

Idédebatt bland sjukvårdens företrädare

Dagmar Lagerberg

Artikeln bygger på en studie av den primärvårdsideologiska debatt som förts i Läkartidningen åren 1968-1990 och i Socialmedicinsk tidskrift 1968-1989. I ett antal avseenden framkommer skiljaktigheter mellan främst primärvårdsföreträdare och sjukhusläkare, dels i attityden till primärvård generellt, dels i synen på vad som bör prioriteras i vården och vad primärvården bör ägna sig åt. Allmänt sett är attityden till primärvårdens idéer mest positiv bland politiker, administratörer och, naturligt nog, primärvårdsföreträdare. Mest kritiska ställer sig sjukhusläkare, som bland annat ifrågasätter primärvårdens möjligheter att avlasta den slutna akutsjukvården. Sjukhusläkarna anser inte heller att ekonomiskt betydelsefulla förbättringar av befolkningens hälsotillstånd kan åstadkommas genom prevention. Artikeln skisserar kort hur olika debattörer ställt sig i ett antal betydelsefulla stridsfrågor. Dagmar Lagerberg är docent i samhällsmedicinsk forskning om barn och verksam vid Barnhälsovårdens centrala enhet i Uppsala län.

I denna artikel redovisas några huvuddrag i den primärvårdsideologiska debatt som förts i Läkartidningen och Socialmedicinsk tidskrift under en dryg 20-årsperiod. Av intresse i sammanhanget är hur olika aktörer på den hälso- och sjukvårdsideologiska scenen har uppfattat primärvårdens framväxt, dess möjligheter och begränsningar. Två grupper som kan antas stå långt ifrån varandra när det gäller inställningen till primärvård är primärvårdsföreträdarna själva och sjukhusläkarna, vilkas verksamhet tillhör en annan tradition. Andra kategorier vilkas primärvårdsideologi kartlagts i undersökningen är politiker/administratörer och tidskrifternas redaktioner representerade av deras ledarsidor.

Primärvårdsideologiska meningsskiljaktigheter blir lättare att förstå och överblicka om de grupperas kring ett antal grundläggande motsättningar eller polariseringar:

1. *Allmänläkarvård – specialistvård.* Vilka uppgifter bör åvila allmänläkaren respektive specialisten i primärvården? Skall hela primärvården, inklusive mödra- och barnhälsovård, ombesörjas av allmänläkare, eller skall också andra specialister vara verksamma vid vårdcentralerna?

2. *Banala – svåra sjukdomar.* I vilken utsträckning bör resurser satsas på den vanliga vardagssjukligheten respektive svåra men sällsynta sjukdomar? Denna motsättning ligger mycket nära den mellan *jämlikhet och exklusivitet*: bör man i första hand ägna existerande resurser åt att tillförsäkra alla människor basal hälso- och sjukvård, eller bör man i takt med den medicinska utvecklingen prioritera vård av svåra och ovanliga sjukdomar som kräver högteknologiska insatser?

3. *Befolknings-individperspektivet.* I vilken utsträckning bör primärvårdens tid och intresse ägnas åt samhällsmedicinska och epidemiologiska frågor med anknytning till *hela* betjäningssamfundets hälsa, respektive den enskilde patientens problem?

4. *Prevention – terapi.* Är det möjligt att förebygga ohälsa och att spara pengar genom preventiva insatser, främst i primärvårdens regi, eller kommer sjukdomspanoramat ändå att vara oförändrat och kräva behandlande åtgärder i samma utsträckning som tidigare?

5. *Förståelse – förklaring.* Bör primärvårdsläkarens professionalitet väsentligen bestå i en specifik psykosocial kompetens, som gör det möjligt att omhänderta hela människan i hennes existentiella, sociala, psykologiska och biologiska situation, eller bör den i första hand präglas av medicinsk organkänedom?

I vilken utsträckning bör resurser satsas på den vanliga vardagssjukligheten respektive svåra men sällsynta sjukdomar?

6. *Myndighets- valfrihetsperspektivet.* Bör primärvården organiseras efter politikernas, socialstyrelsens och huvudmännens m fl riktlinjer och anvisningar, eller bör man utgå från vad människor faktiskt visat sig efterfråga?

Studerade tidskrifter

Som urvalsram för studien tjänade 22 årgångar av Socialmedicinsk tidskrift (1968-1989) och 23 årgångar av Läkartidningen (1968-1990). Årgångarna genomgicks systematiskt, varvid ett material om 218 artiklar ur Socialmedicinsk tidskrift och 1 100 artiklar ur Läkartidningen erhöles. Materialet presenteras närmare i ta-

bell 1 med uppdelning efter debattörkategori. Utförliga redogörelser för material och metod samt sammanfattningar av debatten har presenterats i annan form (1,2). Primärvårdsföreträdarna svarar för ungefär en tredjedel av artiklarna i båda tidskrifterna. Sjukhusläkarna är något bättre representerade i Läkartidningen än i Socialmedicinsk tidskrift, som å andra sidan har relativt fler artiklar av politiker och administratörer. Privatpraktikerna svarar för mycket få artiklar i detta material.

Attityder till primärvård

Attityder till primärvård i artiklar som representerar de viktigaste debattörkategorierna framgår av tabell 2.

Tabell 1. Primärvårdsideologiska artiklar i Socialmedicinsk tidskrift och Läkartidningen åren 1968-1989/1990. Fördelning efter debattörkategori. Absoluta tal och procent.

Debattörkategori	Socialmedicinsk tidskrift		Läkartidningen	
	Antal	Procentuell fördelning	Antal	Procentuell fördelning
Sjukhusrepresentanter, även öppenvårdsspecialister	17	7,8	152	13,8
Primärvårdsföreträdare	78	35,8	346	31,5
Ledare etc	24	11,0	179	16,3
Politiker, administratörer	52	23,9	121	11,0
Privatpraktiker	5	2,3	22	2,0
Annan, blandad	42	19,3	280	25,5
Summa	218	100	1 100	100

Anm. till kategorin "Ledare etc": Inlägg och synpunkter från Läkarförbundet (och Läkaresällskapet) har förts till denna kategori med tanke på att Läkartidningen är organ för Läkarförbundet.

Tabell 2. Primärvårdsideologiska artiklar i Socialmedicinsk tidskrift och Läkartidningen åren 1968-1989/1990. Procentuell fördelning efter attityd hos de viktigaste debattörkategorierna

Attityd	Debattörkategori							
	Sjukhus		Primärvård		Ledare etc		Politiker administratörer	
	SMT n=17	LT n=152	SMT n=78	LT n=346	SMT n=24	LT n=179	SMT n=52	LT n=121
Ingen	12	22	18	4	25	10	4	14
Positiv	76	37	81	79	75	49	94	61
Negativ, blandad	12	25	1	2	-	22	2	7
Kritisk i viss fråga	-	16	-	14	-	18	-	7
Olika hos olika debattörer i samma artikel	-	-	-	0	-	1	-	12
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100

Anm. De båda kategorierna "Kritisk till viss fråga" och "Olika hos olika debattörer" förekommer endast i analysen av Läkartidningens material. (På grund av avrundningseffekter blir summan av procentalen inte alltid = 100.)

Mest positiva är utan jämförelse primärvårdens företrädare, som i ungefär 80 procent av artiklarna uttrycker en positiv attityd

Mest positiva är utan jämförelse primärvårdens företrädare, som i ungefär 80 procent av artiklarna uttrycker en positiv attityd. Detta gäller båda tidskrifterna. Här till kommer en grupp som är kritisk i någon viss fråga men i övrigt positiv.

Enligt tabell 2 fördelar sig de fyra kategorierna så att sjukhusläkare och ledare (i Läkartidningen) oftare uttrycker negativa eller blandade attityder, medan politiker/administratörer och givetvis primärvårdsföreträdare är positiva. (Bland Socialmedicinsk tidskrifts ledare finns ingen enda som uttrycker en negativ eller blandad attityd.)

De båda tidskrifterna skiljer sig åt genom att de sjukhusläkare och politiker/administratörer som kommer till tals i Socialmedicinsk tidskrift är betydligt mer positiva än de som skriver i Läkartidningen.

En rangordning från mest till minst positiva blir något olika i de två tidskrifterna men visar tydligt att primärvårdsföreträdarna placerar sig högt och sjukhusföreträdarna längst ned i fråga om positiv attityd:

Socialmedicinsk tidskrift:

1. politiker/administratörer (mest positiva)
2. primärvårdsföreträdare
3. ledare
4. sjukhusrepresentanter.

Läkartidningen:

1. primärvårdsföreträdare
2. politiker/administratörer
3. ledare etc
4. sjukhusrepresentanter.

Sjukhusläkarnas kritik

Vad som framför allt kritiseras av företrädare för sjukhusen är primärvårdens kompetens och faran av att skära ned på slutenvårdens resurser i tro att primärvården skall kunna avlasta sjukhusen. Sjukhusläkarna är vidare skeptiska till möjligheterna att med hjälp av preventiva insatser åstadkomma dramatiska hälsoförbättringar i befolkningen.

Till denna debatt hör den långvariga diskussion om barnläkare i primärvården som åren 1976-1981 pågår i

Läkartidningen. En allmän specialist-generalistdebatt förs också i tidskriften. Fem specialister, Åke Gyllenswärd, Urban Krause, Sven Erik Nilsson, Carl-Axel Nilsson och Hans Rundcrantz (3), höjer 1978 en varnande röst mot principen om "lägsta effektiva omhändertagandenivå": "Tanken måste vara att man medvetet ger avkall på medicinska kvalitetskrav, att kvalitetsförlusten blir liten och att den uppvägs av andra vinster, främst ekonomiska. 'Lägsta effektiva omhändertagandenivå' är en rubrik under vilken bl a följer sig denna tanke."

Distriktsöverläkare Bengt Berg samt distriktsläkarna Birger Gran, Lennart Råstam och Per G Swartling (4) svarar bl a (1979): "Är det rimligt att alla patienter med hemorrojdsbesvär primärt skall till kirurgspecialist eller varför inte till proktologen direkt?"

Christer Gunnarsson, ordförande i Svensk förening för allmänmedicin, skriver: "Varför allmänläkaren tror att hans insatser för svenska folkets vardagssjukdomar, vilken specialitet det än gäller, kan vara av lika stort värde som specialistens, beror på att allmänläkaren dels har en bredare utbildning med möjlighet att värdera symtombilder som kan härledas från flera olika specialiteter ..., dels att han i vårdorganisationen har och kommer att få ännu bättre möjligheter att lära känna den enskilde individen och dennes familj. Detta ger bättre kontinuitet och bättre överblick över totalsituationen, något som också är nödvändigt för att kunna sätta kvalitetsstämpel på det medicinska handlandet." (5)

De i HS 90 framlagda förslagen om nedskärningar i slutenvården möts av massiv kritik från sjukhusläkare. Överläkare Lars Räf (6) skriver 1984 i Läkartidningen: "Hur skall en sådan reduktion bli möjlig när ett flertal faktorer snarare talar för ökade behov av akutsjukvård, exempelvis att det blir fler äldre, fler ensamboende, ökad kvinnlig förvärvsintensitet m m?"

Ingen primärvårdsföreträdare uttalar sig för att akutsjukvården, i synnerhet den högteknologiska, bör prioriteras framför den "vardagliga". Sjukhusläkare kan dock anse detta. I en debatt om prioriteringar i svensk sjukvård, Läkartidningen 1985 (7), hävdar professor Jerzy Einhorn, Radiumhemmet, att motståndet mot att ta resurser från de friska beror på att vi i vår kultur in-

Ingen primärvårdsföreträdare uttalar sig för att akutsjukvården, i synnerhet den högteknologiska, bör prioriteras framför den "vardagliga"

nerst inne tror att vi är odödliga, ”trots att vi förnufts-
mässigt vet att de flesta av oss kommer att bli allvarligt
och långvarigt sjuka och att vi alla kommer att dö.”
”Denna brist på empati och detta förnekande av vår
bräcklighet är den främsta förklaringen till varför sam-
hället accepterar många timmars väntan på överfyllda
akutmottagningar, till underbemanning på långvårds-
kliniker, till bristande resurser för hemsjukvården och
till att svårt sjuka skrivs ut på fredag eller till sommar-
ren för att avdelningarna skall stänga.”

Primärvårdsideologiska motsättningar

I de sex ovannämnda primärvårdsideologiska motsätt-
ningarna placerar sig sjukhusläkare och primärvårds-
företrädare vid olika poler. Debatten mellan de båda
grupperna i frågan om specialister och allmänläkare har
redan berörts. Konflikten banala-svåra sjukdomar (jäm-
likhet-exklusivitet) är kanske den som allra bäst tyd-
liggör den ideologiska klyftan mellan sjukhus- och
primärvårdsföreträdare. I Socialmedicinsk tidskrift ut-
vecklas temat jämlikhet-exklusivitet ytterligare av po-
litiker/administratörer, t ex direktör L. Goth. Nilsson
1971: ”På en obotligt sjuk som kommit in i sjukvårds-
apparaten kan man satsa nära nog obegränsade perso-
nella och materiella resurser. Man kan göra oerhört stora
insatser för att ’rädda’ ett nyfött barn till livslång grav
invaliditet. Men den som pressats över sin förmåga inom
arbetslivet för att skapa resurserna kan möta mycket
stora svårigheter att ens nå läkarkontakt. Det kan byg-
gas upp utomordentligt förnämliga och kostbara resurser
inom specialiteter med ett mycket smalt underlag
samtidigt som den basala hälso- och sjukvården inte
fungerar.” (8)

Befolkningsansvaret, dvs att primärvården har ett an-
svar för att förbättra hälsotillståndet i hela sitt distrikt,
inte bara hos de individer som söker mottagningen, är
en tanke som långsamt vunnit insteg under perioden.
Socialmedicinarna Lars Dahlin och Leif Svanström
tangerar idén i Läkartidningen 1974 genom ett förslag
om små allmänläkarenheter med befolkningsansvar för
5 000 personer (9). Detta inträffar i en tid då socialsty-
relsen och HS 80 ännu tänker sig specialister på

*Konflikten banala-svåra sjukdomar (jämlikhet-ex-
klusivitet) är den som bäst tydliggör den ideolo-
giska klyftan mellan sjukhus- och primärvårds-
företrädare*

*Beträffande prevention finns ingen i grunden nega-
tiv inställning hos någon part i debatten*

vårdcentralerna.

En annan variant av befolkningsperspektivet uppträ-
der när de privata fritidspraktikerna diskuteras i Läkar-
tidningen 1982 (10). En från primärvårdshåll framförd
invändning mot verksamheten är just att den epide-
miologiska sidan missas: fritidspraktikern har inget
befolkningsansvar.

I Läkartidningens debatt om ”öppen mottagning”
(t ex sådan den bedrivs vid kvartersakuterna) 1988
dyker befolkningsansvaret upp i ännu en skepnad
(11,12). Man invänder mot den öppna mottagningen
att det blir patienterna och inte läkaren som kommer att
styra verksamheten. Patienterna söker mottagningen när
de själva vill och när de känner sig sjuka. Det aktiva
befolkningsansvar som åvilar allmänläkaren riskerar
att komma bort, liksom helhetssynen på patienten.

Befolkningsansvaret anförs också i Läkartidningens
debatt som skäl mot ÅDEL-reformen 1989 (13) och mot
valfrihet inom hälso- och sjukvården 1990 (14). Skulle
dessa förändringar gå igenom befarar primärvårdsföre-
trädare att befolkningsansvaret urholkas. Patienten blir
inte knuten till vårdcentralen i sitt område.

Beträffande prevention finns ingen i grunden negativ
inställning hos någon part i debatten. Läkarförbundets
sjukvårdsplaneringsgrupp lägger t ex fram ett program-
förslag om förebyggande vård 1979. Däremot är både
Läkartidningen och sjukhusläkarna skeptiska till
primärvårdens möjligheter att skapa nya ekonomiska
resurser genom att förebygga ohälsa. Här står de emel-
lertid inte oemotsagda: 1981 pläderar professor Gösta
Tibblin i Läkartidningen (15) för prevention och anför
en rad medicinska tillstånd där man på ett meningsfullt
sätt kan diskutera preventiva insatser. ”Är det inte märk-
värdigt att en så självklar sak som prevention skall be-
höva återupptäckas?”

Även polariseringen förståelse-förklaring skapar o-
enighet mellan sjukhusläkare och primärvårdsföreträ-
dare. Professor Anders Hulth, Malmö, hävdar 1978 i
Läkartidningen att flertalet patienter har väldefinierade
medicinska problem ”utan inblandning av psykosociala
moment” (16). Läkaren kan inte ställa diagnos på
psykosociala rubbningar annat än indirekt, efter att först
ha uteslutit organiska orsaker till besvären (17).

Mot ett sådant synsätt strider den bild av allmänmedicinens kliniska metod som presenteras av distriktsläkaren Carl Edvard Rudebeck i *Läkartidningen* 1989 (18). Metoden innebär en "förståelseberedskap": "Skillnaden mot det officiella arbetssättet i den specialiserade medicinen är att den ansträngda livssituationen inte är en uteslutningsdiagnos, utan framstår som en rimlig förklaring av egen kraft." Livsproblem bör misstänkas i första hand – då hamnar man oftast rätt.

Men inte ens primärvårdsläkarna själva är överens i frågan om förståelse kontra förklaring. "Jag tror man får passa sig så att inte den nye svenske distriktsläkaren framstår som något slags 'snackedoktor', som klappar patienterna och hjälper dem att lösa existentiella problem. Enbart. Vi måste stå på en fast medicinsk grund", säger distriktsläkaren Ingmar Fagerlund i *Läkartidningen* 1983 (19).

Polariseringen mellan ett myndighets- och ett valfrihetsperspektiv uppträder i olika skepnader under debattens gång. Läkarförbundet och *Läkartidningen* motsätter sig 1976, 1977 och 1979 förslagen om husläkare med hänvisning till att man inte önskar remisstväng. Även sjukhusläkare befarar att ett husläkarsystem kommer att leda till minskad valfrihet för patienterna.

Göran Sjönell, en av initiativtagarna till det sk "Allmänläkarforum", uttalar sig däremot i *Läkartidningen* 1990 för ett system med husläkare och remisstväng (20).

Motsättningen uppträder ånyo i synen på valfrihet i primärvården, som debatteras i *Läkartidningen* 1990. Denna gång har primärvårdens företrädare en helt annan syn på saken än t ex Landstingsförbundet, vars ordförande Gunnar Hofring (21) stöder tankarna på fritt val av vårdcentral och sjukhus. Primärvårdsföreträdarna å sin sida överger inte de ursprungliga idéerna om befolkningsansvar och helhetssyn, vilka inte låter sig förenas med total valfrihet (22). Också i debatten om ÄDEL-reformen 1989 framkommer meningsskilligheter mellan primärvårdsföreträdare och administratörer. De förra befarar att en förändring i förslagets riktning skall få deletära medicinska konsekvenser för de gamla, och dessutom anser de att även detta förslag urholkar befolkningsansvaret (jfr ovan) (23).

Sammanfattning av debatten

Materialet från *Socialmedicinsk tidskrift* är relativt blygsamt i omfattning och lämpar sig inte för uppdelning på både motsättningar och debattörkategorier. Allmänt

Debatten i Socialmedicinsk tidskrift är klart mer primärvårdsinriktad än den som förs i Läkartidningen

kan dock sägas att inläggen i *Socialmedicinsk tidskrift* oftare uttalar sig för primärvårdsideologiskt positiva företeelser som jämlikhet, förståelse, prevention och folkhälsa än för sådant som ligger sjukhusläkarna mer om hjärtat: medicinsk teknologi, förklaring, behandling av akut sjuka individer. Debatten i *Socialmedicinsk tidskrift* är klart mer primärvårdsinriktad än den som förs i *Läkartidningen*.

Av *Läkartidningens* debatt kan följande summering göras:

Alla kategorier av debattörer är överens om att den decentraliserade öppna vården behövs och att allmänläkarna, som bör ha en gedigen utbildning, har viktiga uppgifter i primärvården. Enighet råder också om att flertalet patienter kan omhändertas av allmänläkare. Kring detta står alltså ingen strid. Det är när dessa tankar övergår till att bli direkt primärvårdsideologiskt färgade som motsättningar uppstår. Politiker och administratörer intar tillsammans med primärvårdsföreträdarna den mest positiva hållningen. Det är dessa grupper som bär upp primärvårdsideologin.

Läkartidningen, liksom sjukhusläkarna, ställer sig skeptisk till primärvårdens förmåga att avlasta sjukhusen och till möjligheterna att på bred front förebygga sjukdomar. Något som varken *Läkartidningen* eller sjukhusläkarna vill höra talas om är att den slutna akutsjukvården skall behöva drabbas av nedskärningar för primärvårdens skull. Någon större skillnad i åsikter mellan sjukhusläkarna och *Läkartidningen* kan knappast påvisas, annat än att tidskriften mer värnar om alla läkargrupperns intressen, t ex speciellt om privatpraktikerna.

Sjukhusläkarna intar i så gott som alla frågor ståndpunkter som motsäger primärvårdsföreträdarnas. Därmed riskerar de också att komma i konflikt med politiker och administratörer. Sjukhusläkarna värnar om den slutna vården, om de tekniska behandlingsmöjligheterna och om den medicinska forskningen. Viktigast för dem är de svårt sjuka och de gamla patienterna, som de anser vara i uppenbart behov av slutenvårdens insatser. Det är deras övertygelse att man inte kan skära mer i akutsjukvården, i synnerhet som allt fler människor blir riktigt gamla och man inte ens med den effek-

Debatten om primärvården speglar inte enbart faktiska förhållanden och sakfrågor utan också frågor av mycket personlig och existentiell art

tivaste prevention kan förhindra att alla till slut blir sjuka.

På alla dessa punkter är primärvårdens företrädare deras naturliga motståndare. Endast i en fråga kan man säga att de båda grupperna är överens: det gäller ÄDEL-reformen, som förenar sjukhusläkare och primärvårdsföreträdare i kravet att de gamla inte får ges sämre vård än andra (låt vara att distriktsläkarna då kanske tänker på de gamlas rätt till allmänläkarvård på sin vårdcentral och att sjukhusläkarna tänker på den slutna vården).

Avslutningsvis skall påpekas att debatten om primärvården inte enbart speglar faktiska förhållanden och sakfrågor utan också frågor av mycket personlig och existentiell art. För att till fullo förstå djupen och implikationerna i primärvårdsdebatten måste man reflektera över vårdfrågornas etiska dimensioner och synen på människan och samhället i stort. Det är sannolikt att speciellt primärvårdsföreträdare och sjukhusläkare här representerar vitt skilda förhållningssätt, som gör det svårare för dem att mötas i debatten.

REFERENSER

1. Lagerberg D: Primärvårdsideologin i Socialmedicinsk tidskrift. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst. Uppsala universitet. Rapport 1991-09-25.
2. Lagerberg D: Primärvårdsideologiska motsättningar. Debatten i Läkartidningen åren 1968-1990 med hänsyn till sjukhusläkare, primärvårdsföreträdare, Läkarförbundet samt politiker/administratörer. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst. Uppsala universitet. Juni 1992.

3. Gyllenswärd Å, Krause U, Nilsson S E, Nilsson C-A, Rundcrantz H: Låt allmänläkarna slippa hamna i B-laget! Läkartidningen 1978;75:4654-7.
4. Berg B, Gran B, Råstam L, Swartling P G: De fem specialister-na pratar strunt! Läkartidningen 1979;76:8-9.
5. Gunnarsson C: Är specialisten verkligen bättre än allmänläkaren? Läkartidningen 1979;76:70.
6. Räf L: Kirurgiska synpunkter på HS 90: Om hela Sverige vore Skåne (och nyktert)... Läkartidningen 1984;81:4368.
7. Einhorn J: Omfördelning av resurser - svårt men möjligt. Läkartidningen 1985;82:1743-4.
8. Nilsson L G: Vad vill sjukvårdshuvudmännen? Socialmedicinsk tidskrift 1971;48 :1 39-43.
9. Dahlin L, Swanström L: Öppen vård i storstad - Malmö planerar vidare. Läkartidningen 1974;71:3378-80.
10. Ramsby Å: Privat jour med hembesök - är det geschäft? Inga planer på förbud från socialstyrelsen. Läkartidningen 1982;79:4603-6.
11. Haglund G: "Öppen mottagning" - rätt väg för primärvården? Läkartidningen 1988;85:1035-6.
12. Järhult B: Behovet av öppen mottagning. Läkartidningen 1988;85:1400-1.
13. Järhult B: Konsekvenser av äldrelegationens förslag II: En mängd nya gränsvister skapas. Läkartidningen 1989;86:3023-4.
14. Wertman P: Valfri primärvård? Läkartidningen 1990;87:11.
15. Tibblin G: Återupptäck preventionen i Sverige! Läkartidningen 1981;78:2028-29.
16. Hulth A: Reformerna skapade ineffektivare vård. Läkartidningen 1978;75:1024.
17. Hulth A: Hjälper oss alltid helhetssynen? Sjukvården fel forum för sociala problem. Läkartidningen 1980;77:2970-1.
18. Rudebeck C E: Allmänmedicinens kliniska metod. Läkartidningen 1989;86:4451-6.
19. Fagerlund I: Aspekter på allmänmedicin. Läkartidningen 1983;80:3243.
20. Lind J: Allmänläkarforum: Vi måste mobilisera oss själva och våra patienter. Läkartidningen 1990;87:2824-5.
21. Hofring G: Kommentar I. Valfri primärvård? - Ja, och inte bara det! Läkartidningen 1990;87:11.
22. Ernebrant K: Kommentar II. Wertman har rätt! Läkartidningen 1990;87:11.
23. Fridström P: Avvisa förslaget från äldrelegationen. Läkartidningen 1989;86:3009-10.