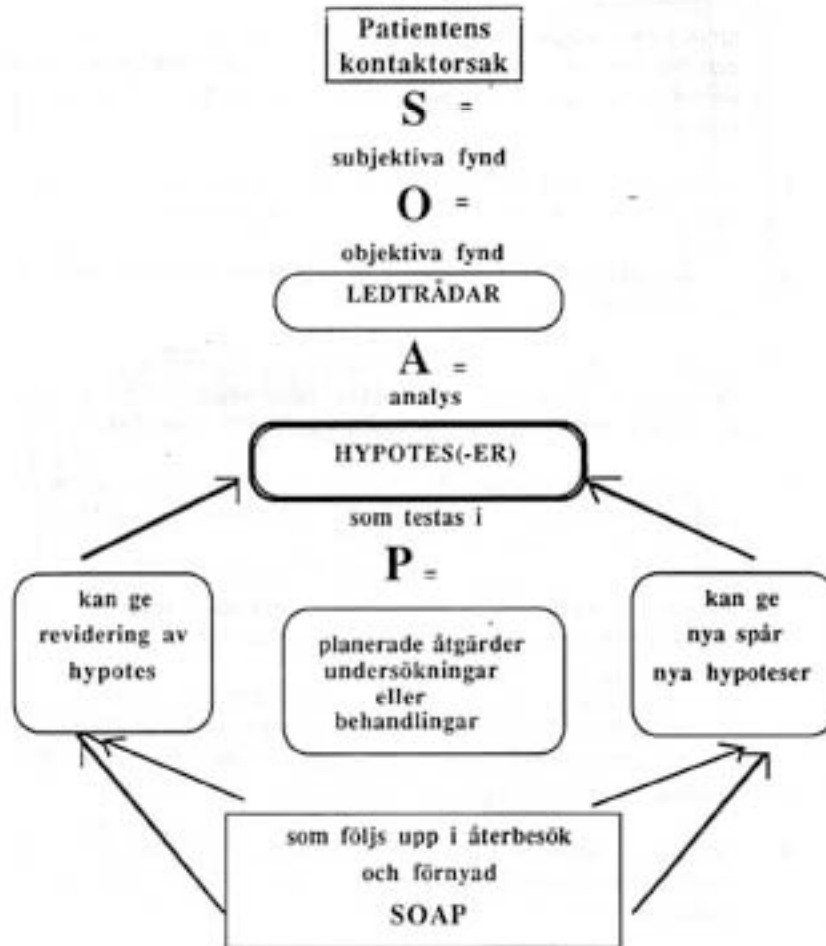
Konsultationen

KONSULTATIONEN 10 - 30 minuter		å t e r b e s ö k	
J O U R N A L E N	Det goda samtalet-anamnesen ----- Den diagnostiska processen SOAP		J O U R N A L E N
RESURSFORBRUKNING prover, rtg m.m sekreterare --- TERAPI -- Slutresultat J O U R N A L E N			

Den diagnostiska processen

Den diagnostiska processen

– ett vetenskapligt arbetssätt –



Primärvården och Konsultationskursen

De distriktsläkare som åtog sig att ha studenter på sin mottagning fick särskild handledarutbildning inte minst i samtalsmetodiken och videohandledning som ingick i pedagogiken. I Mittenälvsborg var Lerums och Noltorps vårdcentraler och deras läkare engagerade i utbildningen, speciellt kan nämnas Olof Wik och Kerstin Holmberg.

En students upplevelse av kursen i konsultationskunskap (Anna-Karin Forsell)

" Mycket sker i kursen - och det sker annorlunda.

Att så mycket kan ske inom loppet av tio veckor är fascinerande, att få möjlighet att växa starkare både i rollen som blivande läkare och som individ är unikt. För oss studenter är kursen ovärderlig och till stor hjälp för både oss själva och de människor vi möter.

Det är inte en lätt kurs, den är så olik alla andra kurser i läkarutbildningen. Därför blev det en ganska omtumlande start, ingen av oss var riktigt säker på hur vi skulle förhålla oss till den humanism som präglade kursen.

När jag frågat mina kurskamrater om intrycken av de första dagarna detta, har jag fått svar som alla beskriver en viss frustration under föreläsningarna.

Där satt vi en skock studenter som, för att klara tentamen på bästa sätt, var vana vid att anteckna allt för att sedan lära oss föreläsarens ord exakt utantill. Nu stod någon framme vid katedern och sa till oss att inte glömma bort vad livet i övrigt har att erbjuda, att läsa skönlitteratur eller gå på teater, då det är människor vi ska möta och inte bara en kropp med krämpor.

Vad skulle man ta för anteckningar på det?

Gruppundervisning

Så blev det dags för första gruppundervisningen. Handledaren bad oss göra en kort presentation av oss själva och samtidigt berätta vad vi hade för förväntningar på kursen.

När det blev min tur så kunde jag inte hålla tillbaka »jag är så rädd!, varvid ett befriande och förlösande skratt steg upp i rummet.

Naturligtvis var det inte bara jag som var rädd, alla var rädda. Ingen kände sig redo för detta. Här hade vi för en vecka sedan tenderat i patologi och nu skulle vi plötsligt ut och möta verkligheten. Och tyvärr, får jag väl tillägga, är det en verklighet som inte varit den medicinstuderandes under de första två åren av utbildningen.

Ett privilegium

När den första skrällen hade lagt sig så insåg man vilket privilegium det är att få möta människor under livets alla skeden. Det fantastiska att en människas behov av att få tala med någon är så stort och att den vita rocken, om än hängandes över en kandidats axlar, inger förtroende till öppenhet. Att varje människa är unik och att det inte går att dra alla över samma kam är något som står klarare och klarare för varje dag.

På gruppundervisningarna fick alla funderingar flöda fritt i rummet. Det fanns verkligen ett behov av att få diskutera vad som hänt på vårdcentralen eller på avdelningen.

Efter hand insåg vi att det inte var så skrämmande att prata med patienter, det gick ju faktiskt riktigt bra, och inte blev de arga heller ifall man sa något alldeles galet enligt »mallen« för en konsultation.

Internatvecka höjdpunkten

Alla studenter är helt överens om att höjdpunkten på kursen utgörs av internatveckan på Åh stiftsgård.

I mindre grupper fick vi öva att lyssna och agera i ett samtal. Det hela spelades in på video och efteråt gick vi igenom samtalet med vägledning av en handledare.

Hur snabbt kan inte ett samtal ändra riktning beroende på vilket gensvar lyssnaren ger!

Att på video få se hur tydligt ens kroppsspråk är och få följa hur ett samtal svänger upp och ned i »djuphetsgrad« är otroligt lärorikt. En reaktion jag trodde att jag inte visade lyste glasklart igenom.

Dessa timmar gav så otroligt mycket så man inte förstod det själv när man var mitt upp i det. Det krävdes ganska mycket tid efteråt för att smälta alla nya intryck.

Vad man lägger in får man ut

Kursen i konsultationskunskap är inte skapad efter en mall på hur kandidater fungerar. Den ger individen utrymme att utvecklas. Alla startar från olika nivåer och hur framgångsrikt det blir beror på varje persons ork till eftertanke om sig själv.

Detta är konsultationskunskapens stora styrka, men likaså dess stora svaghet. Vad man som student lägger in får man också ut.

Hur man reagerar och vad det betyder

Om jag nu tänker tillbaka på våren så börjar jag undra vad vi gjorde egentligen. Inte var det föreläsningar hela dagarna, inte var det så många obligatoriska moment så att man inte hann med något annat.

Hur kommer det sig då att det första som slår en är att man var så otroligt trött varje dag?

Jag tror alla i min kurs har sagt samma sak, att när man kom hem efter en dag på vårdcentral eller avdelning så var alla krafter slut. På sin höjd halvsov man framför TV:n innan man gick till sängs och sov som en stock tills klockan ringde nästa morgon.

Varför denna trötthet frågar man sig då? Ja, reflektion kräver både utrymme och tid. Och det måste det få göra! Insikt och utveckling kommer inte över en natt. Kanske först nu efteråt inser man att dessa to veckor är en mycket viktig länk mellan preklinik och klinik:

Att få pröva och öva. Lite trevande få finna sitt eget sätt, sin egen väg att följa.

För det är ju så att konsultationskunskapen är en kurs som inte slutar efter en halv termin, den utgör en grund för fortsatt utveckling på egen hand.”

Tidig yrkeskontakt

Redan när konsultationskursen planerades diskuterades möjligheten av att studenterna skulle få kontakt med primärvården redan från utbildningsstarten. Man kom då inte längre än till att nämna primärvården i introduktionsveckan. Men man fortsatte ansträngningarna att föra in primärvården tidigt i läkarutbildningen. Man hämtade in kunskap från både Sverige och

utomlands. Redan 1986 introducerade Hälsouniversitetet i Linköping en kurs, ”Patientkontakt, helhetssyn och samtalskonst. Därefter kom Umeå med ”Tillämpad medicin”, Lund med ”Tidig patientkontakt”, Uppsala med ”Patient-läkarrelationen” och Karolinska institutet med ”Doktorsskolan”. Avd. för Allmänmedicin i Göteborg fick uppdraget att skapa en ny kurs som delvis tog innehållet från kursen i Konsultationskunskap.

Höstterminen 2001 startade så en 4-poängs kurs, Kursen i tidigyrkeskunskap (TYK) vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. TYK gav första terminen en inblick i läkarrollen. Under andra terminen betonades övriga personalgruppers arbete. Tredje och fjärde terminen innehöll träning i att göra patientintervjuer, lättare kliniska undersökningar och att skriva kortare journaltexter, litteraturens betydelse för läkare, relationer och samarbete med fokus på genusperspektivet, medicinsk idé- och lärdoms historia, läkarrollen förr och nu samt mångkulturell vård.

Handledarna rekryterades från frivilligt anmälda, vars arbetsplatser fick ekonomisk ersättning för utbildningsinsatsen.

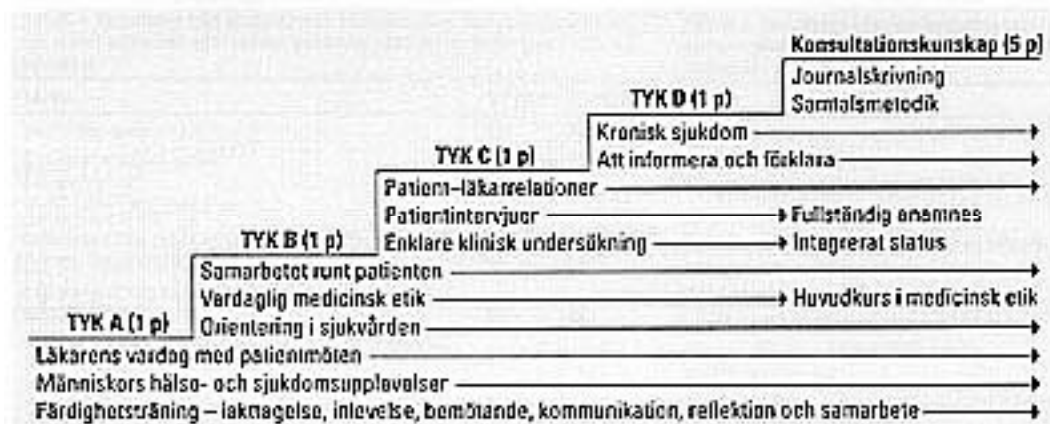


Bild: Stegvis införda moment i kurserna ”Tidig yrkeskontakt” och ”Konsultationskunskap”. Hämtad ur artikel i Läkartidningen 2005, nr 38.

Utvärderingar av kurserna Ett flertal utvärderingar har gjorts av de enskilda kurserna och av lärar-/handledarinsatsen vid kurserna.. Här några citat ur dessa:

Allmänmedicin, nummer 3, 2006. Studien visade att ”positiva” handledare anger en blandning av personliga och strukturella villkor som avgörande för hur den egna inställningen är till handledarskapet och hur väl undervisningen faller ut.

”Undervisningen i primärvården ger studenterna en positiv uppfattning av allmänmedicin och många kandedataer växer, både personligt och intellektuellt, under en tid på vårdcentral.”

”Om man vill påverka något för framtiden så är undervisning ett fantastiskt instrument.”

Läkartidningen nr 36, 2006.

”Göteborgs läkarstudenter har efter tjänstgöring på vårdcentral frekvent och eftertryckligt uttryckt önskemål om ”mer tid på vårdcentral”. Tjänstgöringen uppfattas som relevant, lärorik och personlig. Allmänläkarna får genomgående mycket goda omdömen som handledare.”

Bengt Mattsson

Bengt mattsson efterträdde 1999 Calle Bengtsson som professor i allmänmedicin. Man hade nu flyttat från Institutionen på Vasa sjukhus till Annedalskliniken strax intill Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Bengt Mattsson började sin bana med allmänmedicin men blev intresserad av psykiatri på vägen och slutade utbildningen som leg. Specialist i psykiatri. 1970 – 1978 jobbade han som psykiater och blev intresserad av den neurologiska sjukdomen ”chorea, Huntingtons sjukdom” – s. k. danssjuka. Han skrev 1974 en avhandling om denna sjukdom. Han flyttade till Umeå och fanns på plats när den första universitetstjänsten i allmänmedicin annonserades ut och som han

fick på halvtid samtidigt arbetade han som allmänläkare i Robertsfors. Även som proffessor i Göteborg fortsatte han som distriktsläkare i Hjällbo en dag i veckan.

Bengt Mattsson har fortsatt i Calle Bengtssons spår med nära och god kontakt med allmänläkarna i regionen. Många doktorander har tillförts avdelningen och Bengt Mattssons inriktning på psykosomatik har vidareutvecklat fokuseringen på mötet patient/läkare i allmänmedicinen.

Cecilia Björkelund

Ytterligare en professor i tillfördes allmänmedicinen i Göteborg efter Calle Bengtssons avgång. Cecilia Björkelund, övertog ansvaret för populationsstudien Kvinnoundersökningen men också institutionschefskapet.

Första 10 åren som allmänläkarspecialist arbetade hon som distriktsläkare i Strömstad. Där blev hon intresserad av förebyggande hälsoarbete och skrev en avhandling om detta ,”Strömstadsprojektet”, som fokuserade på problemet med högr hjärt- kärlsjukdomsfrekvens hos kvinnor i orra Bohuslän.. Projektet föll väl ut och har följt av flera nya.

Eftersom Cecilia Björkelund är ”genuin” allmänläkare blev även hon viktig för kontakten allmänläkare i regionen och universitetet. Hon var en av de som planerade och genomförde kursen i Konsultationskunskap.

Distriktssköterskans utbildning

Distriktssköterskans utbildning kom under 1970-talet att förändras från att ha varit en påbyggnadskurs på 3 1/2 år till sjuksköterskeutbildningen med en tilläggskurs i Stockholm till att bli knuten till högskoleutbildningen 1977 (Vård-77). Solweig Kärrman fanns som lärare på vårdhögskolan under denna omvälvande utvecklingsfas. Man beslutade bl.a. att utbilda de blivande distriktssköterskorna med en 40-poängskurs (2 terminer). 20 poäng knöts till barnhälsovård och 20 poäng till socialmedicin. Utbildningen skulle vara forskningsanknuten och ha en vetenskaplig grund. Målsättning var att de flesta lärarna skulle vara disputerade. Den nya utbildningen kom att få stor betydelse för distriktssköterskornas framtida arbete som blivit allt mer självständigt med stark inriktning mot socialmedicin. Distriktssköterskorna kunde börja forska genom att utbildningen senare knöts till universitetet. 1982 kom man igång med en utbildning på 80-poäng, vilken byggde på att studenterna hade en undersköterske- alt. Mentalutbildning som grund. Åter ändrades utbildningen mot omvårdnad knuten till institution för vårdvetenskap 1998. Grundutbildningen omfattade 120 poäng. För att bli distriktssköterske fick man gå en tilläggsutbildning på 50 poäng. Under början av 2000-talet förbereder man ännu en omorganisation av utbildningen i Göteborg med anknytning till Sahlgrenska Akademin.

Ingegerd Eriksson var under 1970-talet rektor för sjuksköterskeutbildningen i Göteborg fram till 1980. Under hennes ledning lades grunden för ett vetenskapligt förhållningssätt i utbildningen och utifrån omvårdnad och pedagogik formades disciplinen vårdpedagogik. Hennes insatser för att högre tjänster skulle inrättas och forskning skulle knytas till institutionen resulterade 1987 i att hon fick medaljen Pro Arte et Scientia och år 2000 blev medicine hedersdoktor vid Göteborgs universitet.

Pumphuset ger sjuksköterskor i Mittenälvsborg fortbildning

Ulla Wessman berättade i Vårdsidor nr. 2 år 2001.

Ett gammalt pumphus vid Alingsås Energi hade iordninggjorts till föreläsningssal. Där startade sjuksköterskorna sina fortbildningar, därav namnet Pumphusutbildningar.

"Det var sjuksköterskorna själva som tog initiativet att begära regelbundna fortbildningsdagar av primärvårdsledningen, som var positiv och tyckte detta var viktigt.

Rangordning av ämnesområden

Upptakten blev två utbildningstillfällen i VIPS, som är en nationell modell för omvårdnadsdokumentation. Modellen infördes i den datoriserade omvårdnadsjournalen.

Rose-Marie Harrysson, som då ansvarade för vårdutvecklingen för sjuksköterskorna i området, berättar att det därefter genomfördes en inventering för att se vilka fortbildningsbehov som fanns. Det kom in en mängd olika ämnesområden och bland dessa gjordes en prioritering.

- Vi har haft föreläsare vid varje tillfälle, förutom när våra egna sjuksköterskor inom området berättade om vad de arbetade med. Många har ju specialiserat sig inom t ex diabetes, astma, inkontinens och det var mycket intressant att kunna delge varandra sina specifika kunskaper.

Under förra året har föreläsningar skett i telefonrådgivningens anda, då denna arbetsuppgift är av stor betydelse för befolkningen och en tung och ansvarsfull arbetsuppgift för våra sjuksköterskor.

Stor respons och uppskattning

Efter första året genomfördes en utvärdering som alltigenom blev mycket positiv.

- Alla utbildningstillfällen har varit välbesökta och sjuksköterskorna har vid upprepade tillfällen visat uppskattning för våra utbildningseftermiddagar, säger Rose-Marie. Av utvärderingen framkom att det vore önskvärt att få en större lokal, då Pumphuset var mer än välfyllt. Man hade också synpunkter på att få en dubblering av föreläsningarna, så att alla kunde få ta del av all utbildning.

En dubblering skedde under februari månad, då sjukhusprästen Daniel Brattgård talade om "Etik och moral- "

- Föreläsningarna är jättebra oc det är positivt att vi själva får välja ämnen och att man dubblerar föreläsningarna. Det är trevligt och nyttigt att träffa kollegor från de andra vårdcentralerna i Mittenälvsborg", säger distriktssköterskan Ulla Blomberg, Lerum.

INFORMATIONSSYSTEM OCH IT– I VÅRDEN

Information är ”data som bearbetats så att de blivit användbara”. Informationssystem är en representation av verkligheten – all mänsklig verksamhet genererar information. Sjukvårdens verklighet är komplex och svår att bearbeta så att den blir förståelig och överförbar till alla inblandade i patientens vård. I stort kan vårdens informationssystem PAS (patientadministrativa system) indelas i Vårdadministrativa system (VAS) och Patientjournalssystem (ekonomisystem och materialförsörjningssystem är då undantagna).

1970-talet ett tvekande decennium

Sedan början av 1970-talet hade i Sverige förts diskussioner om hur ADB (automatisk databehandling) skulle kunna utnyttjas i sjukvården. Försöksverksamheter hade bedrivits för att pröva ADB inom olika delområden som vårdadministration, journalhantering, röntgendiagnostik, medicinteknik, medicinskt beslutfattande/diagnostik, materialhantering. Erfarenheterna hade varit huvudsakligen positiva inom vårdadministration och teknik. Däremot hade man stött på stora svårigheter som berört det direkta omvårdnadsarbetet.

Varför den då ringa ADB-användningen i svensk sjukvård?

- Vårdarbete är ett känsligt område som ställer stora krav på säkerhet, integritet och sekretess.
- Vi har i Sverige stora krav på en ny teknik från anställda och fackliga organisationer
- Bristande resurser och kompetens inom landstingen

1980-talet ett sökande decennium

1980-talet kan inom det vårdadministrativa området betraktas som sökandets årtionde. Stora nationella projekt som DASIS (datorstött informationssystem i sjukvården, STU 1987), enskilda landstingsprojekt som i Älvsborg, Göteborg, Malmö, Östergötland m. fl. och lokala vårdcentral/klinikprojekt som vid VC Kronan i Sundbyberg, Säfle pågick parallellt med olika inriktningar/ambitionsnivåer och med olika teknologiska utgångspunkter. Inom länssjukvården införde man relativt kända patientadministrativa system. I Älvsborg hade man inriktning mot att utvärdera ADB-teknikens effekter på nya områden.

Det viktigaste resultatet av 1980-talets utrednings- och utvecklingsarbete var troligen den ändrade synen på systemstrukturen, att vårdssystem bör baseras på de enskilda vårdenheternas behov och förutsättningar. Dessutom kom fokuseringen på vertikal kommunikation att överges till förmån för en horisontal mellan samverkande vårdenheter (Informationsstrategi för landstinget i Älvsborg. Vänersborg, 1986).

Patientjournalens utveckling

Sjukvårdens viktigaste informationssystem är patientjournalssystemet. Den medicinska patientjournalens användningsområden är:

- I vården för att redovisa problem och åtgärder och för att underlätta den diagnostiska processen samt för att kommunicera med medarbetarna.
- Kvalitetskontroll. Den ger möjlighet att beskriva, studera och följa upp verksamheten
- För insamling av medicinsk och administrativ statistik.
- Forskning. En journaldatabas med god kvalitet på indata kan användas i både registerstudier och prospektiva studier.
- I undervisningen för att träna den diagnostiska processen och användas som kontroll på undervisningens innehåll och kvalitet. Juridiskt dokument vid t.ex. anmälningsärenden och behandlingskonflikter.

I patientjournalen bör all information som berör patientens tidigare, nuvarande och kommande vård noteras. Journalen bör vara överskådlig och lätt att finna i och lätt tillgänglig för vårdgivarna. Detta var utgångspunkten när man vid Gråbo vårdcentral först anpassade sitt journalsystem till en pappersbaserad problemorienterad journal och senare till en datorjournal. Om denna utveckling handlar följande avsnitt.

Långt fram på 1960-talet var läkarjournalen i A-5 format och anteckningarna var skrivna för hand. Journalen var mer en komihåglapp för läkaren än en beskrivning av "den diagnostiska processen", verkligheten vid patientbesöken. När landstinget erbjöd läkarna sekreterarhjälp i början av 1970-talet blev journalen maskinskriven och i A-4 format. Diktafoner började användas och läkarnas ordflöde gjorde att journalen blev allt överskådligare. Spris "grundjournal" med olika avsnitt i journalen, med sökord och med dikteringsanvisningar avhjälpte många av dessa problem (1976). Ett flertal journalkoncept som byggde på Spris grundjournal utvecklades också för olika personalkategorier under 1980-talet.



Primärvårdens journaler blev allt mer omfattande och allt fler personalkategorier skulle dela informationen i journalen. Behovet av en välstrukturerad och lättöverskådlig primärvårdsjournal blev alltmer påträngande. Den problemorienterade journalen (POMR), som konstruerats av Lawrence Weed 1969, infördes av Paul Hall, Stockholm, på sjukhus Sverige 1970 och av Christer Gunnarsson, Örnsköldsvik, i primärvården 1974. Någon succé gjorde den inte i Sverige men Gråbo vårdcentral nappade på idén och anpassade POMR till sin verklighet – se nedan.

I början av seklet producerade fyra läkare på ett år motsvarande 1 cm arkivutrymme. Under 1980-talet svällde journalarkiven kraftigt, motsvarande produktion blev 450 cm. Arkivhanteringen tog allt mer tid och personalresurser. Journaler ”försvann” dessutom i hanteringen just när man behövde dem. Detta var ett av de större incitamenten för att införa datorstöd i journalhanteringen.

När datorstödet för informationsbehandling blev mer användarvänligt i mitten av 1980-talet kändes det alltså angeläget att pröva datorstödd journalhantering i primärvården. Ett stort sådant försök gjordes vid Gråbo vårdcentral i samverkan med Kronans vårdcentral i Sundbyberg med början 1984. Detta resulterade i den första heltäckande datorjournalen vid vårdcentral inkluderande överföring av recept till apoteket i vårdcentralen och kontakt med centrallaboratoriet i Borås. Se mer om detta senare. Den problemorienterade journalen var en förutsättning och grund för den nya datorjournalen i Gråbo. Det vårdplaneringssystem som utvecklats i Lerum tillsammans med Spri (Lerumsmodellen) blev grunden för den datorstödda vårdadministrationen. Datorjournal och vårdadministration kopplades samman till en helhet. All information om patients kontakter med läkarstationen fanns lättillgänglig i ett och samma datorjournalssystem.

En mer allmän spridning av datorstödet i primärvården kom först under början av 1990-talet, då en mängd olika kommersiella system utvecklades och såldes till hugade vårdcentraler. I ett landsting kunde ett flertal olika system inköpas och någon samordning var det sällan fråga om. I Spris regi gjordes stora ansträngningar för att styra mot en bättre utveckling, utan större framgång. Först i början av 2000-talet insåg man ineffektiviteten med de många datorjournalssystemen och försökte finna vägar för bättre samordnade system.

Datorn och journalen

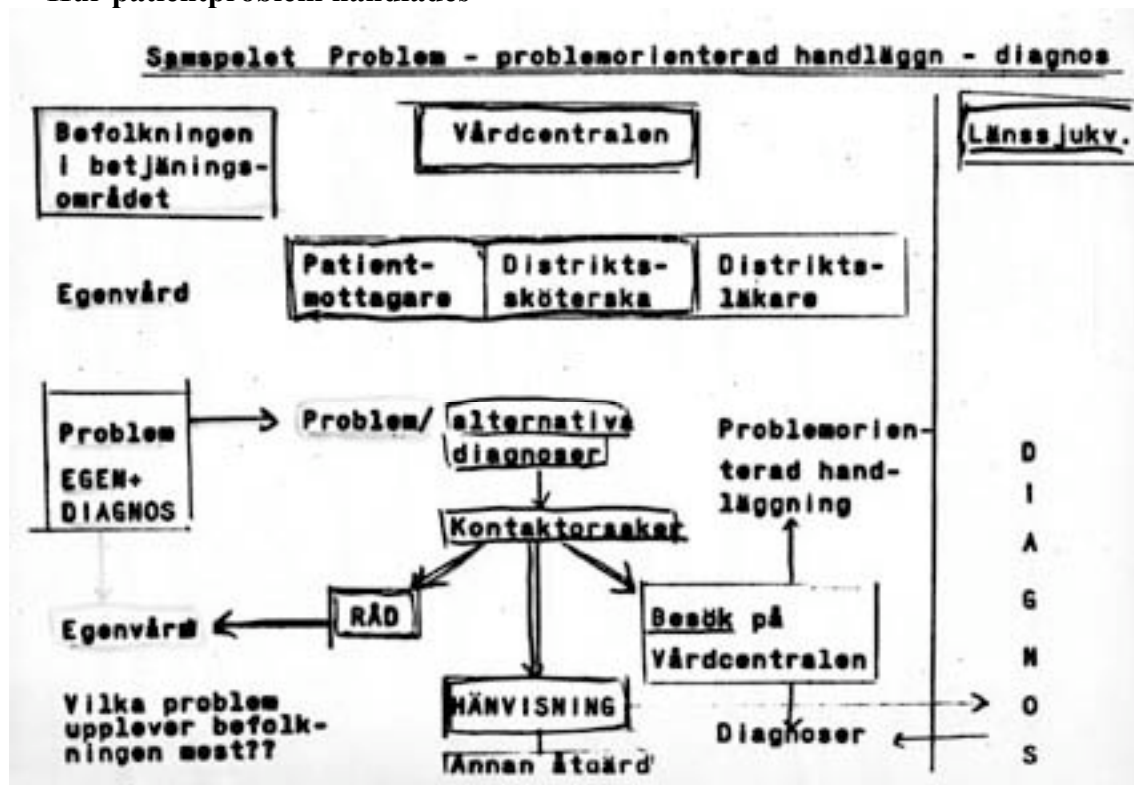
Man såg datorns möjligheter att

- lagra stora mängder data lätåtkomligt och på ett litet utrymme (*dokumenthantering*)
- ställa upp och redigera data (*ord- och textbehandling*)
- tillhandahålla och sammanställa uppgifter (*kommunikation*)
- arbeta förprogrammerat och utan övervakning
- utföra omfattande och monotona arbetsuppgifter
- samla in statistik och göra omfattande beräkningar snabbt och noggrant (statistikbearbetning)

man såg också andra fördelar som att

- läkarsekreteraren fick tillgång till ord- och textbehandling vid journalskrivning
- snabbt kunna läsa journalen på olika arbetsplatser
- ta bort arkivhanterings många nackdelar och kostnader

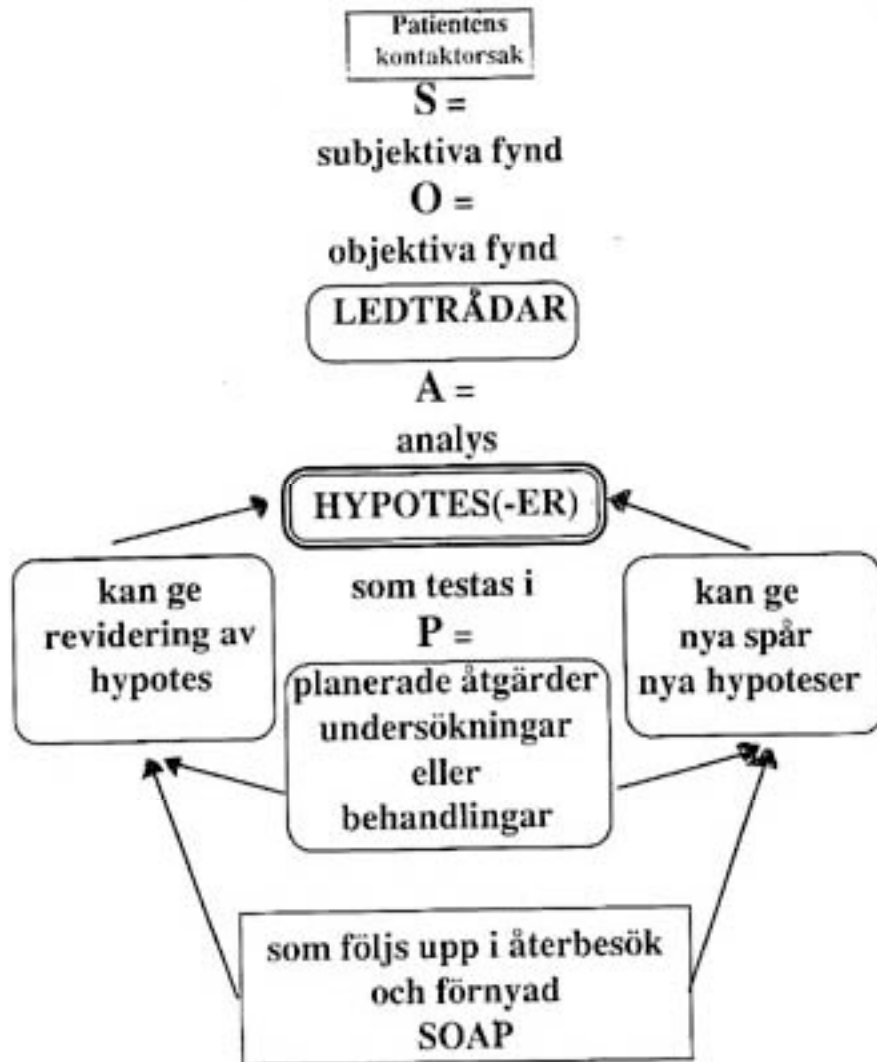
Hur patientproblem handlades



Bilden visar hur befolkningen i första hand idkar egenvård. När problemet inte löses med egenvård söker man sjukvården och då i första hand primärvården. Lerumsmodellen innefattade en första kontakt med en patientmottagare/sjuksköterska. Patienten beskriver sitt problem i andra termer än sjukvårdens diagnoser. Vi kallade det problem och kontaktsorsaker och konstruerade en kontaktsorsaksklassifikation som bestod av både symtom, problem, diagnoser och olika åtgärder (Bengt Dahlin och Britt-Gerd Malmberg, 1983). Klassifikationen kopplade till det tidigare konstruerade Kontakt-Orsaks-Åtgärds-Registret (KÅR), där för kontaktsorsakerna gavs förslag till lösningar för patientmottagarens handläggning av problemen. Tre huvudalternativ till problemlösning fanns i KÅR: Rådgivning för fortsatt egenvård, Hänvisning direkt till annan vårdgivare (överenskommelser fanns med sjukhusens kliniker om hänvisningsorsaker), Besök på vårdcentralen (som kunde vara hos sjuksköterska, läkare eller annan resursperson beroende på problemets art). Dessa olika uppgifter noterades på R/P-blanketten, som sedan följde patienten vid besöket eller sparades.

Vid läkarbesöket/konsultationen rekommenderades ett "vetenskapligt, hypotestestande" tillvägagångssätt och en diagnostisk process som beskrivs översiktligt i följande bild:

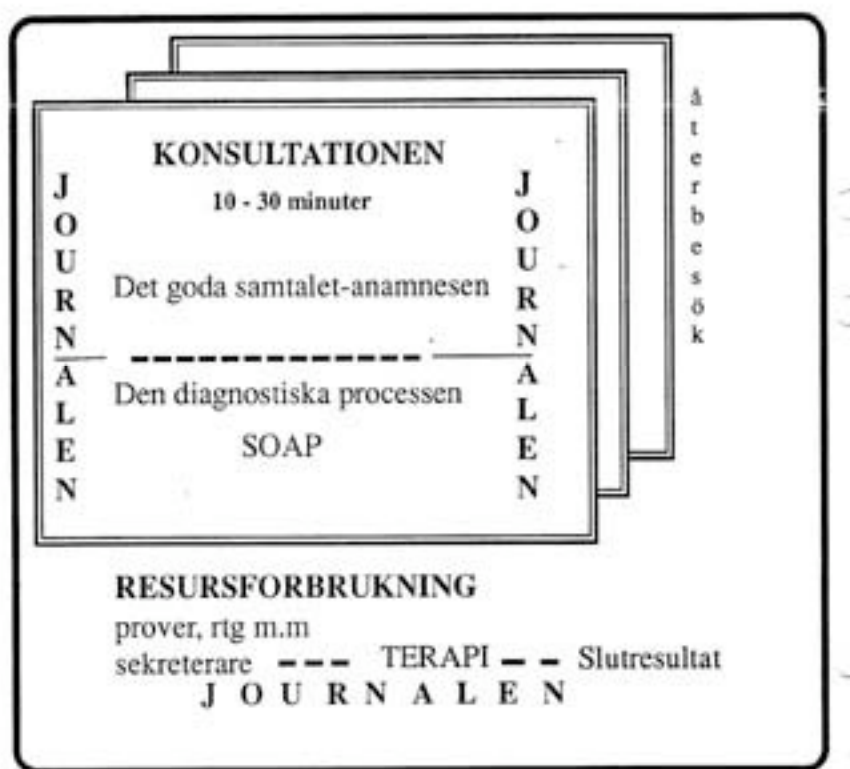
Den diagnostiska processen – ett vetenskapligt arbetssätt –



Processen kan sammanfattas i bokstäverna SOAP – Subjektivt (patientens beskrivning av symtom och problem, anamnesen), Objektivt (vad läkaren finner vid undersökning och provtagningar), Analys (informationen sammanställs och en eller flera hypoteser ställs om sjukdom/diagnos). En Plan görs för testning av hypoteserna då också sannolikhetsöverbäggande vägs in. När en sannolik eller säker diagnos är ställd, kanske efter flera konsultationer, gör läkaren en individuell behandlingsplan, som följs upp och utvärderas.

Konsultationen skulle dokumenteras i Journalen både före, under och efter konsultationen, vilket beskrivs med följande bild:

FIGUR 1. Konsultationen



Patientjournalen byggde i Gråbo på en problemorienterad variant av grundjournalen och blev sedan datorstödd.

POMR – en problemorienterad patientjournal

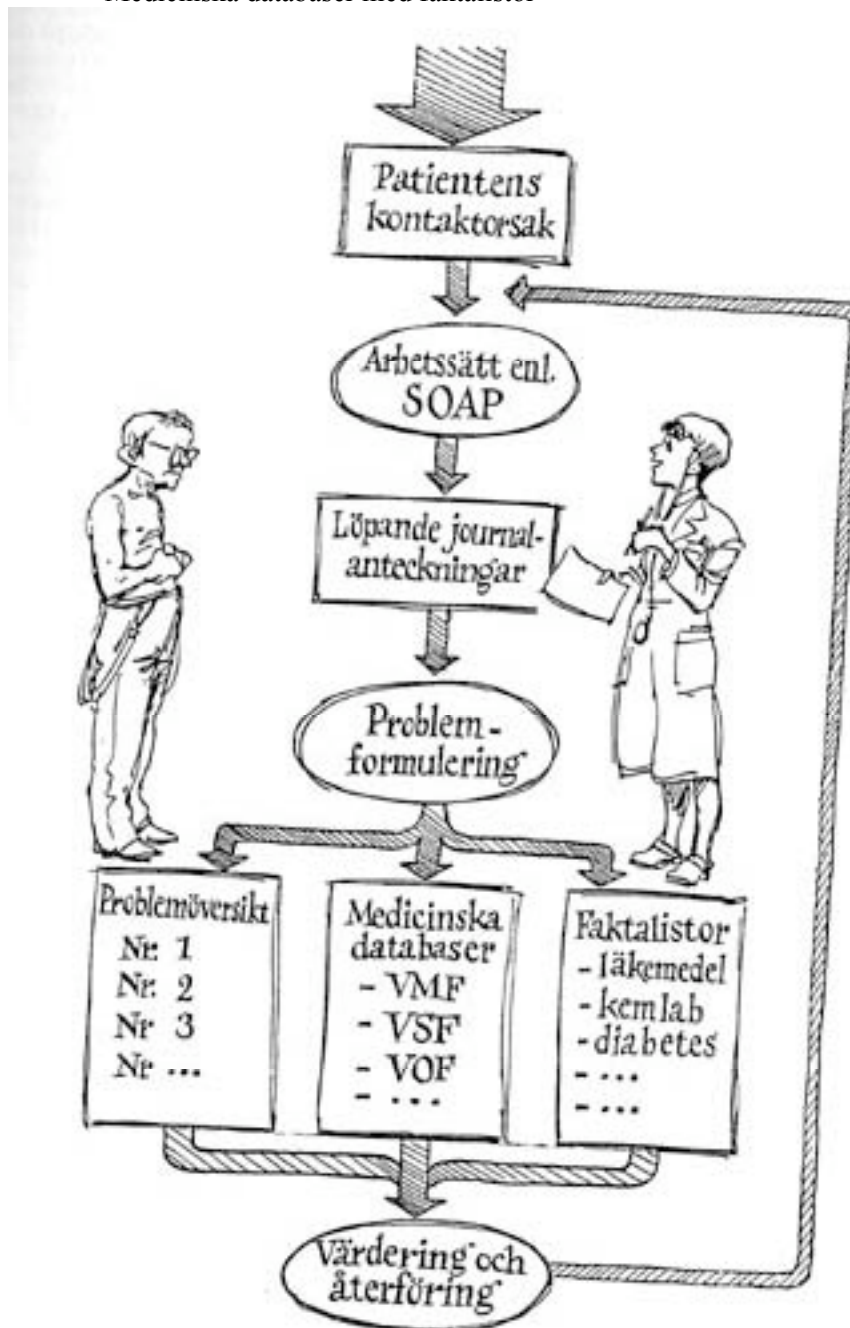
Att arbeta problemorienterat kändes naturligt vid primärvårdens handläggning av patientens olika problem. En säker diagnos kunde ofta inte ställas vid de första kontakterna med patienten men problemet/en som patienten hade kunde ändå angripas på många olika sätt. Den av Weed i USA och senare och Christer Gunnarsson i Sverige introducerade problemorienterade registreringen (POMR) av journaldata gav stora möjligheter att överskådligt beskriva patient/läkarmötena vid besöken och över lång tid. Dock var POMR svår att kombinera med Spris grundjournalkoncept. En liten arbetsgrupp med Bengt Dahlin, Gråbo, Annika Hässler, Kronans vårdcentral i Sundbyberg och Gert Ljungkvist från Spri tog på sig uppgiften att försöka samordna de två registreringsmetoderna. Resultatet presenterades i Spri rapport 210 år 1986.

I primärvården möts man ofta av diffusa symtom vid första kontakten med patienten. POMR gav möjlighet att arbeta utifrån symtom utan att för tidigt i den diagnostiska processen sätta en diagnosstämpel på patientens problem., en diagnos som eventuellt kunde styra handläggningen av problemet i fel riktning.

POMR – dess delar

Grovt kan man strukturera den problemorienterade journalen på följande sätt:

- Problemöversikt
- Problembeskrivning enligt SOAP-modell i den löpande journaltexten
- Medicinska databaser med faktalistor



Figur 2 A. Problemorienterad journal

Problemöversikten är kanske den viktigaste komponenten i POMR. Den ger en helhetsbild av patientens problem ofta över lång tid.

Figur 5 A Problemöversikt

Vårdcentralen, Hälso- och sjukvård
VÄRD-CENTRALEN HÄLSAN
DISTRIKTLÄKARNÄTTAGNINGEN
HÄLSOVÄGEN 6 TFN 1234/56789
123 45 LYCKEBY

Problemöversikt, POMR
 Personnummer (födels-, namn-, adress-, tillägg) 800000-0000
KRÖNA STEN
STUREGATAN 47
123 45 LYCKEBY
1234-56789 123456789

Vårdgivare, ansvarig läkare
VI 2, Annika Hässel

Speciella anordningar

Funktionella, tekniska, utrustnings- och medicinska detaljer, tekniska

Vårdgivarens adress

☐ VSP, etc. ☐ VSP, etc. ☐ VSP, etc.

Hypertonilista

Problemöversikt

Datum	Funktionell beskrivning	Problemanamn	Problemanamn (sv)	Problemanamn - utgåva, kod	Övrigt, kommentar (f. ex. problemhistorik)
84-06-21	1	X		Prostatascancer, 185	
84-06-21	2	X		Perniciös anemi, 2810	1974, VWF.
84-07-13	3			DLI, 465	1983, Ch, 1-
84-12-24	4				2, /,
85-02-28	4a	X		Nosia, 7833	
85-03-19	4b	X		Kronisk bronkit, 491	3,
85-01-20	5	X		Lungcancer, 162	2-
				Epikondylit, 731	4-, VWF,
85-06-28	(6) 9			Trottthet, 796R	5, 6, /,
85-07-12	(7) 9			Källa, 498	3, /,
85-07-12	(8) 9			Bukvärtor, 7855	6, /,
85-07-30	9			Hepatit B, 070	6, /,
85-09-12	10	X		Hypertoni, 401	7,
					7-

Med databaser menade vi i detta sammanhangsmanhörande viktiga fakta samlade under längre tid och grupperade på ett överenskommet sätt i journalen. Databaserna innefattade faktalistor av olika slag t.ex. laboratorielista, läkemedelslista, hypertonilista, diabeteslista.

Som stöd för journalföringen fanns dikteringsanvisning och sökordsförteckning (enligt Spri).

Basdata om kontakter i primärvården /kontaktorsaksregister

En av patientjournalens uppgifter kunde vara att få kunskap om och utvärdera verksamheten. I ett Spri-projekt i början av 1980-talet diskuterades och föreslogs vilka basdata vid kontakter med primärvården som borde registreras för att få underlag till relevanta indata för att kunna studera verksamheten. Rekommendationerna utfärdades av "basdatagruppern", en arbetsgrupp som bildats på initiativ av föreningen för allmän medicin (SFAM). I arbetsgruppen ingick bl.a. Britt-Gerd Malmberg och Bengt Dahlin, som i ett appendix gav förslag till en klassifikation för kontaktorsaker. Rapporten (Spri rapport 142, 1983) var ett första steg i utvecklingen av uppgifter som behövs för planering, ledning och utvärdering av primärvårdens verksamhet. I slutet av 1980-talet kom diskussionen om kvalitetssäkring med Spri rapport 230, 1987. Utredningen INFHOS (Informationsstrukturen för hälso- och sjukvården), kom 1990 med ett delbetänkande (SOU 1990:98, INFHOS 1), Rapportering från den öppna vården – Basdata för uppföljning, som i stort byggde på den första basdatarapporten. I den senare rapporten konstaterades att mycket få enheter inom primärvården 1990 hade tillgång till datorteknologi, vilket på sikt fordrades för att datafångst skulle kunna göras "vid källan". Man konstaterade att för datorjournalen – den effektivaste lösningen av datafångst – fanns redan realistiska lösningar. Man tänkte då på datorjournalssystemet Swede*Star som utvecklats vid Gråbo vårdcentral och Kronans vårdcentral i Sundbyberg. "datorstödda informationssystem, som möjliggör att data endast behöver registreras en gång i samband med informationshanteringen kring patientkontakten, kommer att bli nödvändiga". Man pekade på att för att underlätta arbetet

använde många basenheter den av Spri utarbetade och standardiserade registrerings och planeringsblanketten (R/P-blanketten), som från sin första variant modifierats för registrering av basdata vid kontakter med primärvården.

Basdata, som registreringuppgifterna kallades, delades i sin tur upp på minidata och tilläggsdata.

Basdata i primärvården

Basdata om kontakter	Basdata om befolkningen	Basdata om resurser
Minidata Tilläggsdata		

	Minidata registreras vid besök	Tilläggsdata Registreras vid inledande kontakter, besök och kontakter för uppföljning
Patienten	Personnummer Kön Vårdcentrals betjäningsområde	Civilstånd, Nationalitet Yrke, arbetsplats Betjäningsområde
Vårdgivaren	Mottagning Personalkategori	Identifierad vårdgivare
Kontakten	Datum Kontaktsätt	Initiativ Kontaktens innehåll
Medicinsk information	Diagnoser/Problembeskrivningar	Kontaktorsaker Problembeskrivningar Sjukdomsorsaker Åtgärder

R/P-blankett för registrering av basdata – de svärtade fälten anger basdata som var tvungna att registreras för verksamhetsuppföljning.

I INFHOS 1 föreslogs administrativa variabler:
Mottagning, personalkategori, besöksmånad, födelseår, kön, Län/kommun/församling

och medicinska variabler för primärvården:

Problem/diagnos (två per besök), Åtgärd för registrerat problem, Remiss till/från

Gråbo med en av rikets första kompletta datorjournalssystem

Förarbeten till Gråboförsöket

Arbetet med försöksverksamhet med datorstödd vårdinformation vid Gråbo vårdcentral startade 1984. Det bakomliggande utredningsarbetet kunde dock spåras tio år bakåt i tiden.

Redan 1975 antog Älvsborgs läns landsting en ADB-plan. Vid Vänersborgs lasarets kvinnoklinik gjordes 1976 ett första försök att utveckla ett datorstött vårdadministrativt informationssystem. Med utvärderingsresultat från detta försök beslöt landstingsmötet 1980 att fortsätta utvecklingsarbetet. Fyra förstudier gjordes inom områdena ekonomi, medicinsk service, länssjukvård och primärvård. En av dessa var PRIMPAS – primärvårdens patientadministrativa system 1977. Det blev primärvårdens förstudie för införande av datorstödda vårdadministrativa rutiner. I förstudien utvecklades principerna för vilka funktioner som borde datoriseras men även verksamhetsorienterade mål för ett patientadministrativt system.

Delar av landstingets ledning, utrednings- och ADB-personal var vid den här tiden fortfarande färgade av ett centraliserat tänkande. Man såg stora fördelar i en central utveckling och drift. Systemutvecklingsarbetet präglades av SIS/RAS-modellen (Svenska standardiseringskommissionens riktlinjer för administrativ systemutveckling). Andra grupper hade tagit del av nya tankar för en mer decentraliserad/lokal användning av mindre och effektivare datorer samt det viktiga att låta användarna påverka utformningen av systemen. I detta skede avstannade beslutsprocessen p.g.a. oenighet om hur man skulle gå vidare. Detta trots att landstingsmötet avsatt 6 miljoner för vidareutveckling av ett vårdadministrativt system.

PRIMPAS – primärvårdens administrativa system

Syftet med denna förstudie, som gjordes av Leif Bäckman, var att bedöma behovet av utvecklingsinsatser på det patientadministrativa området inom primärvården i Älvsborgslandstinget. Metoden var en noggrann kartläggning av rutinerna vid Gråbo vårdcentral med AU-metod samt enkät och intervjustudier.

Rapporten beskrev och värderade primärvårdens patientadministrativa funktioner omkring 1977. En god grund ansågs det vård- och resursplaneringssystem, som utvecklats i Lerum, vara då stora delar då användes vid de flesta vårdcentralerna i länet. Riktlinjerna som angavs kom att ligga till grund för Gråboförsöket. De behov som bl.a. beskrevs var:

- Anpassning av dåvarande journal till primärvårdens arbetssätt med inriktning mot en problemorienterad journal.
- Utveckling av klassifikationssystem för data som behövdes för verksamhetsbeskrivning och uppföljning.
- Utveckling för rutiner för registrering, bearbetning och lagring av dessa data.
- Utveckling av rutiner som gav tillgång till uppgifter om den del av individens/befolkningens vårdutnyttjande som ej administreras via den egna enheten.
- Behov av former för registrering och central rapportering av variabler i termer för vårdutnyttjande
- Utveckling av rutiner för uppföljning av läkemedelsförskrivning på individnivå.

Sammanfattningsvis kom man fram till att många av problemområdena med sannolikhet skulle kunna hanteras av en datorstödd vårdadministration och att den gemensamma nämnaren för problemlösningarna fanns i datorjournalen.

Gråbo vårdcentral fick uppdraget att testa datorstöd

Försommaren 1983 ombildades ledningsgruppen för ADB-planeringen i landstinget och en mindre arbetsgrupp fick i uppgift att ta fram förslag till försöksverksamhet vid två basenheter. En av arbetsgruppens deltagare var Leif Bäckman, som varit utredare i PRIMPAS – se ovan – och senare fick en nyckelroll i Gråboförsöket. Tiden hade verkat för en decentraliserad lösning.

Studieresor, seminarier, externa kontakter med andra landsting bidrog också till att en ny strategi växte fram. Stora totalgrepp skulle undvikas. Flexibilitet och lokal påverkan blev nyckelord.

Uppdraget att testa datorstödda vårdadministrativa rutiner mot de mål landstinget satt upp för verksamheten gavs till Gråbo vårdcentral. Den andra av de två beslutade försöksenheterna hoppade av innan försöket startade. En av orsakerna till att uppdraget gavs Gråbo vårdcentral var att ända sedan början av 1970-talet hade vårdcentralchefen (Bengt Dahlin) bedrivit utvecklingsarbete inom organisations- och informationsområdet.

Tillsammans med Spri hade man utvecklat och infört vårdadministrativa rutiner som avrapporterats i Spri-rapporterna

- Löpande vårdplanering "Lerumsmodellen", 1977
- Basdata om kontakter i primärvården, 1983
- Problemorienterad medicinsk registrering, 1986

Vårdcentralen i Gråbo var väl fungerande med effektiv administration. Personalen hade deltagit i ett flertal utvecklingsarbeten som givit dem kunskaper i förändringsarbete och ökat självkänslan hos dem. Frågeställningen som skulle belysas var: Var datorn ett verktyg som kunde ge högre effektivitet i arbetet?

Projektets syfte

Försöksverksamheten hade som huvudsyfte att öka kunskaperna om hur datorn kunde utnyttjas i det dagliga vårdarbetet på en basenhet. Det var främst möjligheten att genom effektivare utnyttjande av informationen förbättra service och vårdkvalitet samt möjligheten att förenkla informationshanteringen som skulle undersökas.

Under projektiden skulle basenhetssystem utvecklas och tas i drift samt utvärderas mot målen.

- Ökad patientservice
- Ökad vårdkvalitet
- Förbättrad verksamhetsuppföljning och planering
- Förbättrad sekretess
- God arbetsmiljö
- Minskade administrativa kostnader, d.v.s. frigörande av resurser för vårdarbetet

Projektets utvecklingsfilosofi

Det bakomliggande synsätt som ledde fram till Gråboprojektet och som skulle verifieras eller förkastas i tillämpliga delar innebar att:

- Information är en viktig resurs i vårdproduktionen
- Kostnaden för vårdinformationsförsörjningen i vården var stor – cirka 30% av driftskostnaden.
- En god informationsförsörjning (relevant, säker och lätt tillgänglig) har stor betydelse för vårdkvaliteten och vårdeffektiviteten. Den viktigaste informationen är den som dokumenteras i samband med de enskilda patientkontakterna.
- Information krävs för att upprätthålla sambanden mellan olika organisatoriska enheter, mellan individer i ett arbetslag. Informationen representerar kunskaper som ger personalen stöd i beslutsfattandet. Arbetets kvalitet höjs och kontinuiteten i arbetet över tiden stärks.
- Information är den resurs som gör att övriga resurser kan administreras till den plats där behovet finns, d.v.s. där kontakterna mellan vårdorganisation och patienter sker.
- *Utveckling av informationstekniken är viktig för sjukvårdens framtida utveckling, som stöd i det dagliga arbetet och som redskap för verksamhetsanalys, planering och kunskapsutveckling.*

Ett viktigt konstaterande var att en utveckling av ett vårdadministrativt system inte kan utesluta den dominerande informationskällan – JOURNALEN – utan snarare bör fokuseras kring denna.



Gråboprojektet gavs möjlighet att praktiskt testa utformningen av ett datorstött informationssystem med journalen i centrum. Det blev den problemorienterade journalen och "Lerummodellens" vårdadministrativa system som fick ligga till grund för systemet. Men också basdata-projektet med data för utvärdering av verksamheten byggdes in i informationssystemet.

Arbetskyddsfondens utvecklingsprogram

Utvecklingsprogrammet – ett delprojekt inom Arbetskyddsfonden – skulle under åren 1983-1987 bidra till att ny teknik togs i bruk på ett sätt som förbättrade arbetsmiljön och ledde till mera engagerade yrkesroller och innehållsrika arbetsuppgifter. Våren 1984 togs kontakter mellan Landstinget och Utvecklingsprogrammet för att utreda möjligheterna att ge stöd till Gråbo-projektet.

Efter analys av projektets mål och förutsättningar gjorde Utvecklingsprogrammet en bedömning som resulterade i att projektet fick 1,5 miljoner i stöd. Det redovisades flera skäl till valet att stödja Gråbo-projektet.

För det första hade landstinget ett väl utvecklat systemkoncept för vårdadministration (PRIMPAS – primärvårdens patientadministrativa system – en förstudie, 1981 se nedan; VAS-vårdadministrativ systemutveckling med Handlingsplan och Förslag till försöksverksamhet vid två basenheter, 1983 samt Utvärderingsrapport med förslag till val av standardsystem för försöksverksamhet vid två basenheter, januari 1984).

För det andra hade man för försöket valt en internationellt beprövad programvara (Co*Star, ett system som utvecklats för datorjournal redan i början av 1970-talet i USA).

För det tredje var försöksenheten en liten och välorganiserad vårdcentral. Därtill kom att personalen vid vårdcentralen hade lång erfarenhet av deltagande i framgångsrika

utvecklingsprojekt. Sammantagen bedömdes projektet därigenom ha goda möjligheter att snabbt nå resultat.

Som kontaktman i Gråboförsöket utsågs Anders Wiberg, Arbetstagarkonsult.

En dator köps till en vårdcentral

Ett projektarbete 1984 Ett projektarbete som Bengt Dahlin och Ulla Carlsson gjorde i en fem-poängskurs vid Institutionen för informationsbehandling, Göteborgs universitet. I rapporten beskrivs hur ett enskilt datorprojekt (Gråboprojektet) handläggs i ett landsting från start till beslut. Beträffande beslutsprocessen så konstaterades att den var mycket resurskrävande. Många utredningar föregick beslut. Många nivåer måste delta i beslutsprocessen. Vårdcentralens befattningshavare i allmänhet var mycket litet inblandade i processen. Först när beslut tagits av de centrala beslutsfattarna efter MBL-förhandlingar i olika skeden kunde utbildning och påverkan komma igång på basenhetsnivå.

En projektorganisation skapades med ledningsgrupper på alla nivåer. Den lokala gruppen på vårdcentralen hade representation från de olika yrkesgrupperna samt en mindre lokal ledningsgrupp med Leif Bäckman (Centralförvaltningen) Bengt Dahlin (vårdcentralen), Alf Gleeurup (psykolog) och Anders Wiberg (Utvecklingsprogrammet och Arbetstagarkonsult - facket). Denna grupp kom också att utvärdera projektet och dokumentera det i fyra delrapporter.

Genomförande

Genomförandet av projektet följde följande 14 steg:

De första sju stegen syftade till att ge underlag för datorstödet.

1. Problemen i verksamheten identifierades och idéer till lösningar noterades
2. Idéer till olika projekt jämfördes och man bestämde vad man skulle satsa på
Efter detta steg beslutades hur arbetet skulle gå vidare
3. Verksamhetens arbetssätt kartlades speciellt dess problem. Prognos gjordes om framtiden.
4. Man ställde upp mål för det kommande systemet. Grova lösningar utvecklades och effekterna bedömdes.
Efter detta steg beslutades om preciserade direktiv.
5. Nya arbetsrutiner utformades. Utdata bestämdes. Användarna godkände föreslagna rutiner.
6. man jämförde vad olika system kunde erbjuda (och de var få) utifrån de krav på utdata man ställt.
7. Effekter av systemen bedömdes. Kalkyler gjordes. Olika alternativ jämfördes.
De fortsatta stegen gällde uppbyggnaden av systemkonceptet.
8. Den tekniska systemlösningen bestämdes.
Beslutspunkt – vilken teknisk lösning skall man välja.
9. Nya arbetsrutiner utformades i detalj. Installation, utbildning och omläggning av rutiner planerades.
10. Systemet som valts (Swede*Star) anpassades tekniskt till kravspecifikationerna. In- och utdata bestämdes definitivt.
11. Programmet testades
12. Systemet testades för att bedöma om det fungerade tillsammans med de nya rutinerna.
Beslutspunkt _ Beslut att systemet skulle införas och de förändringar av systemet som måste göras.
13. Swede*Star infördes
14. Systemet utvärderades och hela projektet bedöms
Dokumentation sammanställdes och publicerades.

I projektarbetet redovisades alla krav som ställdes inför införande av datorstöd på vårdcentralen. Kraven var välgrundade sett mot framtidens datasystem men det fanns inga system tillgängliga i början på 1980-talet som kunde uppfylla kraven. Det system som då kom närmast önskemålen var ett sedan 1970-talet utvecklat i USA för öppen vård – Co*Star. Det hade vidareutvecklats i Finland för öppenvården. Det där utvecklade systemet kallade man

Fin*Star. Dessa system kom att ligga till grund för vår vidareutveckling mot de krav vi ställt. Systemet kom att kallas Swede*Star. Det utvecklades parallellt vid Gråbo och Kronans vårdcentral i Sundbyberg av en svensk firma. Personalrepresentanter vid vårdcentralerna gjorde studieresor till Finland och till USA för att sätta sig in i systemfunktionen, dess möjligheter och begränsningar. Det visade sig att begränsningarna sällan låg i utvecklingsmöjligheterna utan i brist på resurser till vidareutvecklingen enligt de önskemål användarna hade.

Swede*Star, Fin*Star, Co*Star och MUMPS

Swede*Star har sina rötter i USA (COSTAR) men vidareutvecklades av svenskt Medinfo Center AB (SMC). SMC togs över av Kommundata AB och senare av TietoEnator. I Norden fanns systemet som Fin*Star (Finland), Nor*Star (Norge) och Med*Star (Danmark).

Det amerikanska systemet COSTAR (Computer Stored Ambulatory Record) var ett journalbaserat modulärt uppbyggt datasystem för medicinsk informationsbehandling, som fick stor spridning inom sjukvården i USA. Det fanns i mitten av 1980-talet mer än 100 installationer.

Systemet baserades på MUMPS (Massachusetts general hospital Utility Multi-Programming System) – ett programspråk särskilt konstruerat för administrativa tillämpningar inom medicinsk informationsbehandling. Förutom att det var ett generellt och standardiserat programspråk var det ett operativsystem med inbyggda databasfunktioner. Databasen byggdes upp på termer som sedan var möjliga att sammanställa genom en inbyggd generator. För utvecklingen av datorjournal var det perfekt och det fanns dessutom vid försökstiden inget bättre alternativ i världen. Utvecklingen av Gråbos datorsystem gick relativt snabbt och enkelt i MUMPS-miljö. Swede*Star var moduluppdelat och omfattade de flesta administrativa funktionerna vid en vårdcentral. De ursprungliga modulerna anpassades av SMC helt till våra svenska informationsrutiner.

Problemet blev att det efter utvecklingsarbetet inte ansågs användbart i landstingets fortsatta datorstödda informationsutveckling. Man valde ett enklare uppbyggt system (dokumentbaserat), som inte var uppbyggt på termer och begrepp och därför t.ex. inte gick att använda för utvärdering av verksamheten.

Krav på datorsystem och teknik

Ett övergripande viktigt krav var att program(verktyg) skulle utformas så att det blev ett stöd för vårdpersonalens arbete och att dialogen med systemet kunde påverkas av användarnas olika behov. Enkelhet i dialogen mellan personal och datorsystem vid registrering och sökning av data var viktig.

God systemergonomi måste eftersträvas både fysisk och psykisk.

Ett annat framsynt krav var att systemet borde vara modulärt uppbyggt (byggklossprincip).

Systemet borde inte heller vara fast knutet till leverantör av maskinutrustning.

Ett flertal krav ställdes dessutom, som sedermera kom att ingå i Spri.s än mer omfattande kravspecifikationer på datorsystem (se referenser). Ett som skulle visa sig inte kunna uppfyllas var kommunikationskrav mellan olika datorsystem. Det problemet kvarstod långt in på 2000-talet.

Bilden illustrerar frustrationen i förändringsarbetet.



Övergripande användarkrav

En grundbult i projektet var att användarnas krav skulle styra systemutvecklingen. Detta visade sig, som sagt, ge en hel del problem då kraven på systemet inte alltid kunde uppfyllas ibland p.g.a. teknikens brister oftast för att "det kostade för mycket".

En funktionsanpassad utbildning var viktig. Erfarenheterna blev att utbildning i ADB var mindre viktig. Att lära sig hur man arbetar i projekt och hur datorsystemet fungerade vid arbetsstationerna i vardagen var viktigast.

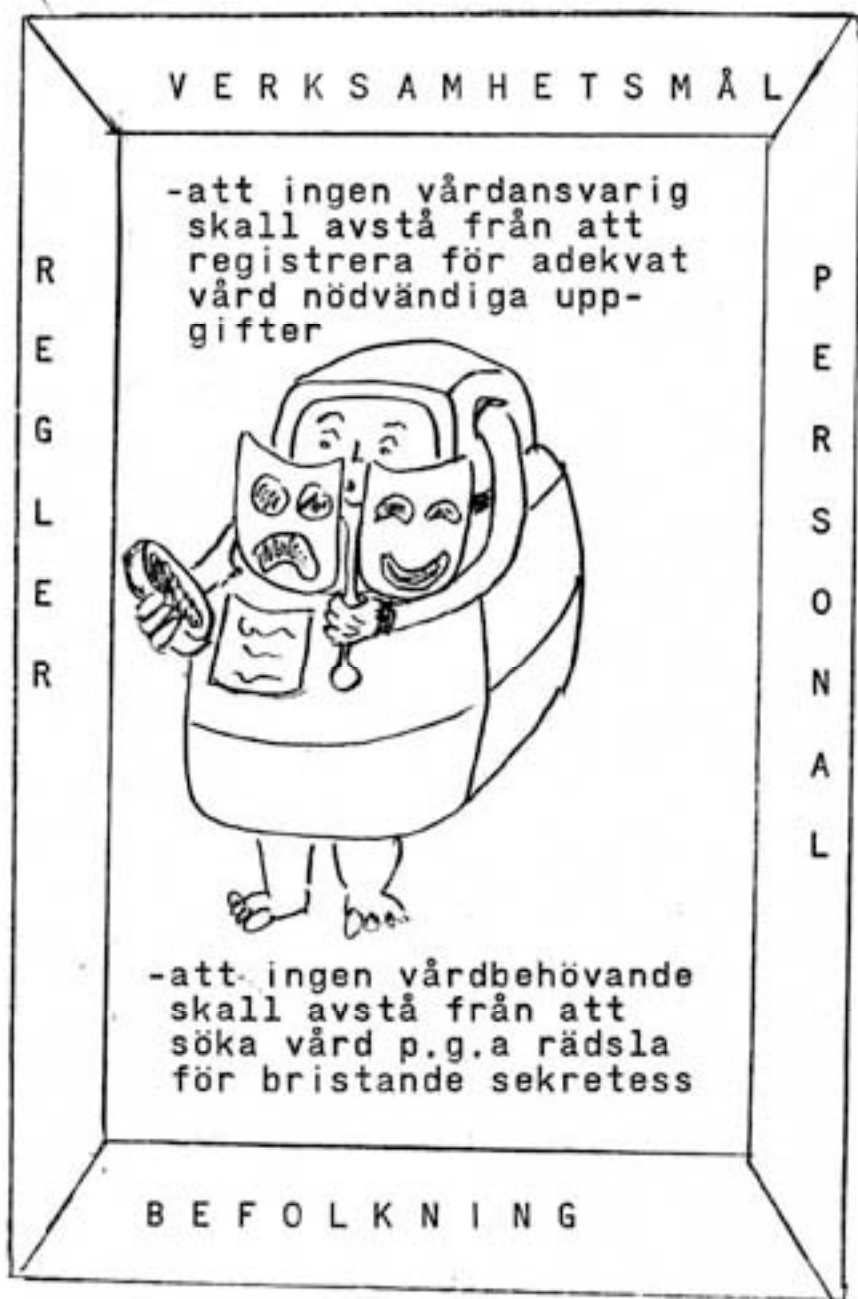
Arbetsmiljön, både fysisk och psykisk, var viktiga delar i projektet. Inte minst rekommendationer för terminalarbetsplatserna. Alf Gleerup och Anders Wiberg var nyckelfigurer i dessa diskussioner.

Bevarande av yrkeskunskaper och därmed också av manuella reservrutiner visade sig vara viktiga element. Inte minst då tekniken gick i kvav. Flera diskkraschar upplevde vi under resans gång med förlust av data och återgång för en tid till manuella rutiner. R/P-blanketten, som fanns i bakgrunden, var då bra att luta sig mot.

Personlig integritet var viktig. Var systemet ett verktyg för arbetsövervakning?

Information var en förstahandsuppgift både inom projektet, i primärvårdsområdet och i primärvårdsblocket men allra viktigast ut mot befolkningen.

Sekretessproblematiken var uppenbar och diskuterades under resans gång. Tillgängligheten till patientdata ansåg politikerna skulle begränsas och delas upp på de olika personalkategorierna. Så gjordes i viss utsträckning men teamarbetet fordrade att de flesta uppgifterna var tillgängliga för alla som var involverade i patientbesöket. Men vi var överens om att journaldata måste registreras enligt patientjournallagen och att sekretessen utåt var viktigare än inåt teamet. Följande bild ger en översikt över problematiken.



Effektgranskning, dokumentation

Utvärderingen av försöksverksamheten gjordes fortlöpande under hela projektiden och omfattade effektgranskningsarbeten både av utvecklingsarbetet och av slutresultatet.

Genom en bred utvärdering ville man granska, analysera och beskriva möjligheterna att göra ett bra manuellt vårdadministrativt system än mer effektivt med datorstöd. Effektgranskningen skulle försöka klargöra sambanden mellan valt system/teknik, hur förändringarna införs i verksamheten, utveckling av kunskandet hos personalen och de effekter som man ville få ut d.v.s. journalen som styrinstrument för verksamheten.

Projektets genomförande och resultat finns beskrivna i ett flertal rapporter och artiklar som återfinns i referenslistan. Erfarenheterna kan kort sammanfattas i att

- Datorinförande måste ske stegvis för att så småningom inlemmas i och förstärka det kontinuerliga förändringsarbete som ständigt skall pågå i en verksamhet.
- Målet för den administrativa utvecklingen med hjälp av ADB måste vara
 - Ökad medicinsk kvalitet

- Bättre service till patienten
 - Effektiv resursanvändning
 - Bättre förebyggande vård
- Basenhetens behov skall vara utgångspunkt för informationsstödet.
- Informationsstöd (kunskapsstöd) skall byggas så att det kontinuerligt främjar personalens kompetens
- Journalinformationen utgör den viktigaste informationskällan därför att det är en dokumentation av vårdens kärnverksamhet.
- Verksamhetsutveckling åstadkommes genom effektivt utnyttjande av information för
 - Uppföljning
 - Kvalitetssäkring
 - Forskning och utveckling
 - Förebyggande vård
- Ledningen måste vara medveten om vårdinformationens och informationssystemets betydelse för verksamheten dels för det direkta vardagliga vårdarbetet, dels för planering, utvärdering och utveckling av vårda arbetet.
- Det måste finnas ett positivt utvecklingsklimat i hela organisationen vilket innebär
 - Stöd och förankring i organisationens ledning
 - Gemensam grundläggande målsättning, policy och strategi
 - Reglerad ansvars- och befogenhetsfördelning avseende resurspåverkande beslut.
- En stabil stödorganisation måste finnas för bl.a. systemutveckling, upphandling, projektledning, metodutveckling, systemförvaltning, utbildning, service m.m.
- Landstinget måste tillhandahålla ett genomtänkt koncept vad gäller systemstruktur, datorkommunikation, maskin- och programvaror.

Delrapporteringen

Här följer en kort resumé av en del av de rapporter som skrevs,

Delrapport 1; Gråbo vårdcentral – status 1985

Rapporten beskriver verksamheten vid Gråbo vårdcentral före den omfattande datoriseringen. Bl. a. ger den arbetsbeskrivningar per yrkesgrupp som gjordes genom mätningar och gruppdiskussioner. Arbetsflöden beskrivs. Enkäter till befolkning och patienter liksom till intressenter (politiker, tjänstemän, fack) redovisas. Kartläggningen skulle ligga till grund för utvärderingen av effekterna av datorstödet.

Delrapport 2; Administrativ utveckling – en processbeskrivning 1987

Processen i utvecklingsarbetet gav en del mycket värdefull erfarenhet bl. a. :

1. Använd negativa erfarenheter konstruktivt. T. ex. tidigare centralstyrda försök tilldatorisering i landstinget (PABAS). Resultat av detta försök var att man inte litade på datorsystemet utan parallellt förde manuella rytiner.
2. Nätverk ger kunskap och legitimitet. Kontakter med omvärlden är viktig. Studiebesök skapade kontakter och gav impulser till utveckling av det egna arbetet.
3. Eget utredningsarbete ger beställarkompetens. Beställarkompetens är nödvändigt för att lyckas med utvecklingsarbete.
4. Byråkratisk olydnad behövs (ibland).
5. Eldsjälar skapar utvecklingsmöjligheter och är en viktig drivkraft.
6. Gör verksamhetens mål aktiva.
7. Verksamhetsutveckling en del i vardagsarbetet. Användarnas kunskaper måste respekteras.
8. Organisationsförändringar i vården är svårt. Individuella mål, verksamhetsmål och arbetsmiljöfrågor strävar ofta åt olika håll.
9. Låt facket vara med.
10. Förändringsprocesser måste få ta tid.

11. Viktigt med flexibla system och en fungerande stödorganisation. Ett verktyg som datorjournalen, som griper djupt in i verksamheten, måste ha möjlighet att förändras tillsammans med verksamheten. Det är nödvändigt att ha ett flexibelt datorsystem.

Ett av målen var en kunskapsutvecklande organisation. Det vårdadministrativa systemet med den problemorienterade journaldatabasen var grunden för ett ständigt utvecklingsarbete. Personalen skulle fortsättningsvis med enkla medel kunna skaffa sig kunskap om det interna arbetet och upptagningsområdets hälsotillstånd genom att göra statistiska sammanställningar. Vi hade ett styrinstrument för verksamheten. Att genomföra detta visade sig ej möjligt (av flera skäl vid Gråbo vårdcentral. Däremot gjordes stora insatser på området på Kronans vårdcentral i Sundbyberg. Bl. a. resulterade studierna av vårddata vid vårdcentralen i en doktorsavhandling (Rolf Linnarsson, se referenser s).

Delrapport 3; Effektgranskning 1988

I rapporten beskrivs effekterna av det ADB-baserade informationssystemet ur patientens, personalens och verksamhetens perspektiv.

Patienten upplevelser var positiva. Bl.a. kände man sig inte hotad integritets eller sekretessmässigt.

Personalens upplevelser var blandade. Vårdplaneringen underlättades. Det var tidsvinster i att slippa leta efter en pappersjournal. Den fanns alltid på arbetsplatsen. Datorsystemet innehöll många funktioner som ofta behövdes samtidigt t. ex. vid telefonkontakt. Det kändes tidsödande att vandra runt i de olika delrutinerna i systemet. En av biträden kunde inte klara de nya rutinerna och fick förflyttning till annan vårdcentral.

Läkarsekreterarna var odelat mest positiva över datorsystemet och datorjournalen. Det ökade ansvaret för informationssystemet ökade arbetsvärdet och status bland övrig personal. Man kände sig plötsligt vara en av de viktigaste personalkategorierna på vårdcentralen.

Om datorjournalen var åsikterna delade. Man saknade blädderbarheten i pappersjournalen. Journalinformationen ansågs av många som oöverskådlig, svårökt – som i en ”svart låda”. Det var svårt att lära sig alla de sökmöjligheter av information som dock fanns. Läkarna fick lägga om sin användning av journalen vid patientbesöket. Journalen borde läsas in strax före konsultationen. En del läkare ansåg att detta innebar en kvalitetshöjning då bläddrandet i en journal vid patientsamtalet är kontaktbrytande.

Sammanfattningsvis:

Personalens arbetsrutiner och arbetsinnehåll förändrades i omfattande utsträckning. De flesta upplevde datoriseringen som en kompetenshöjning och att den gav status i arbetet. De patientadministrativa funktionerna gav sammantaget bättre service. Informationsstödet bidrog inte till högre vårdkvalitet. Datorjournalen upplevdes ge sämre helhetsbild av patienten än den tidigare pappersbaserade problemorienterade journalen. ”Blädderbarheten” saknade många läkare.

För verksamheten innebär datoriseringen inga ekonomiska eller personella vinster. Datorjournalen innebar en rationellare journalhantering. Den löpande vårdplaneringen underlättades av datoriseringen. Arbetsmiljöproblem uppstod men kunde lösas.

Rapportens slutord:

”Gråbos vårdinformationssystem har lagt grunden för en mycket intressant vidareutveckling. Den korta tid systemet var i drift före utvärderingen gav en insikt om datorjournalens och datorstöds framtida möjligheter”.

Delrapport 4; ADB i primärvården – rekommendationer 1989.

I rapporten analyseras och sammanfattas erfarenheterna från försöksverksamheten vad gällde administrativ utveckling med hjälp av ADB, journalens funktioner och datorn, datorer – en primär eller sekundär fråga för primärvården,

Man pekar på ekonomiska och kvalitetsmässiga skäl för en datorisering av patientjournalen som

- En väl utvecklad datorjournal ger ekonomiska vinster (tillgänglighet och läs-, skrivbarhet).
- Läkemedelsförskrivningar underlättas och kvaliteten höjs.

- Kvaliteten i vården kan höjas genom varnings- och beslutsstödfunktioner i datorjournalen. Rolf Linnarssons arbeten.
- Kvalitetssäkringsarbete för verksamheten kan göras. Medicinsk datainsamling kan göras vid källan och inte i parallella system.
- Man kan sätta pris på vad man gör i sjukvården (DRG och AVG). Krister Edeland vid Lerums utvecklingsenhet sysslade med sådan utveckling.

Man sammanfattade med att datorjournalen rönt svalt intresse i vården p.g.a. datortekniken i Sverige inte utvecklats för vårdarbete. Man har mest tagit hänsyn till teknik- och kontorsmiljöer. 1988 fanns ingen datorjournal som uppfyllde de krav man kunde ställa på en optimalt fungerande sådan.

Datagrundjournal. Spri rapport 282, 1990

Detta är en sammanfattande rapport av Gråboförsöket. Rapporten beskriver 1970- och 80-talens administrativa utvecklingsarbete i landet, Gråboprojektets filosofi och de olika faserna i en datorisering av basenhetens informationssystem. Konsekvenserna för verksamheten av datorstöd belyses. Rapporten avslutas med att beskriva tendenser i utvecklingen och en framtidsvision.

Hur gick det sedan med IT-satsningen?

Det viktigaste resultatet av projektet var den kunskap det gav landstinget och möjligheten att använda kunskaperna vid en fortsatt datorisering förutsatt att kunskapen tillvaratogs på rätt sätt. Gjorde man det? D.v.s. Hur gick det sedan.

Gråboförsöket – Operationen lyckades men patienten dog

Resultatet från försöksverksamheten i Gråbo var ur projektets perspektiv mycket lovande men tyvärr blev erfarenheterna av hur de omgivande centrala instanserna och leverantörerna tillvaratog och förvaltrade erfarenheterna mindre goda. Se delrapport 4 av Datorstödd vårdinformation vid Gråbo vårdcentral: ADB i primärvården – rekommendationer 1989.

Helt klart var det inte realistiskt för en basenhet att ensamt driva en utvecklingsprocess av Gråbos karaktär eller att långsiktigt upprätthålla och vidareutveckla ett system med önskad ambitionsnivå utan fortsatt stöd från landstingsledningen. Swede*Star i Gråbo utvecklades samtidigt som landstinget i Älvsborg beslutade att satsa på ett då mycket enklare system – ProfDoc. Tyvärr visade det sig att det inte gick att konvertera Gråbos databas till det nya systemet, som inte var uppbyggt på begrepp och termer. Den enkla databasen var i det skedet ett "Ord- och textbehandlingssystem" tillbyggt med en laboratoriemodul. Gråbo blev i princip av med journalinformation för 5 års drift, vilket var olyckligt och sannolikt inte ens lagligt.

När ProfDoc infördes i Älvsborg i början på 1990-talet var målet som redan satts 1884 att. "Det man dokumenterar skall bara behövas skrivas ner en gång och kunna läsas var som helst där det behövs för patientens bästa". Och det inom två år. När Lerum fick ProfDoc i mitten av 1990-talet var målet inte nått. År 2006 har man samma mål på riksplanet, som man vill utreda igen. Man vill samordna alla de system som fanns på marknaden.

Fritt ur en artikel i Dagens medicin/Computer Sweden i mars 2006.

"E-journaler klarar inte ställda krav. 15 e-journalssystem slåss om andelarna på den svenska marknaden. De stora aktörerna är Cambio Cosmic, Siemens Melior, Siemens Soarian och Profdoc Journal III. Vilket system som blir framtidens vinnare på e-journalområdet är oklart, men det kommer att bli de som bäst klarar de krav som växer fram för den antionella samordningen. Cambio Cosmic ansågs vara ett modernt, heltäckande journalsystem, som valts av ett flertal landsting. Siemens Melior utvecklades i Göteborg var ett tag det vanligaste systemet på svenska sjukhus. Siemens satsar på sin internationella plattform Soarian, som framtidens vårdssystem. Profdoc Journal II fanns i 21 län på omkring 1300 mottagningar. Det ansågs förlegat."

Några andra journalssystem av de femton: Medidoc, som i dec 2005 gick samman med Profdoc, används i primärvården på 670 mottagningar. Tietoenator Swedestar, en utveckling av "gråbosystemet", var relativt vanligt på mindre sjukhus och vårdcentraler. VAs ett heltäckande journalsystem används på bred front i Norrbotten.

Rolf Nikula (som var med och utvecklade Swede*Star) i samma tidskriftsartikel 2006.
” Processtöd en nyckel – och en utmaning — Framtidens e-journalsystem och kravspecifikation präglas av kommunikation, öppenhet och modularitet, även om några bestämda standarder ännu inte finns att följa. En andra viktig förestående förändring rör processtöd.”

Remiss och svar – ett IT-projekt vid Lerums vårdcentral – Projekt ROS

Utvecklingsprojektet, som genomfördes 1996 - 1998 i samverkan mellan vårdcentralen i Lerum och röntgenkliniken i Alingsås, gick ut på att elektroniskt kunna sända remiss och svar mellan enheterna. Projektet nådde sitt mål att elektroniskt sända röntgenremissen och röntgenutlåtandet mellan primärvårdens journaldatorprogram Profdoc Journal II och Alingsås röntgenklinikens program Adapt-Röntgen. Man vann med detta

Snabbare omhändertagande av patienter vid akuta besök på röntgenkliniken

Minimering av överföringsfel

Kontrollsystem att remiss och utlåtande nått adressaten

Kompetenshöjning av personal

Gunni Andersson, IT handledare om ProfDoc

I Vårdsidor nr 5, 2001 klipper vi, Ulla Wessman var reporter:

Läkarsekreteraren på 1990-talet

Ur Vårdsidorna (nr 3, 1999) klipper vi också en beskrivning av läkarsekreterarrollen på 90-talet. Vi har tidigare konstaterat att efter datoriseringen av Gråbo vårdcentral i mitten av 1980-talet så blev läkarsekreterare en mycket viktig personalkategori och dess status höjdes betydligt.

Ewalena Sternfeldt, ordförande i Sveriges Läkarsekreterarförbund, intervjuades om yrkesrollen i Vårdsidor nr 3, 1999 av Ulla Wessman, Lerum.

”Det är brist på läkarsekreterare. Datorns intåg ersatte dem inte. Men arbetsuppgifterna och arbetsmiljön har under hela 90-talet förändrats.

Införandet av datorjournaler i sjukvården skulle medföra effektivisering inom sjukvården och läkarsekreterarna skulle man nog kunna ta bort. Den prognosen har visat sig vara helt felaktig.

Grundutbildningar lades ned på löpande band över landet och endast ett tiotal blev kvar. Nu poppar de upp på nytt med olika kvalitet som följd.

Datorjournalen har krävt ännu större insatser av läkarsekreterarna, som oftast blivit administratörer av datasystemen.

En stor del av arbetsuppgifterna innebär uppdatering och arbete med systemet kontinuerligt.

Insatser behövs dagligen av systemadministratörer för att personalen hela tiden har problem med sina datorer eller skrivare.

Läkarsekreterare vidareutbildar sig

Ewalena Sternfeldt, som är förbundsordförande i Sveriges Läkarsekreterarförbund och expeditörsföreståndare på Fristad vårdcentral, tycker att det enda rätta för läkarsekreterare är att vidareutbilda sig.

- Läs medicinsk informatik, kalkylprogram, datasäkerhet, utrednings metodik, projektplanering, systemutveckling och medicinsk statistik, uppmanar hon.

Visa alltid upp kursintyg och andra bevis för chefen, personalchefen och facket.

- Vi ska lyfta fram den långa yrkes erfarenhet som läkarsekreterare har (40- och 50-talister), varje dag är ett lärande i sig. Vi är de enda som ser precis hur varje läkare arbetar, in- hämtandet av anamnes, undersökning, bedömning och vilka åtgärder den leder till.

- Varje journal är ett lärande, ja, ingen bok i världen kan ersätta detta, säger Ewalena.

Läkarsekreterarna måste marknadsföra sig mycket bättre

I dessa besparingstider, när all personal går på knäna, är det svårt att peka ut någon speciell yrkesgrupp som ska få mer uppskattning än någon annan.

Men Ewalenas önskan är att med arbetare och fackförbund ska få upp ögonen för den nya läkarsekreteraren.

- Vi är inte längre någon grå massa som ska ha samma lön, vi är individer som utvecklas olika och det måste chefer och facket se. Vi måste bli mycket bättre på att tala om vad vi är bra på och vad vi har för inriktning för vårt framtida arbete.

Några av arbetsuppgifterna

Här är några exempel på arbetsuppgifter som läkarsekreteraren är expert på:

- Att vara specialist på dokumentationen och att utveckla dokumentationsdelen i datorn*
- Att ha kunskaper i statistik och kunna ta fram uppgifter ur datorjournalen som underlag för beslut*
- Att undervisa övrig personal i skrivteknik och regler kring vad som är offentligt och inte, hur fax och e-post skall behandlas.*
- Att bevara svenska språket som håller på att fullständigt rasa samman i e-posthanteringen. Tyvärr visar det sig också att våra arbetskamrater som skriver i datorjournalerna, inte alltid har intresse för språkets riktighet, vilket blir en tråkig dokumentation över tidens okunskap.*
- Ta initiativ till modern skötsel av pappersarkivet, mikrofilmning m. m.*

Ny titel på 2000-talet?

- Om jag ser en bit in i 2000-talet, kan jag inte tänka mig att någon kan kalla sig läkarsekreterare med den teknik som vi har och kommer att få, säger Ewalena när hon funderar på yrkes rollen i framtiden.

- Vi är definitivt inte läkarens sekreterare, utan har självständiga arbetsuppgifter som vi ansvarar för.

- Vi går inte i ledband och gör vad någon annan säger till oss, utan utvecklar egna arbetsuppgifter utifrån kunskaper och erfarenheter. Det leder till utbrytning från en homogen grupp till individer som behöver en annan yrkestitel, beroende på vad man gör.

- Själv har jag i många år föreslagit informatikadministratör. Namnet stupar på att det är för långt. Annars är det precis vad vi kommer att göra nämligen att administrera informatiken - som är insamlandet av information som finns överallt i vårt dagliga arbete inom sjukvården."

Ett datapolitiskt handlingsprogram för Sveriges läkarförbund. 1986 – 1991.

Med anledning av informationssystemens utveckling i Lerum/Gråbo och fackligt engagemang kom Bengt Dahlin att ingå i en ArbetsGrupp för Data politiska frågor (AGDA) inom Sveriges Läkarförbund. Sveriges läkarförbund var positivt inställd till användningen av ADB-teknik inom hälso- och sjukvården i den mån den har gynnsamma effekter för vårdarbetet. För läkaren är relationen till patienten det centrala. Därför beskrev programmet de för läkarförbundet viktigaste aspekterna; etik-. Integritets- och sekretessfrågorna. Läkarförbundet avvisade centrala datorsystem och förordade, mot bakgrund av sin grundinställning, användning av basenhetsbaserade datorer.

Angående datorns roll för utvärdering noterades att hela vårdsektorn behöver tillgång till data av hög kvalitet för planering. För att statistiken skall bli användbar måste den byggas upp från grunden så att vårdcentralen och kliniken först får sina behov av uppföljning tillgodosedda. En sådan detaljerad insamling kan aldrig läggas utanför det dagliga hanterandet av information i vården. Det är här som datorn och på sikt datorjournalen kommer in. Utan dessa redskap kan vi inte få den noggranna och effektiva redovisning av problem, beslut och åtgärder som krävs.

"Allt vanligare blir en integrering av datafångsten i samband med journalinskriften. Det är viktigt att läkaren ställer höga krav på datorsystemets databas. Datorinformationen skall vara organiserad på ett ordnat sätt så att man lätt kan komma åt önskad del av informationen.

Databasen måste uppfylla de krav som ställs för kvalitetshöjande och ekonomistyrande arbete inom hälso- och sjukvården. En effektiv medicinsk registrering bör liksom datorjournalen bygga på begrepp/sökord enligt erkända klassifikationer för att kunna användas för medicinsk utvärdering av verksamheten. Samtidigt måste en datorjournalens databas effektivt kunna lagra den i sammanhanget sekundära journaltexten så att även den är lätt och snabbt sökbar.

Datorjournalens innehåll skall också kunna presenteras och vara sökbar på många olika sätt – källorienterad, problemorienterad, i form av flödesschemata etc."

Användningen av datorstöd får inte innebära att läkaren tvingas till en tidsödande dialog med datorn för att erhålla den önskade informationen. Arbetsplatsens utformning får inte heller medföra störningar i patient-läkarrelationen.

1990-talet – ett genomförande decennium

I början av 1990-talet spreds ett flertal olika vårdinformativa system i riket. De flesta var uppbyggda kring befintliga ord- och textbehandlingssystem och administrativa system som användes i vården. I Älvsborg valde man ett av dessa ”ProfDoc” som snabbt implementerades vid praktiskt taget samtliga vårdcentraler i landstinget. Liknande utbyggnad men med många andra system gjordes i riket. I mitten av 1990-talet var mer än hälften av rikets vårdcentraler ”datoriserade”. Problem som snart visade sig var att systemen sällan var anpassade för utvärdering av verksamheten, Kvalitetssäkring. För sådan fick man göra särskilda registreringar bl.a. för rapportering till centrala register. Ett annat stort problem blev att datorsystemen inte kunde kommunicera med varann. Patientdata kunde inte överföras mellan enheter.

Sjukhusen låg efter när det gällde datorjournaler. I slutet av 1990-talet var endast 25 % av sjukhusens kliniker i landet datorstödda patientjournalssystem. I Älvsborg testade man ”Melior” som utvecklats i Göteborg tillsammans med Siemens. I Göteborg spreds det till 40 slutenvårdsenheter. Det vidareutvecklades fortlöpande. Det infördes vid en klinik i Borås och en i Skene 1998. Vid tillfället fanns i Skenes kirurgmottagning sex datorer med sex olika Meliorversioner, vilket visar problemen i sammanhanget. Sjukhusdatoriseringen skulle visa sig bli en utdragen process, många läkare var avvaktande, politikerna började vackla när det kom till finansieringen. Man prioriterade utrustning framför datoriseringsprocessen på de lokala enheterna.

IT- inför 2000-talet

Ett par rapporter visade mot framtiden dels IT-kommissionens 5/97 ”Sverige inför epokskifte”, dels Landstingsförbundets IT-råd samma år ”IT-samverkan för bättre sjukvård”.

Den förstnämnda rapportens slutsatser: på tröskeln till nästa århundrade står Sverige inför nya utmaningar innefattade bl.a. .

- att göra övergången till kunskapssamhället till en nationell angelägenhet och göra alla delaktiga i epokskiftet
- att med hjälp av informationssteknik – IT – öka alla medborgares möjligheter till meningsfullt arbete och bättre liv
- att förändra och effektivisera den gemensamma sektorn med hjälp av IT så att resurser kan frigöras för att förbättra den mänskliga omvårdnaden och omsorgen
- att verka för att alla aktörer på marknaden, oavsett storlek och verksamhet, snabbt tar till sig den teknik som ger förutsättning för ökande konkurrenskraft
- att stödja den framväxande IT-branschen med anknytning till Internet, som skapar jobb och ny tillväxtsektor.

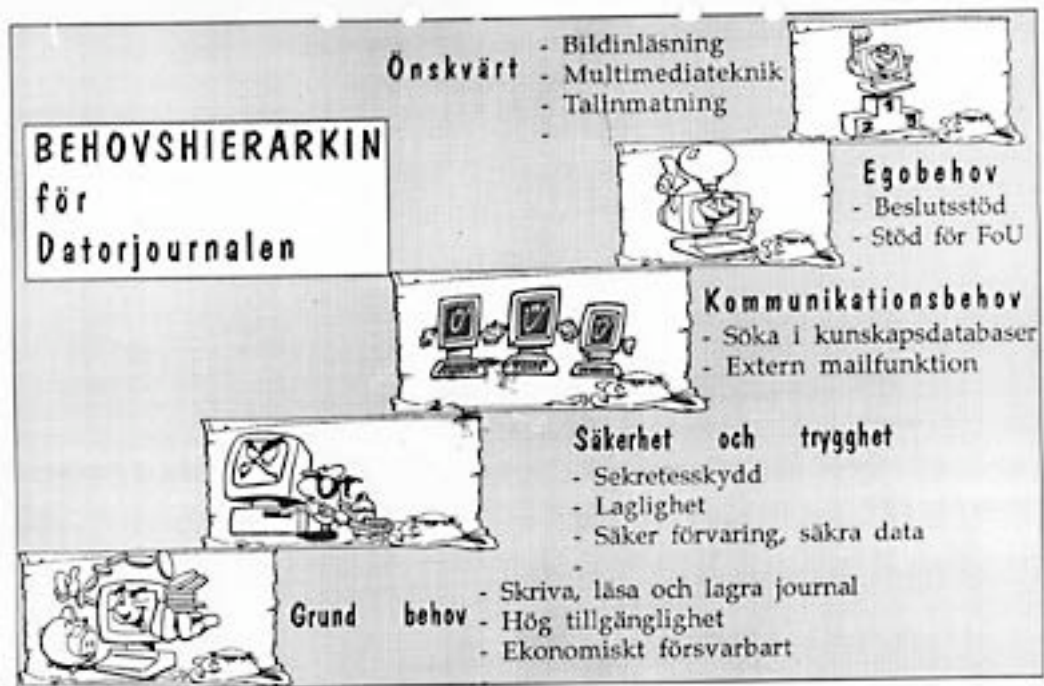
I Landstingsförbundets rapport påvisas att

IT gör det möjligt att övervinna geografiska avstånd, d.v.s. minskar behovet av fysiska förflyttningar för patienter och vårdgivare.

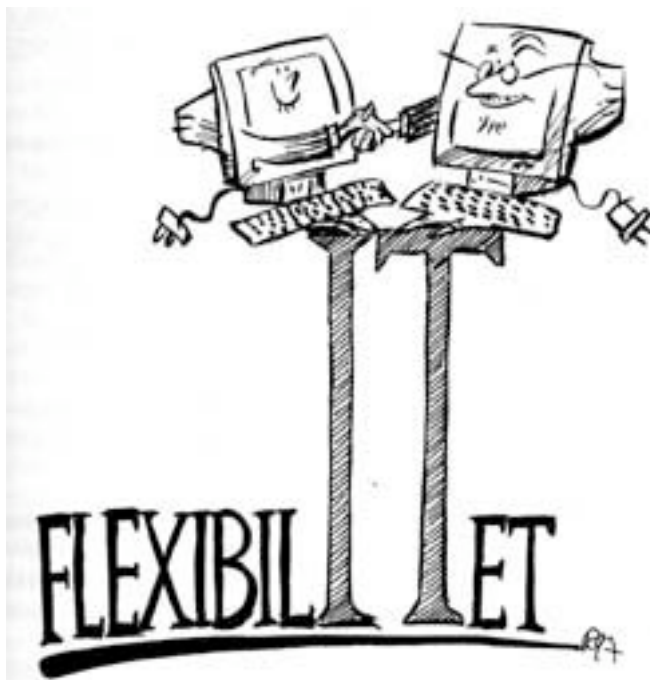
Patienter slipper att upprepa sin sjukhistoria och ta om prover som redan tagits av annan vårdgivare

Sjukvårdspersonalen och dess ledning kan planera och följa upp verksamheten på ett betydligt bättre sätt.

Man konstaterar dock att Hälso- och sjukvården har förhållit sig relativt passiv på IT-området och att i hög grad låtit leverantörerna svara för utvecklingen av IT-lösningar. Detta har gett en IT-marknad i obalans, som kräver samverkan och samfällt agerande. Man ser fram mot en gemensam infrastruktur för IT-stödet dels tekniskt och dels för den information, som registreras, används och kommuniceras.



Bilder som kan sammanfatta framtida krav.



(ur Landstingsförbundets skrift "IT-samverkan för bättre sjukvård")

POLITIKER- OCH TJÄNSTEMANNAORGANISATIONEN

Centralisering/decentralisering

Under 1970-talet kom ansvaret för hälso- och sjukvården att alltmer decentraliseras från statsmakterna till landstingen. Älvsborgs läns landsting beslöt att successivt bygga upp en ny sjukvårdsorganisation med decentralisering av både den politiska och den administrativa ledningsorganisationen. Från 1 mars 1972 indelade man sjukvårdsområdet i två distrikt, det norra respektive det södra sjukvårdsdistriktet. Varje distrikt leddes av en direktion som fick fullständigt driftsansvar för all hälso- och sjukvård i distriktet. Man fick ledningen och ansvaret för den i distriktet förekommande provinsialläkarorganisationen, barnmorskeverksamheten, dispensärverksamheten, distriktsvården samt mödra- och barnhälsovården.

Den politiska direktionens högsta tjänsteman, sjukvårdschefen skulle vara en läkare. Den förste sjukvårdschefen i södra distriktet med placering vid centrallasarettet i Borås var Arne Aldman. Sjukvårdsverksamheten indelades i block som leddes av blockchefer. De senare skulle vara läkare då man trodde att en läkare som chef lättare skulle kunna förstå verksamheten och hålla nere de stigande kostnaderna för vården.

Den öppna vården hade tidigare en till Vänersborg helt centraliserad administration. Handläggare var Märta Andreasson, Annie Andersson och Agne Svensson. Primärvården fick efter många diskussioner och viss tveksamhet från centralt håll egna block med blockchefer, blockföreståndare och primärvårdsadministrativa resurser.

Primärvårdsblocket växte snabbt och det administrativa ansvaret delegerades till distriktsöverläkare och primärvårdsföreståndare i fyra områden varav Mittenälvsborg var ett. Man försökte göra vårdcentralerna så mycket självstyrande som möjligt. Styrmedlen var målstyrning med regelbunden gemensam information (blockmöten), gemensamma regelverk och förstås budgetamar.

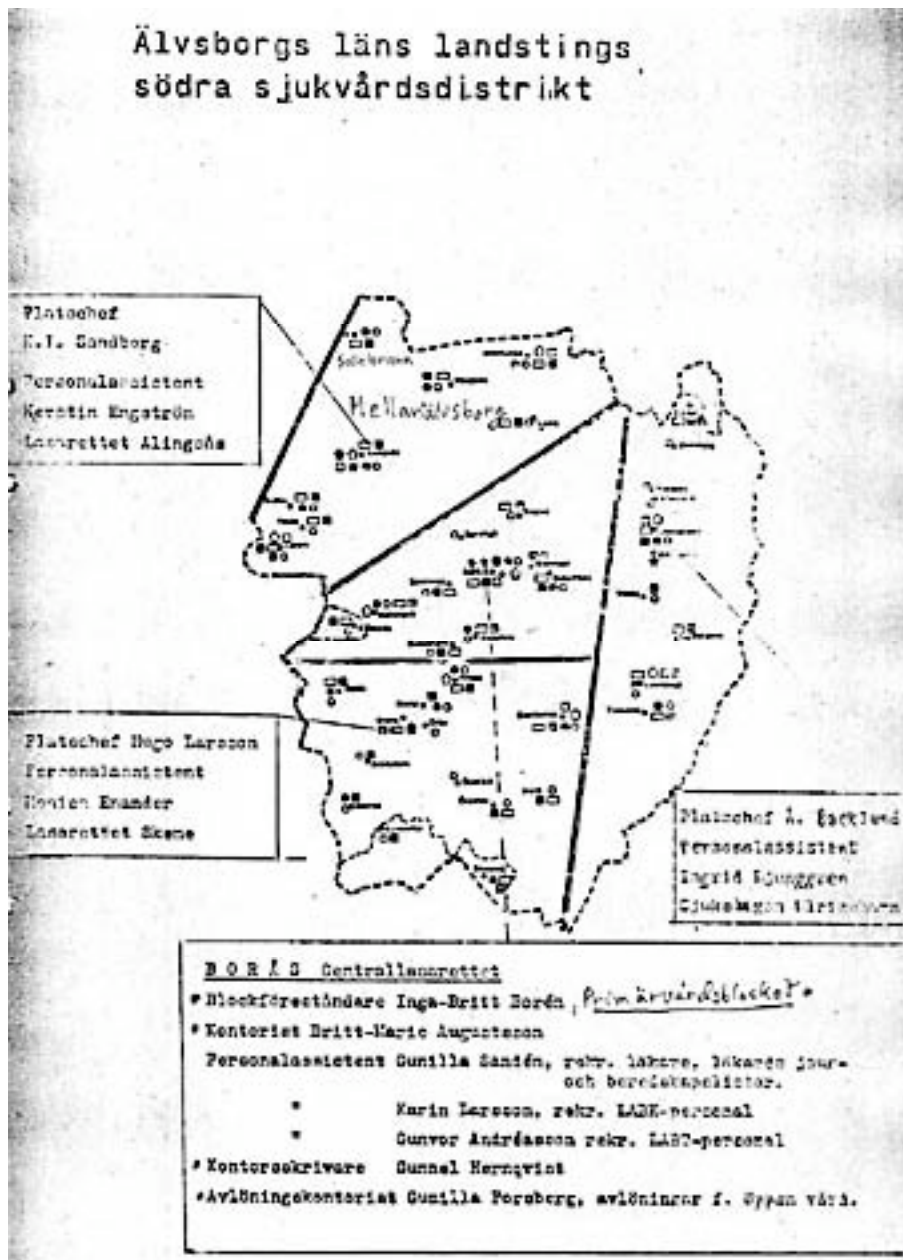
Vårdcentralernas verksamhet påverkades knappast. På vårdcentralerna utsågs chefer som också var läkare, och avdelningsföreståndare som var sjuksköterskor. De hade att överföra blockledningens intentioner och genomföra vården på effektivaste sätt inom ansvarsområdet – inte alltid så lätt.

Ulla Sandvall; Lerums vårdcentral, beskriver utvecklingen:

“1980 – 1990-talen var omorganisationernas och förändringarnas tid. Från blockorganisation med administration placerad i Borås blev Lerums kommun 1986 eget primärvårdsområde med Primärvårdschef och kansli. Primärvårdens ansvar omfattade förebyggande vård, distriktssjukvård, äldreomsorg, barnhälsovård, mödrahälsovård, distriktsjukgymnastik och arbetsterapi. I samarbete med kommunen hade distriktsläkarna ansvar för skolhälsovård och alkoholpoliklinik. De tre vårdcentralerna i Lerums kommun hade var sin chef och föreståndare

I den politiska organisationen fanns en nämnd för primärvårdsfrågor med ett Presidium på två - tre politiker. Denna organisation fanns kvar fram till 1994 då Västra Götalands Regionen började byggas upp. Primärvårdens karta förändrades Södra Älvsborg blev ett eget primärvårdsområde. Mittenälvsborg med de fyra kommunerna fick nu (2005) en gemensam nämnd..”

Distriktsindelning i Södra Älvsborg 1972 – med central administration



Lerum blev eget – i en decentraliserad organisation

En decentralisering av verksamheterna ansågs bidra till beslut närmare befolkningen och därmed en demokratisk uppföljning av de mål som man ställde upp inom hälso- och sjukvårdslagen ram. Landstinget i Älvsborg delades upp i länssjukvård och primärvård – två länssjukvårdsområden och tio primärvårdsområden 1986, där varje område leddes av en politisk nämnd. Initiativet till den nya organisationen var en motion från centerns landstingsgrupp. Vid landstingets sammanträde, den 20 mars 1984, beslutades enligt förslaget, d v s att de hälso- och sjukvårdsdirektioner som tidigare funnits skulle upphöra i och med 1985 års utgång och ersättas av två länssjukvårdsnämnder samt primärvårdsnämnder.

Beslut och verksamhet skulle närma sig varandra genom att varje primärvårdsområde fick en egen politisk nämnd. Varje nämnd hade att leda och utveckla verksamheten efter uppsatta mål och inom den ekonomiska ram som landstinget beslutat.

Vid sammanträdet i maj 1984 lades formerna fast och vid sammanträdet i oktober 1984 fastställdes antalet ledamöter respektive suppleanter i primärvårdsnämnderna samt att kanslierna skulle utlokaliseras.

Paragraf 189, landstingets protokoll 25/9 1984:

Behandlades åter frågan om förslag till landstinget om ny sjukvårdsorganisation med länssjukvårdsnämnder/primärvårdsnämnder om indelningen i primärvårdsområdet, lokalisering av primärvårdskansliet i respektive områden samt ledningsorganisation.

Under överläggningen yrkade Lars Olsson och Stig Frendberg att förvaltningsutskottet skulle föreslå landstinget besluta att primärvården skall indelas i tio primärvårdsdistrikt nämligen Dalslands, Vänersborgs, Trollhättans, Lilla Edets, Ale, Lerums, Alingsås, Borås, Marks och Ulricehamns primärvårdsdistrikt.

Genom Bengt Dahlin vet vi att det inte var allom givet att just Lerum skulle få en egen administration. Men så blev det.

Vården skulle komma närmare befolkningen

I och med att primärvården expanderade kände även politikerna behov av den decentraliserade organisationen. Ärendena kändes ligga alltför långt från verkligheten. Lerum blev ett av de primärvårdsområden som omfattade endast en primärkommun. Det gav stora möjligheter till närmare samverkan mellan kommunens olika verksamheter och primärvårdens. Också folk tandvården inlemmades i organisationen.

Vårdcentralerna var själva centralpunkten för kontakten mellan människorna i samhället och vården. Det nya var att vårdcentralerna nu skulle få ett självständigt ansvar för fördelning av resurser och administrativa rutiner. Även medicinskt skulle vårdcentralerna få ett informationsansvar. Det var alltså den politiska bakgrunden till att primärvårdskansliet den 1 januari 1986 flyttade in i lokalerna i kommunhuset i Lerum.

Redan under hösten 1985 sattes den nya primärvårdschefen Gunnar Palmqvist i arbete med att forma kansliet och dess funktioner. Kerstin von Sydow anställdes som ekonomichef. Harry Lindblad blev personalchef, Solweig Kärman primärvårdsföreståndare och Anita Glantz, då Harling, hälsoplanerare, Anita Adolfsson delade kansliets personalassistenttjänst med Inger Bäckström. Birgitta Elfström anställdes som ekonomiassistent. Som kansliassistent anställdes Ulla Wessman. Hon efterträddes 1989 av Åsa Ericson. Ett år efter kansliets bildande kom Birgitta Klintberg från Alingsås lasarett i och med att löneadministrationen flyttades till Lerum. Bengt Dahlin var knuten till staben som distriktsöverläkare. Det fanns också en distriktsövertandläkare, Carl-Henrik Bratt.

Primärvårdsnämnden i Lerum

Ann-Mari Törnell, ordförande i Lerums primärvårdsnämnd, var med från starten 1986. Kansliet, med chefen Gunnar Palmqvist, fanns redan på plats när politikerna trädde till den 1 januari 1986. Här citeras ur en intervju med henne på den tiden.

– Jag har alltid varit väldigt intresserad av primärvården, sade hon. Jag trodde på en sjukvårdsmodell där så mycket som möjligt sköts om nära befolkningen.

Ann-Mari, centerpartist, var också med i landstingsstyrelsens personalutskott. Under åren hade hon lärt sig mycket om sjukvård. Hon arbetade dock inte själv inom området, utan med arbetsmarknadsfrågor.

Primärvårdsnämnden i Lerum



Pia Pamp (m)
LERUM
tel. 0302-131 63



Sven Lilljebjörn (m)
LERUM
tel. 0302-134 51



Ann-Marie Törnelli (c)
ordf.
LERUM
tel. 0302-102 72



Beate-Charlotte Hammar
(fp)
FLODA
tel. 0302-301 17



Arne Hederskog (s)
vice ordf.
FLODA
tel. 0302-306 05



Roger Kihlberg (s)
SJÖVIK
tel. 0302-431 91



Birgitta Jonsson (s)
LERUM
tel. 0302-154 28

Primärvårdsnämnden i Lerum består av sju ledamöter. Majoriteten har de borgerliga partierna med fyra ledamöter medan socialdemokraterna har tre ledamöter.

Primärvårdsnämnden har det politiska ansvaret för primärvården i Lerums primärvårdsdistrikt.

Primärvårdsnämnden fattar beslut i alla de frågor som rör primärvården och har en egen budget och svarar för ekonomisk planering av verksamheten.

Om Du har några frågor om primärvården kan Du vända Dig till de förtroendevalda i primärvårdsnämnden eller till Primärvårdskanaliet i Lerum, Brobacken 3, 443 01 Lerum. Tel. 0302-552 93.



Landstinget
i Ålvsborg

Primärvården
i Lerum

– Ingen av de fem ordinarie nämndledamöterna var i sjukvårdsyrket, sade hon. Det var bra! Vi täckte andra nischer i samhället. Och det var ett lagom område för en lekman att greppa. Under en mandatperiod hade man en rimlig chans att lära sig verksamheten. För Ann-Maris del blev det tre mandatperioder med primärvården.

– Kommunikation och lagarbete var ledord hela tiden. För att kunna fatta bra beslut måste det finnas en öppen dialog. Man måste ta kontakt med dem det berör. Nämnden var heller inte större än att man kunde ta underhandskontakter. Det var bättre att fundera över en fråga ett varv till än att klubba igenom dåliga beslut. Hon tyckte att utvecklingsklimatet gjorde det särskilt

intressant att arbeta i Lerum. Själva samarbetet med kansliet var mycket positivt, ansåg Ann-Marie. Hennes närmaste person sedan Gunnar Palmqvist, den förste primärvårdschefen i Lerum, slutat var Kerstin von Sydow, som efterträdde Palmqvist. Hon hörde alltid av sig när hon behövde diskutera någon fråga. – Men hälsan tiger still, brukar det ju heta, sade Ann-Mari Törnell apropå kontakterna med primärvårdskansliet.

– När det var stora frågor eller bekymmer av olika slag och vi hade täta kontakter och långa resonemang. Andra tider hördes vi inte av lika ofta.

– Och jag försökte i min tur stämma av de frågor vi hade med Kerstin. Hon var en talang som arbetsledare. Dessutom hade hon detaljkunskap om ekonomin. Hon kunde göra snabba kalkyler och överslag på sittande möte och visste då handgripligt vad vi hade att röra oss med.

Om nämnden ville ha en viss service, kanske behövde få ta fram ett underlagsmaterial snabbt, eller haft åsikter om något, var det aldrig några sura miner.

– "Vår vilja - deras lag" – det genomsyrade verksamheten på ett suveränt sätt. Samtidigt tyckte jag inte att den ena satt sig på den andra, varken tjänstemän, politiker eller politiker-politiker.

Ekonomin, de ständiga sparbetingen, var jobbiga. Men lojaliteten hos de anställda var stor. Oftast togs egna initiativ för att spara. Det är sådana extra "överkurser" som gjorde det gänget unikt och organisationen stark. – I den nya organisationen funderade jag faktiskt på om vi blev för starka i Lerum.

Viktiga händelser under denna tid. – Det var så mycket. Att vi fick specialistläkare några timmar i veckan till vårdcentralen i Lerum var något man kunde jobba ihjäl sig för. De satt fast som cement på lasaretten. I och med den gränslösa sjukvården blev det plötsligt mer intressant att utlokalisera dem, ekonomiskt sett. Det blev billigare att behandla patienter inom det egna länet i stället för att skicka dem till Göteborg. – Det var lite grand som "Mohammed och berget". En seger även om det var jobbigt att genomföra. Och då menar jag själva genomförandet; det pionjärarbete, som det faktiskt var att knyta ihop två olika kulturer, länssjukvård och primärvård.

En annan sak Ann-Marie var lite stolt över var att Lerum blev föregångare när det gällde att få ner kostnaderna för barnens uteblivna tandvårdstider.

– Vad som helst är ju roligare för en unge än att gå till tandläkaren. Där stod vi med personalen och inga barn alldeles för ofta. Vi fick börja ta betalt. 50 kronor kostade det att glömma. Det låter kanske tufft, men det var också dåligt att stå med höga kostnader för inga behandlingar, hävdade Ann-Mari. Det blev också en markering – att tandvårdspersonalens arbete är viktigt.

– Trots allt är verksamheten viktigast! Och inte minst den förebyggande.

Att förebygga sjukdom är klok politik. Men svårare än man kan tro, konstaterar Ann-Mari. Det är ett segt och tålmodigt arbete och resultaten märks sällan med detsamma.

Men hon tyckte att primärvården vunnit mark och pekade på ett av projekten, ett för arbetslösa, där kommun, arbetsförmedling, försäkringskassa och primärvård drog åt samma håll. – Det är så det ska gå till, sade hon. Primärvården i Lerum har gjort sig känd - en faktor att räkna med. – Vi hade gott renommé!

Nya lokaler

Efter två år i kommunhuset började man se sig om efter nya lokaler. Det nya kontors och affärshuset vid Åsenvägen började byggas och primärvårdskansliet höll sig framme.

Personalen fick gemensamt möjlighet att utforma lokalerna på andra våningen efter egna behov. I kontrast till kommunhusets korridor blev det här i stället ett "torg" med bibliotek med tidskrifter och böcker i ämnet hälsa/sjukvård i mitten och arbetsrum runt om. I ena hörnet fanns ett stort sammanträdesrum, i det andra trivsamma personalutrymmen. Här fanns också plats för utvecklingsenheten och dess medarbetare. Det hela präglades av ljus och luftighet i färgval och inredning. Första mars 1988 flyttade primärvårdskansliet in. Arbetsmiljön blev bättre och prislappen på hyran lägre. Inom huset samsades man med såväl en el- och en budfirma samt en present- och antikvitetsaffär.

Sparbeting medför ny flytt

Kan vi spara mer på administrationen och sänka våra totala kostnader blev frågan. När man till slut fattade beslutet om att flytta till en hörna av den moderna byggnad som vårdcentralen utgör våren 1992 var det också ett sätt att närma sig verksamheten rent fysiskt. Endast en glasdörr skiljer kansliet från vårdcentralens barnmottagning. Det kändes också bra att visa att även vi kunde göra ihop oss i besparingstider, sade Kerstin von Sydow efter några år i de nya lokalerna på Vårdcentralen. Här var det mer korridorkänsla där medarbetarna har sina rum i fil på höger sida. Små moduler för var och en med plats för skriv- och datorbord, pärmhylla samt besöksstol. Birgitta Klintberg och Inger Bäckström delade rum. På vänster sida i korridoren finns ett kopiator- och materialrum. Längst in finns en pytteliten hörna för fika. Ett sammanträdesbord har Kerstin von Sydow i sitt rum. Även om utrymmena inte var så stora var de dock trivsamma. Dessutom har vårdcentralen ett stort personalrum som också kansliets personal kunde utnyttja för fika, lunch och samvaro.

Förändringar på personalfronten

Även på personalfronten skedde förändringar genom åren. Gunnar Palmqvist avgick 1989 och efterträddes som primärvårdschef av Kerstin von Sydow. Någon ny ekonomichef anställdes inte eftersom Kerstin kunde förena ekonomiuppgifterna med chefskapet. Anita Adolfsson blev hälsoplanerarens sekreterare och resursperson för FoU-enheten. 1992 blev Solweig Kärrman hälsoplanerare efter Anita Glantz som övergick att arbeta med begränsade uppdrag inom personal- och organisationsområdet. Kanslisekreterare hade tidigare varit Ulla Wessman och Åsa Ericson. På grund av besparing 1992 drogs två tjänster in. Det gällde personalchef Harry Lindblad och ekonomiassistent Titti Tindvall.

Att man blev färre på kansliet innebar att trycket på var och en var stort. I samtal med personalen framkom att alla kände stort ansvar. Det är svårt att vara borta från arbetet - ingen kunde rycka in och utföra en annans arbetsuppgifter var en vanlig kommentar.

Samtidigt blev sammanhållningen stor. Man fungerade som ett team och kände i viss mån till varandras arbetsuppgifter.

Ekonomin, de ständiga sparbetingen, var jobbiga. Men lojaliteten hos de anställda var stor, sa Ann-Marie Törnell, primärvårdsnämndens ordförande apropå hur kansliet fungerade.

– Det här gänget är unikt och starkt. – Är det förresten någon som har berättat om våra personalfester inom primärvården? De var jätteroliga. Här fanns så många talanger, både skrivande och musikaliska. Avslutade Ann-Marie Törnell för att ytterligare understryka den goda stämning som rådde inom primärvårdsområdet.

Chefs- och stabsfunktioner

Den nya organisationen innebar nya ledningsfunktioner. Blockorganisationen var skrotad, vilket innebar att blockledningen försvann. Chefen för primärvårdsområdena skulle inte längre vara läkare utan professionella administratörer. Kvar fanns några stabsfunktioner:

Distriktsöverläkaren, som blev ledningens läkarrepresentation. En tandöverläkare representerade den till primärvården nu knutna folktandvården. Primärvårdsföreståndarna blev också kvar i varje primärvårdsområde.

Landstingets ledningspolicy

”Grönt ljus för nya idéer, egna initiativ och sunt förnuft” heter en skrift som lyfte fram den ledningspolicy för landstinget i Älvsborg, som antogs av landstingets förvaltningsutskott 1986 i samråd med landstingets förvaltningschefer. Ledningspolicyn innebar bl.a. :

- Personalen är landstingets viktigaste resurs och ska därför ges möjligheter att utvecklas. Det är chefens ansvar att stödja och uppmuntra idéer och visioner och erfarenheter som personalen besitter.
- Besluten ska flytta ut så nära verkligheten som möjligt. I stället för att styra med regler i varje detalj, ska kunskap och sunt förnuft få råda. Beslutsvägar ska förkortas för att tiden mellan idé och handling inte ska bli för lång.
- Det ska finnas en öppen dialog för att skapa förståelse för verksamhetens mål, omfattning och kostnader och resurser.

- Det ska finnas mätbara mål, som ska vara realistiska och följas upp.
- Detaljbeslut fattas av de ansvariga ute i verksamheten inom ekonomiska ramar och riktlinjer.
- Chefen måste våga pröva nya sätt att arbeta och ska inte behöva vara rädd för att misslyckas ibland.
- Byråkratin ska minskas och så få beslutsvägar som möjligt ska finnas.
- Vi är till för allmänheten. Vi måste ständigt förbättra vår service, Vi måste ha mål för servicen.
- Det är verksamheten som skall bestämma vilken service man ska ha.
- Administrativa enheter ska göras så små som möjligt.

En satsning på utbildning av chefer på olika nivåer gjordes på bred front. En av dessa var avdelningsföreståndarutbildning för att stärka och utveckla arbetsledarrollen i en decentraliserad organisation för att utveckla vården mot helhetssyn, kvalitet, kontinuitet och tillgänglighet.

Gunnar Palmqvist, primärvårdchef i Lerum

Bild: GUNNAR PALM QVIST Primärvårdschef

När Gunnar Palmqvist anställdes som förvaltningschef inom Lerums decentraliserade primärvårdsnämnds kansli var han först på plan. Det blev att bygga upp formerna, skaffa lokaler, anställa folk. – Ingenting var förberett. Jag fick börja från scratch. Inte ens nämnden var utsedd så jag jobbade direkt mot landstinget.

Gunnar Palmqvist kom den 1 juli 1985 till Lerum, från Göteborgs sjukvård där han under ett 15-tal år hade sysslat med att bygga upp den distriktssjukvård som då var aktuell.

Ur en intervju med Gunnar Palmqvist:

– Det hade börjat bli kärt i Göteborg. Vi hade redan då börjat känna av de ekonomiska neddragningarna. Älvsborgs läns landsting kändes framåtsyftande, positivt och kreativt. Och det fanns ekonomiska resurser.

En annan morot var att Lerum redan i den gamla organisationen var känd genom sitt utvecklingsarbete på 70- och 80-talen.

– Jag hade genom skrifter och artiklar lärt känna Bengt Dahlin som en föregångare i primärvårdsutveckling. Det arbete de utfört i Lerum var en bra grund att stå på för att utveckla ett förebyggande hälsoarbete.

– Jag upplevde också alltid Lerum som förändringsbenäget. Det var inget stänk och stön inför förändringar.

Uppgiften var att omvandla en organisation från att ha varit stor och hierarkisk till mycket lokalt inriktad. Det var den tid då offentliga sektorn skulle bli mer serviceinriktad och det tog också den nya primärvården till sig. Hälsofrågorna skulle tydliggöras för folk i närsamhället.

Den organisation Gunnar, och så småningom hans medarbetare, byggde upp blev demokratisk till sin karaktär. Den bestod av vårdcentralerna och tandvårdsenheterna i Lerum. Floda och Gråbo. Enheterna fick stora befogenheter. Man försökte göra dem ”självstyrande”. Cheferna fick mandat att vidareutveckla verksamheten. Någon stark distriktsöverläkare behövdes inte.

Gunnar Palmqvist: – Vi gled in i ett mycket aktivt förebyggande hälsoarbete med en stark FoU-enhet. Tyvärr är det sådant som först på stryka på foten i sämre tider. Men om man lyckats sätta sin prägel på att det vid varje vårdcentralsnivå tänks förebyggande kan i och för sig den centrala FoU-enhetens roll tonas ner. Och det fanns en enormt positiv framåtanda. Även om vi klagade och knorrade hade vi en god uppbackning från landstingsledningen.

Gunnar beskrev skillnaden mellan Lerum och Göteborg så att man i Göteborg är duktig på administrativ teknik, att göra saker och ting rätt, men varit dåliga på att förändra och utveckla arbetet. I Älvsborg är det tvärtom. Tiden mellan idé och handling är kort och den administrativa tekniken går lite på känn.

– Det fanns många saker vi utvecklade och det är synd att det inte fanns en bättre koppling in i landstinget med alla nya idéer. Lerum fick hållas lite för sig själva. Man var ofta tidigt ute med förändringar som skulle komma. Men man blir inte profet i sin hemstad

Från sin horisont hoppades Gunnar på en utveckling som förde samman primärvård och primärkommunal verksamhet under ett tak. Han var rädd för följderna om primärvården, på

grund av sin ringa storlek, åter lyftes över till länssjukvården och inte längre kunde värna sin primärvårdsprofil.

– Resurserna måste komma kommunens invånare till del. Om vi var duktiga i Lerum och bidrog till minskade vårddagar på Alingsås lasarett så fick Lerumsborna aldrig del av de sparade pengarna. – Det var det som skulle vara poängen: Att man tillsammans hade ett kommunalt befolkningsansvar och bättre kunde fördela de gemensamma resurserna.

1989 bytte Gunnar både arbete och arbetsort. Han blev stadsdelschef i Majorna i Göteborg.

Gunnar: – När ÄDEL-beslutet kom kunde man direkt läsa ut att Lerum aldrig skulle få fortsätta vara ett eget primärvårdsområde i längden. Eftersom jag bor i västra Göteborg var det tillräckligt långt att pendla till Lerum och man kunde misstänka att det skulle bli Vänersborg en dag.

Kerstin von Sydow

BILD: KERSTIN VON SYDOW Primärvårdschef

Kerstin von Sydow anställdes som ekonomichef när den nya primärvårdsorganisationen bildades. Kerstin: – Gunnar arbetade med det organisatoriska, jag med ekonomin. Det var en utmaning och det var roligt. När Gunnar Palmqvist försvann 1989 tog Kerstin över hans arbete.

– Men inte hans ledarstil. Jag har haft min egen. Och Kerstin von Sydow trivdes lika väl med sitt nya arbete som primärvårdschef.

Kerstin deklarerade i en intervju: – Jag tror på det nära ledarskapet. Lerums primärvård är precis lagom stort för det. Det är överblickbart.

– Det var sex verksamhetschefer och jag som utgjorde ledningsgruppen. Det fungerade utomordentligt bra.

Sedan 1989 kombinerade hon sina kunskaper i ekonomi med chefskapet för Lerums primärvård och tyckte att det fungerar bra. Fördelen var att hon kände att hon hade greppet även om ekonomin.

Kerstin: – Chefsjobbet är oerhört omväxlande. Ingen dag liknar den andra och alla är för korta, sade Kerstin med ett leende.

– Sen var det klart att det var mycket möten och tragglande också. Men en stor fördel var att det var ett så litet område.

Det hela byggde på duktiga chefer ute i verksamheten.

Kerstin har också fortbildat sig - i psykologi och data.

– Men jag har ingen medicinsk utbildning, betonat hon.

– Jag har ett klappande hjärta för FoU-verksamheten. Den intresserar mig verkligen. Den fackliga kunskapen får jag av andra. Jag känner mig ödmjuk inför medicinsk och odontologisk expertis och det skulle aldrig falla mig in att ta ett beslut utan att först lyssna på dem som kan, sade Kerstin och tillade:

– Det var nog till och med en styrka i det här arbetet att jag varken är tandläkare eller läkare. Jag behöver inte ta någon kollegial hänsyn.

Om ledarskapet och dess innebörd:

– "Kerstin är som hon är" hörde jag ibland. Och det är nog sant. Jag har alltid känt att jag har det där med ledarskap naturligt. Man måste vara bestämd, våga fatta beslut och visa att man tror på sin sak.

– Det är viktigt med goda relationer, och ett gott humör hävdar Kerstin. Man måste vara lojal mot landstinget och ha en god relation till politikerna. Det tycker jag vi hade här, framför allt presidiet.

– Lika viktigt är att man känner sig hemma i sin roll som chef gentemot sina medarbetare. Det måste finnas en balans mellan att vara öppen och sig själv å ena sidan och agera chef å den andra.

– Det var en mycket fin stämning mellan oss på kansliet. Hon karaktäriserar det som ett nära samarbete där hon lämnade stor frihet under ansvar. – Och de stöttade mig, kritiserar inte utan försöker finna lösningar och vägar.

– Sen kan jag faktiskt en hel del - kunskap jag skaffat mig under de 20 år jag arbetat.

Att hon ställde höga krav på sina medarbetare var hon medveten om. Hon tror att de uppskattar att få ta ansvar. Men samtidigt blev det mycket för var och en i och med att personalstyrkan minskade de senaste åren.

– Ibland kanske arbetssituationen blev pressande, medgav Kerstin. Men jag pressade faktiskt mig själv också en del.

– Och det var ett gott gäng, mycket humör, en stor öppenhet. De sade allt emot, säger Kerstin med ett skratt. Även om Kerstin trivdes fanns det naturligtvis saker hon skulle velat förbättra. Inte fullt så många järn i elden var en sådan sak.

– Det skulle vara fint om det funnes mer tid för t ex att gå in och analysera bokslut, mer verksamhetsuppföljning, mer tid med tjejerna härute och prata, åka ut till enheterna och vara med och fika.

Och visst hände det mycket under dessa år i primärvården. Servicen ökade genom att vården anpassades mer till befolkningens behov. Öppethållande, tillgång till specialister på vårdcentralen, utökad barnmottagning är några exempel.

– Man kan säga att vi konstant ökade servicen mellan 1986 och 1994, säger Kerstin inte utan stolthet. Men påpekar samtidigt att det finns två sidor - dels hur personalen tyckte arbetet utvecklats, dels hur Lerums befolkning såg på vården.

Enkäter har visat att Lerumsborna var mycket nöjda med vårdcentralerna och tandvårdsklinikerna.

Datoriseringen har betytt mycket för utvecklingen. Patienterna får snabbare besked och läkarna slipper springa och jaga tidböcker.

Den administrativa sidan är idag totalt datorberoende. Löner och ekonomi - allt är datoriserat. – Det är en enorm utveckling, sade Kerstin.

En sak man satsade mycket på inom primärvården var arbetsmiljön.

Ergonomiskt riktig utrustning för tandläkarna var ett exempel.

– Det var en mycket medveten satsning. Mår man bättre på jobbet och inte har ont blir man mindre trött. Vi får helt klart igen det vi satsar på arbetsmiljön.

Att man tvingades göra neddragningar och minska primärvårdskansliets personal var en utveckling som Kerstin inte precis jublade över. Men samtidigt såg hon det som viktigt att även dra ner på administrationen i tider när det totalt sett blir minskade ekonomiska ramar.

– Att vi anpassade oss till det ökade respekten hos andra, tror hon. Och det var en stor fördel när vi flyttade till vårdcentralen. Det blev inte så lätt "vi" och "dom".

– Egentligen skulle vi ha suttit både i Gråbo och Floda också om det varit praktiskt möjligt.

Solweig Kärrman



Den första december 1985, när Lerum blev eget primärvårdsområde, anställdes Solweig som primärvårdsföreståndare med ansvar för äldreomsorgen i Lerum. Dessförinnan hade Solweig sedan 1983 varit primärvårdsföreståndare i Götaälvdalen (Ale och Lilla Edet). 1984 beslöts att Ale och Lilla Edet också skulle vara två separata primärvårdsområden, som Solweig under ett halvår hade tjänst i. Den första tiden som föreståndare i Lerum var hon placerad i Alingsås då kansliet i Lerum ännu inte fanns i sinnevärlden. Ett kansli inreddes 1988 i hyrda lokaler på Åsensvägen i Lerum. De planerades helt av personalen själva och blev mycket funktionsdugliga. Solweig: – Det var under de goda åren. Uppbyggnaden av den lokala administrationen var jobbig. Vi fick inte mycket stöd under dt första steget till decentralisering. Birgitta Klintberg och Birgitta Elfström som personal- respektive ekonomiassistent förde med sig mycket erfarenhet till det nya kansliet. Datorerna blev en stor hjälp i arbetet.

I Lerum var Solweig ansvarig för utvecklandet av hemsjukvården. Och även avvecklandet eller snarare överförandet till kommunen i och med Ädelreformen. Det behövdes bl.a. utbildning av personal vid övergången.

Solweig blev den andra hälsoplaneraren i Lerums primärvård i början av 90-talet då Anita Glanz (se nedan) gick över till att bli egenföretagare och konsult.

Anita Glanz

Anita Glanz, barnsjuksköterska, vårdlärare, klinikadministratör, fick Lerums första hälsoplanerartjänst. Egentligen hade hon sökt föreståndartjänsten på Lerums vårdcentral för att få jobba med personalutveckling. Hon och Gunnar Palmqvist blev först på plan i det nya kansliet. Anita attackerade i stället hälsofrågor inom organisationen. Ett allmänt hälsomedvetande hos dem som jobbade inom vården var målet. Anita: – När vi började med rökavvänjningskurserna vågade man knappt ifrågasätta rökning. Det tog tio år innan trenden vände. Hon försökte hitta dem som ville jobba offensivt med hälsoarbete, ”peppade” och utbildade dem. En del fick ledigt från ordinarie arbete en tid för att arbeta med utvecklingsprojekt. Detta var möjligt när utvecklingsenheten i Lerum startade.

Hälsoarbetet stod och stampade hade inte full acceptans. – Det blev någon sorts trötthet över det hela så Anita drog sig ur och gick över att bli egenföretagare, konsult i början av 90-talet med arbete att följa upp det stora arbetsmiljöprojektet ”Rätt till hälsa”. 1993 slutade hon helt i primärvården.

Bengt Dahlin

Efter tiden som blockchef blev Bengt distriktsöverläkare i Mittenälvsborg och verkade då för att stärka utbildningen av läkarna i området. Man samlade läkarna i Mittenälvsborg varje månad en eftermiddag på Näås för att på primärvårdsläkarnas egna önskemål fördjupa sig inom olika områden med hjälp av bl.a. inbjudna organspecialister. Några läkemedelsföretag var ej

inblandade i efterutbildningen. Bengt engagerades också i centrala utbildningsfrågor och kursverksamhet kring läkares utbildning, bl.a. Provinsialläkarfondens FoU-kurs 1984 tillsammans med Lennart Råstam..

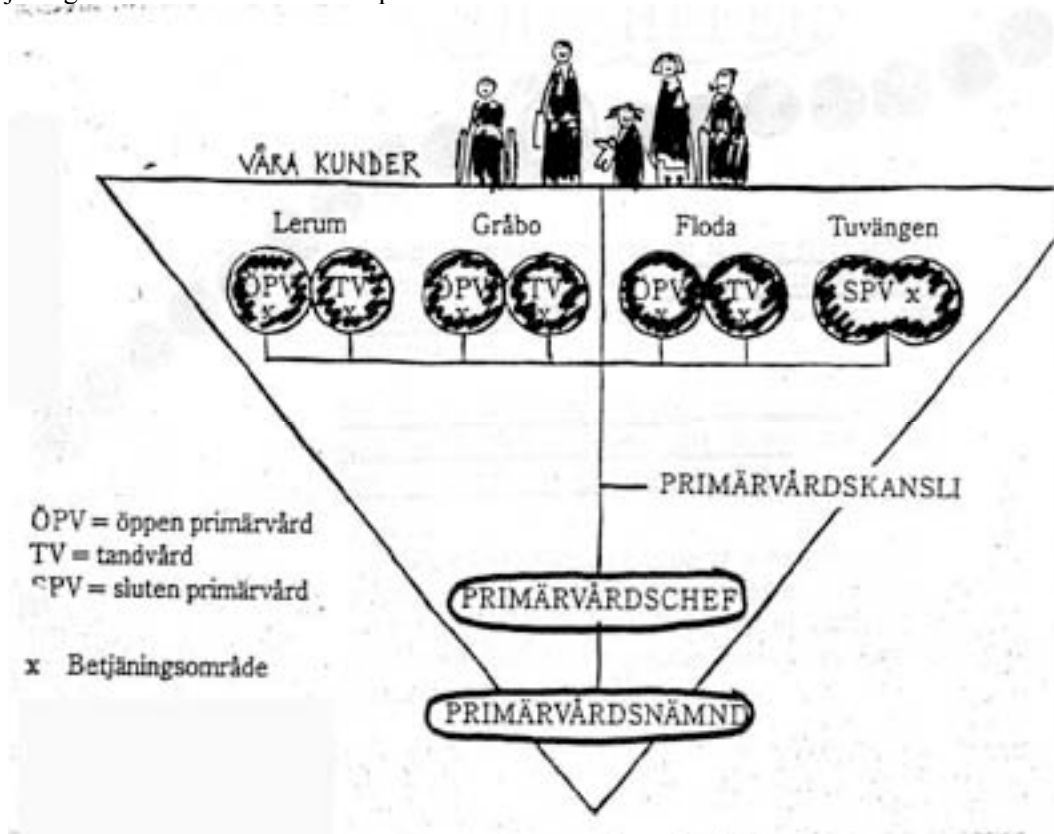
Det blev också mer tid för utvecklingsarbete och vid den nya vårdcentralen i Gråbo (1978), där Bengt blev betjäningsområdeschef. Man satsade där på utveckling av vårdinformationssystem, som beskrivits på annan plats. Även projekt inom förebyggande vård genomfördes.

När Lerums utvecklingsenhet körde igång 1986 fick BD heltidstjänst vid enheten med samordningsfunktion. Utvecklingsenheten i Lerum fick fart med en mängd projekt genom medarbetarna och övriga primärvårdskollegor. Samarbetet med Spri fortsatte i form av olika projekt för utveckling av datorjournalen bl.a. hur data skulle kunna säkras för framtiden i de olika systemen (bl.a. Datagrundjournal. Datorisering av informationssystem vid Gråbo vårdcentral. Spri rapport 282.1990, Användarnas krav på datorstödd vårddokumentation. Spri rapport 416. 1996, Långtidslagring av patientinformation, Spri-rapport 455. 1997 och ett av Spris sista projekt inom IT, Långtidslagring av elektronisk vårdinformation i XML-format, Spri-rapport 943. 1999).

I den nya ledningsorganisationen blev Bengt en av stabspersonerna i egenskap av distriktsöverläkare.

Spelplan för Lerums primärvård

Lerums primärvårdsområden lika med Lerums primärkommun hade 1990 32 000 invånare. Primärvårdsområdet var indelat i sju betjäningsområden, som vart och ett leddes av en betjäningsområdeschef underställd primärvårdschefen.



Chef för betjäningsområde med öppen primärvård är en läkare, för sjukhemmet en sjuksköterska med administrativ utbildning och för vardera tandvårdsenheterna en tandläkare. Betjäningsområdeschefen i den öppna primärvården hade en avdelningsföreståndare till hjälp att leda verksamheten efter de befogenheter som tilldelats henne.

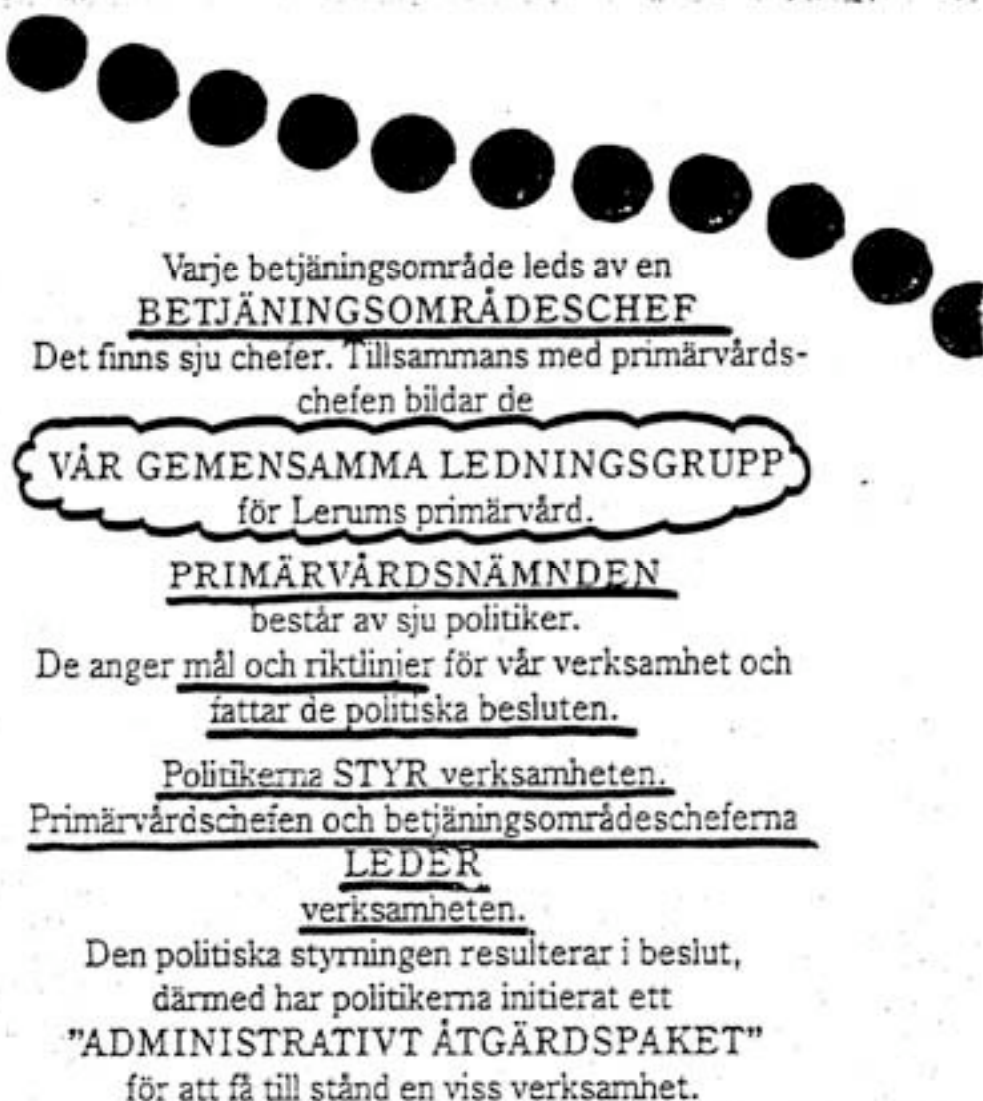
"Vi vill ge våra uppdragsgivare – kommunens invånare – den allra bästa hälso- och sjukvården. Vår service handlar om livskvalitet och läkekonst."

Så började den verksamhetsidé som antogs av Lerums primärvårdsnämnd 1988. Den upptog hälso- och sjukvårdsmål, service- och kvalitetsmål för verksamheten och vilka spelregler som gällde för dessa.

Verksamhetsidéen för Lerums primärvård sammanfattades i en spelplan. Den skulle användas för att ge personalen kunskap om landstingets nya ledningspolicy och vad som gällde för Lerum.



Den gemensamma ledningsgruppen, de sju betjäningsområdescheferna, hade ett stort ansvar för verksamheterna och kunde fatta de flesta besluten själva vad gällde personal och ekonomi. Enhetscheferna ledde verksamheten genom föreståndare, vilka var nyckelgrupp av "mellanchefer".



Ledningsfilosofin.

- Vi måste bli 1% bättre på 100 saker inte 100% bättre på en sak
- Vi är till för kommuninnevånarna – inte tvärtom.
- En nöjd patient är vår viktigaste tillgång.
- Förändring – det naturliga tillståndet.
- En människa som inte har information kan inte ta ansvar. En människa som har information kan inte undgå att ta ansvar.
- Det viktigaste för en människa är att veta att hon behövs.
- Tala MED varann inte OM varann.
- Fråga inte om lov – Du kan få NEJ!

Projekt Hjalmar – Arbetsledning på en vårdcentral

En arbetsgrupp med Gunnar Hedelin, Solweig Kärrman, Ulla Sandvall och Ulla Wessman fick i uppdrag att göra en översyn av föreståndarfunktionen vid Lerums vårdcentral 1990. Bakgrunden var att när Lerums vårdcentral togs i bruk 1985 inrättades en tjänst som

vårdcentralföreståndare under betjäningsområdeschefen med funktion att handha såväl personal-, ekonomi-, vårdutvecklingsfrågor och annan administration. Det visade sig att i den nya decentraliserade organisationen blev det övermäktigt för en person att klara allt detta. När den första föreståndaren flytta till annan tjänst beslöts att se över funktionen. Det blev "Projekt Hjalmar"

Resultatet blev att dela upp föreståndaruppgifterna så att de rena sjukvårdsfrågorna handläggs av vårdcentralföreståndaren och de rent administrativa uppgifterna av den administrativa sekreteraren. Man fick på så sätt professionell kompetens i ledningen som inte var uppbounden av rutinärenden och som utan dröjsmål kunde ge service i sjukvårds- och administrativa frågor, till föreståndarna för de olika avdelningarna på vårdcentralen.

Avdelningarna/funktionsområdena på vårdcentralen var 1990: Vårdlag norr (Aspenäs, Knappekulla), Vårdlag söder (Almekärr, Hulan), Barnmottagning, Distriktsarbetsterapi, Distriktsjukgymnastik, Städenhet, kvälls- och nattpatruller och administrativ enhet.

Primärvårdsorganisationen centraliseras igen

Under hela perioden 1986 – 1994 hade Lerum en egen decentraliserad politiker- och tjänstremannaorganisation med primärvårdskansli i Lerum. Sedan blev det en gemensam primärvårdsnämnd för Mittenälvsborg. Kansliet flyttade till Oscarsgatan i Alingsås i den för Mittenälvsborg gemensamma administrationen, där det fortfarande finns kvar idag (2005). Man slog alltså samman Lerums och Alingsås primärvårdsområden till ett för Mittenälvsborg. Organisatoriskt försökte man införa den modell Lerum haft men ledningsgruppen blev för stor för att "Lerumsdynamiken" skulle fungera.

Ett mellanår slog man ihop administrationen av Alingsås lasarett och primärvården i Mittenälvsborg under ledning av Agneta Kjellberg

Några år senare centraliserades primärvårdens administration och ledning ännu en gång, nu till Borås. Den ledningsgrupp som då skapades delades upp i två. Vardera halvan träffades med chefen varannan vecka..

Som när blockorganisationen startade 1972 fick primärvården i södra Älvsborg en ledare placerad i Borås. Det blev Kerstin von Södow som blev områdesdirektör vilket var ett gott val. Hon kunde föra vidare mycket av Lerumsandan i hela primärvården.

Att styra landsting "Nya Älvsborg"

Bengt Dahlin kommenterar i en skrivelse 18 maj 1993 det förslag till en ny central politikerorganisation, som året efter genomfördes. Utdrag ur skrivelsen kan också vara en sammanfattning av Lerumsdistriktets funktion under denna period:

Styrgruppens förslag till en ny politisk organisation från 1995 innebär för Lerums primärvård att den politiska arenan flyttas till en Hälso- och sjukvårdsnämnd för Mittenälvsborg. Alingsås och Lerums primärvårdsdistrikt kommer under samma nämnd.

Lerums primärvård har utvecklat en effektiv och integrerad primärvårdsadministration under sin "självständiga" tid och vi vil understryka vikten av att inte bryta sönder en på alla plan välfungerande administrativ enhet.

Personal- och landstingsandan är mycket god i Lerum. Detta inte bara inom basenheterna utan också mellan enheterna. Vi fungerar känslomässigt och reellt som en sammansvetsad enhet med en gemensam ledningsgrupp för all verksamhet. Detta har underlättat att hantera struktur- och prioriteringsfrågor på ett effektivt sätt, vilket är grunden för en framgångsrik organisation.

Trots eller kanske p.g.a. att Lerums primärvård varit den minsta enheten i landstingsorganisationen har vi inom givna ekonomiska ramar uppfyllt landstingets målsättningar för primärvård och tandvård väl så bra som övriga primärvårdsdistrikt.

Vi har med den minsta möjliga administrativa personalfunktionen kunnat undvika höga administrativa kostnader, vilket gjort att vi kunnat satsa på en befolkningsinriktad verksamhet.

Vi kan redovisa ett mycket aktivt och framgångsrikt förebyggande arbete på många plan, vilket kommit befolkningen till del i ett flertal projekt. Vi har genom detta arbete byggt upp många samarbetskanaler till primärkommunens olika verksamheter. Detta underlättar en eventuell framtida kommunalisering av politikerfunktionerna.

Vi har inom befintliga ramar kunnat genomföra en bred och engagerad FoU-verksamhet och enligt landstingets FoU-målsättningar för vår arena haft en välfungerande FoU-enhet, som även kommit andra till del. Detta har stärkt primärvårdens ställning i landstinget och i landet.

Vi har verkat för valfrihet för patienten inom ramen för ekonomisk balans genom att i samverkan med lasarettet i Alingsås införa specialistmottagningar eftermiddags- och kvällstid vid Lerums vårdcentral.

Vi har senaste året givit öppningar för västsvensk regional utveckling genom att engagera oss i läkarnas grundutbildning vid universitetet i Göteborg. Genom detta har Lerum och Noltorps vårdcentraler kommit att fungera som "universitetsfilialer". Tanken är att flera enheter skall kunna få detta status, även på lasarettet.

Internt har vi satsat mycket på personalutveckling och personalutbildning vilket bidrar till en hög vårdkvalitet som kommer våra patienter till goda förutom att det ger en välmotiverad personal.

Vi tror oss sammanfattningsvis vara en enkel och tydlig organisation inför befolkning, patienter och personal som kan ge god förebyggande, behandlande och rehabiliterande vård på lika villkor i sjukvårdslagens anda.

Nyckeln till denna väl fungerande organisation är samverkan och god ledning. Vi önskar behålla detta inom ramen för den nya politikerorganisationen. Inte minst ledningsfunktionen måste värnas om med nuvarande mycket välfungerande primärvårdschef och ledningsteam....

Ulla Sandvall, Lerum, beskriver utvecklingen

Året var alltså 1994 och nu stod man åter inför en centralisering inom organisationen:

"Lerums primärvårdsnämnd fanns kvar fram till 1994 då Västra Götalands Regionen började byggas upp. Primärvårdens karta förändrades så att Älvsborgs län i sin helhet blev ett Primärvårdsområde kallat Nya Älvsborg. Senare delades detta och Norra Bohuslän och norra Älvsborg slogs samman. Södra Älvsborg blev ett eget primärvårdsområde där Mittenälvsborg med 4 kommuner utgör ett med egen nämnd. Vid denna tid blev också diskussionerna livligare vad beträffar politikernas roll i vården. Förslag fanns att politikerna skulle enbart beställa vård utifrån befolkningens behov. Det inrättades ett Hälso- och sjukvårdskansli och ett primärvårdskansli till en början med gemensam chef. Under en period på ca ett år var denna också chef för Alingsås lasarett. Utvecklingen gick vidare och numera (2005) finns ett beställarkansli för Mitten Älvsborg i Borås med nära samarbete med området Sjuhärad.

Utvecklingen i VG regionen fortgick och pågår väl fortfarande. Primärvårdsområdena, fem till antalet har var sin områdesdirektör under en primärvårdschef. Av dessa är Södra Älvsborg ett och Mitten Älvsborg ingår med fyra kommuner där Lerums och Alingsås kommuner är ungefär lika stora. Mitten Älvsborg har en PVO-chef.

På områdesdirektörsnivå sker samarbetet med Hälso- och sjukvårdskansliet där beställningen och kvalitetsgranskning sker utifrån ett befolknings/patient perspektiv."

Organisationscirkeln sluts

Så åter i Borås var "cirkeln sluten" – Primärvården i Södra Älvsborg var åter under en mössa med Lerums förra och duktiga primärvårdschef, Kerstin von Sydow, som chef för den nygamla "primärvårdsblocket". Organisationen hade vuxit sig stor och vuxit ur barnskorna för länge sedan. I vår Del 3 hoppas vi få en intervju med Kerstin och höra om hennes upplevelse av den nya organisationen: penningabrist, svårt med måluppfyllelsen, utbränd personal och andra moln som hopat sig i horisonten?!

Kerstin von Sydow områdesdirektör om framtiden

En optimistisk framtidstro har Kerstin von Sydow i en intervju i Vårdsidorna nr 2, 1998:

"Vi vet inte idag hur vår framtida primärvårdsorganisation kommer att se ut, men vi vet, att primärvården än mer skall utvecklas till att vara basen inom hälso- och sjukvården.

Vi vet också, att oavsett huvudman och organisationsstruktur, så kommer patienterna till våra vårdcentraler, tandkliniker och ungdomsmottagningar.

En stor utmaning är, hur vi skall ta hand om de patienter som tidigare gått till sjukhusens mottagningar. Detta måste dock ske med stor försiktighet, så att alla känner sig delaktiga och trygga.

Vi måste satsa mer på ledarskap, utbildning och utveckling för att möta alla de krav som ställs och kommer att ställas på primärvården.

Det finns så mycket outnyttjade kunskaper och mänskliga resurser på varje enhet. Låt alla anställda utvecklas

En bra ledare är en som vågar vara sig själv och se en mening i det man gör.”

Om regionen, Kerstin von Sydow i samma artikel:

”Det gäller att hålla isär begreppen nu när västra Sverige ändrar organisation och gränser. Vid årsskiftet (1997/98) bildades det nya storlänet och om ett år är det dags för den nya regionen – två helt skilda organisationer som har samma yttre geografiska gränser.

Länet har hand om statens (regeringens) åtaganden för vår landsdel. Regionen, som styrs av politiker från västra Sverige, kommer framför allt att ta över allhälso- och sjukvård från de tidigare landstingen och Göteborgs stad., men också kulturfrågor, kultur, miljö, regional utveckling m.m.

Hur skall hälso- och sjukvården styras så att den blir både effektivare och bra för patienterna? En majoritet av landstingen i Sverige tillämpar olika varianter av den s.k. beställar-/utförarmodellen, och det är också denna typ av ersättningssystem vi får i den nya regionen.

Om man ler så länge man lever, så lever man längre. Låt oss vara rädda om varann!”

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

SiS-99, ett sparprojekt

I politisk enighet beslutade landstinget i Älvsborg 1992 om en översyn av sjukvården i södra Älvsborg. Målet var att misnaks utgifterna då man upplevde minskade skatteintäkter, nytt skattesystem och utrymme för skattehöjningar saknades. Dessutom ökade pensionskostnaderna.

De politiska direktiven:

- Alingsås, Borås och Skene lasarett ska vara kvar.
- De beslutade tre prioriteringsgrupperna för handläggning av sjukdomar ska infrias på ett medicinskt och etiskt betryggande sätt.
- Primärvårdens roll och ansvar för bassjukvården ska förstärkas
- Ambulansvårdens roll och ansvar ska utvecklas.
- Akutsjukvården ska ses över.

Mellan åren 1990 och 1996 hade landstinget sparat cirka 10% av kostnaderna. Förslaget som utredningen lade innebar en besparing på ytterligare 165 – 190 miljoner kronor. Landstinget beslöt att sparbetinget skulle bli 173 Mkr. BESPÅRINGARNA gjordes i huvudsak inom sjukhusvården. För Alingsås lasarett innebar det att

- Antalet vårdplatser minskar med 45 (från 140 till 90-100).
- Akut kirurgi och ortopedi försvinner nattetid.
- Planerade operationer som kräver intensivvård nattetid utförs vid Borås lasarett.
- Medelvårdtiden minskas – för kirurgi från 5,4 till 4,3 dgr, för ortopedi från 7,7 till 6,0 dgr, för medicinpatienter från 6,7 till 5,9 dgr.
- Samtliga medicinska diagnoser kommer även i fortsättningen att behandlas

För Primärvården inbar det fler uppgifter

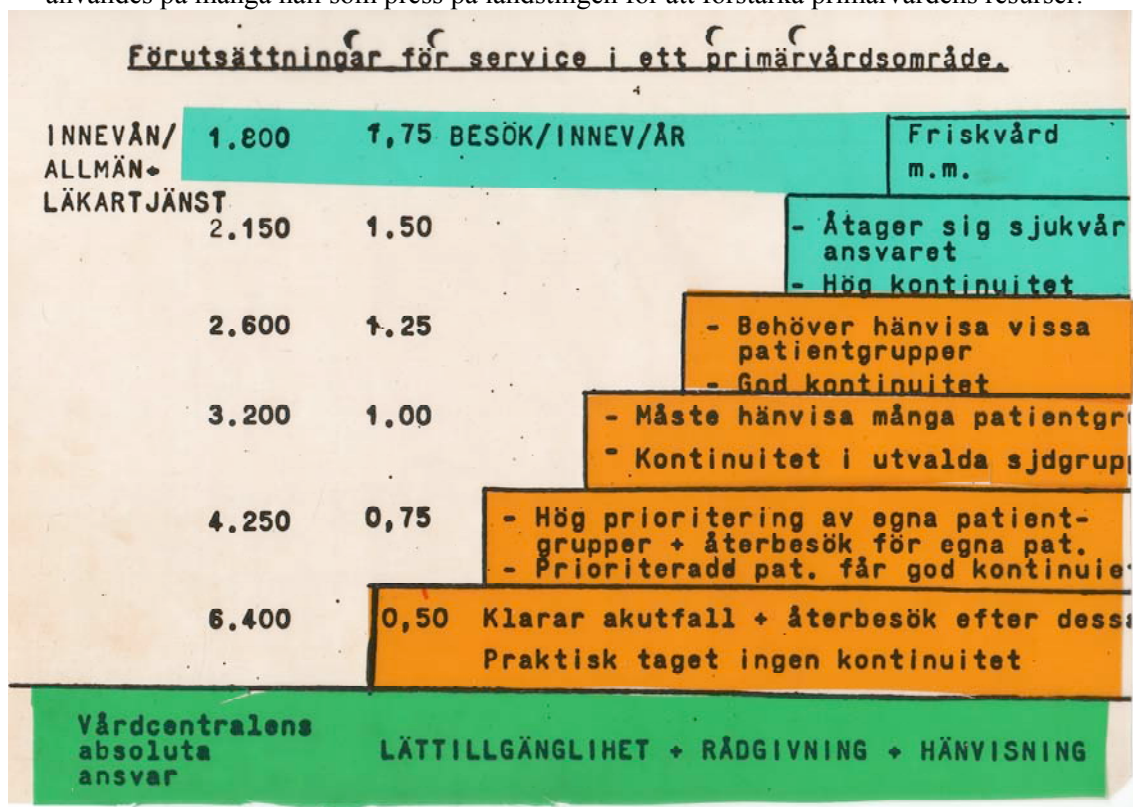
- Mottagningsbesök flyttas ut från sjukhuset till primärvården
- P.g.a. kortare vårdtider och skärpta inläggningsregler ökar primärvårdens insatser vad gäller läkarbesök och hembesök.
- Rehabiliteringsansvaret ökar liksom de komplicerade uppföljningsfallen och de palliativa insatserna.
- Minskningen av sjukhusens jouråtaganden bygger på ett ökat jouråtagande inom primärvården.
- Sammantaget ökar kravet på primärvårdspersonalen

Man tog också upp hur västsveriges sjukvård skulle komma att organiseras. Man beskriver en ny organisation med fyra sjukvårdsområden under en regional politisk ledning. Ett av områdena är SiS (sjukvården i södra Älvsborg).

AMBITIONER, PERSONAL OCH PRODUKTION

Ambitioner visavi resurser

Vi har i det föregående konstaterat att målen var högt satta och ambitionerna stora vad gällde den unga primärvården. Snart nog kunde man konstatera att om ambitioner och resurser lades i var sin vågskål så vägde resurserna lite mot vad man ville göra. För att åskådliggöra detta konstruerade vi en resurstrappa för vad läkarbemanning kunde betyda för möjligheterna att leva upp till de utsatta målen. Vi byggde på de erfarenheter som man fått vid utvecklingen av Lerums primärvård. Prioriteringsordningen var att i första hand klara av sjukvården i distriktet, att ge bästa möjliga kontinuitet och som gräddes på moset ta det önskade hälsovårdsansvaret. Måtten är relaterade till det besökstal per läkare man "producerade" i slutet av 1970-talet och att patientmottagningen utgjorde cirka 50 % av läkararbetstiden. "Trappan" spreds i riket och användes på många håll som press på landstingen för att förstärka primärvårdens resurser.

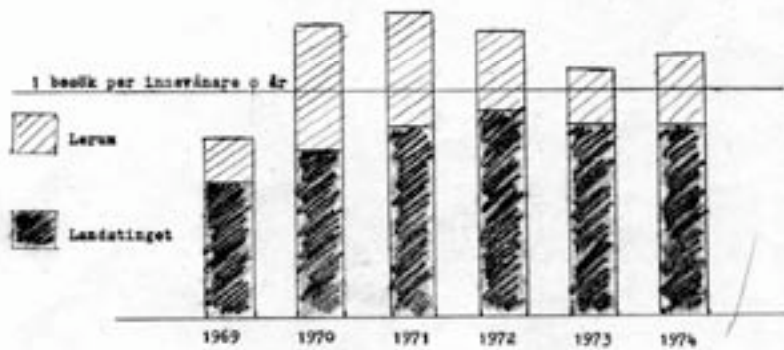


I början på 1970-talet låg besökstalet i Lerums kommun något över 1 besök per inv. och år (på Brobacken 1,33) trots att läkarantalet var lågt (sex läkare i området). Den vårdplaneringsmodell (lerumsmodellen) som infördes i slutet av 1970-talet innebar ändå att man hade hög kontinuitet och tillgänglighet till primärvård. Efter hand som läkarantalet ökade steg inte besökstalet per invånare. Som vi sett av beskrivningen av primärvården i Lerum så satsade man mycket av de nya resurserna på förebyggande arbete (översta trappsteget) och kvalitetsutveckling i form av utbildningsinsatser (på alla nivåer) samt utvecklingsarbete (FoUU). Trots allt visade enkätundersökningar att befolkningen var tillfreds med servicen i primärvården. Dock med viss reservation för tillgängligheten, som efter hand upplevdes sämre.

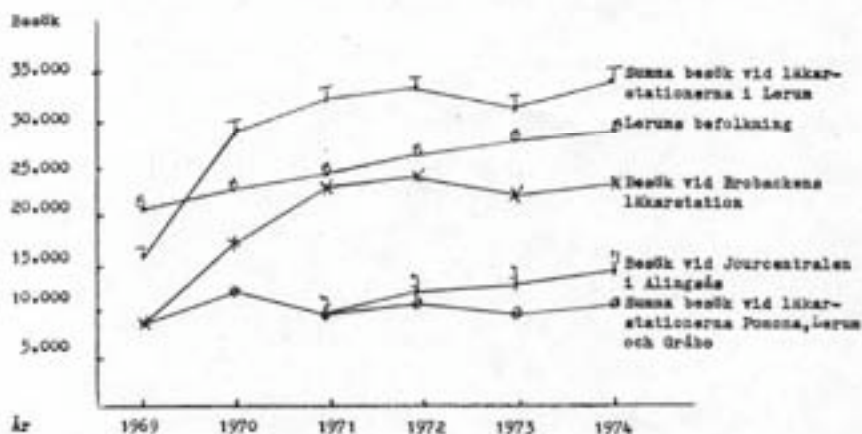
I Tabellbilagorna redogörs för distriktsläkarantal och – besök i förhållande till befolkningsantal för åren 1976 och 1977.

Följande tabeller visar besöksstatistik åren 1969 – 1974 vid läkarstationerna i Lerumsdistriktet.

Lerumsbon besöker distriktsläkare
mer än en gång om året
Det är betydligt oftare än befolk-
ningen i allmänhet i landstinget



Så här många har besökt
Lerums läkarstationer



Läkartätheten i landstinget 1982 var långt ifrån tillräcklig i något distrikt för att klara av de åtagande man hade. Bäst låg Färgelanda till med 2000 invånare/läkare. Sämst var Borås med 4500 invånare/läkare. Se tabellbilagan. Alingsås hade 1 läkare på 3600 invånare och Lerum 1 läkare på 2600 invånare. Med resurstrappans mått kunde Lerums läkare klara av sjukvårdsansvaret med hög kontinuitet. Det gjorde man också med hjälp av vårdplaneringssystemet. Däremot hade man enligt trappan inte läkarresurser för hälsovårds- och friskvårdssatsningar. Trots detta pågick ett flertal projekt inom förebyggande hälsovårdens ram framför allt i Floda med Hans Lundgren som motor.

Man diskuterade olika möjligheter att lösa läkarbristsituationen:

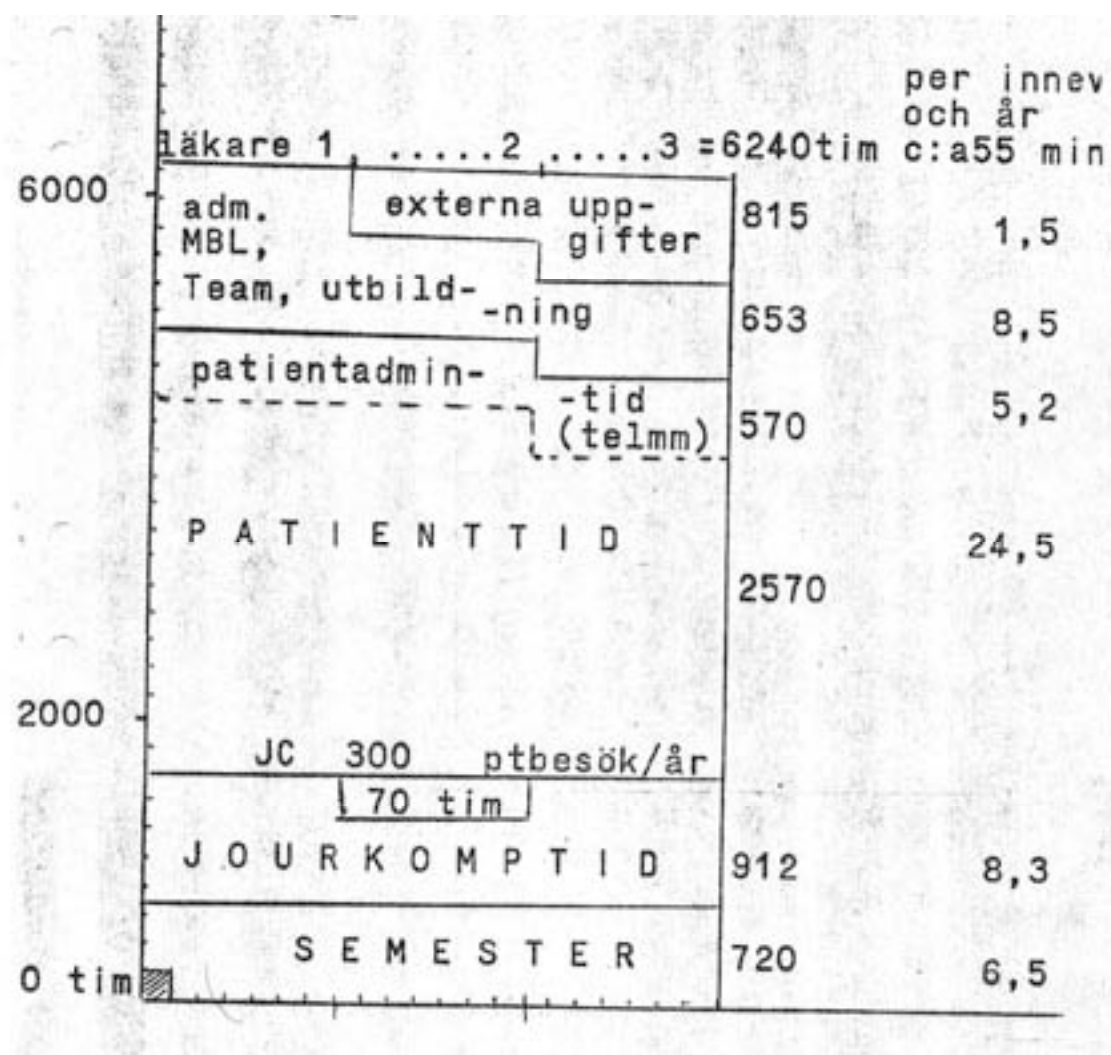
- att övervägande vara akutläkare för att "skydda" sjukhusens akutmottagningar.
- att vara otillgängliga i likhet med sjukhusen. Man tog då inte sitt befolkningsansvar.
- att införa begränsade betjäningssområden, vilket ej var politiskt möjligt.
- att begränsa sina arbetsuppgifter inom allmänläkarrollen.

Hur man löste problemen var upp till de enskilda vårdcentralerna beroende på den lokala situationen. Ofta fick jourcentralerna bli en mottagningsenhet som fick ta emot de patienter som inte fick tid på vårdcentralerna inom rimlig tid. Att ägna sig åt hälso- och friskvård var endast förunnat de som hade speciellt intresse för den verksamheten. Att vara tvungen att begränsa den

allmänläkarroll som undervisades om i utbildningssammanhang gjorde allmänläkarbanan mindre attraktiv och minskade möjligheten att besätta alla vakanser som fortfarande fanns långt in på 1990-talet.

Ett alternativt mått på resursanvändning

Ett mått som användes i diskussionen av resurser var läkararbetstiden för olika uppgifter uppdelad på minuter/invånare. För en treläkarstation (Gråbo) som betjänade 6.600 invånare med 1,4 besök/inv. och år kunde det se ut så här: Det rör sig alltså om en årsredovisning.



En jämförelse då och nu (mars 2005), om än något haltande då redovisning av tid, med hjälp av tidböcker som läkarna till dels själva rör över, kan vara knepig och undersökningsperioden endast var två veckor, som multiplicerades med 2. Redovisningen gav följande resultat för Lerums vårdcentral (Barbro Lambertsson). Nedanstående alltså med många reservationer.

Läkarbemanningen var 7,15 distriktsläkare, 1 vikarierande underläkare, 1,8 läkare under specialistutbildning (ST-läkare) och 1 allmäntjänstgörande läkare (AT). Totalt arbetad tid var 1400 timmar

Läkartid mars månad 2005, Lerums VC, 10 läkare

Externa uppgifter*	119 tim	9 %
Utbildning/handledning	56 tim	4 %
Administration	450 tim	32 %
Teamarbete, personal	81 tim	6 %
Team -patientarbete	28 tim	2 %
Telefontid	80 tim	6 %
Patienttid, akutbesök	301 tim	22 %
Patienttid, planerade besök	278 tim	20%
Ospecifierat	42 tim	3 %
Summa	1400 tim	100 %

* (inkl. MVC 6 tim, BVC 15 tim, Skola 30 tim, Äldreboende 68 tim)

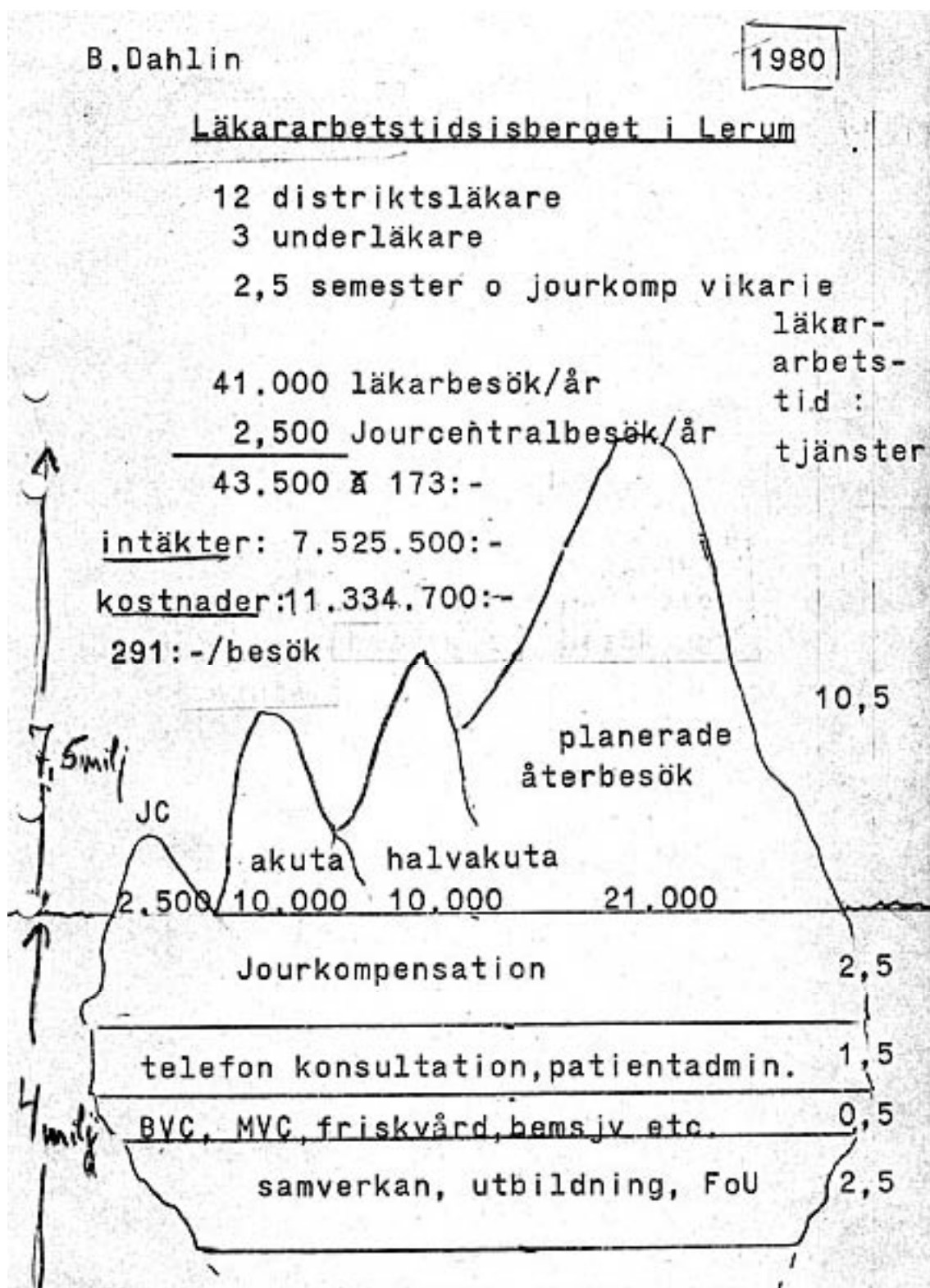
I 1980 års studie var av totala läkarrtiden. Externa uppgifter 18%, Administration, teamarbete och utbildning 14%, Patientarbete inkl. tel.tid 56%.

I 2005 års studie var patienttiden 50 % av totala tiden mot 56% 1980. De externa uppgifterna hade minskat till 9% mot tidigare 18 %. Administration och teamarbete hade ökat från 14 % till 38 %. Det verkar av studierna som mycket mer tid läggs på administration numera. Orsaken får diskuteras i nästa del av denna "trilogi".

Ett isberg

Vad läkararbetstiden användes till i Lerum 1980 (befolkning 31.000 inv.) beskrevs alternativt i form av ett isberg. Det man/ledningen/politikerna såg och mätte var 41000 patientbesök (imponerande i sig. 1,32 besök/inv./år), av 10,5 läkartjänster. Eftersom man hade tilldelats 17,5 läkartjänster ansågs produktionen ändå låg. Men de 2500 besöken på jourcentralen "kostade" därutöver och motsvarade 2,5 läkartjänster i jourkompensation. Telefonkonsultationer och patientadministration motsvarades av 1,5 läkartjänster. Övriga mottagningar som BVC, MVC, hemsjukvård, friskvårdsatsning etc. tog 0,5 tjänst. Därtill kom som tidigare samverkansgrupper, utbildning och FoU som motsvarades av 2,5 tjänster. Till slut tillkom semestrar och andra ledigheter som redan var borträknade i den beräknade tillgängliga läkartiden.

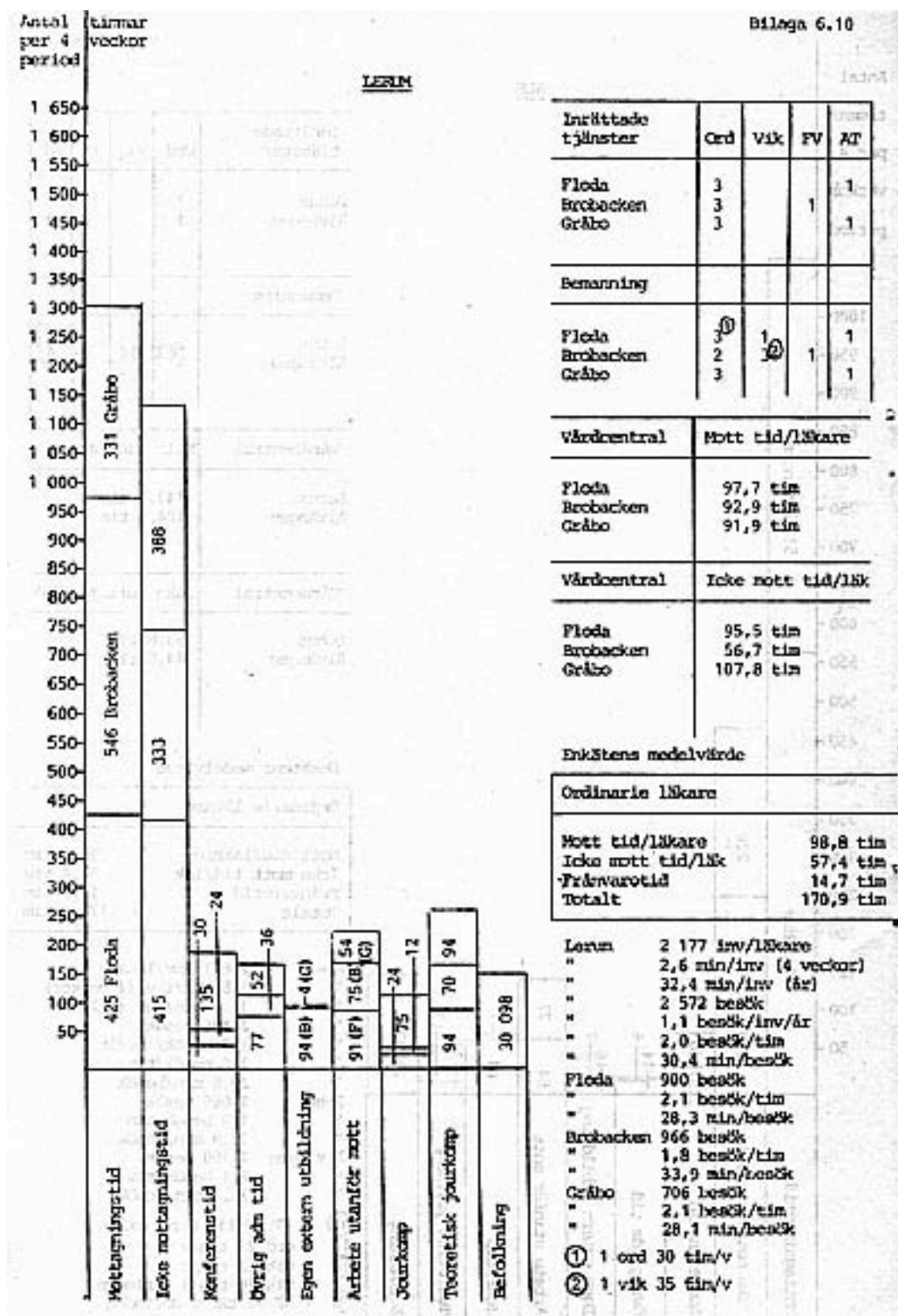
1980 hade Lerums kommun 31.000 invånare. Läkartätheten var 1/2000 och man klarade 1,3 läkarbesök/inv/år.



Allmänläkarnas arbetsuppgifter – en enkätstudie 1982

Ur en enkätstudie till samtliga primärvårdsläkare och distrikt gjordes sammanställningar för hela landstinget liknande den som presenteras här. Syftet med studien var att då få ett aktuellt centralt planeringsunderlag för det då pågående LÄSK-arbetet (hur bemanningen med

allmänläkare skulle planeras för framtiden). Man ville också sprida kunskap om allmänläkarservicen samt utveckla metoder för verksamhetsuppföljning. Gruppen som genomförde studien var: Sture Bergling, Bill Bullock, Bengt Dahlin och Bo Hallin.



Kommentarer till studien vad gäller service till allmänheten.

Enligt en prioriterings-PM för öppen hälso- och sjukvård skulle det 1982 i genomsnitt ha funnits en allmänläkare (inkl. FV och AT) per 2800 invånare. Lerum var en av fem primärvårdsområden som hade nått denna täthet (2177 inv/läkare. Lägst låg Herrljunga med en läkare per 6017 invånare.

Ett mått på allmänläkarservicen var tillgången på mottagningstid i minuter per invånare och år. Medianvärdet i landstinget var 20,5 minuter. Lerum klarade 32,4 minuter per invånare och år och hade 1,1 besök/inv. och år. I snitt avsattes 30,4 minuter per besök. Den beräknade mottagningstiden var lägst i Herrljunga med 10,5 minuter per invånare., vilket speglar svårigheten att skaffa allmänläkare till Herrljunga vid undersökningstillfället. Man hade som basmål i landstinget för 1988 1.0 allmänläkare per invånare och år, exklusive besök på jourcentral, i hemsjukvård, i barn- och mödrahälsovård samt företagshälsovård. Med basmål menade man att samtliga primärvårdsområden skulle ha uppnått målet.

Ur en studie – Fem år med Floda vårdcentral

Lena Olsson, Helseplan Sverige AB redovisade en undersökning om Floda vårdcentral under fem år, i början av 1990-talet. Ur denna hämtas följande.

Floda vårdcentral hade 10 000 invånare med stor andel barnfamiljer och få äldre.

I vårdcentralen fanns distriktsläkarmottagning, en distriktssköterskemottagning och en barnmorskemottagning. Dessutom folktandvård och apotek.

Resurser

Några nyckeltal som speglade verksamheten:

- 1 årsarbetande läkare/2000 invånare hos vilka gjordes 1,04 besök per inv. och år
- 2,7 övrig personal per årsarbetande läkare.
- 1,33 invånare per årsarbetande sjuksköterska + distriktssköterska hos vilka gjordes 0,7 besök per invånare och år

Patientsammansättning i procent av totala antalet patienter under en vecka

- | | |
|---------------------------------|-----|
| • Upplevt akut, vill komma idag | 40% |
| • Nyttillkommet, ej akut | 21% |
| • Kontrollbesök efter akutbesök | 5% |
| • Kroniskt sjuka patienter | 18% |
| • ”Gammal och sjuk” | 3% |
| • Upplevd långvarig ohälsa | 6% |
| • Friska, ex. barnhälsovård | 7% |
| • Intyg som orsak till besök | 0% |

Läkarnas tidsanvändning:

- | | |
|---|--------------------------|
| • Direkt och indirekt patienttid i procent av total tillgänglig tid | |
| • Patienttid | 80,3%, |
| varav i direkt möte med patient | (57,1%) |
| • Administration | 8,6% varav chefstid 6,8% |
| • Möten, fortbildning, handledning | 11,1% |

Undersköterskornas tidsanvändning

- | | |
|------------------------------------|--------|
| • Direkt patienttid | 38,8%, |
| • Indirekt patientarbete | 30,2% |
| • Administration, service | 26,5% |
| • Möten, fortbildning, handledning | 4,5% |

Sjuksköterskornas på distriktsläkarmottagningen tidsanvändning

- | | |
|------------------------------------|-------|
| • Direkt patienttid inkl. telefon | 62%, |
| • Indirekt patientarbete | 17,1% |
| • Administration, service | 15,8% |
| • Möten, fortbildning, handledning | 5,0% |

Distriktssköterskornas tidsanvändning

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| • Direkt patienttid inkl. telefon | 54,1%, varav i barnhälsovård 23,2% |
| • Indirekt patientarbete | 15,6% |
| • Restid | 1,8% |

- Administration, service 11,3%
- Möten, fortbildning, handledning 1 7,2%

Sjuksköterskornas på distriktsläkarmottagningen tidsanvändning

- Direkt patienttid inkl. telefon 75,7%, varav i
- Indirekt patientarbete 5,6%
- Administration, service 5,9%
- Möten, fortbildning, handledning 1 2,8%

Sekreterarnas tidsanvändning i procent av total tillgänglig tid

- Telefon 17,1%
- Journalföring 16,9%
- Laboratoriesvar 1,8%
- Dataarbete, systemansvar 23,7%
- Kassafunktion 29,5%
- Service 7,5%
- Fakturahantering 3,4%

Landstinget utvärderar primärvården 1993

Primärvårdsnämnderna visade skillnader i ekonomiskt utfall varför landstingsstyrelsen beslöt att utvärdera verksamheten 1993.

Sammanfattande konstaterade man att på grund av decentraliseringen hade primärvårdsnämnderna mycket stor variation i organisationen, varför jämförelser var svåra att göra. Bland annat skiljde sig redovisningen av läkarbesöken mellan det lokala dataprogrammet Profdoc och den centrala rapporteringen av besökssiffror. För Lerums distrikt redovisades följande.

Befolkning och läkarbesök

i Lerum			i Mittenälvsborg		
Åldersprofil	Antal	% av totalantalet		Antal	% av totalantalet
0 - 9	5453	16%		6062	14%
10 - 19	4916	14%		5577	13%
20 - 64	20149	59%		24192	55%
65 - 79	2707	8%		6200	14%
80 -	816	2%		2300	5%
Summa	34041	100%		44331	100%
Läkarbesök	38024	Profdoc 44759		50435	Profdoc 35336 Exkl. Herrljunga
Läk.besök/inv	1,12	1,32		1,14	
Antal besök per läkare	3457	2997 - 3950		3254	2650 - 4364
Totalt antal besök enl. Profdoc		Besök per inv.			Besök per inv.
Vårdcentralbesök	41769	1,23		36129	Ej Ängabo 0,81
Sjukhusbesök	17017	0,50		57008	1,29
Utomlänsbesök	11890	0,35		4509	0,10
Totalt	70676	2,08		97646	2,20

Tjänster i Lerum**i Mittenälvsborg**

Tjänster	Inr. t.jg. faktor	% av totalantalet.		Inr. t.jg. faktor	% av totalantalet
Läkare	11	34%		15,5	41%
Läkare under utb.	4	8%		4,5	5%
Sjuksköterskor inkl. distr..sköterskor	19,5	28%		24,2	27%
Undersköterskor	10,65	13%		12,25	14%
Förv. personal	11,94	17%		15,75	13%
		100%			100%
Inv. per läkare exkl. under utbildning	3095 2429 – 3603			2860 2294 – 3525	
Inv. (65 år) per läkare	320 182 – 384			548 427 – 739	
Kringpersonal/ läkare		Inkl. läkare under uttbildning			Inkl. läkare under uttbildning
Ssk/läkare	1,77	1,30		1,56	1,21
Usk/läkare	0,97	0,71		0,97	0,61
Ssk + Usk/läk	2,74	2,01		2,74	1,82
Förv.personal/läkare	1,09	0,80		1,09	0,79

En kommentar: Störst andel äldre fanns i Alingsås och Dalsland, medan den yngsta befolkningen fanns i Lerum

Redovisade kostnader exklusive fastighets- och interna kostnader**Lerum**

	Antal inv.	Kostnad/inv.	Antal besök	Kostnad/besök	Besök/inv.
Lerum	16213	700	17775	638	1,10
Floda	9717	721	11988	584	1,23
Gråbo	8045	647	8261	630	1,03
Totalt	33975	693	38024	619	1,12

Alingsås/Vårgårda/Herrljunga

	Antal inv.	Kostnad/inv.	Antal besök	Kostnad/besök	Besök/inv.
Noltorp	11773	688	13225	611	1,13
Sörhaga	7573	708	7280	737	0,96
Sollebrunn	4588	746	6113	560	1,33
Vårgårda	10574	516	10695	511	1,01
Herrljunga	9823	656	13093	492	1,33
Totalt	44331	650	50435	571	1,14

DEN SVENSKA MODELLEN

Det ofta använda uttrycket *den svenska modellen* saknar en entydig definition. Benämningen har ibland uppfattats som ett sätt att framhäva Sveriges avvikelse 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. I andra länder har den svenska modellen använts både som förebild och avskräckande exempel.

På lönebildningsområdet har begreppet den svenska modellen varit knutet till centrala och samordnade förhandlingar mellan SAF och LO utan inblandning från statsmakterna. I bilden av den svenska modellen kom också föreställningen om SAF och LO som jämbördiga parter att ingå. Tanken var att parterna skulle känna ansvar för arbetsfreden och träffa avtal inom ramen för de samhällsekonomiska resurserna. Om utrymmet överskreds skulle båda parter drabbas genom att vinsterna föll och arbetslösheten steg.

Den svenska modell som under gynnsamma ekonomiska tider växte fram efter andra världskriget kom att fungera ganska länge. Sverige uppvisade under lång tid en i stort sett konfliktfri arbetsmarknad, hög sysselsättning och en levnadsstandard, som var bland de högsta i världen. Denna modell, baserad på samförstånd mellan olika intressen, kom emellertid efterhand att skakas och delvis upplösas.

Stora ambitioner och bristande resurser

En första fråga är när upplösningsprocessen började. Den gängse uppfattningen är att modellen fungerade fram till 1970-talet, då ekonomin fick ett helt annat förlopp än under de gyllene åren på 1950- och 1960-talen. På 1970-talet upphörde den ekonomiska tillväxten nästan helt, och vårt tidigare gynnsamma konkurrensförhållande till utlandet försvann. Samtidigt fick Sverige uppleva den första chockartade oljekrisen och stora inflationsdrivande lönekostnadsökningar.

Det kärvare läget med en ekonomi i obalans bidrog till att modellen började knaka i fogarna. På arbetsmarknadens område blev det efter 1970 allt vanligare att LO sökte sig fram genom politiska instanser via lagstiftning i stället för att som tidigare träffa avtal med SAF. Samtidigt kan vi se hur arbetsgivarfronten försvagades. SAFs andel av den totala svenska arbetsmarknaden stagnerade till följd av det offentliga avtalsområdets expansion avseende stat, kommuner och landsting. Därmed skedde en uppdelning och splittring av arbetsgivarintresset.

Genom att arbetsmarknadsfrågorna politiserades kom även SAFs roll att förändras. Tydligast belyses detta genom löntagarfonderna, som genomdrevs av Olof Palmes regering 1983. Som svar på att politikerna gick in på arbetsmarknadens område ansåg sig SAF tvingad att tåga in i politiken, och man samlades till protestmarscher mot löntagarfonderna. När en borgerlig regering under Carl Bildt kom till makten 1991, avskaffades löntagarfonderna. Då vidtogs också åtgärder för att stimulera privatiseringar och begränsa den offentliga sektor som byggts ut på 1970- och 1980-talen. Av flera skäl kan man därför hävda att den svenska modell – som byggde på samförstånd mellan jämbördiga parter på arbetsmarknaden och frånvaro av politisk inblandning – efterhand fick så allvarliga knäckar, att man åtminstone till väsentlig del kan tala om modellens upplösning.

Från statsmakternas sida har under 1900-talets senare del ambitionerna om välfärd till alla ställts högt. Därmed har också människors förväntningar byggts upp och stegrats. Den moderna välfärdsstaten har emellertid under det sena 1900-talet från och till drabbats av olika kriser. Resurserna har ofta inte räckt till för att svara mot de högt ställda ambitionerna och förväntningarna, vilket i sin tur påskyndat urholkningen av den svenska modellen. Omvänt har den svenska samförståndsmodellens försvagning i sig bidragit till att förstärka uppkomna kriser.

Sjukvården påverkas

Det kan nu vara lämpligt att applicera den generella svenska modellen på förhållandena specifikt inom sjukvården. Hälso- och sjukvården har organiserats genom en politiskt styrd sjukvårdsmodell. Fram till 1963 sköttes den öppna vården genom staten och den slutna vården – i princip sjukhusen – genom landstinget. Då var öppenvård och slutenvård två helt skilda organisationer med olika huvudmän och budgetar. Efter 1963 tog landstinget över öppenvården och båda vårdformerna kom att sortera under landstinget. Därigenom fick också öppenvården och slutenvården samsas kring en och samma landstingsbudget.

Sedan 1963 är alltså landstinget den politiska och administrativa instans som haft det övergripande ansvaret för sjukvården i länet. Vården har varit och är en viktig fråga för nästan alla medborgare, och en stor del av vår inkomst – cirka 12 kronor av varje intjänad hundralapp – går numera till landstingsskatt. Likväl har det varit ytterst få som brytt sig om landstingspolitiken, och därför har landstinget fortlevt som en synnerligen anonym institution. Landstinget har intagit en fredad plats på en mellannivå mellan stat och kommun och kunnat fördela sina resurser mellan primärvård och sjukhusvård utan att den stora allmänheten skaffat sig insyn i processen.

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.

Så länge som landets ekonomi var god och vårdsektorn i dess helhet tillfördes växande resurser ställdes landstinget – sedan man blivit huvudman för såväl sluten- som primärvård – inte inför några större problem att prioritera mellan de båda vårdformerna. Men genom att det ekonomiska klimatet senare kärvade, ökade också risken för revirtänkande.

Primärvårdens viktigaste kontaktyta med den slutna sjukvården har utgjorts av de enskilda klinikerna vid sjukhusen. Många kliniker har sett primärvården främst som en instans som levererar remisser, och därmed har sjukhusen ofta intagit en nedlåtande hållning gentemot primärvården. I stället för samförstånd och samverkan har revirtänkande mellan primärvård och slutenvård inte sällan skapat stridigheter. Den slutna sjukhusvården har slukat cirka 90 procent av vårdkostnaderna. Trots detta har politikerna enligt primärvårdens företrädare inte vågat bryta slutenvårdens monopolställning i fråga om resurstilldelning.

Relationen mellan specialiserad och öppenvård

Internationellt sett har Sverige haft ett starkt sjukhusorienterat hälso- och sjukvårdssystem. Trots att statsmakterna i en rad programdokument markerat satsningar på öppen vård (Höjerutredningen 1948 och 1968 års principprogram för den öppna vården). Ännu 1976 stod de svenska sjukhusen för över 50 % av alla besök i öppen vård medan Finland samma år lyckades bryta sin dominerande sjukhusorientering. Under perioden 1980 – 1985 ökade dock primärvården sin andel av resurserna från 12,5 procent till 15,5 procent (Spri 1988). Under 1990-talet kunde man notera en kraftig förskjutning från slutenvård till öppen vård. År 1992 fanns drygt 52000 slutenvårdsplatser men 1999 fanns bara drygt hälften av dessa kvar (32.700). De största minskningarna noterades inom långtidssjukvården och psykiatrin. Detta var resultatet av Ädel- och psykiatrireformerna. Medelvårdtiden på sjukhus har också minskat kraftigt. Sedan 1922 har den gått ned från 8,5 dagar till under 7,0 dagar. En stor del av den vård och omsorg som sjukhusen tidigare hade ansvar för har flyttats ut till människornas hem – egenvårdsnivån – eller till kommunernas särskilda boendeformer. På 1980-talet gjorde svensken i snitt 3 besök per år per öppenvårdsläkare (HS 90 SOU 1984:39). Denna omstrukturering av vården har av naturliga skäl inneburit en ökad belastning på primärvården.

Sjukvårdskostnadernas förändring över tiden

I tabellbilagan finns redovisning av hälso- och sjukvårdens andel av BNP under 1970- och 1990-talet.

Från att 1967 ta en andel av 6,6 % av BNP (8 755 milj. kronor) ökade kostnaderna till 9,8 % 1977 (34 400 milj. kronor). Kostnaderna fortsatte att öka ytterligare några år och uppgick i mitten av 1980-talet till 65 miljarder kronor och de hade då med god marginal sprängt den magiska 10-procentgränsen. Ett trenderbrott kom under 1990-talet. Kostnaderna sjunker för att under mitten av 1990-talet stabiliseras till nära 1970 års kostnadsnivå. Förklaringen till minskningen av andelen BNP ligger i en svag tillväxt under första hälften av 1990-talet med tre år av negativ BNP-utveckling.. Detta resulterade i att staten yvingade landstingen via olika styrmedel att minska kostnaderna. För första gången sedan krigsslutet 1945 sker en reell neddragning av hälso- och sjukvårdens resurser. Verksamhetens volym har dock i stort sett bibehållits. Detta kunde ske bl. a. genom en förskjutning från slutet till öppen vård. Det innebar i sin tur att vården och delar av omsorgen i allt högre grad förskjutits över till allmänheten – d. v. s. till ökad egenvård. (Göran Brodin).

Den politiska debatten om primärvården på 1970, 1980- och 1990-talet

I och med husläkarturerna och regimskiftena under 1980 och 1990-talen var den ideologiska debatten ofta het om hur man borde organisera hälso- och sjukvården. Det socialistiska blocket var för den rådande ordningen med en primärvård i offentlig landstingsregi. Borgerligheten var inne på att i stor utsträckning privatisera eller låta primärkommunerna ta över ansvaret för den. Primärvårdens företrädare tyckte att borgerlighetens angrepp på primärvården var bekymmersam. Bengt Dahlin kunde inte låta bli att ge sig in i debatten i en insändare i Göteborgs-Posten 1988-04-22.



Herrarna Bildt och Feldt gör aräändiga påhopp på primärvården. Som primärvårdsarbetare blir man betryckt, konstaterar distriktsöverläkare Bengt Dahlin.

För effektivare primärvård: GP 88-04-22

Ökad samordning med slutenvården

Det är beklämmande att se hur Carl Bildt och Kjell-Olof Feldt angriper primärvården, skriver Bengt Dahlin. Primärvården kan bli effektivare genom ökad samordning med slutenvården men vården kan också finansieras med försäkringar mot fritidsskador och sjukvårdsskatt på bilismen.

I den intensiva vårddebatten dagarna angreppen mot primärvården står Carl Bildt bäddad att man skulle kunna spara miljarder inom den "öppna vården". Kjell-Olof Feldt vädrar också påfallande ofta sin tes att det var fel en satsa på primärvård. Som primärvårdsarbetare blir man betryckt. Det är beklämmande att se hur hälsans blys när krusbän verkar tom. Risken med alla påhopp är att avkoppen från vården ökar än mer. Distriktsläkare och distriktsöverläkare mår sedan det är illa i sina yrkesroller. Vi

karar inte alla nya uppgifter som läggs på oss. Vi känner oss utbrända och plågas av stressen.

Debatt berörs

Vid behov av en framtidsdebatt men också tid att lösa hälso- och sjukvårdsskatten mot de mål våra politiker i enighet beslutat om. Hela av problemen kan sökas i vårdens organisation. Det finns tröghet och byråkrati som skall bekämpas. Vi kan göra det inom ramen för vår nuvarande organisation med politikernas hjälp.

Tror man inte för starkt på privatiseringens möjligheter. Privatiseringens väg i Norge är redan efter några år på väg att dämpas. Föreskrifterna om stora vinster var orealistiska.

Vad man egentligen vad primärvården syftar med? "Öppenvården" är inte bara ett antal 11-minuterskonsultationer som i privat regi även de till utdräta del bekostas ur det allmännas kassa. Allmänheten vet bättre som till 60 procent uppkostar våra insatser. Man säger dessutom att det viktigaste är att läkarna tar tid på sig i konsultationen.

Atta miljarder

I Lennas kostar ett av "öppenvårdens" 120 000 besök 266

kronor. Läkarna står för en fjärdedel av besöken. De är för de övriga garanten på hög kvalitet. De är stödet för distriktsläkarskor, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och många andra yrkeskategorier. Skulle hela Sverige ha samma primärvård som Lerum skulle den "öppna vården" kosta cirka 8 miljarder. Var tar man de många miljarderna? Är det på mödra- och barnhälsovården när mammorna föder sitt första barn? Är det inom hem-sjukvården när befolkningen blir allt äldre. Är det på bedökningsen basala sjukvård när specialiserade vill tagna sig åt mer avancerad vård?

Vi behöver se över vår verksamhet både i öppen och slutenvård. I England med låga sjukvårdskostnader låter man öppenvården bestämma om utnyttjande av slutenvårdens resurser. Politikerna i Sverige har inte vågat ta detta steg trots att 90 procent av kostnaderna ligger där. Det skulle bryta den monopolisationen slutenvården nu tryggt vilar på. Även produktiviteten i denna vårdsektor kan diskuteras. En jämförande undersökning mellan ett svenskt och ett engelskt sjukhus visar att det engelska var fyra till nio gånger produktivare.

Politikerna har till uppgift att prioritera mellan olika samhällsservice. Varför inte satsa på samordningsvinster för rehabiliteringsinsatser där försäkringskassa, arbetsmarknadsmyndigheter m fl ingår. Vi upplever inte sällan byråkratin förordande både för resultat och ekonomi.

Vi vet att miljonstör gärna betalar för en god hälso- och sjukvård. Politiker har möjlighet att också fundera på alternativa finansieringsmöjligheter. Några tips:

□ Låt dem som erbjuder sport- och idrottsaktiviteter sträva ringvägen till alla fritidsskador som nu domineras över yrkeskadorna.

□ Låt bilismen lika vill som tobaken och alkoholen betala sina sjukvårdskostnader.

Alkoholens samhällskostnader är 75 miljarder och läkemedlerna 14 miljarder. För de största utgiftsposterna svarar produktionsberfäll på grund av födsfall, förtidspension, sjukfrånvaro och arbetsmarknadskapp. En vetlig alkoholpolitik kan spara fler miljarder än nedrustning av primärvården.

Bengt Dahlin

Bengt Dahlin är distriktsöverläkare vid primärvården i Lerum.

Älvsborgs hälso- och sjukvård påverkades också

I Älvsborgs län fanns det sedan länge en beprövad organisation för samverkan mellan primärvård och klinik. Modellen innebar att primärvården med sina vårdcentraler utgjorde en självständig enhet med ansvar för den personal som arbetade där. Kliniken med sina specialiteter skulle inför primärvården fungera som konsult och bidra med medicinsk samordning, utbildning och forskning.

När det gällde formerna för specialisternas medverkan uppstod det emellertid från slutet av 1970-talet på många håll stridigheter mellan allmänläkarna i primärvården och specialisterna. Främst specialistens ställning i primärvården blev den heta potatis som kom att försämrat samarbetsklimatet. På andra håll – exempelvis i Lerum – tillämpades samverkansformer som inte ledde till samma stridigheter. Här fungerade specialisterna som konsulter, då patienterna remitterades från primärvården till länssjukhusen. Man kunde också välja en form där specialisten kom ut till primärvården som konsult. Den mest kontroversiella formen – och den fanns på många platser bl. a. i Göteborg – var där specialisten stationerades inom primärvården. Denna samverkansmodell byggde på tanken med nära och direkt samarbete mellan allmänläkare och specialister. I praktiken vållade den emellertid stor irritation och skapade långt fler problem än vad den löste.

Den svenska modellen skakar

Den svenska sjukvårdsmodell, som strävat efter samförstånd, samverkan och jämbördighet mellan primärvård och slutet sjukhusvård, kunde – trots olika störande inslag – fungera ganska länge. Med tiden tydliggjordes dock allt fler problem. Välfärdsstatens kriser och otillräckliga resurser satte också sina spår inom sjukvården. Vid slutet av 1980-talet hade den svenska sjukvårdsmodellen fått så många törnar att man kan hävda att den på allvar började skaka.

I SBU:s rapport nr 124: Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960 – 1992 anför:

Svagheter i det svenska systemet är:

- Brister i integration mellan primärvård, sjukhusvård och socialtjänst.
- Primärvården fungerar inte som en primär grindvakt ("gatekeeper"), vilket resulterat i ett stort antal besök vid sjukhusen.
- Verksamheten har stark koncentration på sjukhus och andra institutionella vårdinrättningar.
- Valfriheten för patienterna har tidigare varit begränsad men nya initiativ har tagits för att öka denna frihet.
- Tidigare har funnits långa väntetider för några behandlingar, dessa har dock under senare år betydligt reducerats eller eliminerats.
- Brister har funnits när det gäller möjligheterna att stimulera ökad produktivitet och effektivitet, även om under de senaste åren olika åtgärder vidtagits för att åstadkomma förbättringar därvidlag.

Man avslutar:

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

Hälso- och sjukvården står inför ett paradigmskifte. En reduktion av den offentliga sektorn förväntas."

I den reformering av hälso- och sjukvården som aviserades angavs:

- Det övergripande målet skall även fortsättningsvis vara god hälsa och vård på lika villkor för alla människor.
- Tillgänglighet och kvalitet.
- Valfrihet för patienterna.
- Ökad etableringsfrihet och konkurrens mellan olika alternativ.
- Demokratiskt inflytande.
- Samverkan med andra samhällssektorer.

- Hög produktivitet och effektivitet.
- Möjlighet till fortsatt förnyelse och utveckling.

EPILOG

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

Framtiden är dold med barmhärtighetens slöja.

REFERENSER DEL II

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 ”Primärvård, 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 landsting. 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. "Sjukvårdsupplysningen", 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
- 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
- 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, Provinsialläkarfondens 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, Glerup A, Wiberg A, Datorstödd vårdinformation vid Gråbo vårdcentral – fyra delrapporter. Primärvårdens utvecklingsenhet., Lerum 1989.
- Dahlin Bengt, Bäckman L, Glerup 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 ”Datorjournal Väst” 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 fokus. 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, ”Kontaktorsaker – ett förslag till klassifikationssystem i primärvården”, 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, 2262och 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: Personal inom primärvården i Mittenälvsborg

TABELLER

Tabell 1. Befolkningsutveckling 1950 - 2000

ÅR	1950	1970	1990	2000 (Obs! kolla)
Totalt i miljoner	7,04	8,08	8,59	8,95
Därav =>65 år i %	10,2	13,8	17,8	17,2
80 år och äldre i %	1,5	2,3	4,3	5,1

Källa: SBU-rapport nr 124

Tabell 2. Barndödlighet och förväntad medellivslängd 1952 – 1990

ÅR	1952	1970	1990
Barndödlighet per 1000 levande födda	20,0	11,0	6,2
Återstående livslängd			
För nyfödda, män - kvinnor	69,4 – 71,6	71,9 – 76,8	74,9 – 80,7
För 65-åringar, män - kvinnor	13,5 – 14,3	14,0 – 16,5	15,4 – 19,2

Källa: SBU-rapport nr 124

Tabell 3. Dödlighet i några sjukdomar i % 1950 – 1990.

ÅR	1950	1970	1990
Infektionssjukdomar inklusive tuberkulos	3,3	1,3	0,7
Tumörer	15,6	20,4	22,0
Mentala rubbningar inklusive alkoholpsykos	0,4	-	2,7
Hjärt- o kärlsjukdomar	45,1	48,6	51,1
Levercirrhos	0,4	0,8	0,7
Olyckshändelser	3,5	4,5	3,5
Själv mord	1,5	2,2	1,5
Mord, dråp, etc	0,1	0,4	0,1
Övrigt	30,1	21,9	17,7
SUMMA	100,0	100,0	100,0

Källa: SBU-rapport nr 124

Lerums befolkning 1970

Ålder	Män	Kvinnor	Summa
00 - 15	3802	3423	7225
16 - 24	1241	1299	2540
25 - 44	3727	3647	7374
45 - 64	2145	2031	4176
65 - 69	307	389	696
70 - 74	264	313	577
75 - 79	187	208	395
80 - 84	107	110	217
85 - 89	44	85	129
90 - w	13	23	36
Summa	11837	11528	23385

Lerums befolkning 1975, 1980,

1975				1980			
ålder	män	kvinnor	totalt	ålder	män	kvinnor	totalt
0 - 4	1475	1381	2856	0 - 4	1488	1394	2882
5 - 9	1632	1510	3142	5 - 9	1682	1560	3242
10 - 14	1402	1227	2629	10 - 14	1664	1528	3192
15 - 19	946	847	1793	15 - 19	1337	1151	2488
20 - 24	723	690	1413	20 - 24	900	822	1722
25 - 29	997	1162	2159	25 - 29	1001	1056	2057
30 - 34	1348	1401	2749	30 - 34	1274	1388	2662
35 - 39	1191	1144	2335	35 - 39	1404	1437	2841
40 - 44	943	835	1778	40 - 44	1167	1124	2291
45 - 49	680	619	1299	45 - 49	908	785	1693
50 - 54	607	574	1181	50 - 54	643	606	1249
55 - 59	503	527	1030	55 - 59	574	557	1131
60 - 64	458	464	922	60 - 64	462	506	968
65 - 69	435	405	840	65 - 69	405	435	840
70 - w	616	830	1446	70 - w	703	911	1614
Totalt	13956	13616	27572	Totalt	15612	15260	30872

Lerums befolkning 1985, 1990

1985				1990			
ålder	män	kvinnor	totalt	ålder	män	kvinnor	totalt
0 - 4	1486	1395	2881	0 - 4	1618	1520	3138
5 - 9	1629	1505	3134	5 - 9	1644	1519	3163
10 - 14	1672	1544	3216	10 - 14	1631	1495	3126
15 - 19	1549	1383	2932	15 - 19	1558	1401	2959
20 - 24	1199	1015	2214	20 - 24	1378	1194	2572
25 - 29	1081	1079	2160	25 - 29	1335	1250	2585
30 - 34	1202	1236	2438	30 - 34	1283	1267	2550
35 - 39	1301	1386	2687	35 - 39	1251	1266	2517
40 - 44	1326	1361	2687	40 - 44	1243	1324	2567
45 - 49	1080	1019	2099	45 - 49	1225	1223	2448
50 - 54	829	744	1573	50 - 54	972	950	1922
55 - 59	598	577	1175	55 - 59	763	703	1466
60 - 64	520	534	1054	60 - 64	546	546	1092
65 - 69	401	460	861	65 - 69	447	488	935
70 - w	738	994	1732	70 - w	749	1069	1818
Totalt	16611	16232	32843	Totalt	17643	17215	34858

Utvecklingen av läkartjänster vid och utanför sjukhus 1940 -

År	Prov.läkare Distr.läk	Privatläkare	Sjukhusläkare
1940	600	1000	1.600
1950	800	1000	2.600
1963	900	1000	3.600
1972	1000 (350 vakanta)		
1977	1.600 (50%vakanser)	247allmänläkare 601 med annan specialitet	5.300 samt 1.700 öppenvårds- tjänster

Allmänläkartjänster inkl. underläkare i Älvsborgsläns landsting 1971 - 1985

	1971	1978	1982	1987	1985 allmläk/inv	1985 allmläk och uläk/inv
Norra distriktet	31		63	65		
Södra distriktet	43		89	94	1/2700	1/3100
Totalt	74		152	159		
Alingsås pvo		Tjänster 1978				
Lerum		8 samt 2 ul 2 barnläkare				
Alingsås		6 samt 1 ul				
Vårgårda		2				
Herrljunga		2 samt 1 ul				

Tabell XX.

Distriktsläkarantal och – besök i förhållande till befolkningsantal för åren 1976 och 1977.

Läkardistrikt	Besök/inv. 1976	Inv./tjänst	Inv./läkare jan 1977
Alingsås	0,74	5600	7000
Borås	0,74	4500	8000
Herrljunga	1,19	3000	9000
Lerum	1,24	3200	3600
Mark	0,94	4300	7500
Svenljunga	1,04	3500	5200
Tranemo	0,94	2400	6000
Ulricehamn	1,25	4300	4300
Vårgårda	1,37	4300	4300
Betjäningsområde			
Sollebrunn	1,18	4500	4500
Alingsås övrigt	0,65	6000	8000
Borås stadskärna	0,72	8000	11500 + 2-6 uläk.
Bollebygd	0,62	8000	8000
Dalsjöfors	0,75	8000	8000
Viskafors	1,00	7000	7000 + 1 uläk.
Lerums församling	1,33	4750	4750 inkl 1 uläk.
Floda VC	1,00	6000	6000
Gråbo	0,87	6000	6000

Andel av totala driftkostnaden 1973 och 1980 i Älvsborgsläns landsting

	1973 MKR	1973 i %	1980 MKR	1980 i %
Somatisk akutsjukvård	220,1	50 %	676,6	48 %
Psykiatri	91,9	21 %	208,0	15 %
Långvård	79,8	18%	347,9	25 %
Öppen primärvård	47,8	11 %	168,2	12 %
Totalt	439,6	100 %	1 400,7	100 %

Lokaler för öppen primärvård 1985

	Norra distriktet	Södra distriktet	Summa
Vårdcentraler	11	17	28
Läkarstationer	7	8	15
Distr..sköt. mottagningar	17	30	47

BNP och hälso- och sjukvårdens kostnader 1967 - 1977

(HS 90 SOU 1981:4, sid. 35)

År	BNP	HoSjv kostnad milj. kronor	% av BNP
1967	133 575	8 755	6,6
1968	141 867	10 034	7,1
1969	153 709	10 948	7,1
1970	170 734	12 618	7,4
1971	182 682	14 421	7,9
1972	198 243	15 788	8,0
1973	219 093	17 055	7,8
1974	248 593	20 047	8,1
1975	287 078	24 371	8,5
1976	322 407	28 343	8,8
1977	351 190	34 400	9,8

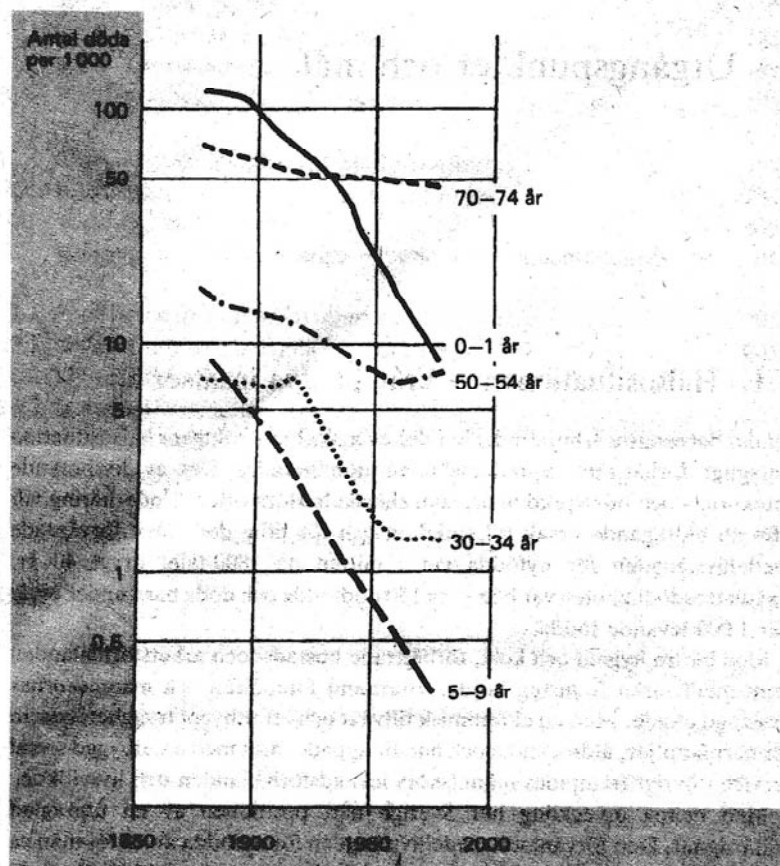
Sjukvårdskostnaderna 1990 – 1996

(Sjukvårdsstatistik 1998, sid 26.) i miljarder kronor

År	Direkta kostnader Löpande priser	Direkta kostnader Fasta priser	Andel av BNP
1990	119	119	8,8
1991	125	118	8,7
1992	112	103	7,8
1993	114	103	7,9
1994	118	102	7,7
1995	123	102	7,5
1996	128	101	7,8
1996*	145	114	8,6

* Inkl. Ädel, som uppskattas motsvara 1 % av BNP

DIAGRAM OCH BLANKETTER



Figur XX. Dödlighetens förändring under 100 år

Vårdplaneringssystemets diagram, blanketter och tabeller

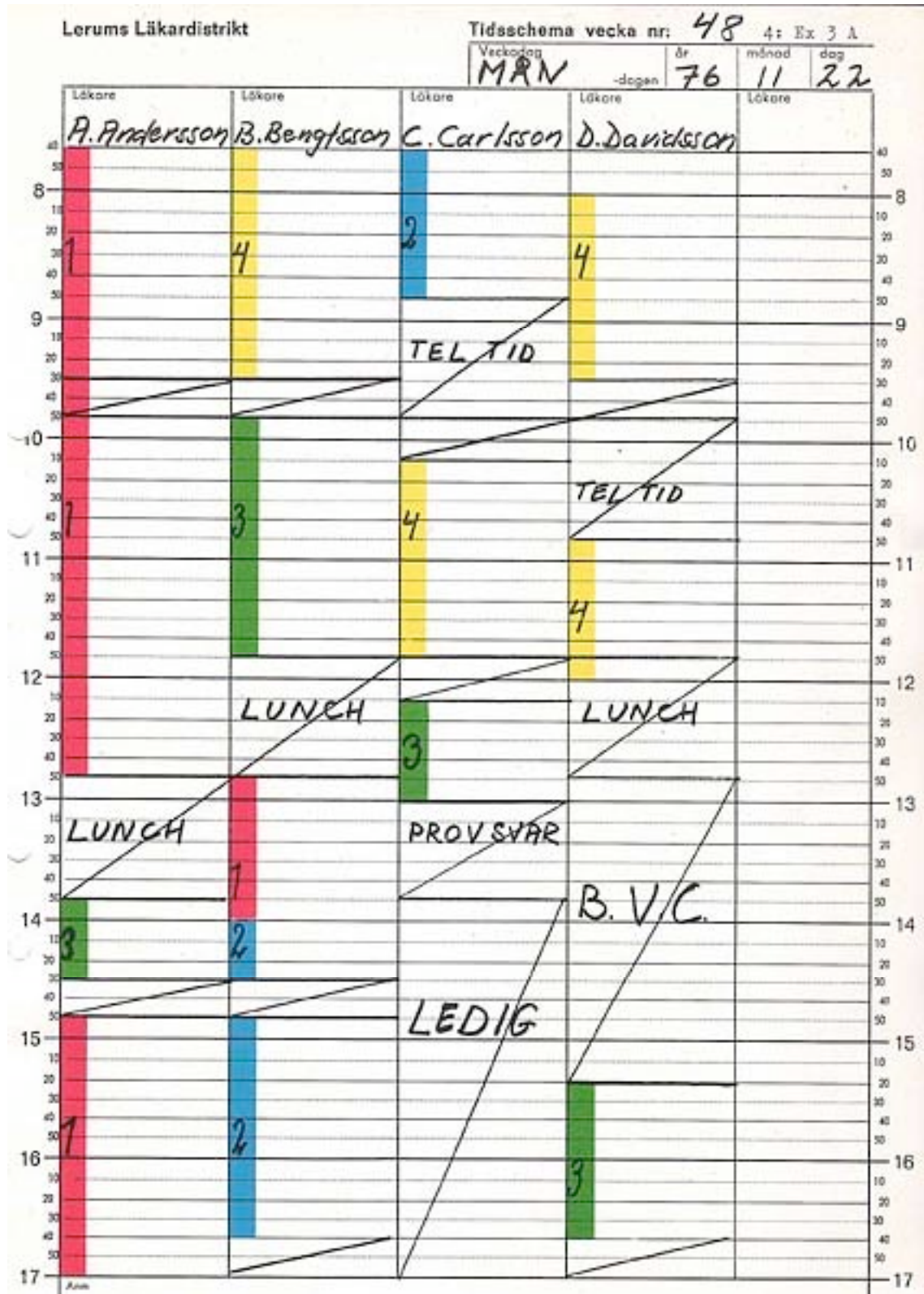
R/P-blanketten
En ej ifylld R/P-blankett

R/P-blanketten
En ej ifylld R/P-blankett

[illegible]

Tidsschema

Obokat tidsschema



Delbokat tidsschema

Fullbokat tidsschema

Läkare	Läkare	Läkare	Läkare
A. Andersson 8 9 0 11 12 13 14 15 16 17	B. Bengtsson 8 06/12/1 aa 17/10/03 aa 4 05-06/2P aa 07/08/07 aa 12/02/02 aa 21/11/27 5/02/24 yriel -- 38/02P aa 42/02/10 aa 05/08/0P -- -- LUNCH LUNCH 5/12/25 gym 48/05/16 aa 42/06/25 aa 32/04/01 gym 02/01/14 -- 2 00/10/20 astma 65/05/17 oml Aum	C. Carlsson 8 530601 gyn 39/1/22 axel w TEL TID 380708 aa 4 16/06/07 aa 000506 COR -- 58/08/04 Santal -- 350812 -- -- 3 18/12/12 -- PROVEVAR LEDIG 	D. Davidsson 8 08/12/19 ab 56/03/15 op 4 07/11/23 blsr 100702 -- 130911 TEK TID 05/12/08 COR 000125 -- 4 17/05/09 -- B.V.C. 12/09/15 -- 3 07/03/28 gyn 27/11/12 axel 22/04/15 -- 17

Register över kontaktorsaker – åtgärder

VÄRDCENTRALEN BROBACKEN
U Blomberg, B Dahlin,
G Hedelin

REGISTER ÖVER
KONTAKTORSAKER-ÅTGÄRDER
Datum
1977-03-21

2:7

Kontaktorsak	Åtgärd	Besök läkare grad	Besök läkare tid	Provtagningar, undersökningar, ann
<u>INFEKTIONSSJUKDOMAR -</u> <u>FEBERSJUKDOMAR</u>				
Halsfluss - halsont med hög feber	Besök läkare Rådgivn läkare	1		Vita ev
Halsont längre tid utan feber	Besök läkare	2	20	
ÖLI	Rådgivn sjsköt	2	20	Se "råd febersjd"
Luftrörskatarr - långvarig hosta	Besök läkare	2	20	SR
Influensa	Rådgivn sjsköt Rådgivn läkare Besök läkare	1		Se "råd febersjd" Ev hembesök Ej förbättrade efter 1 vecka, SR, urintest, sedi- ment ev vita
Infektion n m bättre men behöver intyg	Besök läkare	1 el 2	10	-
Oklara hudutslag med feber	Hänvisning DS			Hos vuxna ev hembesök
Akuta öronsmärtor	Besök läkare	1		
Rinnande öra	Rådgivn läkare Besök läkare			ev kan medicin ringas in
Krupp och epiglottitssymptom	Besök läkare Hänvisning sjukhus	1 1		Dagtid Öronklinik, annars AVC Borås se "råd gastroenteriter"
Magsjuka, (kräkningar, diarréer)	Rådgivn sjsköt Besök läkare	2	20	
Kräkningar, diarréer hos barn under 2 år	Hänvisning barnmottagning			
UVI med feber - cystopyelit	Besök läkare	1		Urintest, sediment, dip- slide
UVI - blåskatarr - urinvägs- besvär	Rådgivn sjsköt Besök läkare	1		Urintest, sediment- dipslide
Feber utan känd orsak 1-3 dagar	Rådgivn sjsköt			Se "råd febersjd"
Feber 4-5 dagar	Rådgivn sjsköt Rådgivn läkare Besök läkare	2	20	Se "råd febersjd" Hb, ev SR, sediment

Sjuktillstånd 1977-11

Provsvarsblankett

Läkarstationen Brebacken 443 00 LERUM Tfn 0200-140 50	MEDELANDE OM PROVSVAR Datum _____ _____ _____ _____
---	--

Vi vill lämna följande meddelande om det prov eller den undersökning Ni genomgått:

UNDERSÖKNING/PROV

☐ Röntgenundersökning
☐ Urinprov
☐ Blodprov
☐ Cytologprov

RESULTATET VISADE

☐ Helt normala förhållanden

FÖLJANDE INSTRUKTIONER/ORDINATIONER LÄMNAS

☐ Ni skall fortsätta medicinera som tidigare

Är det något Ni undrar över eller vill fråga om, kontakt oss gärna per telefon enligt ovan.
Med vänliga hälsningar

Bild 1402/944 1 - 00 001/000 00000

Vid besök på läkarstationen medtag alltid försäkringsbesked, patientkort och de mediciner Ni använder.

Meddelandebblankett

MEDDELANDE OM BESÖKSTID/PROVTAGNING

Datum

LÄKARBESÖK

Vi vill meddela att vi för Er räkning här på läkarstationen har:

- ☐ Bokad tid för läkarbesök ☐ Ändrat tidigare bokad besökstid

- ☐ Vid besöket på läkarstationen bör Ni vara fastande, dvs Ni bör inte äta kvällen före provtagningen efter kl 21 och inte intaga någon dryck efter kl 24, samt ej heller äta eller dricka på provtagningsdagens morgon

Nedanstående tid har bokats:

Datum

Klockan

Läkare

PROVTAGNING

Vi vill meddela att vi för Er räkning här på läkarstationen har:

- ☐ Bokad tid för provtagning

Nedanstående tid har bokats:

Datum

Klockan

- ☐ Vid besöket på läkarstationen bör Ni vara fastande, dvs Ni bör inte äta kvällen före provtagningen efter kl 21 och inte intaga någon dryck efter kl 24, samt ej heller äta eller dricka på provtagningsdagens morgon

Skulle den bokade tiden ej passa Er, var god kontakta oss snarast på telefon 0302/140 50, så skall vi försöka finna en annan tid.

Vid ankomsten till läkarstationen, var god anmäl Er i kassan samt visa upp detta meddelande.

Med vänliga hälsningar

Vid besök på läkarstationen, medtag alltid försäkringsbesked, ev patientkort och de mediciner Ni använder.

IFA 578

Sjukvårdens nyckelaktörer efter 1970

MEDICINALPERSONAL

Läkare

Vårdcentralen Sörhaga, Alingsås läkardistrikt 1970 – 2000

Adr. Södra Ringgatan 28

???? – 1976 NN

????? Bengt Ståhl ???

?????

1976 – 1978 Wertman, Peter

1983 - Kjell, Christer

1985 – 2004 Kuylenstierna, Bo

1992 - Carlsson, Jenny

1994 – 1998 Dükler, Inger

1998 – 2004 Fahlström, Marianne

Vårdcentralen Noltorp, Alingsås läkardistrikt 1970 – 2000

Adr. Säterigatan, Noltorp

1978 – 1983 Wertman, Peter

1978 – 1999 Dahlbäck, Gustav

1979 – 1985 Kuylenstierna, Bo

1981 – 1986 Hamark, Anders

1983 – 1995 Svedin, Bengt

1988 – 2001 Görander, Staffan

1989 – 2003 Holmberg, Kerstin

1989 – 2003 de Fine Licht, Eva

1989 – 2000 Andersson, Ingegerd

1989 – 1990 Olofsson, Carl-Gunnar

1990 – 2001 Gren, Jan-Åke

1992 – 1993 Liedström, Anna-Greta

1999 Ström, Bengt

2000 - Ahlén, Gerd

Vårdcentralen Ängabo, Alingsås läkardistrikt 1995 – 2000

Privat vårdcentral 1991 – 1994, Adr. Sundsbergsvägen 7.

1986 - Lindh, Gull-Britt

1995 – 2001 Ståhl, Bengt

1995 -	Studahl, Per
1995 – 1996	Åhlén, Annika
1995 – 1996	Wellander, Jan
1996 – 2000	Liedström, Anna-Greta
1998 – 2004	Alfredsson, Gunilla
1999 -	Dahlbäck, Gustav
1999 – 2000	Nilsson, Björn
2000 -	Andersson, Ingegerd
2000 -	Simonsson, Dag
2004 -	Niklasson, Marita

Barnmottagningen, Alingsås läkardistrikt 1970 – 2000

Adr. Lasarettet Alingsås.

Barnläkarna i Alingsås tillhörde primärvården i Mittenälvsborg f o m 1986

1975 -	Forsell, Christer
1983 -	Wallgren, Henning
1988 -	Wallmyr, Daniel

Företagshälsovården, Alingsås läkardistrikt 19?? – 2000

?????

????? Bengt Ståhl

?????

Herrljunga läkardistrikt 1970 - 2000

1955 – 1983	Kjellson, Lennart	provinsialläkare
1976 -	Svedberg, Staffan	
1982 – 1986	Granvik, Ann	
1990 -	Fråst, Bo	
1990 -	Vajta, Peter	
1995 – 1996	Glaffey, Katarina	
1997 -	Johansson, Eva	
2000 – 2004	Niklasson, Marita	

Vårgårda läkardistrikt 1970 - 2000

1961 – 1982	Hjelmér, Arne
1976 – 1979	Söderbergh, Erik
1979 – 1983	Kjell, Christer
1982 -	Andersson, Berndt
1991 – 1992	Vajta, Peter

1993 – 1996	Edlén, Bengt
1993 -	Larsson, Linnéa
1994 -	Petersson, Ulla-Britt
1997 – 2001	Niemi, Marie
1998 -	Troye, Elisabeth
1999 – 2001	Östlund, Leif

Bjerke/ Sollebrunns läkardistrikt

1963 - ?????	NN	
19?? – 19??	Östlund, Leif	provinsialläkare/distriktsläkare
1984	Wertman, Peter	distriktsläkare
1991 – 2000	Olofsson, Carl-Gunnar	
2001 -	Dahlberg, Jerry	
2003 -	Holmberg, Kerstin	

Gråbo vårdcentral, Lerums läkardistrikt från 1970

Gamla läkarstationen till 1978 därefter nya vårdcentralen.

1970 – 1976	Söderbergh, Erik	
1977 – 1985	Wik, Olof	
1978 – 1995	Dahlin, Bengt	deltid, komb. med öv. engagemang i landstinget
1984 – 1987	Källqvist, Holger	
1978 – 1983	Hallerbäck, Lennart	
1986 – 1999	Nilsson, Björn	
1990 – 2000	Carlsson – Ahlén, Gerd	
1992 –	Lavér, Lisbeth	
1995 – 1999	Simonsson, Dag	
1999 -	Nittve, Per	

Lerums läkardistrikt och vårdcentraler 1970 – 1999

Brobackens vårdcentral 1970 - 1985 ; Lerums vårdcentral 1985 - Adr. Göteborgsvägen 9.;
Läkarstationen Pomona 1969 – 1976

1969 – 1976	Berntsson, Helge	Pomona
1970 – 1995	Dahlin, Bengt	Brobacken, Lerum
1970 – 2006	Hedelin, Gunnar	Brobacken, Lerum
1970 – 1976	Nöjd, Bengt-Ivar	Brobacken sedan Floda
1986 – 2004	Wik, Olof	Lerum
1975 – 1998	Gallon, Inger	
19?? – 19??	Hedström, Lars-Erik	

1979 – 1998	Fahlström, Marianne
1962 – 1995	Dahlin, Bengt
1982– 2004	Nordberg, Thomas
1989 –	Stadelmann, Andre
1993 – 2002	Rothélius, Barbro
1997 –	Glaffey, Katarina
1998 -	Burman, Claes
1999 -	Lindén, Joryn

Vårdcentralen i Floda, Lerums läkardistrikt 1976 – 2000

1976 - 1983	Nöjd, Bengt-Ivar (därefter privatpraktiker i Lerum)
1976 – 1987	Lundgren, Hans
1980 – 1993	Karlgren, Sonja
1983 –	Hallerbäck, Lennart
1987 – 1993	Källqvist, Holger
1990 – 2004	Hedström, Susanne
1992 – 1995	Studahl, Per
1993	Wennberg, Jakob
1993 – 1996	Liedström, Anna-Greta
1994	Hellqvist, Mats
1996 -	von Below, Bernhard
1997 -	Thorén, Jonas
2000 -	Nilsson, Björn

Barnmottagningen i Lerum

Adress Pomona läkarstation 1976 - ; Lerums Vårdcentral 1985

1976 -	Emrén, Ingegerd
1980 – 2004	Bergström, Ragnar
1996 -	Bergdahl, Erik

Privatpraktiserande läkare i Lerum

1983 – 19...	Bengt- Ivar Nöjd
--------------	------------------

Sjuksköterskor/Distriktssköterskor

Distriktssköterskor/sjuksköterskor Alingsås

Jourcentralen

1970 -	???????
???	
???	
1974 – 1986	Siv Gustavsson
1975 – 1986	Birgit Ljungqvist
1985 – 1999	Lena Wignäs Niklasson
1987 – 2002	Anita Hermansson
1989 – 1996	Ewa Lindqvist
1991 – 1994	Öie Lepp Johansson
1993 – 2001	Ann-marie Terneby
1995 – 1998	Lilian jansson

Sörhaga vårdcentral

1965 – 2001	Margareta Eliasson
????	
???	
1983 – 1999	Inga-Lisa Karlsson
1990 – 1993	Lilian Jansson
1993 – 2000	Lena Jerkefjord
1996 -	Margareta Levander-Nilsson
1999 -	Marina Ringqvist
1999 -	lena Wignäs Niklsasson

Noltorps vårdcentral

???		
????		
???		
1978 – 1984	Britta Karflo	
1981 – 1984	Lena Wignäs Niklasson	
1986 -	Siv Gustavsson	(dsk)
1986 – 1996	Birgit Ljungqvist	
1988 – 1992	Annmarie Terneby	
1989 -	Gunilla Svensson	
1990 -	Lena Ahlin Hansson	
1995 -	Gunnel Berg	
1995 – 2001	Rose-Marie Harrysson	
1997 -	Siv Wallin	
2001 -	Maj Hansson	

Ängabo vårdcentral

????	
????	
1986 – 1990	Gull-Britt Lindh
1995 – 1996	Siv Wallin
1995	Gull-Britt Lindh
1995 -	Margareta Rassmusson
1995 -	Monica Rystedt
1998 – 2000	Bery Dumbuya
1998 –	Helen Gedda

Ingareds distriktssköterskemottagning

??

1978 – 1990	Monica Rystedt
1988	Gunilla Svensson
1995 -	Elsa Lisa Erberg
1995 -	Lena Jansson
1995 -	Sol-Britt Wachman
2000 -	Ing-Britt Johansson

Barnmottagningen i Alingsås

1975 – 1997	Ulla-Karin Eriksson
1976 – 1991	Inger Jansson
1989 – 2000	Maj Hansson
1993 – 1995	Lilian Jansson
1996 -	Elisabeth Hedenquist
1997 -	Gunnel Andersson

Barnmottagningen i Lerum

1986, 1989 – 1996	Eva Sölsnäs
1988 -	Anita Jarl

Pool i Alingsås

1984 – 1986	Gull-Britt Lindh
1985 – 1990	Lena Ahlin Hansson

Distriktssköterskor i Sollebrunn

1974 -	Ingela Arvidson
1994 – 2000	Oie Lepp Johansson
1997 -	Gun Nilsson
1998 – 2000	Yvonne Lagerstahl
1998 -	Tordis Hillberg
2000 -	Eva Köster

Distriktssköterskor/sjuksköterskor Skallsjö/Floda

1941 – 1962	Kerstin Damell
19?? – 19??	
1975 – 1976	Barbro Svahlin
1978 – 1981	Kerstin Greek
	Marianne Isaksson
	Laila Dahl
	Birgit Larsson
	Birgitta Johansson
1981 – 1997	Barbro Aabol
1981 – 1984	Rose-Marie Harrysson
1983 – 1990	Siv Wallin
1984 – 1993	Britta Karflo
1985 – 1998	Beryl Dumbuya
1989 – 2004	Ingegerd Bolminger
1996 – 2003	Ewa Lindqvist
1997 – 2000	Ing-Britt Johansson
1989 – 2001	Viveka Hallgren
1990 -	Maj Ahlgren
1990 -	Marie-Louise Sundén

Distriktssköterskor/sjuksköterskor Lerum

1931 – 1940	Kerstin Damell (intervju finns)
1940 – 1980	Ingeborg Nilsson (intervju finns)
19?? – 19??	
1965 – 1997	Gudrun Bengtsson
1969 – 1992	Maria Thomasson
1970 – 1996	Inger Wedenmark
1972 –	Ulla Blomberg
1974 – 1975	Britta Karlflo
1976 – 1996	Barbro Svahlin
1981 – 1985	Kristina Larsson
1981 – 1997	Kerstn Greek
1982 – 1997	Margareta Kretz
1983 –	Britt Forsström
1984	Eva Hammarvik
1985 –	Margareta Ström-Hansson
1985 – 1994	Maj Synneby
1986 – 1988	Margareta Levander
1986 – 1992	Inga den Hartog
1987 – 1989	Anna-Karin Lorentzon
1987 – 2002	Åsa Henriksson
1988 – 1999	Ulla Sandwall
1988 – 2000	Isa Wennberg
1993 –	Ann-marie Gustavsson
1995 – 2004	Kristina Larsson
1995 – 2004	Yvonne Nordberg
1995 – 1999	Rose-marie Larsen
1996 –	Anna-Karin Lorentzon
1996 –	Gunilla Grönberg
1998 –	Eva Hammarvik
1999 –	Barbro Lambertsson

Distriktssköterskor/sjuksköterskor Gråbo

1959 – 1985 (?)	Annie Bauhn
19?? – 19??	Margareta Svanlund
1975– 1990	Berit Johansson
1975 –	Solveig Svensson
1978 – 1990	Ulla-Britt Johansson
1979 –	Ingela Ohlsson-Hernqvist
1979 – 1982	Siv Wallin
1981 – 1982	Britt Forsström
1983 – 1995	Rose-Marie Harrysson
1983	Eva Hammarvik
1985 – 1991	Eva Hammarvik
1985 – 2001	Ingrid Zachrisson
1988 –	Susanne Lennmyr Bick
1990 – 2001	Lena Råstam
1992 –	Inga den Hartog

Distriktssköterskor/sjuksköterskor Vårgårda

1970 – 1999	Margareta Kjernald
1983 -	Gunnel Sundberg
1985 – 1998	Kersti Milton
1987 – 1990	Lilian Jönsson
1988 -	Birgitta Olsson
1990 – 1993	Lena Jerkefjord
1993	Lilian Jönsson
1996 – 2001	Signe-Liv Ljunggren
1998 -	Aina Erixon
1999 –	Lilian Jönsson
1999 -	Gun Sjöstrand

Distriktssköterskor/sjuksköterskor Herrljunga

????

????

1977 – 1985	Kersti Milton	
1980 -	Elisabeth Alavik	?
1980 -	Margareta Körberg	
1983 – 1985	Anita Hermansson	
1985 – 1997	Irene Marinder	
1986 -	Elisabeth Alavik	?
1987 -	Gunnel Karlsson	
1988 – 1996	Margareta Levander-Nilsson	
1992 – 1993	Gun Blomberg	
1995 – 2004	Gun Blomberg	
1996 -	Birgit Ljungqvist	
1998 -	Lars-Göran Blomgren	
1999 –	Irene Marinder	
1999 -	Wiveca Karlsson	

Barnmorskor

Barnmorskor Lerum

1963 – 1994	Evy Johansson	
19?? – 19??	Kristina Larsson	
1980 -	Elisabeth Widén	
1985 –	Anna-Stina Cederbom	
1993 -	Gun Rembeck	Ungdomsmottagning

Barnmorskor Floda

???

????

1983 – 1985	Anna-Stina Cederbom	
1989 – 2004	Marianne Reinthol	
1990 – 2001	Sylvia Söderlund	
1993 – 2001	Ann Törnell	(spädbarnsgruppen?)

Barnmorskor Gråbo

???

???

1991 – 1992

Ann Törnell

(spädbarnsgruppen?)

2002 -

Sylvia Söderlund

Barnmorskor Sollebrunn

????

????

1977 -

Wivi-Anne Brandt

1979 -

Inga Bandh (Alingsås ?)

Barnmorskor Alingsås

???

???

1972 -

Maj-Lis Bäckström

1983 -

Elisabeth Lindsten

(Ungdomsmottagning)

1997 -

Ann Söderstrand

(Ungdomsmottagning)

2001 -

Ann Törnell

(spädbarnsgruppen ?)

Barnmorskor Herrljunga

???

???

1976 -

Marianne Svensson

1977 -

Ingrid Källberg

1985 -

Agneta Johansson

1986 -

Birgit Carlsson

Barnmorskor Vårgårda

???

???

1989 –

Ing-Marie Davidsson

1996 -

Inger Johansson

(spädbarnsgruppen VAR?)

Vad är spädbarnsgruppen?

YRKES- OCH LEVNADSBEKRIVNINGAR – CV:S

(Under denna rubrik kan man ge närmare beskrivning av "karriären". Den som vill kommer med.)

Läkare i Lerums läkardistrikt efter 1970

Dahlin Bengt R

Se del 1.

Berndtson Helge

F 21/9 1932 Med kand. 1960, Med.lic. 1968 i Göteborg. **Distriktsläkare i Lerum 1970 – 1976.**

Söderbergh Erik

F. Uppsala 29/1 1939 av bitr. öläk. Per Säve-Söderbergh och prov.läk. Eva Lundgren. Gift 1964 m Ingegerd Snaar, dtr till tandtekniker Allan S o Berta Svensson. Barn: Magnus f 1964, Håkan f 1968, Malin f 1970. Stud.ex Örnköldsvik 1958, med.kand. Gbg 1960, Med.lic. Gbg 1965. Uläk. Örnköldsvik, Varberg m fl 1963-65, uläk med. klin. Alingsås 1966-68, uläk. kirurgen där 1968-70, Läkare i Ndolage Hosp Tanzania 1970.

Distriktsläkare i Gråbo 1970 - 1976.

Lundgren, Hans W.

F xxxx i Växjö, studentexamen xxxx i YYY Med kand. YYY, Med.lic. xxxx i Göteborg, Specialist i allmänmedicin xxxx, M.D. 1989 i Göteborg.

Distriktsläkare vid Floda vårdcentral, Lerum 1976 – 1987. Distriktsläkare och vårdcentralchef i Kiruna 1987 – 1989. Primärvårdschef/bitr. chefsläkare Primärvården Österlen 1989 – 1991. verksamhetschef/chefsöverläkare Borby – Simrishamn 1996 – 1998. Distr. läk. och vårdcentralchef (1989-94) Borby vårdcentral 1989 – .

Doktorsavhandlingen: Diabetes typ 2. Department of Primary Health Care, Gothenburg University, Gothenburg, Sweden, 1989.

Wik Olof

Hedelin Gunnar

I slutet av 60-talet - kirurg-assistent-period i Alingsås (ung. AT)

Började på Brobacken i Lerum 1970. Chef på vårdcentral i Lerum från 1977 till. Gick i pension 2006.

”Jag har haft oändligt många fina upplevelser och väldigt mycket kul under mina 37 – 38 år i området. Under alla dessa år har jag alltid med glädje gått till jobbet (förutom under en kortare tid i slutet av min chefsperiod när några dåvarande medarbetare insisterade på att jag som verksamhetschef skulle lösa sjukvårdens alla bemanningsproblem)”.

Nöjd Bengt-Ivar

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PRIMÄRVÅRDEN I MITTENÄLVSBORG 1970 - 1999 MED FOKUS PÅ LERUM.....	2
PROJEKTET	2
PROJEKTETS GENOMFÖRANDE	3
MITTENÄLVSBORG.....	4
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	4
SAMMANFATTNING.....	6
PRIMÄRVÅRDTIDEN	14
HISTORIEN OM PRIMÄRVÅRDEN I LERUM 1970 – 1999	14
PROLOG	14
SAMHÄLLSUTVECKLINGEN 1970 – 1999, – EN OMVÄRLDSBESKRIVNING.....	15
<i>Rekordåren – 1950- och 1960-talen</i>	<i>15</i>
<i>1970-talets kriser</i>	<i>15</i>
<i>1980-talet – devalveringar, inflation, offentlig sektor och hög skattekvot.....</i>	<i>16</i>
<i>1990-talet – räntechock, systemskifte och sanering.....</i>	<i>17</i>
BEFOLKNINGSUTVECKLING OCH SOCIOMEDICINSKT SAMHÄLLSKLIMAT	18
HÄLSA OCH SJUKVÅRD	20
<i>Spri.....</i>	<i>20</i>
<i>Hälso- och sjukvårdslagen 1982 och 1992.....</i>	<i>20</i>
LANDSTINGETS SJUKVÅRDSPLANER 1974 OCH 1980	22
LANDSTINGETS HÄLSOPLAN 1977.....	22
REFORMER	24
<i>7-kronorsreformen.....</i>	<i>24</i>
<i>Dagmar-reformen.....</i>	<i>25</i>
<i>Ädel-reformen 1992.....</i>	<i>25</i>
CENTRALA UTREDNINGAR.....	26
<i>Socialstyrelsen principprogram för öppen vård 1969</i>	<i>26</i>
<i>Spri-rapport nr 14/72 om den öppna vårdens organisation.....</i>	<i>27</i>
<i>Husläkarsystemet.....</i>	<i>28</i>
<i>Marknadsinriktad primärvård</i>	<i>29</i>
<i>HS 80 – ett principprogram från Socialstyrelsen.....</i>	<i>29</i>
<i>HS-90 – SOU 1984:39.....</i>	<i>29</i>
<i>Riksdagens revisorers rapport</i>	<i>30</i>
PRIMÄRVÅRDENS UPPBYGGNAD UNDER 1970-TALET	31
PRIMÄRVÅRDSBEGREPPET.....	31
PRIMÄRVÅRDENS INNEHÅLL OCH MÅL	31
VÅRDCENTRALEN.....	32
<i>Områdesansvar.....</i>	<i>33</i>
<i>Tillgänglighet.....</i>	<i>35</i>
<i>Helhetssyn och samverkan</i>	<i>36</i>
<i>Kontinuitet</i>	<i>36</i>
<i>Kvalitet.....</i>	<i>36</i>
LERUMS LÄKARDISTRIKT BILDAS	37
DEN FÖRSTA LÄKARSTATIONEN I LERUM	38
DET GAMLA APOTEKET I LERUM.....	39
POMONA LÄKARSTATION I LERUM.....	39
GRÅBO LÄKARSTATION FÖRE 1978.....	39
DEN FÖRSTA VÅRDCENTRALEN – HÄLSOHUSET PÅ BROBACKEN.....	41
<i>Brobackens treläkarstation</i>	<i>41</i>
<i>Primärvårdsblocket</i>	<i>42</i>

PRIMÄRVÅRDSJOURNEN	43
<i>Jourcentralen i Alingsås</i>	43
EN UTVECKLINGSVÅRD-CENTRAL, BROBACKEN I LERUM.....	45
LABORATORIEUTVECKLING, LERUM FÖREGÅNGARE I PRIMÄRVÅRDEN.....	47
SPECIALMOTTAGNINGAR.....	49
<i>Blodtrycksdispensär</i>	49
<i>Motion var också ett tema</i>	50
<i>Kostrådgivning ingick i arsenalen</i>	51
”LERUMSMODELLEN” – SOM BLEV VÅRDPLANERINGSMODELL FÖR HELA SVERIGE.....	52
<i>Befolkningsansvaret – Tillgängligheten</i>	54
Telefontillgänglighet	54
Akutansvar	55
<i>Patientmottagarfunktionen</i>	55
<i>Registret ”Kontaktorsaker – åtgärder”</i>	57
Kontaktorsaker	58
Brädskegradsindelningen.....	58
Tid för läkarkontakten.....	61
<i>Registrerings- och planeringsblankett (R/P-blankett)</i>	62
<i>Bevaknings- och kallelserutiner</i>	63
<i>Ledningsfunktionen – Vård- och resursplanering</i>	63
<i>Några resultat av vårdplaneringen</i>	64
VÅRDPLANERING I OMRÅDET.....	65
EN ÖVERSIKT ÖVER 1970-TALET I LERUM.....	66
VÅRD-CENTRALEN I FLODA	68
<i>Hälsa och sjukvård vid Floda Vårdcentral</i>	68
<i>En produktionsstudie vid Floda vårdcentral</i>	69
<i>Hypertonidisdispensär vid Floda vårdcentral</i>	70
<i>Förebyggande och behandling av alkoholmissbruk – ett förslag till vårdprogram</i>	70
Journalstudien.....	70
Intervjuer.....	70
Behandlingsresultat:	71
<i>Mer förebyggande arbete vid Floda vårdcentral</i>	71
Ryggpatienter inom primärvården 1979.....	71
Diabetespatienter vid Floda vårdcentral 1977.....	71
UR EN STUDIE – FEM ÅR MED FLODA VÅRD-CENTRAL	71
Resurser	72
Samverkan med andra	72
Patienttillfredsställelse	72
Vad präglade/utmärkte Floda vårdcentral?	72
NYA VÅRD-CENTRALEN I GRÅBO 1978 -1989.....	73
<i>Nya vårdcentralgenerationer</i>	73
<i>Gråbo Vårdcentral utvecklade vårdadministrativa system</i>	73
<i>Gråbo vårdcentral före datoriseringen</i>	74
Gråbo betjäningssområde	74
Ledningsorganisation	74
Arbetsorganisation	75
Arbetsfunktioner.....	75
Service till befolkningen	76
EN TIDNINGARTIKEL OM KULTURREVOLUTION	77
VÅRD-CENTRALEN I GRÅBO EFTER 1985	78
<i>Datorstödet omfattade översiktligt följande funktioner</i>	78
<i>Förändrade vårdadministrativa funktioner</i>	79
<i>Att läsa datorjournalen</i>	80
<i>Sekreteransvar och att skriva datorjournalen</i>	81
<i>Sammanfattande erfarenheter av datorjournalförsöket i Gråbo</i>	81
<i>Ur sjuksköterskornas processdagbok vid Gråbo Vårdcentral 1985 – 1986</i>	83
NYA VÅRD-CENTRALEN I LERUM.....	85
<i>Läkarsekreterare ett yrke i förändring</i>	86
<i>Öppen mottagning på Lerums vårdcentral</i>	86

Gunnar Hedelin avgår som chef efter 25 år	87
BARNDISTRIKTSLÄKARNA	89
BARNLÄKARNA I OMVÄRLDEN	89
BARNDISTRIKTSLÄKARNA I MITTENÄLVSBOG	89
BARNLÄKARVERKSAMHETEN I ALINGSÅS	89
BARNLÄKARVERKSAMHETEN I LERUM	91
<i>En Barnmottagning i tiden</i>	91
"Små patienter är också patienter"	93
DISTRIKTSVÅRD OCH FÖREBYGGANDE VÅRD.....	95
DISTRIKTSKÖTERSKEVERKSAMHETEN	95
MÖDRA- OCH BARNHÄLSOVÅRDEN, UTVECKLADES STARKT.....	97
<i>Barnhälsovården</i>	99
Barnhälsovårdens basprogram.....	101
<i>Barndietist i Lerum</i>	101
UNGDOMSMOTTAGNING – EN NY VERKSAMHET	102
<i>Företagshälsovård i Vårgårda</i>	103
<i>Företagshälsovården etablerar i Alingsås</i>	103
<i>Nytt regelverk för företagshälsovården</i>	103
PRIMÄRVÅRDEN ANPASSAS TILL NYA IDEAL – FOLKHÄLSOARBETE.....	104
<i>En ramlag</i>	104
Patienten i fokus	104
Sjukvårdsbegreppet förändrades.....	105
Folkhälsan blev landstingets ansvar	105
LANDSTINGETS HÄLSOPLAN 1977	105
<i>Polycyn i Lerum</i>	106
ALLMÄN HÄLSOVÅRD, KOM UTVECKLADES OCH AVVECKLADES.....	106
<i>Hälsoenheten i Södra Älvsborg</i>	107
EGENVÅRD OCH FRISKVÅRD	109
<i>Egenvårdsdebatten i Sverige på 1970-talet</i>	111
<i>Hälso- och friskvård i Gråbo</i>	112
<i>Folkhälsoarbetet 1994</i>	112
<i>Apoteken – den stora motorn för egenvård</i>	113
ÄLDREOMSORG I UTVECKLING	114
<i>Från fattigvård till äldreomsorg</i>	114
<i>Kronikerhem</i>	114
<i>Ålderdomshem</i>	114
<i>Utbyggnad av långtidssjukvården</i>	114
<i>Hemsjukvårdsbidrag</i>	115
<i>Utveckling av öppna serviceformer</i>	115
<i>Den sociala hemhjälpen</i>	115
<i>Färdtjänst</i>	115
<i>Särskilda boendeformer för äldre</i>	115
<i>Utveckling och uppbyggnad av primärvården</i>	116
<i>Primusprojektet</i>	116
<i>Sjukvård i hemmet</i>	116
De "200 tjänsterna"	117
<i>Framtagning av en plan för Lerums kommun</i>	117
Resultat av planarbetet i Lerum	117
PRIMÄRVÅRDEN OCH LÅNGTIDSVÅRDEN	118
<i>Lerums sjukhem – Tuvängen före Ädelreformen</i>	119
Dagverksamheter och särskilda boendeformer i Lerums kommun.....	120
<i>Distriktsläkare i långtidssjukvården</i>	120
Ädelreformen gav ett avtal mellan kommunerna och landstinget i Älvsborgs län	120
<i>Genomförandet av Ädelreformen i Lerum</i>	121
SJUKGYMNASTIK OCH ARBETSTERAPI FRÅN CENTRALISERAD TILL DECENTRALISERAD TERAPI.....	122
<i>Rehabilitering i äldreomsorgen med många dimensioner</i>	124

SAMVERKAN EN LERUMSIDEOLOGI.....	126
SAMVERKAN – ETT HONNÖRSORD I LERUMS PRIMÄRVÅRD	126
<i>Socialtjänsten, en viktig samverkanspartner</i>	126
<i>POSOM</i>	127
<i>Kurator eller socialarbetare</i>	127
REHABILITERING – ETT SAMVERKANSPROJEKT	128
<i>Regelverk angående arbetsmiljö och rehabilitering</i>	131
<i>Samordning i missbruksfrågor</i>	131
SAMVERKAN MED FÖRSÄKRINGSKASSAN	131
SAMVERKAN MED LASARETTEN.....	132
<i>Vårdkedjearbete – en samverkansform för effektivare sjukvård</i>	133
MEDICINSK KATASTROFBEREDSKAP.....	134
<i>Tågolyckan i Lerum</i>	134
PSYKIATRIN I MITTENÄLVSBOG.....	136
<i>Psykatriemottagningar i Alingsås</i>	136
<i>Psykiatriverksamheten i Lerum</i>	139
<i>Barnpsykiatri i Lerum</i>	144
<i>BUP</i>	144
APOTEKET EN VIKTIG FUNKTION I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	146
<i>Det svenska apoteksväsendet före 1971</i>	146
<i>Det svenska apoteksväsendet efter 1971</i>	146
APOTEKEN I NÄRSJUKVÅRDEN	146
<i>Apotekens uppgifter</i>	146
<i>Skäl som anförs för att värna om det svenska apoteksmonopolet</i>	147
<i>Apoteket Strutsen i Göteborg blev Kronans droghandel</i>	147
<i>Egenvårdsprojektet</i>	149
<i>Datarecept på Gråbo vårdcentral 1985</i>	150
PRIVATLÄKARE I LERUM.....	152
PRIMÄRVÅRDSJOUREN	154
<i>Jourhistorik</i>	154
<i>Jourutredningen 1988</i>	155
<i>Upplevda problem</i>	155
<i>Besöksdata vid Jourcentralen i Alingsås</i>	156
<i>Läkarnas jourinsatser</i>	157
<i>Vad kostade jouren</i>	157
<i>Utredningens överväganden</i>	157
<i>UTDRAG UR JOURARBETETS ORGANISATION RIKTLINJER SVERIGES LÄKARFÖRBUND 1988</i>	161
<i>Utrednings förslag till åtgärder</i>	162
LERUM PRÖVAR ATT INFÖRA HUSLÄKARE.....	164
HUSLÄKARE – EN ENKLARE OCH TRYGGARE SJUKVÅRD, 1978	164
<i>Lerums husläkarmodell 1978</i>	166
EFTERSPEL TILL HUSLÄKARUTREDNINGEN 1978.....	167
OM HUSLÄKARE M.M. REGERINGENS PROPOSITION 1992/93:160.....	168
HUSLÄKARUTREDNING 1992.....	168
HUSLÄKARSYSTEM I ÄLVSBOG.....	169
<i>Förslag angående husläkaråtagande i Älvsborg</i>	169
RAPPORT FRÅN EN VÅRDCENTRAL 1993 (LERUM)	171
<i>Lerums husläkarsatsning 1994</i>	172
<i>Husläkarsatsningen i övriga Mittenälvsborg</i>	175
<i>Husläkarlagen upphävs</i>	175
<i>Lerum går vidare – trots allt</i>	175
FORSKNING, UTVECKLING I PRIMÄRVÅRDEN (F O U).....	176
FOU – EN OMVÄRLDSBESKRIVNING.....	176
<i>FoU-enheter i Sverige</i>	177
<i>Vad är en FoU-enhet?</i>	178
<i>En FoU-kurs 1984</i>	179
LERUM EN FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSVÅRDCENTRAL – EN FOU-ENHET I MITTENÄLVSBOG	180

Primärvårdsdistrikt år 2000.....	181
ANDRA FOU-PROJEKT I LERUM	182
Laboratorieprojektet i Alingsås – Lerum, 1992 – 1993.....	184
Ett alkoholförebyggande projekt i Lerum, 1991 - 1994	184
Vad tycker Lerumsborna om primärvården, 1993?	185
En barnmottagning i tiden, 1994	185
ÄLVSBOGSLANDSTINGETS FOU-POLICY OCH ORGANISATION	185
Fortsatt utveckling av FoUU i regionen.....	186
Henric Hultin berättar mer om FoUU i regionen.....	186
Inriktning och erfarenheter under första åren med regiongemensam FoU	187
Vetenskaplig konkurrens och skilda möjligheter att få del av regiongemensamma medel	188
ALLMÄNLÄKAREN	189
Allmänläkarens arbetssätt.....	190
UTBILDNING.....	191
ÅTERBLICK	191
PROVINSIALLÄKARFONDEN.....	191
DET NYA UTBILDNINGSSYSTEMET	191
Att få allmänmedicinkompetens	192
LOKAL EFTERUTBILDNING.....	192
Näsmötena	193
Måndagsklubben i Lerum.....	193
Balintgrupp	194
Västsvenska allmänläkarklubben.....	194
Handledarkursen i Hjo – en pedagogisk idékurs	194
Handledarkurser för allmänläkare i Älvsborgs läns landsting	195
Allmänmedicinkurser.....	195
Kurs i allmänmedicin för kursgivare	195
NLV-kurser i allmänmedicin i Lerum.....	195
KONTAKTER MED UNIVERSITETET	196
Calle Bengtsson	196
Strategi 90.....	196
Kursen i Konsultationskunskap.....	197
Konsultationen.....	198
Den diagnostiska processen	199
Primärvården och Konsultationskursen.....	199
Tidig yrkeskontakt.....	200
Bengt Mattsson	201
Cecilia Björkelund.....	202
DISTRIKTSKÖTERSANS UTBILDNING	203
Pumphuset ger sjuksköterskor i Mittenälvborg fortbildning.....	203
INFORMATIONSSYSTEM OCH IT– I VÅRDEN	204
1970-talet ett tvekande decennium	204
1980-talet ett sökande decennium.....	204
Patientjournalens utveckling.....	204
Hur patientproblem handlades	207
POMR – en problemorienterad patientjournal	209
Basdata om kontakter i primärvården /kontaktorsaksregister	211
GRÅBO MED EN AV RIKETS FÖRSTA KOMPLETTA DATORJOURNALSYSTEM	213
Förarbeten till Gråboförsöket.....	213
PRIMPAS – primärvårdens administrativa system.....	213
Gråbo vårdcentral fick uppdraget att testa datorstöd	213
Projektets syfte.....	214
Projektets utvecklingsfilosofi	214
Arbetskyddsfondens utvecklingsprogram.....	215
En dator köps till en vårdcentral	216
Genomförande	216
Swede*Star, Fin*Star, Co*Star och MUMPS.....	217
Krav på datorsystem och teknik	217
Övergripande användarkrav	218
Effektgranskning, dokumentation	219
Delrapporteringen.....	220

Delrapport 1; Gråbo vårdcentral – status 1985	220
Delrapport 2; Administrativ utveckling – en processbeskrivning 1987	220
Delrapport 3; Effektgranskning 1988.....	221
Delrapport 4; ADB i primärvården – rekommendationer 1989.	221
Datagrundjournal. Spri rapport 282, 1990.....	222
HUR GICK DET SEDAN MED IT-SATSNINGEN?	222
<i>Remiss och svar – ett IT-projekt vid Lerums vårdcentral – Projekt ROS</i>	223
<i>Gunni Andersson, IT handledare om ProfDoc</i>	223
<i>Läkarsekreteraren på 1990-talet</i>	223
ETT DATAPOLITISKT HANDLINGSPROGRAM FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND. 1986 – 1991.....	224
<i>1990-talet – ett genomförande decennium</i>	225
IT- INFÖR 2000-TALET	225
POLITIKER- OCH TJÄNSTEMANNAORGANISATIONEN.....	227
CENTRALISERING/DECENTRALISERING	227
Ulla Sandvall; Lerums vårdcentral, beskriver utvecklingen:	227
<i>Lerum blev eget – i en decentraliserad organisation</i>	228
<i>Vården skulle komma närmare befolkningen</i>	229
<i>Primärvårdsnämnden i Lerum</i>	229
Nya lokaler	231
Sparbeting medför ny flytt.....	232
Förändringar på personalfronten.....	232
CHEFS- OCH STABSFUNKTIONER	232
<i>Landstingets ledningspolicy</i>	232
Gunnar Palmqvist, primärvårdchef i Lerum	233
Kerstin von Sydow	234
Solweig Kärrman.....	236
Anita Glanz.....	236
Bengt Dahlin.....	236
<i>Spelplan för Lerums primärvård</i>	237
<i>Projekt Hjalmar – Arbetsledning på en vårdcentral</i>	239
PRIMÄRVÅRDSORGANISATIONEN CENTRALISERAS IGEN	240
<i>Att styra landsting "Nya Älvsborg"</i>	240
Ulla Sandvall, Lerum, beskriver utvecklingen.....	241
<i>Organisationscirkeln sluts</i>	241
Kerstin von Sydow områdesdirektör om framtiden.....	241
SiS-99, ETT SPARPROJEKT	242
AMBITIONER, PERSONAL OCH PRODUKTION.....	244
AMBITIONER VISAVI RESURSER.....	244
<i>Ett alternativt mått på resursanvändning</i>	247
Ett isberg	248
ALLMÄNLÄKARNAS ARBETSUPPGIFTER – EN ENKÄTSTUDIE 1982.....	249
UR EN STUDIE – FEM ÅR MED FLODA VÅRDCENTRAL	251
Resurser	251
LANDSTINGET UTVÄRDERAR PRIMÄRVÅRDEN 1993.....	252
DEN SVENSKA MODELLEN.....	254
STORA AMBITIONER OCH BRISTANDE RESURSER	254
<i>Sjukvården påverkas</i>	255
Relationen mellan specialiserad och öppenvård	255
Sjukvårdskostnadernas förändring över tiden.....	256
<i>Den politiska debatten om primärvården på 1970, 1980- och 1990-talet</i>	257
<i>Älvsborgs hälso- och sjukvård påverkades också</i>	258
<i>Den svenska modellen skakar</i>	258
EPILOG	260
REFERENSER DEL II.....	261
<i>Utredningar, propositioner och lagar</i>	261
<i>Officiella skrifter</i>	261
<i>Avhandlingar</i>	262
<i>Hemsidor/databaser</i>	262

<i>Litteratur</i>	262
<i>Tidningar och tidskrifter</i>	263
<i>Intervjuer, personliga dokument, föreläsningar m.m.</i>	264
TABELLER	265
Tabell 1. Befolkningsutveckling 1950 - 2000	265
Tabell 2. Barndödlighet och förväntad medellivslängd 1952 - 1990	265
Tabell 3. Dödlighet i några sjukdomar i % 1950 - 1990	265
Lerums befolkning 1970	265
Lerums befolkning 1975, 1980	266
Lerums befolkning 1985, 1990	266
Utvecklingen av läkartjänster vid och utanför sjukhus 1940 -	266
Allmänläkartjänster inkl. underläkare i Älvsborgsläns landsting 1971 - 1985	267
Tabell XX . Distriktsläkarantal och - besök i förhållande till befolkningsantal för åren 1976 och 1977	267
Andel av totala driftkostnaden 1973 och 1980 i Älvsborgsläns landsting	267
Lokaler för öppen primärvård 1985	268
BNP och hälso- och sjukvårdens kostnader 1967 - 1977	268
Sjukvårdskostnaderna 1990 - 1996	268
DIAGRAM OCH BLANKETTER	269
VÅRDPLANERINGSSYSTEMETS DIAGRAM, BLANKETTER OCH TABELLER	269
R/P-blanketten	270
Tidschema	271
Register över kontaktsaker - åtgärder	274
Provsvärsblankett	275
MEDICINALPERSONAL	277
LÄKARE	277
Vårdcentralen Sörhaga, Alingsås läkardistrikt 1970 - 2000	277
Vårdcentralen Noltorp, Alingsås läkardistrikt 1970 - 2000	277
Vårdcentralen Ångabo, Alingsås läkardistrikt 1995 - 2000	277
Barnmottagningen, Alingsås läkardistrikt 1970 - 2000	278
Företagshälsovården, Alingsås läkardistrikt 19?? - 2000	278
Herrljunga läkardistrikt 1970 - 2000	278
Vårgårda läkardistrikt 1970 - 2000	278
Bjerke/ Sollebrunn läkardistrikt	279
Gråbo vårdcentral, Lerums läkardistrikt från 1970	279
Lerums läkardistrikt och vårdcentraler 1970 - 1999	279
Vårdcentralen i Floda, Lerums läkardistrikt 1976 - 2000	280
Barnmottagningen i Lerum	280
Privatpraktiserande läkare i Lerum	280
SJKSKÖTERSKOR/DISTRIKTSSKÖTERSKOR	280
Distriktsköterskor/sjuksköterskor Alingsås	280
Jourcentralen	281
Sörhaga vårdcentral	281
Noltorps vårdcentral	281
Ångabo vårdcentral	281
Ingareds distriktssköterskemottagning ??	282
Barnmottagningen i Alingsås	282
Barnmottagningen i Lerum	282
Pool i Alingsås	282
Distriktsköterskor i Sollebrunn	282
Distriktsköterskor/sjuksköterskor Skallsjö/Floda	282
Distriktssköterskor/sjuksköterskor Lerum	283
Distriktssköterskor/sjuksköterskor Gråbo	283
Distriktssköterskor/sjuksköterskor Vårgårda	284
Distriktssköterskor/sjuksköterskor Herrljunga	284
BARNMORSKOR	284
Barnmorskor Lerum	284
Barnmorskor Floda	284
Barnmorskor Gråbo	285
Barnmorskor Sollebrunn	285
Barnmorskor Alingsås	285

<i>Barnmorskor Herrljunga</i>	285
<i>Barnmorskor Vårgårda</i>	285
YRKES- OCH LEVNADSBESKRIVNINGAR – CV:S	286
LÄKARE I LERUMS LÄKARDISTRIKT EFTER 1970.....	286
Dahlin Bengt R.....	286
Berndtson Helge.....	286
Söderbergh Erik.....	286
Lundgren, Hans W.	286
Wik Olof.....	286
Hedelin Gunnar	286
Nöjd Bengt-Ivar.....	286
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	287