

DEN SVENSKA ALLMÄNNE- MEDICINENS HISTORIA



PER G SWARTLING, leg läkare, Uppsala; tidigare distriktsläkare och vårdcentralschef i Tierp samt medicinalråd vid Socialstyrelsen per.g.swartling@comhem.se

Allmänmedicin är idag den största specialiteten inom medicinen, med en utbildning jämförbar med övriga specialiteterna. Allmänmedicinska avdelningar finns vid alla sex universitet som bedriver läkarutbildning och forskning. Samtidigt är det endast 25 år sedan allmänmedicin blev en egen medicinsk specialitet. Vägen dit var omvälvande, fylld av förhoppningar, besvikelser och konflikter (med olika specialister, politiker och andra) men även fylld av framgångar som så småningom ledde till att allmänmedicin numera är en viktig och respekterad specialitet vid sidan av de övriga. För att lättare kunna förstå allmänmedicinens, allmänläkarnas och primärvårdens situation i dag och den tänkbara fortsatta utvecklingen, är det viktigt att se tillbaka och söka allmänmedicinens rötter.

Tidig historik

Allmänmedicin och allmänläkarvård har sitt ursprung i provinsialläkarväsendet, som kom till i slutet av 1600-talet [1]. Till en början fanns krav på att provinsialläkaren skulle vara medicine doktor och ha sin bostad nära landshövdingen. Han fick inte heller lämna distriktet utan landshövdingens tillstånd. Provinsialläkaren skulle förestå hospitalet, besöka fattiga som var sjuka, övervaka befolkningens hälsa, upplysa om lämplig mat och dryck, och ge råd om barnuppfostran.

Omkring år 1900 fanns det omkring 500 tjänsteläkare, vilket innefattade både provinsialläkare och stadsläkare. Majoriteten av läkarkåren bestod av allmänpraktiserande privatläkare. Det fanns få sjukhusläkare. Allmänläkarvården var sålunda helt dominerande.

Under 1900-talets första hälft växte tjänsteläkarkåren mycket blygsamt och uppgick 1940 till endast 17 procent av läkarkåren. Sjukhusläkarkåren med olika organspecialister hade samtidigt vuxit kraftigt vid de snabbt expanderande sjukhusen och utgjorde nu 50 procent av kåren. Vid sjukhusen och även fristående från dessa hade bildats polikliniker för vissa specialiteter och sjukdomar. Trots långa väntetider i överfyllda väntrum och högt uppdriven arbetstakt hos läkarna hyste allmänheten förtroende för denna vårdform, och besökstalen ökade betydligt.

Provinsialläkarväsendet i kris

På 1950-talet var provinsialläkarväsendet inne i en svår kris. Arbetet var slitsamt och isolerat vid enläkarstationer med stor bundenhet av ständig jourtjänst. Ofta tillkom dubbelförordnande för ett vakant granndistrikt. Enda krav för att få tjänst som provinsialläkare var åtta månaders tjänstgöring på sjuk-

hus. Även om många provinsialläkare i praktiken ändå hade 10–12 års sjukhuserfarenhet, blev kunskaperna snart föråldrade i brist på fortbildning. Det blev allt svårare att rekrytera unga läkare som hellre lockades av en karriär på sjukhuset, med möjlighet till specialistutbildning. Patienterna sökte sig också hellre till sjukhusens öppna mottagningar, då man litade mer på de specialister som hade tillgång till laboratorieundersökningar, röntgen och liknande.

Man diskuterade 1958 i den statliga ÖHS-utredningen [2] till och med om provinsialläkarna skulle avskaffas. I stället skulle man bygga ut den öppna specialistvården. Så blev det dock inte. Man beslöt att rusta upp provinsialläkarmottagningarna och gradvis övergå från enläkarmottagningar till två- eller flerläkarmottagningar.

Landstingen tar över från staten

År 1963 övertog landstingen ansvaret för provinsialläkarna. Detta efter kraftigt motstånd och många protester från de tidigare statligt anställda läkarna, som befarade sämre villkor [1]. Reformen skulle dock få stor betydelse för primärvårdens utveckling. Nya tjänster för provinsialläkare inrättades, och enläkarmottagningarna ersattes efter hand av flerläkarstationer.

I slutet av 1960-talet fanns dock endast 1 000 tjänster, vilket motsvarar 7 000 invånare per provinsialläkare. Därtill kom att nästan 40 procent av tjänsterna var vakanta. Det var svårt att rekrytera provinsialläkare då de hade lågt anseende i läkarkåren. Provinsialläkare kunde man bli om man inte »dög« till någon sjukhusspecialitet.

Den första vårdcentralen

Socialstyrelsen tog 1968 fram ett »Principprogram för den öppna vården« [1] med riktlinjer för en kraftig satsning på öppenvård utanför sjukhusen. Begreppet vårdcentral lanserades, och 1968 startade landets första vårdcentral i skånska Dalby. Vårdcentralen bemannades med enbart allmänläkare och hade forskningsanknytning till Lunds universitet.

Vid denna tid infördes särskilda krav för allmänpraktik eller allmänläkarkompetens omfattande tre års tjänstgöring vid olika sjukhuskliniker. Samtidigt tillkom ett ökat utbud av fortbildningskurser, bland annat provinsialläkarfondens kurser på 1–2 veckor, vilka sammantaget bidrog till att förbättra allmänläkarnas kunskaper och färdigheter.

Sjukronorsreformen

År 1970 genomfördes den så kallade sjukronorsreformen, som innebar en kraftig förändring av läkarnas avlöningssystem. Det påverkade inte minst provinsialläkarnas arbete. Tidigare hade en stor del av de flesta läkares inkomster kommit från öppenvårdsbesöken, och läkaren fick betalt per mottagen patient. I fortsättningen skulle patienten betala ett fast pris till huvud-

SAMMANFATTAT

En översikt ges av allmänmedicinens utveckling från slutet av 1600-talet och framåt, med tonvikt på de senaste 50 åren. **Från att** provinsialläkarväsendet var nedläggningshotat på 1950-talet har allmänmedicin vuxit fram som en egen specialitet med ansvar för läkarutbildning, handledning och forskning.

Allmänmedicinen utgör nu stommen i dagens primärvård. **Utvecklingen har** varit omvälvande, fylld av förhoppningar, besvikelser och stridigheter – både med andra specialiteter och med politiker. **Artikeln avslutas** med reflexioner kring utvecklingen och tankar inför framtiden.



Foto: Jacob Forsell

Provinsialläkaren gjorde även hembesök i stor utsträckning, vilket gav en värdefull insyn i patienternas levnadsförhållanden, något som dagens distriktsläkare går miste om då hembesök numera är en sällsynthet. Läkarbesök. Målning av Karl Aspelin. Tavlan hänger i Socialstyrelsens entréhall i Stockholm.

mannen (landstinget), vid starten sju kronor för varje besök men idag betydligt mer, och alla läkare fick en fast lön som inte påverkades av antalet patienter som läkaren tog emot.

Reformen ledde till att många patienter som haft långvarig kontakt med specialister på sjukhusen hänvisades till provinsialläkare, i princip en motiverad förändring men den kom i ett läge då primärvården var starkt underdimensionerad för att klara uppgiften. Sjukvårdsreformen tog bort ett incitament för läkare att tänja sig lite extra för efterfrågade konsultationer. Man blev snabbare med att hänvisa till jourläkare eller någon annan mottagning. Även jourpassen, som tidigare varit en viktig inkomstkälla för många läkare, upplevdes nu betydligt tyngre.

Ekonomiska incitament med prestationsersättning som en del av lönen är i dag åter aktuell i diskussionen om husläkarens lön.

Provinsialläkaren blir distriktsläkare

Provinsialläkartjänsterna omvandlades 1972 till distriktsläkartjänster [1]. Landstingen fick möjlighet att inrätta sådana tjänster för såväl allmänläkavård som specialiserad vård. De flesta distriktsläkarna hade allmänläkarkompetens, där kraven nu hade ökat till fyra års tjänstgöring inom olika sjukhuskliniker och dessutom med krav på sex veckolånga utbildningskurser.

Vid en del vårdcentraler, exempelvis i Tierp utanför Uppsala, inrättades distriktsläkartjänster på heltid för specialister inom invärtes medicin, kirurgi, ögon, öron, barnmedicin och gynekologi – förutom för allmänmedicin. Snart visade det sig att de olika specialisterna hade specialistuppgifter i mycket begränsad omfattning, med visst undantag för barnläkaren och gynekologen. Endast barnläkaren blev kvar på heltid, övriga specialisttjänster omvandlades till allmänläkartjänster. I stället anlätades

specialister från sjukhusen som konsulter vissa dagar med möjlighet till personlig kontakt och fortbildning av allmänläkarna.

Primärvårdens honnörssord

Primärvård definierades 1978 av Socialstyrelsen med flera [3] att omfatta all vård som kunde bedrivas utanför lasaretten. I Socialstyrelsens principprogram HS 80 [4] utvecklades primärvårdsbegreppet ytterligare som både ett verksamhetsområde och en organisatorisk vårdnivå. Allmänmedicinens avgränsning och uppdrag blev här mycket otydligt, och en rad specialiteter gjorde anspråk på att bedriva primärvård.

I programskrifterna ovan betonades vissa huvudprinciper som blivit kända som primärvårdens honnörssord: helhetssyn, primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet och samverkan.

Distriktsindelning och vårdlag

Under 1970-talet skedde i de flesta landsting en successiv distriktsindelning av primärvården där de nya vårdcentralerna fick bestämda upptagningsområden med vanligen omkring 10 000 invånare. Man bildade inom vårdcentralerna fasta arbetslag (vårdlag), bestående av distriktsläkare eller allmänläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster med flera – med ett gemensamt områdesansvar. Invånarna hänvisades att söka »sin« vårdcentral, och valfriheten blev därmed begränsad. Även barn- och mödrahälsovård samt sjukhemmen ingick i den nya primärvårdsorganisationen.

De flesta vårdcentralerna hade svårt att leva upp till de ambitiösa målsättningarna, och bristen på distriktsläkare var mycket stor. Antalet tjänster hade visserligen ökat till 1 700 – motsvaran-

de en läkare per 4 800 invånare – men nästan hälften av tjänsterna saknade ordinarie innehavare och många var helt vakanta [1].

Allmänmedicin blir egen specialitet

Det var en stor framgång 1981 då allmänmedicin blev en egen specialitet och fick en reglerad utbildning på 4½ år, tidsmässigt jämförbar med övriga specialistutbildningar [5]. Två år av utbildningen förlades till den egna specialiteten allmänmedicin, och av sex veckolånga så kallade NLV-kurser var en kurs i allmänmedicin obligatorisk (NLV = Nämnden för läkares vidareutbildning). Senare under 1990-talet har den detaljstyrda utbildningen, i likhet med övriga specialistutbildningar, ersatts av en målformulering där vissa angivna kunskaper och färdigheter ska ha inhämtats under minst fem års handledd vidareutbildning.

Institutioner med professorstjänster i allmänmedicin har efter hand inrättats vid de sex universitet som har ansvar för läkarutbildningen, och allmänmedicin har införts som ett särskilt ämne i alla läkares grundutbildning. Forskning kom igång inom allmänmedicinen och har resulterat i många avhandlingar. Vid vissa vårdcentraler skapades FoU-enheter för forskning och utveckling. För alla blivande läkare ingår numera sex månaders AT-tjänstgöring vid vårdcentral.

Ökade krav på distriktsläkarna

Den nya Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1982 [6] förutsatte att i första hand primärvården skulle ta det ansvar för befolkningens hälsa som ålades landstingen. Primärvårdens tidigare nämnda honnörssord fick i HSL sin lagliga förankring. Socialdepartementets rapport HS 90 [7] förutsatte en betydande utökning av primärvårdens uppgifter med insamling av hälsodata och krav på att även bedriva samhällsriktade preventiva åtgärder.

De alltför få distriktsläkarna, som hade stora svårigheter att hinna med angelägen basal sjukvård, upplevde de nya kraven och förväntningarna mycket frustrerande. Sjukhusläkarna uppfattade primärvårdens uppdrag som flummigt och alltför omfattande och ifrågasatte om distriktsläkarna skulle hinna med någon sjukvård vid sidan om hantering av alla hälsodata och allt samhällsriktat arbete.

Antalet tjänster för distriktsläkare ökade under 1980-talet till 3 000, men en tredjedel av tjänsterna var vakanta [8]. Avhoppen var stora både från tjänsterna och under utbildningen. Inom Sveriges läkarförbund tog man fram ett förslag om hur arbetet skulle bli mer stimulerande och attraktivt. Viktiga inslag var att göra arbetet mer omväxlande genom att regelbundet lägga in andra uppgifter och inte enbart ha mottagningsarbete. Uppdraget måste också avgränsas.

Trots upprepade politiska uttalanden om prioritering av primärvården (ofta kallad »verbal satsning«) hade i praktiken fortsatt satsning inriktats på sjukhusbaserad vård. Andelen allmänläkare var oförändrat endast 20 procent av samtliga specialistkompetenta läkare. I länder med mycket bättre fungerande allmänläkarvård var motsvarande siffror till exempel i Norge 30 procent och i England 40 procent.

Ädelreformen

I början av 1990-talet ökade rekryteringen av distriktsläkare, vakanserna minskade, samarbetet med distriktssköterskorna var väl utvecklat och det kändes som en lovande utveckling för primärvården. Då kom Ädelreformen 1992 [6], som innebar att kommunerna fick ansvar för all medicinsk vård och omsorg vid ålderdomshem och lokala sjukhem förutom för läkarinsatser, som även i fortsättningen var landstingens ansvar. I många landsting övertog kommunerna även hemsjukvården för patienter i det egna hemmet. Många distriktssköterskor och undersköterskor flyttades genom Ädelreformen över till kommunerna och

fick en ny ledning. Primärvården blev uppdelad, tidigare vårdlag splittrades. Det fanns även planer på att kommunerna skulle ta över ansvaret för hela primärvården, men så blev det inte.

Husläkarlagen

Under en borgerlig regering infördes 1993 Husläkarlagen [8], med syfte att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i distriktsläkarvården. Hela befolkningen skulle aktivt eller passivt listas hos en husläkare som man ständigt skulle kunna vända sig till. När reformen startade 1994 fanns 4 188 läkare registrerade, vilket var en oväntat hög siffra med tanke på den tidigare låga bemanningen av distriktsläkare. Husläkartanken hade i princip ett starkt stöd i landet. I flera landsting hade man redan tidigare infört en frivillig listning.

Reformen skapade dock oro och splittring i primärvården. Den starka betoningen på läkaren förändrade förutsättningarna för samverkan framför allt med distriktssköterskorna, som hade sina områden, medan husläkarens patienter kom från många olika håll. Förväntningarna att snabbt kunna söka sin egen husläkare kunde ofta inte infrias, patienterna blev besvikna och husläkarna stressade.

Husläkarlagen upphävdes av en ny politisk majoritet i riksdagen 1994 och ersattes med ett tillägg till HSL [6] om att landstingen skulle ge alla möjlighet till en fast kontakt med en allmänläkare. Listningsförfarande finns fortfarande kvar. Distriktsläkarna benämns även som husläkare eller familjeläkare.

I tillägget till HSL angavs även en ny definition av primärvård med följande formulering: »Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar 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.«

Begreppet primärvård står nu inte längre för en organisationsform utan betecknar en vårdnivå.

Äldre och sjukare patienter

Antalet allmänläkare ökade långsamt under 1990-talet till 4 250 år 1998, de flesta med tjänstgöring vid någon av de omkring 1 100 vårdcentralerna med i genomsnitt fyra allmänläkare vid varje [9]. Andelen kvinnor hade vid denna tidpunkt ökat till 40 procent. Många distriktsläkare arbetade deltid, och antalet invånare per heltidstjänst uppgick till mellan 2 000 och 3 000. Den önskvärda bemanningen angavs nu till i genomsnitt 1 500 invånare per läkare. Motiveringen till ökad läkarbemanning var de mer krävande uppgifterna med en åldrande befolkning, där allmänläkaren har fått ta ett betydande medicinskt ansvar med utredning och även uppföljning efter sjukhusvård av multisjuka patienter med komplicerad behandling.

Vårdcentralerna har gradvis blivit mer välutrustade så att samtliga nu har fått EKG-utrustning, oto- och oftalmoskop, peak-flow-mätare, rektoskop, mikroskop och akutväska för behandling av allergiska reaktioner. Många vårdcentraler har även fått öron- och ögonmikroskop, audiometer, spirometer, defibrillator med mera. Vissa större vårdcentraler har röntgenutrustning, framför allt i glesbygd där allmänläkarens akutsvårdsansvar är större. Under 1990-talet infördes datorjournaler vid de flesta vårdcentralerna.

Primärvårdens organisation

Utbyggnad av vårdcentralerna från 1970-talet och framåt skedde inte likformigt över landet. Gemensamt var dock under lång tid en områdesbaserad verksamhet kring vårdlag och med en distriktsläkare som vårdcentralchef. En period på 1980-talet bildades ibland mycket stora vårdcentraler med 10–15 läkare

eller fler, vilket så småningom upplevdes som otympligt, och en uppdelning skedde i mindre och mer självständiga vårdlag. Fle- ra vårdcentraler kunde gemensamt ledas av en distriktsöverlä- kare, senare under 1980-talet kallad chefsöverläkare. Denna benämning övergick efter lagändringar till titeln verksamhets- chef. Denne behövde inte vara läkare, och inom primärvården har det blivit allt vanligare att en sjuksköterska, sjukgymnast och person ur annan yrkeskategori utses till verksamhetschef.

På många vårdcentraler tillkom efter hand på 1980- och 1990-talen specialinriktade sjuksköterskor inom främst diabe- tes, hypertoni, astma/kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt. Berörda patienter kunde på dessa sköterske- mottagningar få stöd, övervakning och vägledning mellan lä- karbesöken, vilka därmed kunde glesas ut. Ofta hade en allmän- läkare med fördjupad kunskap inom respektive område ett spe- ciellt ansvar för verksamheten.

Det förebyggande arbetet

Primärvårdens roll i det förebyggande arbetet har från politiskt håll klarlagts av HSU (statlig utredning om hälso- och sjukvår- den på 2000-talet) i dess delbetänkande från 1997. Den främsta skyldigheten anges vara att utveckla det individinriktade arbe- tet i kontakten med den enskilde patienten. Det har blivit allt- mer naturligt att, särskilt vid vissa sjukdomar, ta upp frågor om livsstil: rökning, kost, motion samt alkohol och droger. Inom barn- och mödrahälsovården är dessa frågor alltid aktuella.

Distriktssköterskan har en bredare ansats, som även omfat- tar olycksfallsprofilax hos barn och äldre. Grupper för viktminskning och rökavvänjning finns numera vid många vårdcentraler. Befolkningsinriktat folkhälsoarbete är dock inte längre ett ansvarsområde för allmänläkarna, enligt HSU. Däre- mot kan distriktsläkare och distriktssköterska förmedla sina erfarenheter om hälsoproblem i distriktet till ett lokalt hälso- råd, som finns i många kommuner [9].

Reflexioner kring utvecklingen och tankar om framtiden

Mot bakgrund av att det för omkring 60 år sedan fanns tankar om att avveckla provinsialläkarna (då drygt 700) har det på många sätt skett en imponerande och framgångsrik utveckling till dagens allmänmedicin och primärvård, en utveckling som dåtidens ensamarbetande provinsialläkare knappast kunnat drömma om. Dagens distriktsläkare har en specialistutbildning som är i paritet med övriga specialistutbildningar, och allmän- läkares status har gradvis ökat såväl inom läkarkåren som i be- folkningen. Primärvården uppfattas nu som en helt nödvändig bas inom hälso- och sjukvården.

Under 1960- och 1970-talen påverkades allmänmedicinens innehåll och avgränsning påtagligt av myndigheter och politi- ker, vilket var frustrerande för allmänläkarna som i likhet med övriga medicinska ämnesområden själva ville utveckla sin pro- fession. Under 1980- och 1990-talen har den allmänmedicinska professionen vuxit sig allt starkare och kunnat ta initiativet till att definiera ämnesområdet och utveckla både undervisning och forskning. Allmänläkarna är utbildningsmässigt väl rusta- de att i samarbete med övrig personal inom primärvården ta på sig sina uppgifter. Efter en period av revirstrider med andra specialiteter under 1970- och 1980-talen tycks alla parter nu inse behovet av samarbete. Det har blivit vanligt med specialist- konsulter vid vårdcentralerna.

För stora grupper av våra vanliga sjukdomar har patienterna behov av vård omväxlande inom primärvård och länssjukvård be- roende på vilket stadium sjukdomen befinner sig i och vilka re- surser och kompetenser som krävs vid varje vårdtillfälle. Detta kallas ofta »shared care« och visar på nyttan av samarbete och för- troende mellan vårdnivåerna. Dagens distriktsläkare har tillgång

till de flesta laboratorie- och specialundersökningarna vid de större sjukhusen, och de har därmed goda möjligheter att utreda och behandla sina patienter med med röntgen och liknande.

Detta arbetssätt, med ett mer omfattande omhändertagande av komplicerade medicinska utredningar och uppföljningar, har bidragit till att dagens distriktsläkare träffar betydligt färre patienter personligen på mottagningen – i genomsnitt 10 pati- enter per dag. För några decennier sedan och särskilt före »sjukronan« hade provinsialläkarna betydligt fler patientbe- sök, ofta 30–40 per dag. Många besök gällde problem som idag sköts av sjuksköterskor, eller förmedlas av dessa.

Även om besökstalen inte går att jämföra hade dåtidens provin- sialläkare troligen längre arbetsdagar och större arbetsbörda. De gjorde även hembesök i stor utsträckning, vilket gav en värdefull insyn i patienternas levnadsförhållanden, något som dagens di- striktsläkare går miste om då hembesök numera är en sällsynthet.

Det minskade antalet besök förklaras även av ett ändrat ar- betssätt. Den tidigare höga genomströmningen av patienter var ofta väl organiserad av personal som såg till att patienterna var intagna på undersökningsrum och avklädda, ibland till och med upplagda i gynstol, vid första kontakten med läkaren. I dag är det vanligast att läkaren själv hämtar patienten i väntrummet och visar respekt för patienten genom att samtala med denne påklädd innan det är dags för undersökning. Krav på informa- tion om läkemedel och liknande har ökat, och allt detta gör att besöken tar längre tid.

Trots en glädjande ökning av antalet yrkesverksamma spe- cialister i allmänmedicin till 4 800 år 2006 (Läkarförbundets statistik) är många av dagens distriktsläkare alltför hårt an- strängda. Med hänsyn till deltider finns det 3 900 heltidsarbe- tande distriktsläkare. Chefsuppdrag, handledning med mera tar också tid från direkt patientarbete. Långvarig sjukskrivning på grund av utmattningsdepression (»utbrändhet«) har ökat bland distriktsläkare.

Önskemål finns att kåren skall växa ytterligare för att minska bördan för den enskilde läkaren. För närvarande ser dock åter- växten inte ut att vara större än att den täcker pensionsavgång- arna, som förutses bli stora de kommande åren. Det är då ange- läget att hela tiden avgränsa distriktsläkares uppdrag så att han eller hon orkar med arbetet med dagens förutsättningar och att det även ges tid att sköta sin familj.

Det är oroande att det blivit svårare att rekrytera distriktsläka- re som vårdcentralerchefer. Läkarna avhänder sig då möjligheter att mer aktivt kunna påverka primärvårdens utveckling. Nya spännande uppgifter är på gång, då läkarnas grundutbildning i ökad utsträckning kommer att förläggas till vårdcentral. Även om det i början blir en ökad arbetsbörda bör det på längre sikt stärka allmänmedicinens ställning ytterligare och ge möjlighet till pro- fessionell utveckling och ökad rekrytering av allmänläkare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Socialdepartementet. Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård. Betänkande av kontinuitet- sutredningen. SOU 1978:74.
- ÖHS-kommittén. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområ- dena. SOU 1958:15.
- Primärvård – innehåll och utveck- ling. I samarbete mellan Svenska Kommunförbundet, Landstings- förbundet, Socialstyrelsen och Spri. Stockholm: Spri; 1978. Spri rapport 101.
- Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 90). Förslag till ett princippro- gram. Stockholm: Socialstyrelsen; 1973.
- NLV Översynsutredningen AgA. Stockholm: Socialstyrelsen; 1980.
- Hälso- och sjukvårdslagen. SFS 1982:763.
- Socialdepartementet. Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90). SOU 1984:39.
- Socialdepartementet. Husläkare. Ds 1992:41.
- Slutrapport från Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning. Stock- holm: Socialstyrelsen; 1998. Soci- alstyrelsen följer upp och utvärde- rar 1998:2.