

Från provinsialläkare till distriktsläkare

Gustav Haglund

F distriktsöverläkaren Gustav Haglund är en nestor inom svensk allmänmedicin och medicine hedersdoktor. Han har under flera decennier varit en aktiv debattör och förnyare av den svenska primärvården. Här tecknar han utvecklingen från provinsialläkare till distriktsläkare och belyser både förhoppningarna och besvikelserna. Han pekar också på möjligheterna till fortsatt förnyelse – att primärvården får bli människornas sjukvård.

Den 16 maj 1663 utfärdade drottning Hedvig Eleonora den första förordningen för collegium medicum, innefattande regler för provincial medici.

Under hösten 1961 beslöt Sveriges riksdag, att provinsialläkarväsendet skulle övergå i landstingskommunalt huvudmannaskap. Från den 1 januari 1963 trädde detta beslut i kraft i full omfattning. Det var 300 år efter den Kungl. resolution som gav provinsialläkarorganisationen dess dignitet och dess utövare deras identitet. En tredjedel av de aktiva provinsialläkarna var emot denna förändring.

Stora förhoppningar

Den yngre gruppen provinsialläkare som välkomnade nyordningen hade goda och tydliga motiv. Vi önskade återknyta relationerna till den sjukhusvård, där vi fått vår utbildning, och vi hoppades bli medaktörer i utveckling, undervisning och forskning. Vi hoppades komma bort från ensamhet och vetenskaplig isolering i en otidsenlig anställningsform med ekonomiska villkor som gjorde oss till mottagningsarbetets slavar. Vi hoppades få tillgång till lokaler, utrustning och personal som gjorde det möjligt att tillämpa våra kunskaper i den öppna hälso- och sjukvård, som vi ville utveckla till en primärvård som återerövrade digniteten hos de "wisse Doctores Medicos" som enligt förordningen

1663 "Vid (så) siuckelige tijder icke skulle draga sig sitt Ämbete Undan uthan effter theres nödh och begäran som dem behöfva, till handa gå".

Vi fick så småningom välutrustade vårdcentraler och ibland personal i överflöd. Men vi blev relativt sett inte fler provinsialläkare.

Man kan fråga sig om inte detta med litet god vilja kunnat uppnås även med den statliga huvudmannen. Men vi förlorade också en del och somligt uppnådde vi aldrig.

Mycket förlorades

Vi förlorade friheten att som herrar i eget hus organisera vårt arbete. Den frihet som är omistlig för en bra kvalitet och stark arbetsmotivation.

Vi fick också betala ett pris för våra förbättrade arbetsvillkor. Allt fler har med årens gång och den första tidens alltmer avbleknade förhoppningar börjat fråga sig om resultatet var värt priset, när vi förvandlades från att vara patientens läkare till att bli sjukvårdspolitikens medicinman.

Vi förlorade, vilket vi först efteråt förstått, förmånen att i Kungl-Medicinalstyrelsen ha att göra med en administration som rymde medicinsk kompetens. Där fanns personer som själva varit läkare och provinsialläkare och visste mycket om sjukvårdens verkligheter och yrkets vanskligheter. Efter den 1 januari 1963 styrdes vi i stället av en budgetberedning.

Jag tycker det finns fog för påståendet att socialdepartement och socialstyrelse hade en klarare föreställning om primärvårdens idé än vad 24 olika huvudmän

.....
Allt fler har börjat fråga sig om resultatet var värt priset, när vi förvandlades från att vara patientens läkare till att bli sjukvårdspolitikens medicinman
.....

De ofta färgrika skildringarna av befolkningens
hälsosituation i provinsialläkarnas årsrapporter
ersattes av skrivelser på okänsligt byråkratspråk

kunde ha. Genom återkommande provinsialläkareinstruktioner gav man klart besked om vad som gällde för hela landet och vad som förväntades av provinsialläkarna. De olika landstingen tillämpade en egen tolkning av hälso- och sjukvårdslagen "en god hälsa för hela befolkningen" till att gälla befolkningen i det egna sjukvårdsområdet. Den tolkningen är ganska förståelig eftersom det handlar om en skattefinansierad sjukvård.

Förlorad lokal förankring

Men vi förlorade också något mer centralt, vars betydelse för vår identitet med åren blivit allt tydligare; vår förankring i vår arbetskommun, vårt distrikt, gick till spillo. Som företrädare för en annan och konkurrerande huvudman hade vi inte längre rätt att delta i de primärkommunala församlingar, där skolans, barnens, de gamlas och de utslagnas situation diskuterades och sociala missförhållanden tog konkret gestalt och blev realiteter i ohälsans komplicerade genes. De ofta färgrika skildringarna av befolkningens hälsosituation i provinsialläkarnas årsrapporter ersattes av skrivelser på okänsligt byråkratspråk, som så många av oss hade så svårt att lära.

Landstingen hade inte något intresse av provinsialläkarens rapporter, utöver deras betydelse för budgeten, eftersom man ändå inte kunde ingripa i en annan huvudmans ansvarsområde.

Integrationsförsök

Denna skilsmässa mellan primärkommun och primärvård försökte man sona genom en process kallad integration. I såväl Dalby som Tierp och Vilhelmina ville socialstyrelsen främja denna process genom insatser av forskningsenheter vid dessa vårdcentraler. Det blev i stor utsträckning punktsatser: gemensamma lokaler och arbetsgrupper och några projektarbeten. Man insåg inte beroendet av olika tradition, utbildning och lagstiftning som skapat olika förhållningssätt till vårduppgifterna. Man insåg inte att en förändrad attityd på

dessa områden kräver en mycket långvarig och ihärdig opinionspåverkan utan att utsättas för sådana brutala organisatoriska ingrepp som den s k ÅDEL-reformen är exempel på.

Våra förhoppningar att med gemensam huvudman också få räknas med i länssjukvårdens finare familj slog alldeles fel. Det var kanske en av de svåraste besvikelserna. Där hade vi kunnat få en professionell förankring och vår kunskap om distriktet och dess människor hade kunnat bidra till förstärkta effekter på befolkningens hälsa och gett bättre resultat genom preventiva och terapeutiska åtgärders samordning.

I stället fick vi gå vår egen långa väg med krav på bättre kvalitet i utbildningen, egen specialitet som behörighet till tjänsterna och slutligen egna akademiska institutioner. De sex allmänmedicinska institutioner med egna lärostolar som vi nu har är vi stolta över, både som uttryck för en målmedveten strävan och som garantier för förnyelse och intellektuell ordning i primärvårdens kaotiska hälso- och sjukdomspanorama.

Den långa vägen

Övergången från provinsialläkare till distriktsläkare har tagit nästan 30 år och blir kanske aldrig fullbordad. Vägen har också varit kantad med misstag, motgångar och besvikelser. Men när man ser tillbaka skall man ändå finna att primärvårdens begrepp har identifierats och blivit bas och utgångspunkt för en livlig debatt om dess framtid.

Orden utveckling, förnyelse och kvalitet är ständigt återkommande. De är självklart ett krav i en vital organisation. Men det är förvånande att man nästan alltid tror sig uppnå något av de eftertraktade kvaliteerna genom att byta namn. Vi hade lika gärna kunnat kallas provinsialläkare, om inte den termen skämts just av stagnation och otillräcklighet. Kanske är de nya beteckningar som nu tilldelas primärvårdens företrädare – husläkare, familjeläkare, egenläkare etc, verksamma

Våra förhoppningar att med gemensam huvudman också få räknas med i länssjukvårdens finare familj slog alldeles fel. Det var kanske en av de svåraste besvikelserna

i olika modeller som skall utvärderas – också uttryck för att distriktsläkarna inte kunnat eller inte fått möjligheter att leva upp till den roll som honnörsorden tilldelade dem. Vore det inte skäl undersöka orsakerna och pröva förnyelse inom primärvården i stället för att dölja sig bakom nya klichéer?

Förändringar är nödvändiga för utveckling. Men på alla nivåer inom sjukvården tycks föreligga en djupt rotad olust inför den omställning som förknippas med förändring. Kanske beror det på alla de omorganisitioner som av politiska och administrativa skäl och nu också av ekonomiska motiv uppifrån påläggs sjukvården.

I stället för en ständigt pågående intern förnyelse med lyhörd uppmärksamhet på sjuklighetens förändring i distriktet, befolkningsstrukturens förskjutningar och terapeutiska landvinningars tillämpning i primärvården går systemet i stå. Det drabbade provinsialläkarsystemet och det är i färd med att drabba distriktsläkarsystemet. De organisatoriska ingreppen blir symboler för allt det nya som man förväntar sig uppnå. Den organisatoriska perfektionismen – det talas om social ingenjörskonst – blir sin egen fiende, när det visar sig att bakom fasaden döljer sig samma sorts mänskliga problem, lidande och sjuklighet som inte varit och inte kommer att vara åtkomlig med organisatoriska kongrepp.

Den primärvård som av belackarna betraktas som en exponent för dålig offentlig service, har ändå genom sin entydighet och organisatoriska fasthet banat vägen för den frihet som tillåter mångfald och anpassning till behoven och önskemålen hos dem som är våra verkliga huvudmän, patienterna, om man bara vill ge dem en chans.

Möjligheter till förnyelse

Inom primärvårdens begrepp ryms alla möjligheter till förnyelse, forskning, utveckling och utbildning, vars resultat vi vill avläsa i ett kvalificerat arbete. Primär-

.....
Sjukvårdens kvalitet säkras inte genom debatter i maktens korridorer utan i det dagliga mötet med människorna på våra mottagningar
.....

vård är sjukhusvårdens naturliga korrelerat och distriktsläkaren är sjukhusläkarens motsvarighet i den öppna hälso- och sjukvården. Sjukvårdens kvalitet säkras inte genom debatter i maktens korridorer utan i det dagliga mötet med människorna på våra mottagningar. Det behövs inga driftplaner. I mötet med patienter finns alldeles tillräckligt med drivkraft.

Konsultationens dignitet, som är kärnan i den kliniska primärvården, bestäms av läkarnas sociala, psykologiska och intellektuella utrustning och deras professionella kompetens. För att undvika alla vantolkningar av detta påstående vill jag understryka att precis samma kravprofil gäller alla medarbetare i primärvårdens arbetslag i deras möten med en patient.

En historisk återblick är inte till för att servera anekdotiska data från en period med många inslag som är främmande för dagens primärvård. Historiens lärdomar är dyrköpta och mycken tankemöda och vakenhet och en ivrigare debatt krävs för att inte förlora den teräng som vunnits, när vi fångas av de nya utsikterna.

Provinsialläkartiden representerar läkaretablissemangets sjukvård. Efter 1970 har vi i tjugo år haft politikernas och administrationens sjukvård.

Uppenbarligen står sjukvården och primärvården på nytt inför stora förändringar. Kanske är det människornas sjukvård vi nu skall få se.

Jag tror att vi i kraft av de positioner distriktsläkarna uppnått kan förlita oss på att något ännu bättre är på väg.

Under alla förhållanden gäller att distriktsläkaren eller vad han/hon kommer att kallas, håller sig till uppdraget från 1663 att icke draga sig sitt ämbete undan.