

1007347 100 0120 06/597

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Kommundiagnosen
under debatt

2
1986

Undersköterska
i primärvården

DISTALGESIC

Stillar smärta snällt mot magsen

FRITT FRÅN KODEIN OCH ACETYLSALICYLSYRA MAGVÄNLIGARE LÄGST BEHANDLINGSKOSTNAD

DISTALGESIC ΔR

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. **Egenskaper.** Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Graviditet och amning.** Kategori A.

Dosering. Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e-8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. **Observera.** Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, tex vid bilkörning. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. **Förpackningar.** Tabletter: tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st, burk 100 st.

	Pris/ 100 tabl	Patienten betalar själv	Rekommenderad dagsdos-FASS.
Citodon	61,80	40,90	1 - 8
DISTALGESIC	41,10	30,55	4 - 8
Doleron	87,70	50,00	3 - 6
Donobid 500 mg	255,70	50,00	2
Lobac	68,80	44,40	3 - 6
Paraflex Comp	75,10	47,55	3 - 8

DISTALGESIC[®]

ELI LILLY SWEDEN AB BOX 30037
104 25 STOCKHOLM TELEFON 08-13 02 50

6/20	Ledare: Har vi köpt data-grisen i säcken? <i>Magnus Eriksson</i>	✓ 54	Kurser och konferenser: Program vid Svenska distriktsläkarföreningens årsmöte i Boden 1986-05-23	81
	Föreningsnytt: Svenska Föreningen Mot Högt Blodtryck	55	Svensk Socialmedicinsk Förenings årsmöte	81
	Sydsvenska Allmänläkarklubben Höstmöte 1985-11-05	57	Rapport från Balintmöte i Östersund	81
	5:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin	58	Samverkan mellan socialtjänst, primärvård med flera organ, Örebro, 12-13 november 1985 <i>Carl-Gunnar Eriksson</i>	✓ 82
21	Doktorsavhandling från primärvården: Förbättrad glykosterolans sänker blodtrycket <i>Gösta Tibblin</i>	✓ 58	Datorstöd i primärvården - med människan i centrum... <i>Lars Berg</i>	✓ 84
22	Debatt: Blodfettsscreening <i>Inge Carlsson</i>	✓ 58	Rapport från konferensen "Datorstöd i primärvården" 18-20 nov 1985 - Aspenäs, Lerum <i>Birger Gran</i>	✓ 86
23	En kommentar till IC-artikeln i AM 5/85 <i>Mikael Stolt</i>	✓ 58	Balintmöte i Eskilstuna	87
24	Samhällsdiagnos: Kommunprofiler - till vad nytta? <i>Mats Granvik</i>	✓ 59	Låt primärvården sköta den kliniska talvården!	✓ 87
25	Kommundelsdiagnos Teleborg <i>Anders Håkansson, Per Andréén, Britt Rangert</i>	✓ 61	Recensioner: Olycksfall - en folksjukdom	✓ 88
26	Undersköterska i primärvård: Undersköterskans arbetsinnehåll i primärvården <i>Ingrid Falk</i>	✓ 66	Många hörselskadade utvecklingsstörda lever än idag i en total social isolering	88
27	Undersköterskans samverkansmöjligheter i primärvården <i>Ingrid Falk</i>	✓ 71	Rökningen måste minska även bland kvinnor	✓ 88
28	Internationellt: På SIMGs höstkongress i Klagenfurt	✓ 75	Historia - kan det vara nå't?	90
29	Barnhälsovård: Den auxologiska epidemiologins framväxt <i>Lars Cernerud</i>	✓ 78	Obetydlig minskning av alkoholförsäljningen	✓ 90
30	Hälsokontroller: Bildskärmsarbetare över 40 år får regelbundna synkontroller <i>Sven-Runo Bergqvist</i>	✓ 79	Måltidsordningen på sjukhus måste utgå från patienternas behov	✓ 94
			Astma vanligaste lungsjukdomen bland barn... men de flesta blir symtomfria som vuxna	94
			Nytt gymnasiematerial kring droger hjälper eleverna att våga säga nej	✓ 94
			Omslagsfoto: Bo Haglund	

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för Svensk Förening för Allmän Medicin (SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau.

Huvudredaktör:
Bo Haglund, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin.
17283 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.

Redaktionskommitté:
Magnus Eriksson,
Georg Larsson,

Carl Edvard Rudebeck,
Ylva Tomsson
Malin André

Redaktionsadress:
AllmänMedicin, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.
(Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 11247 Stockholm.
Tel: 08/51 67 60.

Prenumerationsavgift:
250 kr per år, för studerande 75 kr per år (prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för AllmänMedicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro 37 54 40-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1986.

ISSN 0281-3513

"drickbar" tablett

...eller intas på vanligt sätt –
med vatten.

Felden tabletter kan även sväljas på vanligt sätt –
tillsammans med vatten.

Felden finns dessutom kvar i sin ursprungliga form
– som kapsel.

Felden[®]

Ett effektivt läkemedel PIROXICAM



komma i sällsynta fall.

Dermatologiska: Erythema multiforme och ljusöverkänslighetsreaktioner har rapporterats.

Centralnervösa: Huvudvärk, yrsel och trötthet har rapporterats.

Hematologiska: Hämning av trombocyttaggregationen med ökad blödningsbenägenhet. Trombocytopeni och trombocytopenia purpura har rapporterats. Minskad hemoglobinhalt och hematokrit utan tecken på gastrointestinal blodförlust har rapporterats. Enstaka fall av aplastisk anemi har rapporterats.

Övriga: Ödem. Detta bör beaktas vid behandling av patienter med misstänkt eller manifest hjärtinsufficiens. Enstaka fall av förhöjda transaminaser finns beskrivna utan att ikterus eller andra leverfunktionsrubbingar påvisats. Piroxicam kan medföra reversibel stegring av restkväve utan att serumkreatininstegring eller andra tecken på njurpåverkan noteras.

Dosering. Rekommenderad begynnelsesdos: 20 mg dagligen som engångsdos, vilket också är den vanligaste underhållsdosen. Vissa patienter behöver 10 mg dagligen som underhållsdos. Undantagsvis kan 30 mg per dygn provas, antingen givet som engångsdos eller fördelat på flera tillfällen. Vid administrering av do-
r överstigande 20 mg per dygn ökar risken för biverkningar.

Tabletterna, som kan delas, sväljas med vätska eller löses i ett halvt glas vatten.

Absorptionen av piroxicam påverkas ej av samtidigt intag av antacida och/eller föda.

Interaktion. Eftersom FELDEN i likhet med andra antiinflammatorika är högradigt bundet till plasmaalbumin och har liten distributionsvolym finns teoretiska möjligheter för så kallade displacement-interaktioner med andra starkt albuminbundna substanser såsom perorala antikoagulantia. Då plasmakoncentrationen är låg förefaller risken för displacement-interaktion vara liten. Patienter som behandlas med högradigt albuminbundna läkemedel skall kontrolleras noggrant för eventuell dosjustering av FELDEN. Samtidig behandling med FELDEN och digoxin påverkar ej läkemedlets plasmaknivå.

Observera. Patienter med ulcus i anamnesen bör kontrolleras kontinuerligt.

FELDEN skall inte ges till patienter som fått symtom på astma, rinit eller urtikaria vid intag av acetylsalicylsyra eller andra antiinflammatoriska medel av icke-steroid natur.

På grund av den renala utsöndringen av piroxicam skall patienter med gravt nedsatt njurfunktion kontrolleras noggrant. FELDEN liksom andra antiinflammatoriska

medel av icke-steroid natur, minskar trombocyttaggregationen och förlänger blödnings tiden, varför försiktighet bör iaktas vid dosering till patienter med ökad blödningsbenägenhet.

Liksom för andra icke-steroida antiinflammatorika har ödem – främst ankelödem – rapporterats hos ett fåtal patienter. Detta bör beaktas vid behandling av äldre patienter eller patienter med nedsatt hjärtfunktion, där FELDEN kan ge upphov till hjärtinsufficiens.

Förpackningar och priser. Kapslar 10 mg (vita, märkta FELDEN 10 8CB)

20 st (plastburk)

100 st (plastburk)

Kapslar 20 mg (vita, märkta FELDEN 20 8CA)

20 st (plastburk)

100 st (plastburk)

Tabletter 10 mg (vita, runda med skåra, prägling W1)

20 st (tryckförpackning)

100 st (tryckförpackning)

Tabletter 20 mg (vita, avlånga med skåra, prägling W2)

20 st (tryckförpackning)

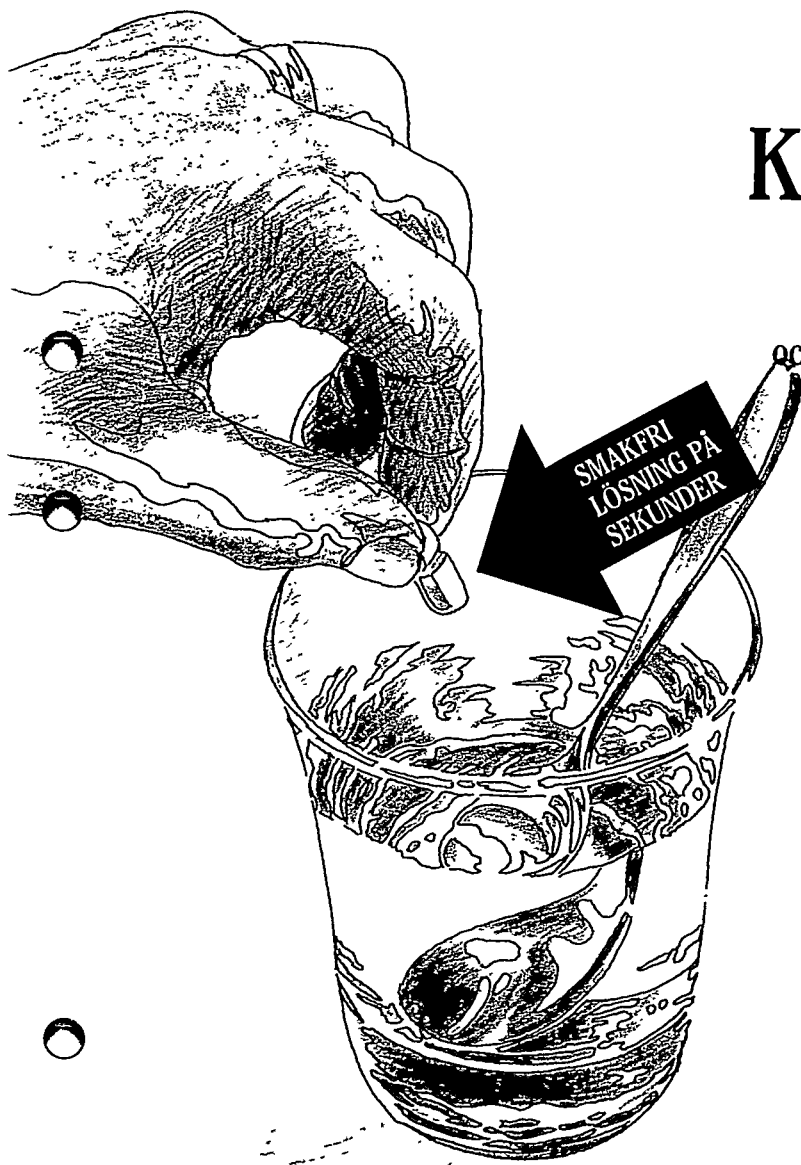
100 st (tryckförpackning)

Pfizer

Pfizer AB · Box 3053 · 183 03 Täby · Tel 08-758 01 30

Felden – nu som

Kan lösas i vatten...



Nu finns Felden även som "drickbara" tabletter på 10 och 20 mg. De är dessutom lätt delbara och kan användas på två sätt. På några sekunder löses de under omrörning i ett glas vatten och förvandlas till en helt smakfri dryck.

Särskilt fördelaktigt för patienter med svårigheter att svälja tabletter eller kapslar.

Felden är ett logiskt val och ett rationellt sätt att behandla
Smärta · Stelhet · Svullnad
vid reumatoid artrit, artros och Mb Bechterew.

Felden®

Pfizer

R

Kapslar 10 mg och 20 mg, tabletter 10 mg och 20 mg
Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt
Grupp I2B 2510

Deklaration. 1 kapsel à 10 mg innehåller: Piroxicam. 10 mg, lactos. 243 mg, color (titandioxid) et constit. q. s.
1 kapsel à 20 mg innehåller: Piroxicam. 20 mg, lactos. 233 mg, color (titandioxid) et constit. q. s.
1 tablett à 10 mg innehåller: Piroxicam. 10 mg, lactos. 187,5 mg et constit. q. s.
1 tablett à 20 mg innehåller: Piroxicam. 20 mg, lactos. 375 mg et constit. q. s.

Egenskaper. FELDEN är ett antiinflammatoriskt medel av icke-steroid natur som även har antipyretiska och analgetiska egenskaper. Det innehåller som aktiv substans ett benzotiazinderivat, piroxicam. Piroxicam är kemiskt inte besläktat med salicylika eller karboxylsyrederivat.

Det har visats, att piroxicam inte utövar effekt via binjurarna. Medlets antiinflammatoriska effekt tycks sammanhänga med förmågan att inhibera prostaglandinernas biosyntes. Detta innebär dessutom att piroxicam hämmar trombocyttaggregationen. Piroxicam absorberas nästan fullständigt och maximal plasmakonzentration uppnås i genomsnitt inom 5 timmar. Dock kan interindividuella skillnader föreligga i absorption. Halveringstiden i plasma varierar kraftigt mellan olika individer (20–70 timmar). Detta innebär att steady-state-konzentrationen uppnås efter mycket varierande tider (4–13 dygn). Avsevärda interindividuella variationer förekommer också i steady-state-konzentrationen. Farmakokinetiken hos piroxicam är inte dosberoende. Distributionsvolymen uppgår till ca 120 ml/kg kroppsvikt, vilket väsentligen motsvarar extracellulärutrymmet. Piroxicam metaboliseras så gott som fullständigt och mindre än 5% av dygnsdosen utsöndras i ometaboliserad form i urin och feces. Metaboliterna utsöndras främst via urinen. Metaboliseringen sker huvudsakligen genom hydroxylering av pyridylringen på sidokedjan följt av konjugering med glukuronsyra och eliminering via urinen. Plasmaproteinbindningen är hög (99%).

Indikationer. Reumatoid artrit, osteoartror och Mb Bechterew

Kontraindikationer. På grund av korsreaktion kan patienter med känd eller misstänkt överkänslighet mot acetylsalicylsyra eller andra icke-steroida antiflogistika reagera kraftigt. Aktivt ulcus ventriculi eller duodeni.

Tillstånd med ökad blödningsbenägenhet.

Försiktighet. Ulcus ventriculi eller duodeni i anamnesen. Patienter med nedsatt hjärtfunktion. Tills ytterligare erfarenhet erhållits bör FELDEN inte ges till barn.

Graviditet och amning. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt g. Antiflogistika med hämmande effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare del av dräktighet, ger djurexperimentellt upphov till intrauterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången tid kan de förlänga värkarbetet och fördröja förlossningen. Då data finns för att detta är relevant också för människa, bör kontinuerlig behandling med antiflogistika under sista månaden av graviditet endast ske på strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad förlossning skall medel med prostaglandinsynteshämmande effekt undvikas.

Piroxicam passerar över i modersmjölk, men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser till modern.

Biverkningar. *Gastrointestinala:* Dyspepsi, diarré. Fall av blödningar eller perforering har rapporterats.

Allergiska: Exantem, urtikaria, rinit och astma. Risken ökar hos patienter med känd allergi eller astma, särskilt hos salicylatöverkänsliga astmatiker. Liksom med andra antiflogistika kan Stevens-Johnsons syndrom före-

Har vi köpt data-grisen i säcken?

De senaste 2-3 åren har det framkommit ett allt större intresse för datorteknologi inom primärvården och sjukvården överhuvud taget. Detta har bland annat tagit sig uttryck i ett flertal artiklar i såväl AllmänMedicin som i andra medicinska tidskrifter.

De artiklar som presenterats har gett exempel på hur databearbetning använts vid beskrivande analyser av verksamheten inom primärvården. De har genom andra exempel försökt belysa de möjligheter, som kan finnas för datorteknologins användning inom hälso- och sjukvården.

Svensk Förening för Allmänmedicin har hållit sig framme i detta sammanhang genom att initiera till en speciell arbetsgrupp, - SFAM's DATORGRUPP. Denna har i presentationen av sitt arbetsområde (AllmänMedicin nr 4/1985) framfört att man avser att fokusera det på datorteknologins användning vid personaladministrativa rutiner, vårdplanering och datoriserade journaler. Gruppen har därvid inte låst sig definitivt i sin inställning till datorteknologin, men avslutar sin presentation med följande ord; "Många stora frågor av vital betydelse för den kommande allmänmedicin kräver vårt aktiva engagemang". Vad som är allmänmedicin och vad som eventuellt skulle vara av vitalt intresse med hänsyn till datorteknologi framgår ej.

Allmänt har man genom de artiklar, som presenterats, fått ett intryck av att datorer kommer att vara värdefulla för oss i vårt arbete som allmänläkare och inom sjukvården överhuvud taget. Den negativa kritik som framkommit har främst berört frågor rörande sekretess, användning av stora eller små dataenheter samt att vi måste tänka på dem vars arbetsuppgifter tas över av "datorn". Som allmänläkare finns det dock trots dessa positiva erfarenheter skäl att ytterligare fundera över värdet av datorteknologi i vårt arbete, innan vi har köpt denna "gris" i säcken.

Dator, - en organisatorisk apparat?

De artiklar som har presenterats i denna tidskrift har utgått från erfarenheter inom primärvården eller med tanke på datorteknologins användning inom primärvården. Ingen artikel har mig veterligen skrivits av någon privatpraktiserande allmänläkare, - de som kanske i första hand borde ha tagit datorn till användning om den gett möj-

lighet till rationaliseringsvinster. Kan-ske datorer är så dyrbara att de aldrig kommer till användning annat än inom organisationer med stora ekonomiska resurser? Man har inte heller berört datorteknologins användning när det gäller studier av själva ämnesområdet allmänmedicin.

Målsättnings saknas

Genomgående saknar man en grundläggande problemanalys och därmed sammanhängande målsättning för de områden som man önskar studera med avseende på datorteknologins användning. Man verkar istället ofta utgå från datorernas egenskaper och ser vilka rutiner inom primärvården, som ligger i linje med dessa. Tanken är, att se om datorerna kan lösa dessa uppgifter bättre, än vad man idag gör manuellt.

Risken med ett sådant tillvägagångssätt är uppenbar, - man kan låsa fast kanske redan idag dåligt fungerande rutiner i "datorrutiner". Det kan även innebära att man får rutiner, som i första hand är anpassade till datorteknologin snarare än till de faktiska behoven inom allmänmedicin. Det senare är inte minst risken, om man på mindre vårdinrättningar låser fast stora ekonomiska investeringar i dyrbar datorutrustning.

Ett exempel på detta kan vara vårdplanering enligt Lerum-modell, som man diskuterat möjligheten av att lägga över på data. Den väsentligaste frågan i det sammanhanget är kanske snarare vilken funktion denna vårdplanering fyller och om den överhuvud taget behövs. Denna modell kan idag ge intryck av att främst vara ett värn med lokal tillgänglighet uppkommen under tider av läkarbrist. Om allmänmedicin skall kunna erbjuda något så fundamentalt som fullständig tillgänglighet, så är vi kanske inte alls hjälpta av att få Lerum-modellen på data. Vi kanske istället ska ha en fastare läkar- och personalplanering, som svarar mot befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

Birger Grahn, en av de som ingår i SFAM's DATORGRUPP har i en annan artikel i AllmänMedicin 4/85 uppmärksammat dessa problem. Han säger bland annat att allt systemeringsarbete måste börja med en kritisk granskning av befintliga rutiner. Inget datasystem i världen kan skyla över en dåligt fungerande organisation.

Men om vi då vid en sådan kritisk granskning av vårt arbete kommer fram till att datorn med hänsyn till sin kostnad kan innebära förbättringar, så ska vi inte tveka att använda oss av den.

Data-doktorn, behövs han/hon?

Det har vid diskussioner om datorteknologi ofta hävdats, att det är viktigt, att vi själva skaffar oss kunskap och kännedom inom detta område. Är detta sant? När det gäller sådan kostsam apparatur som EKG-apparater, så saknar de flesta av oss kännedom, om hur

den fungerar. Ändå verkar det gå ganska bra och vi får de EKG-registreringar vi har behov av. Vid införskaffandet av en sådan apparat, så presenterar vi så noga som möjligt våra krav på EKG-registrering i vårt arbete. Därefter skaffar man in olika anbud på utrustning, som kan tillgodose våra önskemål. Inom det offentliga har vi dessutom ofta förmånen av centrala enheter inom administrationen, som sköter själva upphandlingen. När det sedan gäller registrering och skötsel av apparaten, sköts detta på de flesta håll utmärkt av undersköterskor eller sköterskor.

På samma sätt bör det bli med datorteknologin. Om vi har behov av den, så är det viktigaste, att vi presenterar dessa så noga som möjligt. Andra personalkategorier bör sedan kunna sköta resten bättre än vi, till exempel läkarsekreterare och administratörer.

Detta kräver kanske att vi istället verkar mycket aktivt för att andra personalkategorier får ett större faktiskt ansvar på arbetsplatserna. Att de ges en mer reell möjlighet att påverka beslut och känner sin egen betydelse. I detta ligger också att utbildningspengar kanske även måste överföras från läkare till annan personal bland annat i frågor rörande administration och datorteknologi.

Naturligtvis är det därmed inte fel, att ägna sig åt datorteknologi som allmän medicinare, om man själv tycker att det är intressant. Det är lika lite fel som det är att ägna sig åt familj, blom-mor eller skönlitteratur. Alla intressen kan vara lika berikande för en allmänläkare och det är lika intressant och givande att ta del av andra erfarenheter från olika områden.

Epidemiologi - inte bara data

Man framhåller ofta datorteknologins värde när det gäller att snabbt kunna få fram kännedom om riskfaktorer som orsakar ohälsa. Det kan innebära att man får större möjlighet att förhindra onödigt lidande och sjukdom.

Sådana epidemiologiska studier fordrar emellertid att man insamlar en oerhörd mängd data, om man inte väljer begränsade områden. Om man tänker sig omfattande epidemiologiska studier, så skulle det sannolikt resultera i att man fick indikation om en mängd nya riskfaktorer. Dessa måste sedan värderas sinsemellan. Frågan uppkommer då gärna om vem som tar ansvar för denna kunskap. Redan idag har vi skrämmande exempel på flera allvarliga riskfaktorer, där denna kunskap har lett till förvånansvärt svaga åtgärder, till exempel rökning.

Det är därför viktigt, att vi som läkare inte bara registrerar riskfaktorer utan i lika hög grad påpekar vikten av, att någon tar ansvar för att föra ut denna kunskap och att den leder till åtgärder.

I detta sammanhang bör man också komma ihåg att många värdefulla epidemiologiska studier har gjorts utan hjälp av datorer. De svenska provin-

själläkarrapporterna utgör exempel på detta. Grunden för upptäckt av riskfaktorer har då ofta varit kliniska iakttagelser, erfarenhet och en förståelse för vikten av att registrera och rapportera.

Kan vi finna allmänmedicin via datorn?

Tyvärr är det väl så att allmänmedicin som specialitet ännu inte riktigt låter sig säkert avgränsas eller beskrivas. I motsats till artiklar om datorteknologi, så har det inte sedan denna tidskrifts begynnelse förekommit mer än 5-6 bidrag som tagit upp frågan om vad som är allmänmedicin. Det framstår därför som angeläget att föreningen i likhet med frågan om datorteknologin, tillsätter en arbetsgrupp rörande vad som är allmänmedicin. Men oavsett den frågan så är det angeläget att vi fortsätter vårt sökande efter att kunna definiera och beskriva allmänmedicin. Kanske kan datorerna vara till viss hjälp.

Mycket talar för att allmänmedicins kärna finns att söka i det lilla, - i det enkla patientbesöket, i en enskilda sjukdomsepisod eller patienthistoria. Samtidigt kan det ofta vara svårt att se vad det är i de enskilda patienthistorierna som ändå förenar dem och kanske gör dem avgränsbara från patienthistorier från andra specialiteter. I det sammanhanget kan kanske datorerna vara oss till hjälp. De kan bearbeta en oerhörd mängd uppgifter från en oerhörd mängd patienthistorier, för att se om det finns något gemensamt eller ej. Ett exempel kan kanske vara "sökorsak" vid kontakt med sjukvården. Det kan ju vara så att genomgående inom allmänmedicin, så överväger diffusa symptom jämfört med "sökorsaker" till andra specialiteter. Det kan också vara så att patienternas förväntningar som sökorsak kanske oftare är tröst och lindring snarare än förväntan om "bot" om man jämför med andra specialiteter. I vårt sökande efter allmänmedicin bör vi därför inte tveka om att *pröva* om datorteknologin kan vara oss till hjälp.

Datorn väntar på oss

Det har hävdats att det är viktigt att vi snabbt ser över datorteknologins användning för oss allmänläkare. Några som helst belägg för sådana påståenden saknas. Tvärtom ska vi i denna fråga liksom i de flesta andra skynda långsamt. Allmänmedicin som specialitet och som yrke kommer inte att påtagligt förändras av datorteknologin, inget talar för detta. Den största risken skulle i så fall utgöras av att vi okritiskt anammat datorteknologin som allmänläkare. Att vi föll till föga för något som kanske delvis är ett "mode" och som skulle ta för stor del av vår kunskap och engagemang, för att vi skulle kunna bibehålla ett i övrigt brett allmänmedicinskt kunnande.

Om vi om 10 eller 100 år kommer fram till att datorteknologin är nöd-



Svenska Föreningen Mot Högtryck The Swedish League Against Hypertension

Bäste/a allmänmedicinare

Svenska Föreningen Mot Högtryck är en sammanslutning av läkare och sjuksköterskor som är intresserade av högt blodtryck.

"Föreningens ändamål är att verka för ökade kunskaper om högt blodtryck och dess följder, samt att stödja aktiviteter som syftar till att förebygga, uppsåra och behandla högt blodtryck, att medverka till att klarlägga dess orsaker, och att sprida upplysning om högt blodtryck bland allmänheten, med särskild tonvikt på alla som arbetar inom hälso- och sjukvård" (Ur stadgarna, paragraf 2).

Föreningens aktiviteter kan uppdelas på: forskning, utbildning, stipendier och övrig verksamhet.

Forskning

Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension)

Föreningen har tagit initiativet till en prospektiv, randomiserad, dubbelblind, placebo-kontrollerad multicenterstudie inom svensk primärvård för att studera värdet av farmakologisk behandling av hyperteniker i åldersgruppen 70-84 år. Studien beräknas totalt omfatta 4.000 patienter. Tillstånd har inhämtats av Socialstyrelsens läkemedelsavdelning, landets samtliga etiska kommittéer, datainspektionen med flera. Bakom studien står även Landstingsförbundet och medicinska rådet i Pensionärernas Riksorganisation (PRO). En pilotstudie omfattande drygt 30 centra och 360 patienter startade hösten 1985. Studien är betydelsefull, då det ännu ej är klarlagt, om högt blodtryck utgör en riskindikator för insjuknandet i hjärt-kärlsjukdom hos gamla och om behandling av högt blodtryck i denna åldersgrupp leder till ett minskat insjuknande.

Studien leds av en styrgrupp bestående av: Björn Dahlöf (koordinator), Lennart Hansson, Lars Lindholm, Lennart Råstam, Bengt Scherstén och P-O Wester.

Ett detaljerat protokoll är utarbetat vilket inom kort kommer att presenteras i Läkartidningen, Journal of Hypertension och Scandinavian Journal of Primary Health Care.

vändig i vårt arbete, så kommer det så länge det finns fri konkurrens, att finnas tillverkare som är intresserade av att sälja oss de datorer vi behöver. Tills den dagen bör vi fundera, diskutera och pröva vad vi har i säcken innan vi köper det.

Magnus Eriksson

Utbildning

Föreningen bedriver utbildning av såväl läkare som sjuksköterskor. För 1986/87 är utbildningsaktiviteterna under planering. Ett utbildningsmöte är reserverat för enbart sjuksköterskor. Regionala utbildningsdagar för distriktsläkare, vilka startade 1985, fortsätter under 1986; ett första möte i Örebro äger rum den 13 mars. Under 1986 kommer en framstående forskare inom hypertoniområdet att inbjudas som föreläsare till en eller flera platser i landet.

Stipendier

Tre stipendier på vardera 25.000 kronor står till medlemmarnas förfogande. Dessa kommer att annonseras i Läkartidningen till hösten. Stipendierna kommer att utdelas vid årsmötet 1986.

Övrig verksamhet

Medlemsbladet "Hypertoninytt" utkommer med 2-3 nummer per år. I detta publiceras aktuell information om avhandlingar, kongresser, kongressresor med mera. Vidare ges fortlöpande rapport om hur STOP-Hypertension framskrider.

Vid årsmötet den 28 november 1985 i Älvsjö valdes en ny styrelse för den kommande två-årsperioden (1986-7). I denna ingår:

Bengt Scherstén, Dalby (ordförande)
Lars Lindholm, Dalby (sekreterare)
Mats Danielsson, Stockholm (kassör)
Ove Andersson, Göteborg
Lennart Hansson, Göteborg
Margit Sjölin, Tierp
P-O Wester, Umeå

På ifrågasätter idag att det är allmänmedicinerna som ansvarar för en betydande del av hypertoni vården i landet. Vi vill därför inbjuda dig och den/de sjuksköterskor du samarbetar med, att gå med i föreningen.

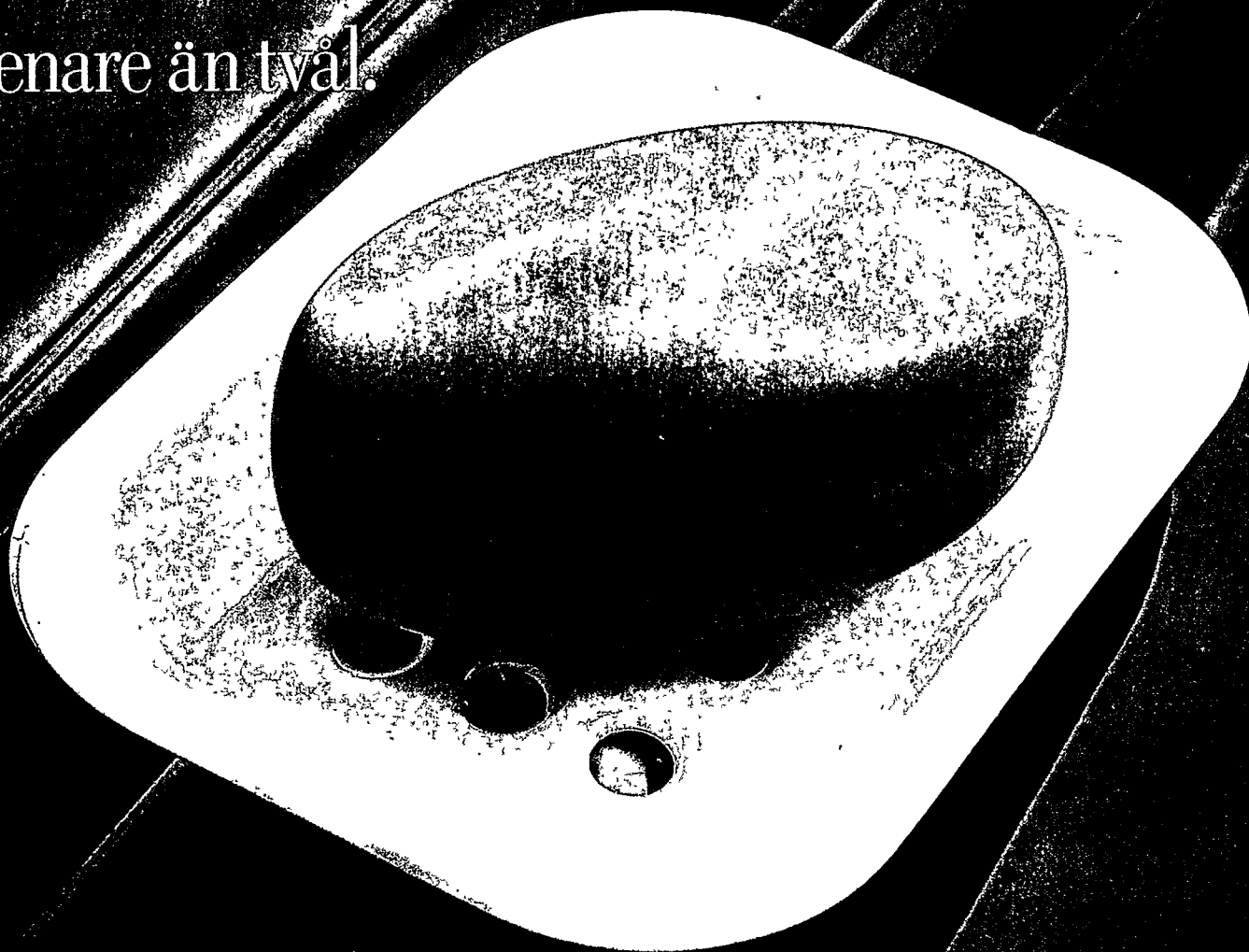
Medlemskap erhålles enklast genom att betala in årsavgiften (10 kr) på postgiro 591990-7, Svenska Föreningen Mot Högtryck. Inbetalningskort bifogas. Glöm inte att ange om du är ny medlem!

Informellt möte

för blivande och verksamma *Balint-ledare* arrangerat av Föreningen för Medicinsk Psykologi.
Tid: 25/4 kl 09.00 - 26/4 kl 13.00.
Plats: Blackebergs slott i Stockholm.

Intresseanmälan senast den 30/3 -86 till:
Dr Conny Svensson
Lagårdsvägen 4,
13150 SALTSJÖ-DUVNÄS

Sanningen
håller händerna
renare än tvål.



IFALL ett läkemedel bevisligen har god effekt, ifall det samtidigt har mycket få biverkningar, ifall de flesta läkare regelbundet förskriver det, ifall många patienter har många års goda erfarenheter av det, och ifall stora undersökningar dokumenterar allt detta,*) då ligger sanningen i öppen dager och ingen behöver tvätta sina händer.

*)

- MRC-studien på ca 17.000 patienter, publicerad i British Medical Journal vol. 291 13 juli 1985, visar att substansen i Salures-K, bendroflumetiazid, är klart jämbördig med betablockerare vid mild till medelsvår hypertoni.
- 10-årsstudien vid Sahlgrenska, publicerad i Läkartidningen nr 13 1985, visar att påstådda biverkningar som kaliumbrist, glukosintolerans osv är betydligt överdrivna när Salures-K används i rekommenderat låga doser.

Salures-K. Tabl. bendroflumetiazid 2,5 mg.
kaliumklorid 0,57 g. Indikation: hypertoni.
Nu i två förpackningar: 100 st glas och
98 st dospack — enkelt och praktiskt för
patienten.



FERROSAN
Box 839
201 80 Malmö

Sydsvenska Allmänläkar- klubben Höstmöte 1985-11-05

Mötet avhölls på Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö i anslutning till Dalbydagarna. Ett 50-tal medlemmar, därav många för första gången, deltog i mötet som var klubbens fjärde.

Mötesprogrammet inleddes klockan 15.30 med en visning av institutionen och dess verksamhet. Mellan klockan 16 och 19 avverkades ett digert och intressant program sammanställt av Erik Trell och hans medarbetare.

Företagsöverläkaren i Stadshälsan, Anders Aspegren, föreläste om företagshälsovårdens roll i primärvården vilket efterföljdes av en livlig diskussion.

Biträdande överläkare vid institutionen, Bertil S Hansson, redovisade ett forskningsprogram om områdesbeskrivning och områdesövervakning i Malmö.

Erik Trell avslutade med en översikt över prevention och behandling av alkoholproblem i allmänmedicinen.

Kvällen avslutades med gemensam middag på restaurang Olga.

AllmänMedicin

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1986. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstopp-dagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1986.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
3/86	9/ 4-86	22
4/86	10/ 6-86	37
5/86	1/ 9-86	42
6/86	6/10-86	48

Klubbens nästa möte, vårmötet, fastställdes till *fredagen den 18 april 1986* preliminärt i Bromölla i nordöstra Skåne. Distriktsöverläkare Åke Bengtsson ansvarar för arrangemanget.

Medlemskap i Sydsvenska allmänläkarklubben uppnås genom anmälan av intresse till distriktsläkare Birgitta Hovellius, Vårdcentralen, 24010 Dalby.

Medlemsskap är nödvändigt för erhållande av information av klubbens aktiviteter. Klubben arbetar utan stadgar, styrelse eller årsavgift och är helt ideell. Klubben är närmast att betrakta som en stafett för anordnande av vetenskapliga allmänmedicinska möten i södra regionen.

Mogens Hey
Distriktsöverläkare

VIKTIGA DATUM FÖR SVERIGES ALLMÄNLÄKARE 1986

MARS

AUGUSTI

APRIL, 3-4
SFAM:s vårmöte
i Örebro
24-25
svenskt socialmedicinskt
vårmöte i Göteborg

SEPTEMBER
15-20
SFAM:s höstmöte
i Borlänge
25-26
SIMG höstkongress
Klagenfurt

MAJ, 23
Distriktsläkarföreningens
årsmöte i Boden

OKTOBER, 2
Svenskt socialmedicinskt
höstmöte, Vårdcentralen Kronan,
Sundbyberg
23-25
5:e internationella
Balintmötet i Eskilstuna

JUNI, 1-6
WONCA konferens
i London

NOVEMBER

JULI

DECEMBER

5:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin

Kongressen äger rum den 14-17 juni, 1987 i Reykjavik. Johan Sigurdsson är kongressordförande och Svein Magnusson kongressekreterare. Den nordiska kontaktkommittén består av Nils Damsbo - Danmark, Oleg Gorbатов - Finland, Magne Nylenna - Norge och Birgitta Hovellius - Sverige. Man räknar med att kongressdeltagarna anländer till Island på lördagen den 13/6 och att öppningsceremonin äger rum på söndag förmiddag. Inbjudan till kongressen utsänds till medlemmarna i de nordiska allmänmedicinska föreningarna i november 1986. Kongressavgiften blir ca 1250 SEK. Programmet kommer att innehålla symposier, fria föredrag och posters. Under en av kongressdagarna kommer en utflykt till Gullfors och Tingvalla att arrangeras för alla kongressdeltagare.

Tiden för kongressen sammanfaller med tiden för nordisk socialmedicinsk kongress i Linköping men trots att detta uppmärksammas redan i oktober 1985 har det ej varit möjligt att ändra någon av de planerade kongresserna.

Birgitta Hovellius

Vårdcentralen

240 10 DALBY. Telefon 046/209200

Debatt

Blodfettsscreening

Bengt Järhult är i AllmänMedicin 4/85 skeptisk till en generell screening av blodfetter och specificerar i stället exempel på i vilka situationer en mer riktad screening vore av värde. Jag vill gärna i huvudsak dela hans synpunkter på detta. Emellertid andas inlägget en avsevärd skepsis mot blodprovets värde som en numerisk "katalysator" - vår styrka inför patienten grundas enligt Järhult fastmer på vår helhetskunskap om hans livssituation etc.

Med erfarenhet från egen verksamhet av pågående projekt, där riskprofiler hos yngre medelålders män studeras, har jag funnit ett avsevärt antal (hälften av materialet) med kolesterolvärden över 6 mmol/l. I de allra flesta fall är givetvis detta att se som ett resultat av för högt intag av fetthaltig kost. I min roll som hälsofostrare använder jag mig därför av detta numeriska värde för att konkret visa, huruvida kosthålllet synes ha bidragit till en blodfettsspegel, som kunde vara bättre. I synnerhet i kombination med andra riskfaktorer - uttalade eller till och med måttligt uttalade eller "subkliniska" - bidrar värdet till att ge min informa-

Doktorsavhandlingar från primärvården



HYPERTONI

Förbättrad glykostolerans sänker blodtrycket

Jan Cederholm är distriktsläkare inom östra distriktet i Uppsala. Den 25 november i aulan, Akademiska sjukhuset försvarade han sin avhandling "A population study of glucose intolerance, with aspects concerning non-insulin-dependent diabetes mellitus and hypertension". Bengt Scherstén från Lund var fakultetsopponent. Två av de nio arbetena utgick från Allmänmedicinska institutionen i Uppsala, de övriga från invärtesmedicinska kliniken, Akademiska sjukhuset.

Avhandlingen utgår från en populationsstudie av män och kvinnor i åldern 47-54 år och bland annat gjordes oral glykosbelastning. Det visade sig att 7,0 procent av kvinnorna och 5,3 procent av männen hade nedsatt glykostolerans. Deltagare med nedsatt glykostolerans hade betydligt oftare hypertoni (39 procent v. 9 procent). De var överviktiga och hade diabetiska anhöriga.

Deltagare med nedsatt glykostolerans ändrade sina matvanor och sina motionsvanor och fick på 6 månader



en förbättrad glykostolerans. På köpet fick man lägre blodtryck, lägre vikt och lägre blodfetter. Opponenten Bengt Scherstén framhöll bland annat att Cederholm tog upp ett centralt problem inom hypertoniens genes och att resultatet mycket väl kunde få stor betydelse i dagens hypertoni behandling. Gösta Tibblin

tion en skarpare relief och en mer påtaglig betydelse. Min erfarenhet är, att yngre medelålders män är intresserade av parametrar som är kvantifierbara och går att redovisa i klara siffror, givetvis skriftligt nedtecknade.

Detta blir således ett verktyg som, använt på rätt sätt, läkaren kan utnyttja i en didaktisk hälsofostrarroll. Uppföljningsarbetet blir också intressantare för båda parter om man också kan diskutera utifrån funna objektiva fynd. Detta förhållningssätt utesluter dessutom inte en övrigt holistisk syn på individen och hans livssituation.

Skall man göra en kardiovaskulär risk-screening på yngre medelålders män (min entusiasm för detta är otvetydig med de positiva erfarenheter jag har: jag hoppas återkomma härom i ett senare sammanhang) är min åsikt, att man kan utesluta provet hos de personer som

- 1) har en i övrigt helt negativ profil avseende andra riskfaktorer,
- 2) icke uppvisar anmärkningsvärda ärftliga förhållanden,
- 3) har en kostanamnes som förefaller acceptabel.

I denna exklusionsgrupp kan döljas en och annan med i första hand måttliga stegringar (till exempel över 6 mmol/l) - men en dylik isolerad faktor betyder rimligen föga och den förväntade vinsten att inlemma även dylika

personer i en screening motiverar knappast provet.

Inge Carlsson
Distriktsläkare

Vårdcentralen Tåbelund, 241 00 Eslöv

En kommentar till IC-artikeln i AM 5/85

Malin Andrés artikel i Irritabel colon i AllmänMedicin 5/85 är mycket givande läsning om denna vanliga åkomma. Som underlag för riktlinjer för omhändertagande i primärvård har den dock svagheten att den baserar sig huvudsakligen på material från specialistmottagningar.

Den föreslagna rutinutredningen grundar sig på erfarenheter från en population med en prevalens för IC på kanske 50 procent. När prevalensen är 1-5 procent är förutsättningarna helt annorlunda och samma utredningsgång kan inte automatiskt accepteras.

En rekommendation att rutinmässigt rektoskopera eller colon-röntga primärvårdspatienter med symtom på funktionell tarmrubbing, som varit oförändrade i flera år, måste stödjas av resultat från primärvårdsforskning.

Mikael Stolt

distriktsläkare

Matteus vårdcentral, Distriktsläkarmottagning,

Surbrunnsgatan 66, 113 27 STOCKHOLM.

Tel 08/34 02 20

Kommunprofiler – till vad nytta?

MATS GRANVIK

I artikeln behandlas erfarenheter från att ta fram och diskutera så kallade kommunprofiler för Kopparbergs läns landsting. Det kan slås fast att kommunprofilerna ännu inte kunnat tillskrivas någon påtaglig nytta i arbetet med att formulera hälso- och vårdpolitiska mål och ej heller i resursfördelningen mellan geografiska områden, mellan primärvård och länssjukvård eller mellan förebyggande och behandlande verksamheter. En viss liten nytta skulle man däremot våga påstå att kommunprofilerna, med igångsatta fördjupningsstudier, hittills haft i försöken att utvärdera hälso- och sjukvårdsverksamheterna och att klarlägga förutsättningarna för ett hälso- och sjukvårdsarbete i HS90-anda.

Nyckelord: Samhällsdiagnos, kommundiagnos, prevention, debatt.

Dags att identifiera hälsoproblem

År 1979 publicerade sjukvårdens Planerings- och Rationaliseringsinstitut (SPRI) en rapport benämnd "Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag" (1). Rapporten tog tag i problematiken kring hur hälsotillståndet hos befolkningen kan kartläggas och analyseras. Redan på rapportomslaget väcktes frågor som "Varför dör 40 procent fler i hjärt- och kärlsjukdomar i Norrbotten än i Kristianstad?" och som på något sätt kan ses som betecknande för det budskap som förmedlades.

Hälsoproblemen skulle nu identifieras och utredas. Preventivt inriktat arbete skulle sedan förhindra att problemen dök upp i en framtid. Med SPRI-rapporten skapades säkert en föreställning bland många landstingspolitiker och -planerare att det är fullt möjligt att identifiera de hälsoproblem som kan finnas i en befolkning och att dessa kan elimineras genom prevention. En mer eller mindre lång lista på problem skulle nu kunna upprättas och passas ihop med en lista på praktiska förebyggande åtgärder och hälsoproblemen i befolkningen skulle härmed komma att upplösas och försvinna för alltid! Denna föreställning torde ha förstärkts av de välkända ideologiska dokument som parallellt och senare producerats av Landstingsförbundet, Socialstyrelsen med flera genom "Häl-

so- och sjukvårdsutredningen (HSU)", den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och "Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS90)".

Våra privata klädval, vårt val av frisyra och annat i vardagslivet brukar påverkas av kortlivade modevågor. I något av modevågor har vi kunnat se en och annan aktivitet dyka upp och försvinna också i landstingsvärlden. Helt plötsligen kunde man finna nästan alla landsting upprätta friskvårdsplaner och egenvårdshäften, speciella "barnstolar" för spädbarn att användas för säkrare biltransporter introduceras för utlåning och så vidare.

Och så skulle alla landsting i början av 1980-talet kartlägga hälsosituationen i vad som närmast såg ut som en ny modevåg. Kartläggningar av hälsosituationen blev något som varje landsting med självaktning måste utföra. Vissa rätt preciserade förhoppningar har ställts på kartläggningarnas användningsmöjligheter i planeringen av hälso- och sjukvården. Hitintills må det väl, med utgångspunkt enbart från de omnämnda tongivande lagtexterna och rapporterna, kunna sägas att dessa huvudsakligen varit av en ideologisk karaktär eftersom de praktiska rekommendationerna eller resultaten ännu varit blygsamma. Det har i alla fall hävdats att hälsodata bör kunna tjäna följande syften i planeringen (HS90):

- Formulering av hälsopolitiska mål (god hälsa för alla).
- Formulering av vårdpolitiska mål (vård på lika villkor).
- Resursfördelning mellan olika förebyggande, behandlande och rehabiliterande verksamheter samt omvårdnad.
- Resursfördelning mellan primärvård, länssjukvård, regionsjukvård, specialiteter, etc.
- Utvärdering av hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Vad blev det av kommunprofilerna och försöken att kartlägga hälsoproblemen i Dalarna?

I Kopparbergs läns landsting påbörjades år 1981 ett utvecklingsarbete som gick ut på att kartlägga, analysera och diskutera hälsosituationen i några av länets femton kommuner ungefär på ett sätt som rekommenderas av SPRI (1, 2). Fyra vårdcentraler i två kommuner "handplockades" för uppgiften, inom ramen för ett särskilt projekt "Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi" (3), och några till kom att beröras av idéerna genom att

vårdcentralspersonal sökte sig till en kurs "Epidemiologi och utvecklingsarbete i primärvård" som innehöll moment kring så kallade "kommunprofiler" och "lokala hälsopolitiska program" (4, 5). Resultatet av kontakterna blev, i stort, att ett mindre antal nya *utvecklingsprojekt* startades i syfte att bland annat bättre klarlägga vårdutnyttjandet vid en vårdcentral, problemet självmord i Norra Dalarna, de cerebrovaskulära sjukdomarnas utbredning och orsaksbakgrund bland kvinnor i en glesbygdskommun och fränskilda mäns situation (6,7). Av idéen om lokala hälsopolitiska program blev det absolut ingenting. Inte heller blev det så mycket mer av "kommunprofiler" och lokala beskrivningar av hälsosituationen vare sig ute på fältet eller inom den administrativa apparaten, kan man konstatera såhär några år senare. Idag, våren 1986, ligger det därför nära till hands att ställa frågan: Vad blev det egentligen av de kommunprofiler och -diagnoser som gjordes? Och det blev ju så att sådana – i någon variant – gjordes nästan inom samtliga landsting i landet.

Den som redan provat det här med att identifiera landstingens hälsoproblem slås nog lätt av tanken att luften nu gått ur det kommundiagnostiska arbetet, men samtidigt nog lätt *också* av den motstridiga tanken att det måste gå att göra mycket mera av det hela. Men vad och hur? Ett nytt avstamp kan kanske bli framgångsrikt om de hittills vunna erfarenheterna summeras upp och öppet ventileras.

De begrepp som figurerar i det kommundiagnostiska sammanhanget, kommundiagnoser, områdesbeskrivningar, kommunprofiler, samhällsprofiler, vårdprofiler och så vidare har utförligt diskuterats av Bo Haglund med flera (8, 9). För att underlätta den fortsatta framställningen riktas fokus enbart på begreppet *kommunprofiler*. Med det menas här *beskrivningar* som syftar till att lyfta fram kännetecken ifråga om såväl sjuklighet och dödlighet som alla tänkbara orsaksbakgrunder till sjuklighet och dödlighet för kommunerna som administrativa enheter. De två till varandra starkt kopplade frågor vi därmed kan sätta i fokus lyder:

Vilken nytta skulle det då ha varit med att ta fram kommunprofiler för Kopparbergs län och diskutera dessa inom hälso- och sjukvårdsorganisationen? Och vilka negativa erfarenheter har visat sig framträda? Syftet med ar-

titeln är att penetrera dessa frågor.

Från det "kommundiagnostiska" arbetet i Kopparbergs län kunde det i mera sammanfattande termer slås fast:

– att det går att identifiera hälsoproblem och -risker inom en kommun utifrån kommunprofiler, vardagserfarenheter och litteraturstudier,

– att iögonfallande eller "dramatiska" koncentrationer av allvarlig ohälsa och för-tidig-död dock knappast går att identifiera annat än i undantagsfall.

– att de statistiskt-metodologiska problemen som uppstår kring analyser av små datamängder gör att det är svårt att uttala sig bestämt om betydelsen av omfattningen och utbredningen av många enskilda symptom och diagnoser. Andra faktorer som försvårar analyser och slutsatser är de problem som följer av olika läkares uppmärksamhet på olika sjukdomstillstånd och växlande ambitioner vid dödsbevisens ifyllande, folkomflyttningen, och skiftande obduktionsfrekvenser. Svårigheter för enskild praktiker att i sin kliniska verksamhet greppa hela sjukdoms- och dödsorsakspanoramats inom sitt geografiska verksamhetsområde och ställa detta i relation till andra områden är en ytterligare begränsande faktor.

– att kommundiagnostiska arbets-sättet förmådde klarlägga förutsättningar för (och attityder till) epidemiologiskt och preventivt arbete inom primärvårdens verksamhet. Att utifrån kartläggningar av lokalbefolkningens hälsosituation, ge information om situationen, gå vidare till att ange mål och medel i det framtida hälso- och sjukvårdsarbetet inom upptagningsområdena visade sig inte möjligt för närvarande (3, 10).

Vad är det då som i korthet kan lyftas fram som "positiva" respektive "negativa" erfarenheter från några års arbete med kommunprofiler i Kopparbergs län? Låt oss börja med pluskontot.

Positiva erfarenheter av arbete med kommunprofiler

1) Kommunprofilerna bidrar till att forma vår bild av förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsarbetet genom information som man annars inte får.

2) Att arbeta med kommunprofiler har redan i själva ansatsen den omedelbart klara poängen att uppmärksamheten samtidigt riktas på flera faktorer till sjukdom och dödlighet. Det *helhetsmönster* som eftersträvas genom arbetssättet blir en motvikt till de annars ganska ofta förekommande monokausala resonemangen.

3) Kommunprofilerna fångar upp ett behov av *reflexion* över den verksamhet man är involverad i och ger incitament till fördjupningsstudier, effekttudier, verksamhetsanalyser etc.

Negativa erfarenheter av arbete med kommunprofiler

1) Kommunprofilerna lever *ett liv vid sidan om den traditionella sjukvårdsplaneringen*. Att arbeta med kommunprofiler kan samla en grupp personer,

"FoU-intresserade", som upplevs som lite *störande* för den hierarkiskt – byråkratiskt uppbyggda landstingsorganisationen. Ledande administratörer och politiker med vanligen helt andra referensramar kan ha svårt att uppleva önskad kontroll över det som växer fram.

2) Det är *svårt att snabbt omsätta kartläggningar och analyser av hälsosituationen till praktiska hälso- och sjukvårdsverksamheter*.

3) Kommunprofilerna och ett arbets-sätt kring dessa har *svårt att få ordentligt gehör i primärvården hos andra än distriktsläkare*, vilket kan höra ihop med att distriktsläkare oftast har större inflytande i planeringen av de verksamheter man är involverad i (11).

4) Kommunprofilerna ger en alltför stark fokusering på statistiska avvikelser som tillsammans med avsaknaden av en framåtblickande komponent ger en *överdrivet mekanisk koppling mellan det historiska och framtida skeendet*.

Man kan kanske i överväganden kring ett helhetsintryck fråga sig: Men vilken är egentligen *nyttan* med kommunprofilerna? Det beror naturligtvis på vilken mer detaljerad bemärkelse man lägger i begreppet. Nyttan i bemärkelsen effekter på tankesätt bland planerare och praktiker? Effekter på det konkreta hälsoarbetets omfattning och utformning i primärvården? Effekter på folkhälsan av från kommunprofilerna prioriterade och vidtagna åtgärder? Och så vidare. Och avses nytta på kort sikt? På lång sikt? Etc.

Att arbeta med kommunprofiler – "det möjligas konst"

Om nytta är liktydigt med "positiva erfarenheter" rent allmänt, så har vi nyss fått oss presenterad en bild av nyttan med kommunprofilerna. Emellertid torde ett svar i absolut mening aldrig kunna ges. *Nyttan av kommunprofilerna i ett planeringssammanhang måste rimligen alltid ses som en värdering av ett resultat av en förhandlingssituation om vad som skall uträttas vid en specifik tidpunkt och de då rådande förutsättningarna och partsberoende intressena (maktförhållanden etc)*.

Kommunprofilerna kan onekligen framgångsrikt ge argument för intressen som går ut på att i en förhandlingssituation nå stöd för vissa särskilda insatser, (till exempel för att arbeta med problemet självmord i norra Dalarna). Detta *kan* förstås tolkas som en nytta med kommunprofilerna för de som ville ha arbetet gjort, men samtidigt som motsatsen av de som inte ville ha arbetet gjort (kanske mer politiska och ideologiska grunder) men som i förhandlingssituationen kom till korta på grund av att man inte bemästrade den typen av argumentering kommunprofilerna utnyttjades i. Hade motparten i detta fall besuttit andra kunskaper om både kommunprofiler och annat i sammanhanget i stort relevant hade stödet kanske uteblivit med en motivering i

stil med att "problemet tillhör historieboken, därför att..." (12, sid 70).

Lite drastiskt skulle man kunna påstå att kommunprofilerna *kan* användas (som beslutsunderlag) till allt och ingenting inom landstingsorganisationen, det beror helt på hur den specifika förhandlingssituationen ser ut, vilka förhandlingssparterna vid tillfället är och hur väl dessa bemästrar en inbördes konfrontation i termer av kommunprofiler och annat som kan tillfogas dessa i en "total diskussion" för de syften som parterna önskar eller inte önskar driva igenom.

Vid närmare eftertanke kan man nog lätt dra den slutsatsen att utfallet (nyttan) av kommunprofilerna i *första hand* måste bero på de rådande specifika förhandlingssituationerna i stort och ej på kommunprofilerna i sig. *Kompetensen hos de personer som använder kommunprofilerna och den strategi för planering och genomförande av verksamheterna kommunprofilerna infogas i måste självklart betyda långt mer för nyttan än några hos kommunprofilerna en gång för alla givna absoluta egenskaper*.

Helhetsintrycket måste bli: Tror man idag, på mer eller mindre lösa grunder, att kommunprofilerna kan förbättra ens (organisationens) möjligheter och arbetsresultat, så måste man pröva dom så gott man kan helt enkelt! Nyttan visar sig alltid förr eller senare. Ibland genast, andra gånger långt senare eller aldrig. *Vad användningen och nyttan av kommunprofilerna ytterst handlar om är "det möjligas konst"!* Ännu är emellertid kommunprofilerna alltför sällan prövade inom Kopparbergs läns landsting för att medge mera uttömmande och empirisk förankrade resonemang om deras fulla potential och nytta i planeringen och uppföljningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Att kommunprofilerna kan användas för fokusering på hälsoproblem och stöd till särskilda insatser, och därmed i någon mening kunna komma till viss nytta, visar försöken från Kopparbergs läns landsting.

Det kan nu måhända förefalla onödigt att vända åter till vad som inledningsvis berördes angående förväntningarna på så kallade hälsodata och kommunprofiler. Men för fullständighetens skull skall det avslutningsvis slås fast att kommunprofilerna för Kopparbergs läns landsting *ännu* inte kunnat tillskrivas någon påtaglig nytta i arbetet med att formulera hälso- och vårdpolitiska mål och ej heller i resursfördelningen mellan geografiska områden, mellan primärvård och länssjukvård eller mellan förebyggande och behandlande verksamheter. En viss liten nytta skulle man däremot våga påstå att kommunprofilerna, med igångsatta fördjupningsstudier, hittills haft i försöken att utvärdera hälso- och sjukvårdsverksamheterna och att klarlägga förutsättningarna för ett hälso- och sjukvårdsarbete i HS90-anda.

Kommundelsdiagnos Teleborg

ANDERS HÅKANSSON · PER ANDRÉN · BRITT RANGERT

Under rubriken "Kommundelsdiagnos" presenteras för upptagningsområdet till Vårdcentralen Teleborg en samhällsprofil, en hälsoprofil och en vårdprofil. Vidare introduceras ett vårdtyngdsindex, vilket bör kunna användas när man fördelar resurser till olika vårdcentralsområden.

Nyckelord: Kommundiagnos, samhällsdiagnos, planering, primärvård.

KOMMUNDIAGNOS

Kommundiagnoser har framtagits lite varstans i Sverige, så även inom landstinget Kronoberg. För våra små kom-

muner framkom därvid en del intressanta avvikelser, och detta resulterade i ett flertal studier. För vår största kommun, Växjö, med ungefär 1/3 av landstingets invånare, blev kommundiagnosen mera intetsägande. Den visade genomsnittsvärden mellan stad och land och mellan rika och fattiga områden.

KOMMUNELSDIAGNOS

Vi beslöt därför att för Växjö kommun ta fram kommundelsdiagnoser, där de olika vårdcentralsområdena fick sin beskrivning. Arbetet ingick som en del i den miljömedicinska grundutbildningen i den södra sjukvårdsregionen, och vår målsättning var att på ett någorlunda enkelt men ändå överskådligt sätt beskriva de olika vårdcentralsområdena.

VÄXJÖ KOMMUN

Växjö storkommun bildades 1971 genom sammanslagning av 11 små kommuner eller kommunalar. Framför allt före men även efter kommunsammanslagningen var folkökningen i området stor, och under senaste 25-årsperioden ökade antalet invånare med drygt 40 procent. Nya stadsdelar växte snabbt upp i centralorten, och även de mindre tätorterna runt omkring expanderade. Detta innebar en stadigt ökande pendling, och från vissa av de kringliggande orterna pendlade mer än hälften av den förvärvsarbetsande befolkningen in till Växjö tätort. Arbets-tillfällena inom offentlig förvaltning ökade kraftigt liksom inom bank- och försäkringsväsendet, medan antalet förvärvsarbetsande inom jord- och skogsbruk minskade lika kraftigt. Senaste 5 åren femdubblades beloppet för utbetalt ekonomiskt bistånd. Också andelen socialhjälpstagare ökade markant.

EXEMPLET TELEBORG

Som exempel ges här kommundelsdiagnosen för Teleborg, och vi inleder med en allmän beskrivning av vårdcentralens upptagningsområde.

Vid årsskiftet 1984-1985 bodde i upptagningsområdet för Vårdcentralen Teleborg gott och väl 11.000 människor, knappt 9.000 i stadsdelen Teleborg, och gott och väl 2.000 på landsbygden söder därom. Stadsdelen började byggas för ungefär 15 år sedan, och dess tillväxt var därefter explosiv. Hösten 1983 tillkom en vårdcentral med distriktsläkarmottagning, distriktssköterskemottagning, mödravårdscentral,

socialkontor och apotek. Landsbygden dominerades av äldre bebyggelse, men där fanns också en del nyare hus.

METODER

Samhällsprofil

Från Växjö kommuns planeringskontor fick vi för stadsdelen Teleborg (del av Växjö Domkyrkoförsamling) samt för de 4 landsbygdsförsamlingarna Kalvsvik, Tävelsås, Dänningelanda och Vederlövs aktuella uppgifter från SCB:s befolkningsregister Demopak (841231) samt från Folk och Bostadsräkningen (FoB-80). Uppgifter avseende omflyttningar och under 1984 utbetalt ekonomiskt bistånd stod kommunens socialkontor till tjänst med.

Med siffror från ovan nämnda källor konstruerade vi så ett antal grafiska samhällsprofiler, dels för stadsdelen, dels för landsbygden. Vi valde därvid att relatera respektive variablers värde till kommungenomsnittet, vilket sattes till 1,0. Inuti stapeln noterades det aktuella procenttalet, eller i enstaka fall variabelns absoluta värde.

Hälsoprofil

Från regionala tumörregistret i Lund fick vi för varje församling uppgifter om cancerförekomsten under perioden 1975-1983. Detta material åldersstandardiserades liksom landstingets eget slutenvårdsregister för 1984. Inte heller här kunde vi bryta ner materialet till lägre nivå än församling, vilket gav problem när det gällde stadsdelen Teleborg.

Dessa sjuklighetsuppgifter låg till grund för stadsdelens och landsbygdens grafiska hälsoprofiler. För tumörprofilen valdes jämförelsenivån kommungenomsnittet, medan slutenvårdsprofilens jämförelsenivå blev läns-genomsnittet.

Vårdprofil

Slutligen konstruerades en grafisk vårdprofil, där tätheten för distriktsläkare och distriktssköterskor relaterades till kommungenomsnittet.

RESULTAT

Samhällsprofil

Befolkningsprofilen visas i Figur 1. Som synes är stadsdelens befolkning mycket ung. Här bor framför allt de medelålders och unga föräldrarna med sina tonåringar respektive småbarn. På landsbygden är befolkningsfördelningen mera lik kommunen i sin helhet.

Barnprofilen, pensionärsprofilen och den sociala profilen framgår av

Referenser:

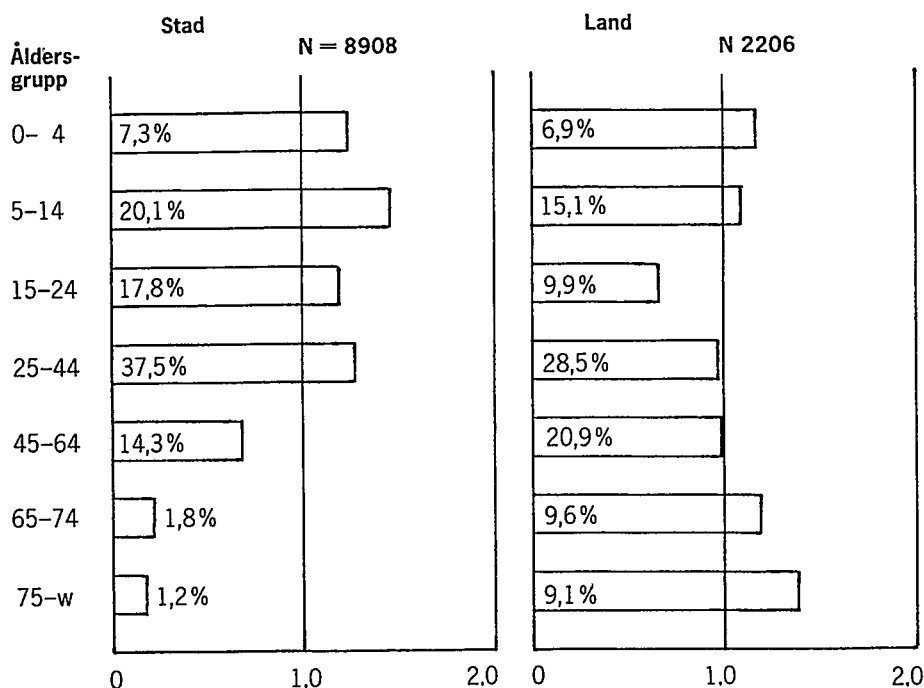
1. SPRI. Hälsoproblem i ett landsting - ett planeringsunderlag, SPRI-Rapport nr 14/1979.
2. SPRI. Planering för hälsa och vård, SPRI-Rapport nr 196/1985.
3. Granvik M. Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi, Kopparbergs läns landsting, oktober 1982.
4. Granvik M. Kurs i epidemiologi och utvecklingsarbete i primärvård, Kopparbergs läns landsting, juni 1983.
5. Bjarme H m fl. Dokumentation från uppföljningsdagar på kurs i epidemiologi och utvecklingsarbete i primärvård, Kopparbergs läns landsting, mars 1985.
6. Ekman H. Vad ger en kartläggning?, SPRI-Aktuellt, september 1985.
7. Granvik M. Det samhällsmedicinska utvecklingsarbetet vid landstingskansliets hälso- och sjukvårdsavdelning inför verksamhetsåret 1985, Kopparbergs läns landsting, februari 1985.
8. Haglund B JA och Isacson S-O. Offensivt hälsoarbete, SPRI-Rapport nr 84/1982.
9. Haglund B JA. Community diagnosis and prevention. A cross-sectional study as a tool for the community diagnosis process with special reference to cardiovascular risk factors, Akademisk avhandling, Karolinska institutet. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1985.
10. Granvik M. Kommundiagnostiskt arbete inom Kopparbergs läns landsting, Kopparbergs läns landsting, september 1984.
11. Ivarsson J-I. Hälso- och samhällsprofil för AB-län, Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg, 1984.
12. Granvik M. Kommundiagnoser i Kopparbergs län, Kopparbergs läns landsting, april 1982.

Författare:

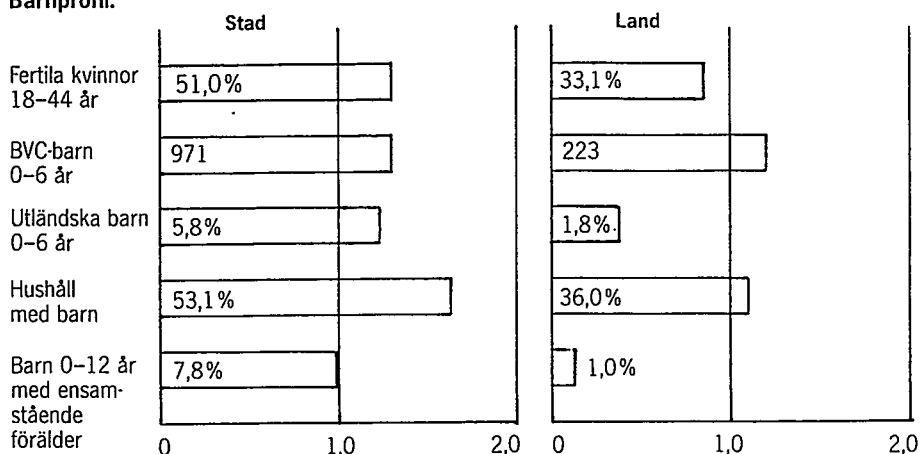
Mats Granvik* är 1:e sekreterare vid Kopparbergs läns landstings kansli.

Postadress: Landstingets kansli, Box 712, 791 29 FALUN, tfn: 023-861 40

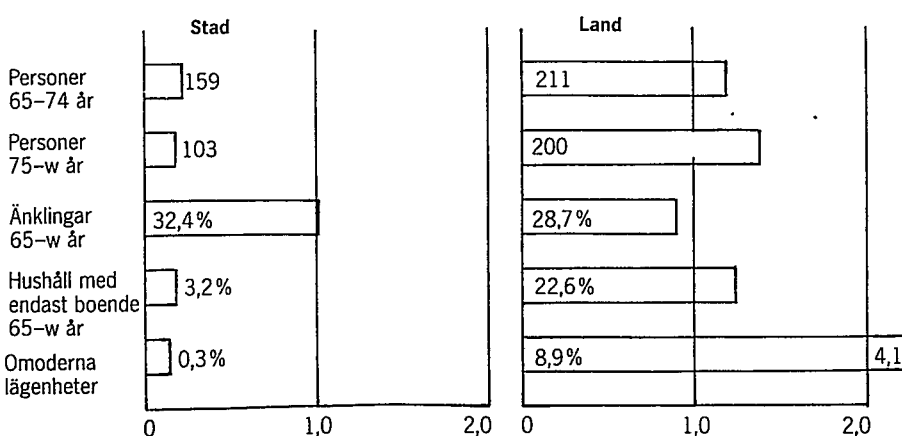
Figur 1.
Befolkningsprofil.



Figur 2.
Barnprofil.



Figur 3.
Pensionärsprofil.



Figurerna 2, 3 respektive 4. Stadsdelen är barnrik och extremt pensionärsfattig. Där finns gott om utländska medborgare, och "socialhjälpen" är nästan dubbelt så stor som kommunsnittet. I landsbygdsförsamlingarna finns det många pensionärer, men även ganska många småbarn. De utländska medborgarna är få, och "socialhjälpen" så gott som obefintlig. Naturligtvis finns det på landet förhållandevis många omoderna hus, och knappast några flerbostadshus.

Arbetsprofilen visas i Figur 5. Förvärvsfrekvensen är hög i stadsdelen. Ungefär lika många män är sysselsatta inom tillverkningsindustrin som inom den offentliga förvaltningen. För kvinnorna dominerar offentlig förvaltning stort och hela 66,4 procent arbetar inom denna sektor. Naturligtvis sysslar man på landsbygden mycket med jord- och skogsbruk, men trots att kvinnornas jordbruksstapel är sex gånger högre än kommunsnittet, är majoriteten kvinnor även här sysselsatta inom den offentliga förvaltningen.

Ytterligare exempel kan ges på intressanta samhällsdata. I stadsdelen Teleborg var förhållandet mellan antalet arbetstillfällen i området och antalet förvärsarbetande boende i området endast 0,31, det vill säga flertalet hade sin arbetsplats utanför området. Senaste åren omsattes hela 11 procent av stadsdelens befolkning varje år. Denna omflyttning var drygt 60 procent större än kommungenomsnittet.

Hälsoprofil

Tumörprofilen framgår av Figur 6, och slutenvårdsprofilen visas i Figur 7. Som synes är talen genomgående relativt små och därför svårvärderade. Inte ens 9 års aggregerad cancerstatistik ger således på denna nivå särskilt stora tal. För landsbygden med dess fyra församlingar blir de båda profilerna annars rättvisande, medan för stadsdelen värdet av såväl tumörprofilen som slutenvårdsprofilen blir mycket tveksamt. Profilerna gäller här således hela Växjö Domkyrkoförsamling, och i stadsdelen Teleborg bor 52 procent av församlingens invånare, men endast 13 procent av dess invånare i ålder 65 år och där över.

Vårdprofil

Vårdprofilen ses i Figur 8. På vanligt sätt har antalet distriktsläkare och distriktsköterskor relaterats till invånarantalet. Detta är dock bara *ett* mått på läkar- och skötersketätheten, och tar inte hänsyn till områdets tyngd. Vi har därför konstruerat ett vårdtyngdsindex enligt Figur 9, och med hjälp av detta indexerat värdena för läkar- och skötersketäthet.

DISKUSSION

Målsättningen med detta arbete var att enkelt och överskådligt beskriva vårdcentralens upptagningsområde. Metoddelen är kort och visar på ett förhållandevis enkelt arbetssätt. Resultatde-

lens figurer visar på ett i vårt tycke överskådligt sätt områdets karaktäristika. Således verkar vi ha lyckats i våra föresatser.

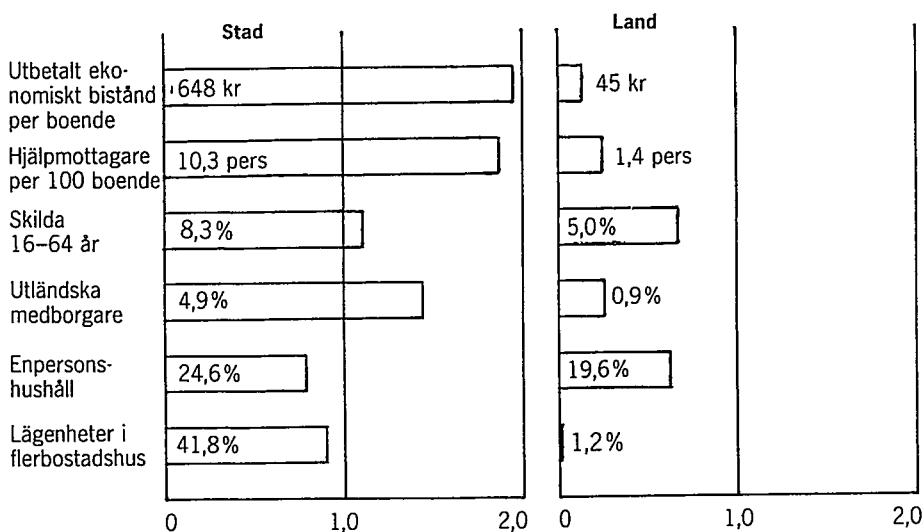
Vad beträffar Demopak-data och siffror avseende ekonomiskt bistånd kan profilerna uppdateras årligen, medan FoB-data framtages vart femte år. Årlig uppdatering är också möjlig för cancerstatistiken och slutenvårdsstatistiken.

Vi har valt att relatera de framtagna samhällsdata till ett kommungenomsnitt, detta för att underlätta jämförelser inom kommunen/primärvårdsområdet. Olika samhällsprofiler kan på så sätt ställas mot varandra, och användas när man dimensionerar personal och övriga resurser till de olika vårdcentralerna. Samhällsprofilen blir också den bakgrund mot vilken man kan ställa olika sjuklighetsdata.

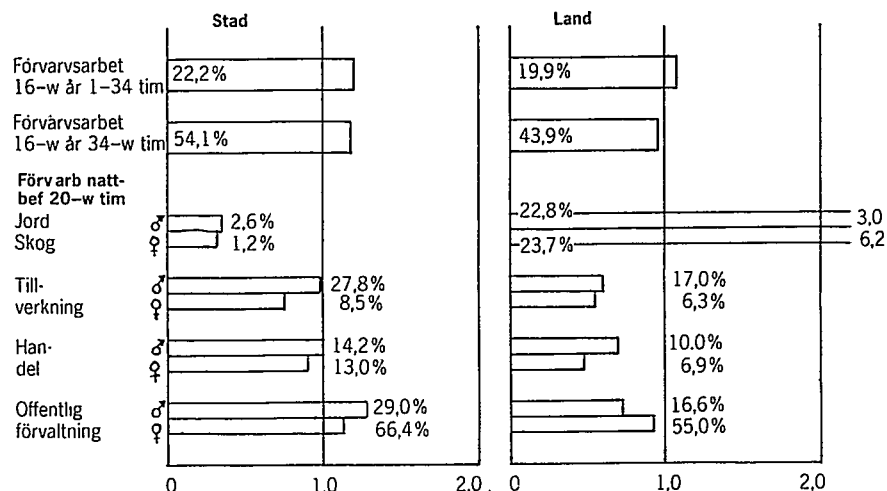
Trots svårigheter har vi också tagit fram en hälsoprofil (eller snarare ohälsoprofil). Vi märker här hur viktigt det är att primärvårdens områdesgränser följer andra administrativa gränser, exempelvis församlingsgränser och socialdistriktsgränser. Men inte ens detta räcker när vi har att göra med en stor stadsförsamling. Framöver måste det bli möjligt att få olika former av sjuklighetsstatistik på lägre nivå än församling. Kanske kommer problemet att vara löst när den geografiska koordinatsättningen av Sverige är klar. Dock kvarstår bekymret med de små talen, varför tolkningen av exempelvis cancerstatistiken alltid måste ske med försiktighet. Ju fler jämförelser som görs desto större blir också risken för masssignifikans. Inom kort kan hälsoprofilen kompletteras med ett års primärvårdsdiagnoser, eftersom vi på Vårdcentralen Teleborg sedan början på 1985 bedriver försök med Kommundatas patientadministrativa datasystem.

Värdet av vårt vårdtyngdsindex kan naturligtvis diskuteras, men vi tycker att det väl speglar områdets tyngd. Många barn ger mycket BVC-arbete, och många gamla ger mycket hemsjukvårdsarbete. Erfarenhetsmässigt upptas distriktssköterskans tid till stor del av de späda och små barnen samt av de riktigt gamla. Barnen och pensionärerna konsumerar också jämförelsevis mer av distriktsläkarens tid än tonåringarna och de förvärvsarbetande. Många socialhjälpstagare innebär många sociala bekymmer inklusive många alkoholister. I Växjö kommun är andelen socialhjälpstagare också positivt korrelerad till andelen utländska medborgare. Vården av alkoholisterna och deras sjukdomar tar mycket tid och resurser, och de utländska medborgarna kräver ofta tolk och därmed långa konsultationer. För Teleborgs del hamnar värdet för vårdtyngdsindex bara åtta procent över kommunsnittet, men för Växjö kommuns olika vårdcentralsområden varierar vårdtyngdsindex från "lätta" 0,74 till "tunga" 1,20. Kanske kan detta eller något liknande

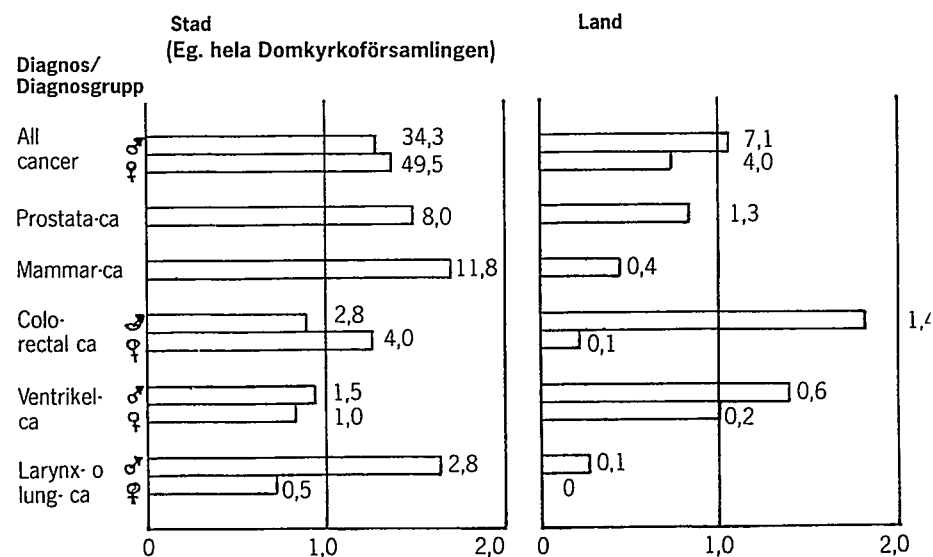
Figur 4.
Social profil.



Figur 5.
Arbetsprofil.



Figur 6.
Tumörprofil. Antal fall per år. Åldersstandardiserat i förhållande till kommunen.



index bidra till en mera behovsbaserad geografisk resursfördelning.

KONKLUSION

Sammanfattningsvis har vi med ett antal profiler beskrivit upptagningsområdet för Vårdcentralen Teleborg. Samhällsdata har hämtats från folkbokföringen (Demopak), Folk- och Bostadsräkningen och kommunens socialstatistik. Ohälsodata från regionala tumörregistret och landstingets slutenvårdsregister har bearbetats och åldersstandardiserats. Därvid har vi stött på svårigheter, eftersom vårdcentralens upptagningsområde inte består av enbart hela församlingar. Vi har också föreslagit ett vårdtyngdsindex att använda för en mera behovsbaserad resursfördelning till primärvården.

Litteratur:

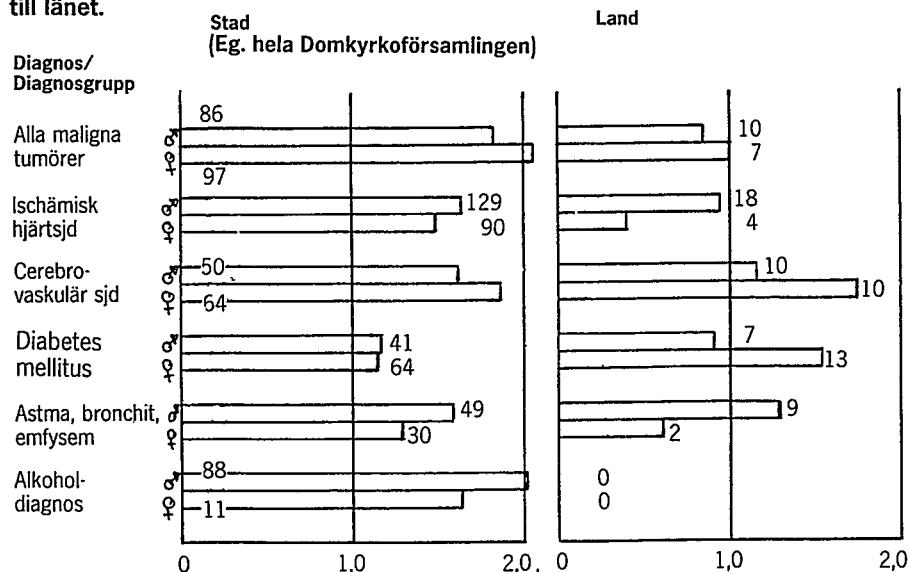
1. Haglund B: Community diagnosis and prevention. A cross-sectional study as a tool for the community diagnosis process with special reference to cardiovascular risk factors. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1985. (Thesis)
2. Eriksson CG, Haglund B: Vad är en kommundiagnos? Socialmedicinsk Tidskrift 1981;58: 220-5.
3. Bolin A, Haglund B, Isacson S-O: Behovsanalys i lokalsamhället. Socialmedicinsk Tidskrift 1981;58: 226-30.
4. Rosén M: Kan vi kartlägga den lokala befolkningens hälsoförhållanden? Socialmedicinsk Tidskrift 1981;58: 246-51.
5. Hanson BS, Isacson S-O: Hälsomätning på lokal nivå med hjälp av register - en inventering. Socialmedicinsk Tidskrift 1982;59: 318-23.
6. Diderichsen F: Bostadssegregation och resursfördelning till primärvården. Socialmedicinsk Tidskrift 1985;62: 462-5.
7. Ejlertsson G: Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Lund 1981. Thesis.
8. Håkansson A: "Distriktsläkarrapport" från vårdcentralen i Ingelstad. AllmänMedicin 1983;4: 196-8.

Författarpresentation:

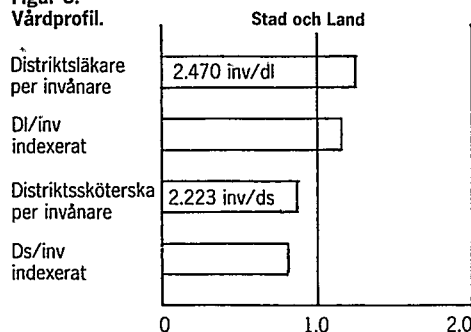
Anders Håkansson*, distriktsläkare,
Per Andréén, distriktsläkare,
Britt Rangert, sjukgymnast
har samtliga varit verksamma inom
Landstinget Kronobergs Miljömedicinska Råd.

*Postadress: Vårdcentralen Teleborg,
Box 5044, 350 05 Växjö

Figur 7. Slutenvårdsprofil. Antal individer vårdade 1984. Åldersstandardiserat i förhållande till länet.



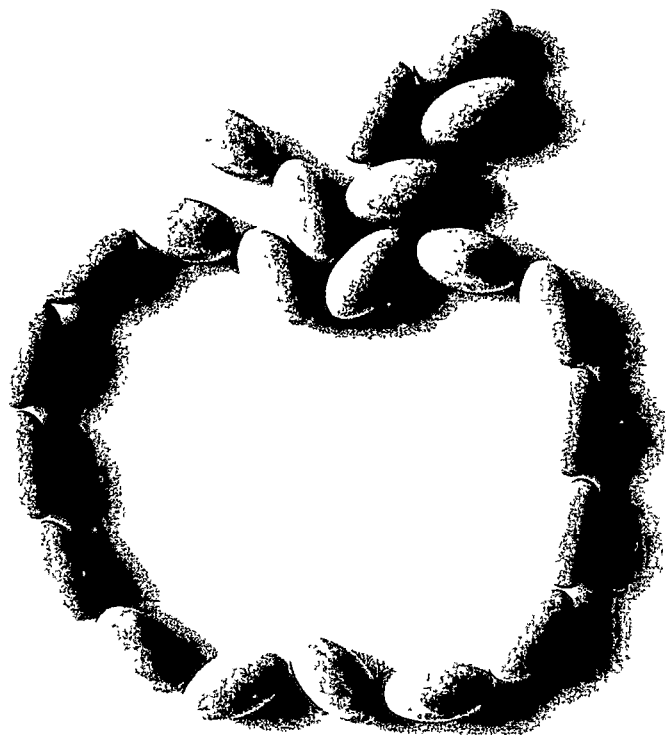
Figur 8. Vårdprofil.



Figur 9. Vårdtyngdsindex.

Vårdtyngdsindex	BVC-barn* 0-6 år	Pers* 75-w år	Hjälp-mott* per 100 boende
	3		
**Relationstalen (i förhållande till kommungenomsnittet)			
VTI stad	$\frac{1,30 + 0,18 + 1,87}{3} = 1,12$		
VTI land	$\frac{1,20 + 1,38 + 0,25}{3} = 0,94$		
VTI Teleborg	$\frac{1,12 \times 8908 + 0,94 \times 2206}{8908 + 2206} = 1,08$		

INGEN NYHET.



EN KUNSKAP!

Det är ingen nyhet att Salures-K ger pålitlig blodtryckssänkande effekt till låg behandlingskostnad och med mycket få biverkningar.

För kunniga läkare är det en självklarhet att välja preparat som kombinerar pålitlighet med ekonomi.

Så gott som alla svenska läkare har kunskap om Salures-K och de flesta förskriver det regelbundet.

Salures-K .
Ingen nyhet. En kunskap!



FERROSAN

Box 839
201 80 Malmö

Salures-K. Tabl. bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 0,57 g.
Indikation: hypertoni. Nu i två förpackningar: 100 st glas och 98 st dospack.

NYHET!
98 st dospack – enkelt
och praktiskt för patienten.

Undersköterskans arbetsinnehåll.

INGRID FALK

Studien avsåg att kartlägga undersköterskans arbetsinnehåll i primärvården. Under våren 1984 har samtliga undersköterskor och sjukvårdsbiträden inom Sollentuna primärvårdsområde, under 1-4 dagar fört dagsboksanteckningar om sitt arbete. Anteckningarna gjordes i ett för undersköterskorna särskilt utarbetat dagbokshäfte. Sammanlagt insamlades 52 dagbokshäften. Bland de arbetsuppgifter som upplevs som mest positiva kan nämnas EKG-undersökning, assistans vid operation, hembesök och omläggning av sår. De arbetsuppgifter som tenderar att peka åt det negativa hållet är; att ge återbesökstider, svara i telefon och telefonrådgivning samt att ta betalt av patienterna. I undersökningen gavs undersköterskorna och sjukvårdsbiträdena också möjlighet att med egna ord kommentera och beskriva sina olika arbetsuppgifter. Det stora flertalet undersköterskor är generellt sett nöjda med sin arbetssituation. Undersökningar visar emellertid också tydligt att verklighetens arbetsuppgifter inte på långt när överensstämmer med de arbetsuppgifter som finns upptagna i befattningsbeskrivningarna. Den här redovisade artikeln bygger på ett specialarbete i kursen grundläggande forskningsmetodik inom vårdområdet, 20 poäng, vid Högskolan för lärarutbildning i Stockholm och finns presenterad i en rapport, Undersköterskans arbetsinnehåll och samverkansmöjligheter i primärvården (14).

Nyckelord: Primärvård, undersköterska, arbetsinnehåll, dagbok, metoder, vårdlag.

INLEDNING

På flera vårdcentraler arbetar man sedan några år tillbaka i så kallade vårdlag. Vårdlag är den personalgrupp som har förstahandsansvaret för att befolkningen inom ett avgränsat geografiskt område får erforderlig hälso- och sjukvårdsservice. Lämplig storlek på ett vårdlagsområde bedöms vara 2.000-3.000 invånare.

I vårdlaget måste finnas en bred allmän medicinsk kompetens byggd på såväl biologisk som samhällsmedicinsk grund.

För att tillgodose dessa krav har man ansett att distriktssköterskor, distriktsläkare och undersköterskor är de personalkategorier som skall ingå i vårdlaget (9).

Undersköterskans arbetsinnehåll har tidigare inte beaktats vid studier som främst fokuserat intresset på distriktsläkaren och distriktssköterskan. Särskilt utbildade undersköterskor har funnits sedan 1946.

En omarbetning av undersköterskeutbildningen gjordes 1976. Utbildningen är nu ettårig och omfattar 20 veckors teori och 20 veckors praktik.

År 1971 startades vårdlinjen på gymnasienivå, som en yrkesförberedande utbildning. De elever som genomgår vårdlinjen, från grenen för hälso- och sjukvård, får efter avslutad utbildning anställning som sjukvårdsbiträde de första 6 månaderna, och därefter anställning som undersköterska.

LITTERATURÖVERSIKT

Vid en genomgång av den litteratur som finns tillgänglig i ämnet framgår ganska tydligt att dessa frågor är ytterst sparsamt behandlade (1-7).

Emellertid finns tre rapporter av intresse som belyser undersköterskans arbete.

En Spri-rapport som dock framförallt behandlat "Undersköterskans roll i långtidsvården" (10), ett arbete som i många avseenden helt skiljer sig från arbetet i primärvården. Det är en rapport från Söderby långtidsvårdssjukhus.

Ytterligare en Spri-rapport, Eslövsprojektet (8), som omfattar fem delrapporter som utarbetades 1981-82 i samband med att lokalprogrammet för vårdcentralen arbetades fram. I delrapport 4, Att arbeta i vårdlag, erfarenheter från Hörs primärvårdsdistrikt, en uppföljningsstudie, behandlas hur man i Hörs studerat undersköterskans arbete på distriktssköterskemottagningen. Detta gjordes i samband med att man utformade hemsjukvården.

En rapport från utredningen om Personalkategorier i primärvården, Stockholms läns landsting, maj 1982 (11), tillkom därför att Svenska Kommunalarbetarförbundet begärt att sjukvårdsbiträdestjänster i den öppna vården skulle omregleras till underskötersketjänster.

Det sker nu successivt en omvandling av sjukvårdsbiträdestjänster till underskötersketjänster.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med föreliggande undersökning är att kartlägga undersköterskans faktiska arbetsuppgifter och hennes upplevelser av dessa i primärvården.

Frågeställningarna har varit följande:

Vilka är undersköterskans konkreta arbetsuppgifter?

Vilka arbetsuppgifter har undersköterskan som hon inte borde ha?

Hur återspeglar befattningsbeskrivningen de faktiska arbetsuppgifterna?

Har utbildningen givit tillräckliga kunskaper?

MATERIAL

Studieområde

Sollentuna primärvårdsområde omfattar Sollentuna kommun. Primärkommunens socialförvaltning indelar kommunen i fyra socialdistrikt:

1. Rotebro Med kommundelarna Rotebro, Viby, Norrviken och Häggvik.
2. Edsberg med kommundelarna Vaxmora, Edsberg och Sjöberg.
3. Tureberg
4. Helenelund

Primärvårdens indelning i betjädningsområden (vårdcentralsområden) följer socialkontorets indelning så att Rotebro vårdcentral betjänar socialdistrikt 1, Sollentuna vårdcentral distrikt 3 och 4 samt Edsbergs läkarstation distrikt 2.

Invånarantalet i kommunen var 46.747 personer vid årsskiftet 1982/83.

Sollentuna vårdcentral

Verksamheten inom Sollentuna vårdcentralens betjädningsområde är lokaliserad till Sollentuna vårdcentral och till en distriktsmottagning i Helenelund. Vid vårdcentralen finns allmänläkarmottagningar, distriktsmottagningar och specialismottagningar.

Allmänläkarverksamheten är sedan 1980 uppdelad i tre mindre "kvarter"-mottagningar (vårdlag), var och en med två allmänläkare, en underläkare, två mottagningssköterskor, 2-4 distriktssköterskor, barnavårds- och mödravårdsverksamhet, en distrikts-sjukgymnast, två sjukvårdsbiträden och två läkarsekreterare.

Varje vårdlag har sina egna lokaler och fungerar som självständiga kommunalsmottagningar var och en med

* ett bestämt betjäningsområde som har mellan 5.000–8.000 invånare.

Jourmottagningen vid Sollentuna vårdcentral är öppen vardagskvällar, lördagar, söndagar och helger. Den betjänar hela Sollentuna primärvårdsområde.

Rotebro vårdcentral

Vid Rotebro vårdcentral finns allmänläkarmottagning och distriktsvård inkluderande mödravård, barnavård samt distriktssjukgymnaster. Det finns en distriktsmottagning med barnavård i Häggvik och en i Norrviken. Betjäningsområdet har cirka 15.000 invånare.

Edsbergs läkarstation

Vid Edsbergs läkarstation bedrivs allmänläkarverksamhet. Distriktsvården i området har flera olika lokaler i närheten. En ny vårdcentral beräknas klar under 1985. Betjäningsområdet har cirka 12.000 invånare.

Undersökningsgrupp

Inom Sollentuna primärvårdsområde finns sammanlagt 20 heltidsbefattningar som sjukvårdsbiträde. Av dessa har fem omvandlats till underskötersketjänster.

I föreliggande rapport kommer endast benämningen undersköterska att användas.

Undersökningsgruppen består av undersköterskor och sjukvårdsbiträden inom Sollentuna primärvårdsområde. Underskötersketjänster finns även på mödra- och barnavårdscentraler samt på distriktssjukgymnastmottagningar. Dessa ingår inte i studien. Det gör däremot de undersköterskor som arbetar på jourmottagningen kvällstid.

Totalt har 17 undersköterskor berörts varav 10 ej har adekvat utbildning. Av de 17 undersköterskorna arbetar 9 på allmänläkarmottagning, 6 på distriktssköterskemottagning och 2 på jourmottagning.

METOD

För att få en uppfattning om vilka arbetsuppgifter som utförs, och hur dessa upplevs bland annat med hänsyn till svårighetsgrad har undersköterskorna fått fylla i ett dagbokshäfte. Häftet utarbetades tillsammans med undersköterskorna.

Dagbokshäftet specificerade de 18 arbetsuppgifter som bedömdes vara vanligast. (Figur 1.) För varje arbetsuppgift fanns en skattningskala angående hur det utförda arbetet upplevdes. Det fanns även utrymme för egna kommentarer till samtliga arbetsuppgifter.

Häftet lämnades på varje arbetsplats och fylldes i varje dag efter arbetets slut, under vecka 18 (onsdag, torsdag, fredag) och vecka 19 (måndag) 1984. Samtliga undersköterskor i undersökningsgruppen fyllde i mellan 1–4 dagbokshäften. Det fanns en strävan att

Figur 1.

Vanligaste arbetsuppgifter för undersköterskor.

Varje arbetsuppgift hade ett eget blad som såg exakt likadant ut med undantag av arbetsuppgifterna. Dessa var följande:

1. Tar emot och visar in patienterna till läkaren.
2. Assistans vid operation, undersökningar och örönspolningar.
3. Omläggning av sår, suturtagning med mera.
4. Göra hembesök.
5. Svara i telefon och telefonrådgivning.
6. Ge återbesökstider.
7. Journaler, insortering, utplockning, och göra iordning journaler och provsvar till morgondagen. Sökning av journaler.
8. Hämtning och insortering av provsvar i pärmar. Inskrivning av provsvar i journalen.
9. Fylla på förbandsmaterial och ställa iordning instrument.
10. Förrådshandtering.
11. Hantering av sterilt gods.
12. Skötsel och städning av förrådsutrymmen, behandlingsrum och sköljrum.
13. Tvätt, sortering, utdelning och räkning av tvätt.
14. EKG-undersökning.
15. Provtagning.
16. Tar betalt av patienterna.
17. Hämtning och lämnning av post. Insättning av patientavgifter på posten.
18. Inlämning av recept på apotek.
19.
20.
21.
22. Finns det saker som Du gjort idag och som inte finns upptagna här?
Beskriv med egna ord

☐ Ja ☐ Nej Ungefärlig tid

Om ja, hur upplever Du arbetsuppgiften, sätt ett kryss på linjen varken/eller

Viktigt	_____	Oviktigt
Lätt	_____	Svår
Intressant	_____	Ointressant
Spännande	_____	Likgiltig
Har tillräcklig utbildning	_____	Ej tillräcklig utbildning
Rolig	_____	Tråkig
Bör göras av mig	_____	Bör göras av någon annan
Lugn	_____	Stressande
Arbetsuppgiften bör vara kvar	_____	Bör tas bort

Berätta lite närmare med egna ord vad Du gjort

täcka fyra arbetsdagar, vilket skulle ha givit 68 häften. Men på grund av ledigheter, sjukdom och semester, bortföll några ifyllda häften. Sammanlagt insamlades 52 häften som fördelades enligt följande: Allmänläkarmottagningen 32, Jourmottagningen 4 och Distriktssköterskemottagningen 16.

RESULTAT MED KOMMENTARER

Redovisning av tabell

Här följer en sammanfattande tolkning av siffermaterialet.

1. Tar emot och visar in patienterna till läkaren.

Nästan alla anser att arbetsmomentet är *viktigt*. Samtidigt tycker man att uppgiften är lätt och man anser sig ha tillräcklig utbildning. Intressant är att, trots att fyra undersköterskor upplever momentet som lugnt så upplever tre det som stressigt.

2. Assistans vid operation och undersökningar. Örönspolningar.

Nästan samtliga upplever arbetsuppgiften som *viktig* och att den bör finnas kvar. De flesta tycker också att de har tillräcklig utbildning för arbetsuppgiften. Det framgår även tydligt att den här uppgiften känns meningsfull.

3. Omläggning av sår, suturtagning med mera.

Även detta arbetsmoment upplevs som *viktigt*. Samtliga anser också att man har tillräcklig utbildning. En av de arbetsuppgifter som man upplever som mycket positiv.

4. Göra hembesök.

Hembesök görs enbart av undersköterskor vid distriktssköterskemottagningar. Samtliga anser att, hembesök är *viktiga* och *intressanta* arbetsuppgifter.

5. Svara i telefon och telefonrådgivning.

Telefonrådgivning hör till sjuksköterskans och distriktssköterskans arbetsuppgifter. Undersköterskan svarar endast när sjuksköterskan har förhinder till exempel under konferenstid och vid sjuksköterskebrist. En undersköterska upplever att arbetet bör göras av någon annan, och en anser även att hon *inte har tillräcklig utbildning* för arbetsuppgiften.

6. Ge återbesökstider.

En uppgift som handhas av sjuksköterskan och som undersköterskan utför när sjuksköterskan är upptagen. Två av sju personer anser att uppgiften bör göras av någon annan. Ett par undersköterskor anser att de inte bör göra detta arbete.

En av de arbetsuppgifter som upplevs som *mycket negativ*.

7. Journaler, insortering, utplockning, och göra iordning journaler och provsvar till morgondagen. Sökning av journaler.

Detta är den arbetsuppgift som de flesta utfört, 14 personer. Så gott som alla anser den viktig och att man har tillräcklig utbildning. En undersköterska tycker momentet är *tråkigt och ointressant*.

8. Hämtning och insortering av provsvar i pärmar. Inskrivning av provsvar i journalen.

De flesta anser även denna arbetsuppgift som viktig och att man har tillräcklig utbildning. Av de fem undersköterskor som utfört arbetsuppgiften vill tre att den skall vara kvar och två att den bör tas bort.

9. Fylla på förbandsmaterial och ställa iordning instrument.

En arbetsuppgift som de flesta utfört och anser som *viktig*. Bara ett fåtal tycker att momentet är ointressant och tråkigt.

10. Förrådshantering.

Samtliga 8 undersköterskor som utfört arbetsuppgiften anser att den är *viktig*. Att inte fler utfört arbetsuppgiften beror på att ansvaret ligger på en undersköterska per mottagning. De flesta tycker den bör vara kvar och utföras av undersköterskan.

11. Hantering av sterilt gods.

En viktig arbetsuppgift anser nästan alla undersköterskor. De flesta bedömer att de har tillräcklig utbildning. Det är också tydligt att uppgiften upplevs som rutinmässig.

12. Skötsel och städning av förrådsutrymmen, behandlingsrum och sköljrum.

Detta moment utförs av de flesta och som de flesta också anser vara lätt och därmed anser man sig även ha tillräcklig utbildning.

13. Tvätt, sortering, utdelning och räkning av tvätt.

Endast fem undersköterskor har utfört arbetsuppgiften ifråga. Tre av dem anser arbetsuppgiften som ointressant.

14. EKG-undersökning.

EKG-undersökning utförs av undersköterskor endast på Rotebro vårdcentral och på Edsbergs läkarstation. Av sex som utfört arbetsuppgiften anser sex att den är viktig. Genomgående visar siffrorna att det här är en arbetsuppgift som *intresserar och engagerar*, kanske den uppgift som man bedömer som den mest positiva.

15. Provtagning.

Även denna uppgift upplevs positivt. De allra flesta anser den vara *viktig och intressant*. Man bedömer sin egen utbildning som tillräcklig. Endast en anser situationen är stressande. Flertalet anser momentet som lätt.

16. Tar betalt av patienterna.

I materialet kan man spåra att undersköterskan i viss mån känner sig *osäker* på om detta är en uppgift för henne. En anser momentet som stressande och två att de ej har tillräcklig utbildning.

17. Hämtning och lämning av post. Insättning av patientavgifter på posten.

En rutinuppgift som naturligtvis *inte engagerar*, men som alla ändå, inte minst med tanke på den ringa tidsåtgången, accepterar att utföra.

18. Inlämning av recept på apotek.

Inte heller denna uppgift förmår intressera. Men man tycker givetvis ändå att den skall ingå bland de rutinmässiga uppgifterna. Den upplevs av alla som viktig.

Kommentarer i dagbokshäftet

I undersökningen gavs undersköterskorna möjlighet att med egna ord kommentera och beskriva sina olika arbetsuppgifter. Denna läsning kompletterar i hög grad siffermaterialet.

Tidsåtgång för arbetsuppgifter

Den längsta tiden, mellan 4–5 timmar, går åt för att ta betalt av patienterna. Anledningen till detta är att någon av undersköterskorna alltid sitter i kassan. Andra tidskrävande moment är att ta emot patienterna och visa in dem till läkaren, omläggning av sår samt journalhanteringen.

DISKUSSION

Utöver de 18 arbetsuppgifter som vi valde att särskilt studera framkom inte i undersökningen något arbetsmoment av större betydelse. Vi tror därför att vi på ett realistiskt sätt täckt in det arbete som faktiskt utförts.

Det stora flertalet undersköterskor är nöjda med sin arbetssituation enligt resultatet. Resultatet talar för att de arbetsuppgifter som undersköterskan

har inom primärvården, tycker hon är de rätta.

Få avvikelser från detta resultat pekar på motsatsen. Till och med de mer rutinmässiga uppgifterna upplevs som nödvändiga och självklara att utföra.

Är man verkligen så nöjd – ger undersökningen de svar som stämmer med verkligheten eller de svar man anser "passande"? Är man kanske rädd för att mista sitt arbete? Eller orolig över tänkbara förändringar?

Vid samtal och diskussion med ett par undersköterskor angående detta resultat bekräftar dessa att de trivs med sitt arbete och bilden som undersökningen förmedlar är riktig. Som stöd för detta påpekar man att omsättningen på personal är mycket liten. De flesta av dem har kommit från slutna vården med oregelbundna arbetstider, med stressigt och tungt vårdarbete. I kontrast till detta upplevs primärvården som en rolig och intressant arbetsplats, som ger möjlighet till helhetssyn på människan.

Det framgår också av undersökningen, vid sammanräkning av de positiva variablerna och med hänsyn tagen till hur många som utfört arbetsuppgifterna, att de arbetsuppgifter som anses som mest positiva alla har någon form av patientkontakt. Följande arbetsuppgifter upplevs som positiva.

1. EKG – undersökning.
 2. Assistans vid operation och undersökningar.
 3. Provtagning.
 4. Omläggning av sår, suturtagning med mera.
 5. Göra hembesök.
- Ytterst få personer har till exempel ansett någon arbetsuppgift som oviktig. De arbetsuppgifter som tenderar att peka åt det negativa hållet är följande:
1. Ge återbesökstider.
 2. Svara i telefon och telefonrådgivning.
 3. Ta betalt av patienterna.
 4. Tvätt, sortering, utdelning och räkning av tvätt.
 5. Inlämning av recept på apotek.

När man jämför resultatet av undersökningen med de befattningsbeskrivningar som idag gäller, finner man att teori och verklighet inte riktigt stämmer. Genomgående kan man se att undersköterskan i verkligheten utför fler och mer kvalificerade uppgifter än som upptas i befattningsbeskrivningen.

Av de fem arbetsuppgifter som i undersökningen upplevs som mest positiv finns endast en "assistans vid operation och undersökningar" direkt återfunnen i befattningsbeskrivningen ("förbereda patient och assistera läkare/sjuksköterska vid undersökningar och behandlingar").

Graden av kvalificerade uppgifter verkar i hög grad bero på den inställning sjuksköterskan/distriktssköterskan har. Avgörande från fall till fall blir förstås sjuksköterskans/distrikts-



Vnr 09 79 80

Acetylcystein 200 mg ACO
25 brustabletter

Välj Acetylcystein ACO vid kronisk bronkit!

Acetylcystein ACO är ett mukolytikum som är verksamt mot muköst och purulent slem.

Precis som Mucomyst® fast till lägre pris. Båda finns i förpackningar om 25 och 100 brustabletter¹⁾. Skillnaden är 24:50 för 100 st²⁾.

Acetylcystein ACO är ytterligare ett exempel på ACO's breda sortiment av beprövade basläkemedel till ett genomgående lågt pris.

ACO — det svenska basläkemedelsföretaget.

1) Mucomyst finns även som inhalationsvätska.

2) Priser i februari 1986, Brustabletter 200 mg, 100 st.: Acetylcystein ACO 112:—, Mucomyst 136:50

ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna.

sköterskans vilja och förmåga att delegera samt undersköterskans vilja och kompetens att möta ökade krav och utmaningar.

Har undersköterskan den rätta utbildningen?

Det verkar som undersköterskeutbildningen väl stämmer överens med de teoretiska kunskaper som undersköterskan i primärvården behöver. Den praktiska inskolningen får undersköterskan på arbetsplatsen och den är en viktig komplettering.

Det är alldeles uppenbart att undersköterskans arbetsuppgifter är många och att hon i många avseenden tjänstgör som "buffert" mellan personalkategorier som ofta har mer specificerade arbetsuppgifter. Det ställer naturligtvis stora krav inte bara på hennes formella utbildning och kunskaper, utan också på hennes personlighet. Den som inte är öppen och allmänintresserad – som inte har lätt för att ta människor – som inte är flexibel – som inte kan arbeta självständigt och ta egna initiativ – hon får svårt att motsvara alla de krav och förväntningar som så många idag ställer på en undersköterska i primärvården.

Denna undersökning visar undersköterskans arbetsinnehåll sedd ur undersköterskans synvinkel. Vad de övriga personalkategorier anser och hur de upplever undersköterskan och hennes arbete kommer att belysas i en kommande studie.

Referenser:

1. Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal. Betänkande av utredningen angående vissa sjuksköterskor och undersköterskors arbetsuppgifter med mera, SOU 1962:4.
2. Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal I, 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen, SOU 1948:17.
3. Forsblad G. Ansvar och rättigheter i hälso- och sjukvården, Stockholm, Liber, 1983.
4. Gardell B, Gustafsson RÅ. Sjukvård på löpande band. Stockholm, Prisma, 1979.
5. Gustavsson P. Sammanställning av intervjuer med personal på en vårdcentral. Psykologiska institutionen 1978.
6. Hermansson BL med flera. Sjuksköterskan i primärvården inför 90-talet, Stockholm, maj 1981.
7. Socialstyrelsens delegeringskungörelse (SOS FS 1980:10), Stockholm, februari 1981.
8. Spri. Arbete i vårdlag – lokaler och arbetsorganisation vid en vårdcentral. Delrapport 1, Eslövsprojektet, Stockholm, Spri 1982.
9. Spri. Primärvård i utveckling – Primärvårdens organisation, Spri rapport 147, Stockholm, juli 1983.
10. Spri. Undersköterskans roll inom långvården, Spri rapport 70, Stockholm, juni 1981.
11. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Centrala förvaltningen, Rapport från utredning om Personalkategorier i primärvården, Stockholm, maj 1982.

12. Tengvald K. Ledning och arbetsledning i vårdlag, Stockholm, Arbetslivcentrum, 1981.

13. Vårdutbildningens utveckling, Kort historik, Skolöverstyrelsen Stockholm, 1978.

14. Falk Ingrid. Undersköterskans arbetsinnehåll och samverkansmöjligheter i primärvården, Rapport, Hälso- och sjukvårdsnämnden Stockholms läns landsting. Stockholm, 1985.

Författarpresentation:

Ingrid Falk, lärare i hälso- och sjukvård vid Utbildningsenheten, Sollentuna sjukhus och vårdcentral.*

*Postadress: Box 164, 191 23 Sollentuna

Rekrytera allmänmedicinare med AllmänMedicin LEDARE FÖR NLV-KURSER I ALLMÄNMEICIN!

Vi har på redaktionen ett
lager av äldre nummer av
AllmänMedicin. Avsikten
har varit att dessa tidning-
ar skall användas vid NLV-
kurser och annan utbildning.

Exemplar för utdelning i
samband med nyrekrytering
till SFAM kan rekvireras
billigt.

Hör av er till redaktionen!
Margareta Lindborg
Redaktionssekreterare
telefon 08-98 94 92

Undersköterskans samverkansmöjligheter i primärvården

INGRID FALK

Artikeln beskriver undersköterskans samverkansmöjligheter. Under hösten 1984 genomfördes tre intervjuer; med en distriktssjukläkare, en distriktssköterska och en mottagningssjuksköterska. Alla tre med lång erfarenhet från primärvård. Intervjuerna behandlade framför allt följande ämnesområden; arbetsuppgifter och kompetens, delegering, undersköterskerollen, utbildning och kunskaper. Av resultatet framgår att det finns en klar skillnad mellan arbetsuppgifterna på en allmänläkarmottagning och på en distriktssköterskemottagning. Studien visar också att kvalitén på det arbete undersköterskan utför till stor del beror på hennes personlighet, på individuell vilja, ambition och förmåga att samarbeta. Förebyggande hälsovård är ett nytt arbetsfält som skulle kunna passa undersköterskan, med utgångspunkt från aspekterna kompetens, minsta kostnad och arbetstillfredsställelse.

Nyckelord: Primärvård, undersköterska, arbetsinnehåll, intervjuer, metoder, kvalitativa metoder, vårdlag.

INLEDNING

I ett vårdlag ingår bland annat följande personalkategorier, distriktssjukläkare, distriktssjuksköterska, mottagningssjuksköterska och undersköterska/sjukvårdsbiträde. Dessa har olika utbildning och kompetens. På annan plats har beskrivits hur undersköterskan själv ser på sitt arbete. Den här undersökningen tar upp ett annat perspektiv; hur övriga medlemmar i vårdlaget ser på undersköterskan, hennes arbetsinnehåll och utvecklingsmöjligheter.

BAKGRUND

Vid genomgång av den litteratur som finns tillgänglig i ämnet framgår ganska tydligt att dessa frågor är ytterst sparsamt behandlade. Knappast något finns som beskriver hur de olika personalkategorierna ser på varandras yrkesroller. Dock finns i viss mån avsnitt som rör samarbetsfrågor. Likaså kan man finna försök till beskrivningar av hur ett vårdlag fungerar.

Mest intressant är kanske "Sjukvård på löpande band" Gardell B med flera (4) som är en rapport från ett forskningsprojekt om sjukhusets vård- och arbetsorganisation. Ett underlag till boken är en studie om den psykosociala arbetsmiljön på en vårdcentral som utförts av Per Gustavsson (5).

I studien intervjuades 23 personer på en vårdcentral bland annat mottagningsbiträden, distriktssköterskor och allmänläkare om sina upplevelser av arbetsmiljön. Syftet var att söka efter problemställningar i den dåvarande uppläggnings av arbetet inom öppenvården och jämföra dessa med tidigare forskningsresultat från den slutna vården.

Karin Tengvalds (12) "Ledning och arbetsledning i vårdlag - exemplet PBU" beskriver bland annat hur de olika personalkategorierna själva ser sina roller. (Appendix 5: Psykiatri i omvandling.) PBU-exemplet är ett praktiskt försök att bredda arbetsuppgifter och förskjuta kompetensområden samt öka medinflytandet. Även om exemplet framgångsrikt tar fasta på de grundtankar som finns för primärvården är det tveksamt om PBU-verksamheten är direkt jämförbar med den inom ett vårdlag i primärvården.

I boken "Sjuksköterskan i primärvården inför 90-talet" (6) diskuteras bland annat med utgångspunkt från ett studiebesök i USA tankar, idéer och förslag för utveckling av primärvårdsarbetet. Var ligger hindren? Hur skall framtidens arbetsuppgifter planeras och fördelas?

Delegering

En av de centrala grunderna som gäller för ansvarsfördelningen inom primärvården är de rent juridiska bestämmelserna kring ledning och ansvar i vårdarbetet inom medicinsk verksamhet.

Socialstyrelsen har i en särskild kungörelse lämnat allmänna råd om delegering av hälso- och sjukvård med mera. (SOS FS 1980:100). Denna kungörelse har kommit till som en vägledning vid delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. Där definieras begreppet delegering som, att överföra arbetsuppgifter från en person som äger formell kompetens till en som saknar sådan men äger reell kompetens för den arbetsuppgiften.

Formell kompetens får man via yrkesutbildning styrkt med avgångsbetyg som dokumenterar att personen ifråga äger de kunskaper och färdigheter som formellt fordras.

Reell kompetens kan den ha som på annat sätt, ofta genom lång praktisk yrkesverksamhet, skaffat sig de kunskaper och färdigheter som arbetsuppgiften kräver.

SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka hur vårdlagets medlemmar upplever undersköterskans roll, kunskaper och förmåga till samarbete.

Frageställningarna är följande:

Vad tror de övriga personalkategorierna i vårdlaget om

- undersköterskans arbetsuppgifter och kompetens
- undersköterskans utbildning och kunskaper
- delegering av arbetsuppgifter till undersköterskan
- möjligheten att förändra undersköterskans roll i vårdlaget.

MATERIAL OCH METOD

Den här rapporten bygger mer på en kvalitativ än på en kvantitativ studie. Avsikten är här att i grunden förstå de mest berörda. Hur upplever personalen som arbetar tillsammans med undersköterskan henne och hennes arbete. Det är därför av större vikt att lära känna ett fåtals hela upplevelse än att ta del av mångas mer allmänna synpunkter. Man kan säga att tillvägagångssättet mycket liknar journalistens metodik.

Studien omfattar tre intervjuer före gångna av ett par provintervjuer med en distriktssköterska och en distriktssjukläkare i ett närliggande primärvårdsområde. De senare gav underlag till en halvstrukturerad intervju-guide. Som intervjupersoner valdes företrädare för var och en av de personalkategorier som tillsammans bildar ett vårdlag; distriktssjukläkare, distriktssköterska och sjuksköterska. Dessa är ordinarie anställda personer, som arbetat 4-5 år på vårdcentralen och har stor erfarenhet av arbete i primärvård.

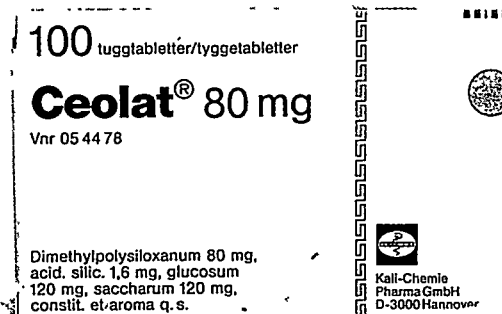
Intervjuerna behandlar framför allt följande ämnesområden:

- arbetsuppgifter och kompetens
- delegering

EN HJÄLPANDE HAND

Vi på Meda Egenvård har en rad effektiva, receptfria produkter för egenvård. De flesta har använts av nöjda konsumenter i åtskilliga år.

Att det är ni på apoteken som sköter om försäljningen är bra, tycker vi. Våra produkter förtjänar en seriös och ärlig information. De är alla registrerade läkemedel som är effektiva och saknar biverkningar!



Algesal – vid muskelsmärta.

Landets mest köpta smärtstillande salva. Effektiv och dessutom skonsammare än vanliga värktabletter. Salvan luktar behagligt, svider inte och ger ingen rodnad. Detta uppskattas av de flesta kunder!

Salva 100 g

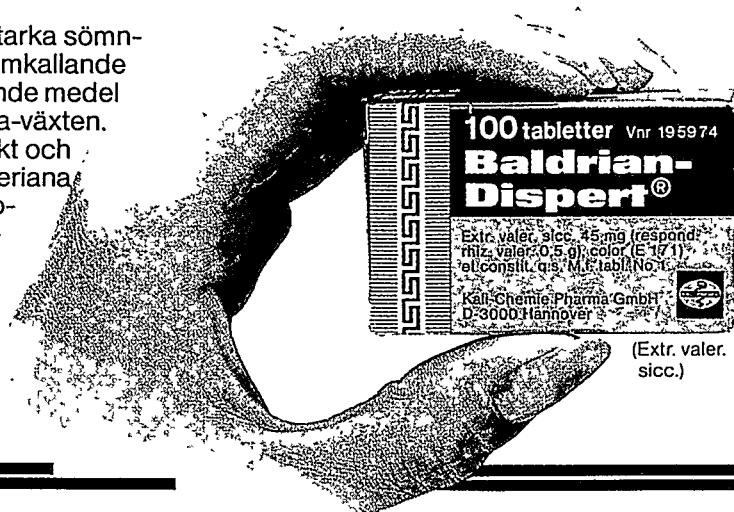
(Diaethylamin. salicyl.)



Baldrian Dispert – vid sömnsvärigheter, oro och ångslan.

Det helt ofarliga alternativet till starka sömn-tabletter och andra beroendeframkallande medel. Baldrian är ett mildt rogivande medel framställt av den kända Valeriana-växten. Det ger ingen "dagen efter"-effekt och påverkar inte bilkörning. Valeriana har använts i tusentals år som rogivande medel. Det är inte vanebildande och därför är det helt riskfritt att själv behandla sin oro, ångslan eller sömnproblem med.

Tabletter 100 st, 200 st.



(Extr. valer. sicc.)

ILL BÄTTRE EGENVÅRD.

Ceolat – mot gaser i magen.

Ceolat har en effektiv beredningsform. Finns både som tuggetabletter och dospulver att strö på maten. Liksom alla dimetikonpreparat måste man dock ta medicinen ett par dagar innan full effekt uppnås. Låt gärna kunden först köpa en provförpackning på 20 st för att övertyga sig om att medlet är effektivt.

Tuggetabletter 20 st (provförp.)

50 st, 100 st, 300 st

Dospulver 20 st, 100 st

(Dimethylpolysiloxanum)

(Natrii oleas)

10 suppositorier

Vnr 447854

alcosanal[®]

Vid hemorrojder, analsprickor och andra tillstånd med analirritation. 1 suppositorium införes i ändtarmen morgon och kväll eller enligt läkares föreskrift.

Alcosanal – mot hemorrojder

Det mest köpta receptfria medlet mot lindriga hemorrojder. Finns både som salva och i form av stolpiller. Ingendera innehåller bensokain eller någon annan ingrediens som kan ge upphov till sensibilisering eller irritation. För säkrare dosering och mer hygienisk hantering finns nu Alcosanalsalva också i engångstuber. Placera gärna Alcosanal ute i självvalshyllan, det behöver ej förvaras svalt.

Salva 20 g, 50 g

Salva 10×4 g – (engångstuber)

Suppositorier 10 st, 25 st

100 sugtabletter Vnr 04 2010

Mucidan[®]

Calc. sulfocyanid.-hexamethylentetramin, 50 mg, ammonii chloridum 6 mg, extr. glycy. crud. 20 mg, lactosum 166 mg, totalt 242 mg, n. s.



Mucidan – vid muntorrhet.

Många läkemedel ger som biverkan muntorrhet.

Torrhetskänsla i mun och svalg kan också uppträda efter röntgen och operationer, hos rökare och äldre patienter. Muntorrheten är inte bara obehaglig, saliven behövs bl a för att hålla tänderna rena. Vid längre tids muntorrhet kan karies och allvarliga tandskador uppträda. Det finns bara ett registrerat salivstimulerande läkemedel att köpa. Det heter Mucidan.

Sugtabletter 100 st

(Calc. sulfocyanidhexamethylentetramin)

48 TABLETTER

Vnr 59 46 55
VID TILLFÄLLIGA SMÄRT-
OCH FEVERTILLSTÄND
OCH FEBERTILLSTÄND
OCH FEBERTILLSTÄND
HELA ELLER UPPLOSTA
I VÄTSKA.



(Acid. acetyl-salicyl.)

Effektiva produkter som bara säljs på apotek.

**MEDA.
EGENVÅRD**

- utbildning och kunskaper
- *- undersköterskerollen.

RESULTAT

För att ge en så fyllig redovisning som möjligt av de svar de tre intervjuerna gav har jag valt att presentera resultatet i punktform. En sammanpressad form skulle tvinga mig till sammanfattningar och generaliseringar. På detta sätt får varje synpunkt sitt värde.

Arbetsuppgifter och kompetens

Vid intervjuerna framkom att

- samtliga tillfrågade känner väl till undersköterskans/sjukvårdsbiträdes arbetsuppgifter, även läkaren kände ganska väl till undersköterskans arbete.
- samtliga var överens om att undersköterskans/sjukvårdsbiträdes egen personlighet är av avgörande betydelse för hur arbetet utformas. Man menar, med andra ord, att kvaliteten på arbetsinsatsen i stor utsträckning beror på individuell kapacitet.
- undersköterskans kunskaper och kompetens inte till fullo utnyttjas på allmänläkarmottagningen.
- man anser att det arbete som undersköterskan/sjukvårdsbiträdet utför märkbart skiljer sig i svårighetsgrad mellan en allmänläkarmottagning och en distriktssköterskemottagning.
- det visar sig att vid en distriktssköterskemottagning utför undersköterskan/sjukvårdsbiträdet ett flertal av distriktssköterskans arbetsuppgifter.
- vid allmänläkarmottagningen har ofta en stor mängd pappersarbete överförs på undersköterskan/sjukvårdsbiträdet. Detta arbete borde egentligen utföras av läkarsekreterare.
- man ändå anser att fördelarna med en undersköterska i vårdlaget är många. Det ger gruppen större flexibilitet och styrka att möta framtida förändringar.
- man anser att undersköterskan äger full kompetens för de arbetsuppgifter hon utför.
- om fler arbetsuppgifter vid allmänläkarmottagningen förs över på undersköterskan, kan hon få svårt att hinna med det arbete hon idag utför.
- en uppgift, som undersköterskan ej utför idag, men som hon mycket väl skulle kunna utföra är arbetet med förebyggande verksamhet till exempel rökavvänjningsgrupper och viktminskningsgrupper. Hon skulle även kunna undervisa patienter med diabetes i fotvård.
- det förefaller fortfarande som om varje personalkategori strikt arbetar inom sitt eget område. Ytterst sällan går man in på varandras. Ett undantag utgör därför distriktssköterskemottagningen, där undersköterskan utför en stor del av distriktssköterskans arbetsuppgifter.
- undersköterskan har utan tvekan en väsentlig arbetsuppgift inom hemsjukvården, där hennes kompetens när det gäller patientens omvårdnad kommer väl till sin rätt.
- det i själva verket är så att utan kompetenta undersköterskor kommer vi i framtiden inte att ha en väl fungerande hemsjukvård.

Delegering

Under intervjuerna framkom vidare att

- på distriktssköterskemottagningen delegeras ofta en rad arbetsuppgifter till undersköterskan, som exempel kan nämnas såromläggning, subcutana injektioner och blodtrycksmätning.

- trots att undersköterskan utför en stor del av arbetet är det fortfarande distriktssköterskan som har ansvaret och som är arbetsledare.
- distriktssköterskan knappast har några svårigheter att delegera.
- det förekommer inte några skriftliga anvisningar för fördelning av arbetsuppgifterna, således sker delegering alltid muntligt.
- alla är medvetna om att det givetvis är lättare för distriktssköterskan att delegera till en undersköterska än till ett sjukvårdsbiträde, eftersom undersköterskan har en högre kompetens.
- det vid allmänläkarmottagningen sällan förekommer delegering till undersköterska/sjukvårdsbiträde.
- en viss osäkerhet råder om vilka undersköterskans arbetsuppgifter egentligen är. Befattningsbeskrivningen är endast utarbetad för sjukvårdsbiträde.
- som exempel på denna osäkerhet nämndes följande: "att linda ett knä" är det en uppgift som delegerats eller är det en uppgift som enligt befattningsbeskrivningen tillhör sjukvårdsbiträdes kompetensområde. Beskrivningen är här något oklar. Där sägs "att sjukvårdsbiträdet enligt givna direktiv skall sörja för patientens personliga omvårdnad".

Utbildning och kunskaper

Av intervjuerna framkom också att

- alla visste ungefär vilken utbildning och vilka kunskaper en undersköterska har.
- distriktsläkaren på denna punkt visste mindre än de övriga.
- det förefaller som om undersköterskan vid allmänläkarmottagningen inte kan utnyttja alla sina kunskaper.
- samtliga ansåg att undersköterskans kunskaper är fullt tillräckliga för de arbetsuppgifter hon åläggs.
- det finns en tendens hos den som äger mindre kunskap och erfarenhet att agera självsvådligt. Den mer kunnige och erfarna uppträder ofta mer lyhörd.
- den utbildning och de kunskaper undersköterskan har är klart önskvärda i vårdlaget. Flexibiliteten ökar och laget får ett större register att spela på.
- undersköterskans utbildning ger henne god egen förståelse för de olika arbetsmoment som patientomvårdnaden kräver.

Undersköterskerollen

Under intervjuerna diskuterades förstås också var och ens syn på undersköterskans roll. Här framkom bland annat att

- undersköterskans roll har växt i betydelse.
- dagens undersköterska är mer kvalificerad än gårdagens.
- det förefaller som om undersköterskan nu är mer motiverad för sitt arbete.
- dessa positiva förändringar kan bero på att undersköterskan numera har färre personer att ge service åt.
- det förefaller som alla i vårdlaget känner varandra väl. Därmed kan undersköterskans kunskaper och erfarenheter lättare utnyttjas.

Övriga synpunkter

Till sist redovisas här några övriga synpunkter. Det framkom till exempel att

- alla anser att den nuvarande personalsammansättningen (distriktsläkare, distriktssköterska, sjuksköterska, undersköterska/sjukvårdsbiträde) i vårdlaget är den rätta.
- distriktssköterskan, trots detta, gärna ville pröva systemet med att bara ha di-

striktssköterskor, det vill säga ej några mottagningssjuksköterskor, i vårdlaget.

- det inte uppstår några oöverstigliga problem vid kortare frånvaro till exempel vid ledighet eller sjukdom.
- distriktsläkaren inser att en undersköterska/sjukvårdsbiträde kan få svårt att hinna med allt arbete då ibland fyra distriktsläkare är i tjänst samtidigt, vilket emellertid inte inträffar så ofta.

DISKUSSION

Det föreligger en klar skillnad mellan arbetsuppgifterna på en allmänläkarmottagning och på en distriktssköterskemottagning.

Generellt gäller att undersköterskan på en distriktssköterskemottagning utför ett mer självständigt och mer kvalificerat arbete. Dessutom utför hon hembesök med allt vad det kräver av individuell kompetens.

På allmänläkarmottagningen är undersköterskans roll mer av servicekaraktär.

Det är viktigt att hålla denna skillnad i minnet när man diskuterar undersköterskan och hennes roll i vårdlaget.

Det kan därför diskuteras om det inte vore en god idé att för längre tidsbestämda perioder helt enkelt låta undersköterskorna i de båda arbetslagen byta plats. På det sättet ökar kompetensen hos alla, samtidigt som ingen för långa tider blir fast i ett mer enahanda arbete.

Det är alldeles uppenbart att kvalitén på det arbete en undersköterska utför till stor del beror på hennes personlighet, på individuell vilja, ambition och förmåga att samarbeta. Där betyder naturligtvis även erfarenhet en hel del.

Inom vilka arbetsområden kan man då för framtiden tänka sig att undersköterskan utvecklar sin resurs?

Man kan här skönja ett helt nytt arbetsfält; på vissa håll har undersköterskan redan idag inlett sådan verksamhet. Jag tänker på det stora och allt viktigare arbetet med förebyggande hälsovård. Exempel på sådana arbetsuppgifter är rökavvänjning och viktminskning, individuellt eller i grupp.

Denna förebyggande verksamhet ligger idag normalt hos distriktssköterskan. Men med utgångspunkt från aspekterna kompetens, minsta kostnad och arbetstillfredsställelse kan man diskutera om det inte finns stora fördelar att vinna med en sådan omfördelning av arbetet.

Emellertid kräver en sådan omfördelning att undersköterskan ges ordentligt stöd inför rollbytet. Många känner sig nog kallade och intresserade, kanske har hon dessutom lättare för att identifiera sig med patientgrupper, som hälsovården idag inte riktigt når. Men samtidigt känner hon att formella kunskaper och praktisk erfarenhet saknas. Det vore därför nödvändigt att koppla in sådan omfördelning till ett väl anpassat utbildningsprogram.

När det gäller frågan om delegering förefaller det som om det oftast är

ganska klart vilka arbetsuppgifter som tillhör undersköterskans kompetensområde. Man känner varandra väl inom vårdlaget och alla har en god uppfattning om hennes kunskaper och erfarenhet.

Den här undersökningen ger också belägg för uppfattningen, att även om sjukvårdsbiträdet och undersköterskan till stor del utför samma arbetsuppgifter så är undersköterskans formella utbildning av stort värde. Den ger större flexibilitet åt arbetsfördelningen inom vårdlaget och skapar en bättre resurs för framtida arbetsuppgifter. Dessutom bidrar ökad utbildning till bättre förståelse och därmed till en i mångas tycken mer patientanpassad attityd till omvårdnadsarbetet.

Det här är en liten studie som ger exempel på en mottagning, som uppbyggd på traditionellt sätt, således ingår ej hemsjukvård, skolhälsovård, företagshälsovård i arbetsområdet.

Eftersom intervjuerna är så få kan resultatet inte generaliseras. Man har dock det intrycket att de slutsatser som drages ligger nära verkligheten. Detta stöds också av att resultatet av provintervjuerna i stort sett pekar i samma riktning. Dessutom visar den tidigare studien av undersköterskans arbetsinnehåll en liknande bild.

Avslutningsvis kan man konstatera att undersköterskans roll blivit alltmer betydelsefull och framträdande. Det är ingen som idag ifrågasätter hennes självklara plats i vårdlaget. Möjligen är det också detta faktum som gör att alla i vårdlaget ser så positivt på undersköterskan och den kompetens hon tillför vårdarbetet.

Detta bör också stimulera till fortsatt forskning och utveckling av undersköterskans arbetsinnehåll, vettigare befattningsbeskrivningar och utvecklandet av vårdlag.

Referenser:

1. Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal. Betänkande av utredningen angående vissa sjuksköterskor och undersköterskors arbetsuppgifter med mera, SOU 1962:4.

2. Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal I, 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen, SOU 1948:17.

3. Forsblad G. Ansvar och rättigheter i hälso- och sjukvården, Stockholm, Liber, 1983.

4. Gardell B, Gustafsson RÅ. Sjukvård på löpande band. Stockholm, Prisma, 1979.

5. Gustavsson P. Sammanställning av intervjuer med personal på en vårdcentral. Stockholm: Psykologiska institutionen 1978.

6. Hermansson BL med flera. Sjuksköterskan i primärvården inför 90-talet, Stockholm, maj 1981.

7. Socialstyrelsens delegeringskungörelse (SOS FS 1980:10), Stockholm, februari 1981.

8. Spri. Arbete i vårdlag - lokaler och arbetsorganisation vid en vårdcentral. Delrapport 1, Eslövsprojektet, Stockholm, Spri 1982.

9. Spri. Primärvård i utveckling - Primärvårdens organisation, Spri rapport 147, Stockholm, juli 1983.

10. Spri. Undersköterskans roll inom långvården, Spri rapport 70, Stockholm, juni 1981.

11. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Centrala förvaltningen, Rapport från utredning om Personalkategorier i primärvården, Stockholm, maj 1982.

12. Tengvald K. Ledning och arbetsledning i vårdlag, Stockholm, Arbetslivcentrum, 1981.

13. Vårdutbildningens utveckling, Kort historik, Skolöverstyrelsen Stockholm, 1978.

14. Falk Ingrid. Undersköterskans arbetsinnehåll och samverkansmöjligheter i primärvården, Rapport, Hälso- och sjukvårdsnämnden Stockholms läns landsting. Stockholm, 1985.

Författarpresentation:

Ingrid Falk*, lärare i hälso- och sjukvård vid Utbildningsenheten, Sollen-tuna sjukhus och vårdcentral.

*Postadress: Box 164, 191 23 Sollentuna

SIMGs høstkongress i Klagenfurt

15.-20.9.1986

Invitasjon til å presentere prosjekter på forskningsdagen 19.9.1986.

Forskningsdagen i Klagenfurt vil til neste år som i år blir arrangert i et samarbeid mellom European General Practice Research Workshop (EGPRW) SIMG, og professor Chris van Weel fra Nederland representerende SIMG og undertegnede, i kraft av min stilling som formann for EGPRW, skal være ansvarlig for forskningsdagen.

Vi legger opp til 15 minutters presentasjon av et pågående eller avsluttede forskningsprosjekt, fortrinnsvis fra klinisk almenmedisin, med påfølgende debatt, der vi eventuelt inviterer en av de tilstedeværende med forskningserfaring til å komme med den første kommentar til prosjektet.

Jeg ber om forslag på personer som har forskningsprosjekter å fremlegge snarest mulig, og senest 15. desember 1985.

Klagenfurt i September er vanligvis praktfull, kongressene er hyggelige og har de siste år fått en høyst akseptabel faglig standard, så jeg håper vi kan stille med en solid kontingent og ha viktige forskningsbidrag.

Til informasjon kan jeg fortelle at på kongressens tre siste dager med engelsk/tysk simultanoversettelse, er temaene ved siden av forskning, kvalitetskontroll i almenpraksis og risikopasienter i almenpraksis.

Dag Bruusgaard
Institut for AlmenMedisin
Fredriks Stangs gate 11/3
Oslo 2

NB! Intil videre er vårt telefonnummer endret til (02) 5592 10

Korten är ritade av Helga Henschen och kan beställas från Världshuset c/o Barnets Världsordning, Gotgatan 3, 752 22 Uppsala
Matl. 18 2-4, 19:14, 25:45, Mark. 9:37



NY BEHANDLINGSPRINCIP
FÖR DUODENALSÅR.



TAGAMET[®] 800 mg.

(cimetidin)

”Sömntabletten” för duodenalsårspatienter.

Nattsmärta är ett typiskt problem för ulcuspatienter. Varje natt stiger 1000-tals människor upp och äter för att lindra smärtorna i magen. Detta upprepas natt efter natt och ökar tröttheten och därmed stressen.

Under de 10 år Tagamet existerat har Tagamet hjälpt miljontals ulcuspatienter, världen över, att sova gott genom att snabbt efter insättandet ta bort nattsmärtan, dessutom har Tagamet effektivt skapat en läkande miljö.

De senaste forskningsrönen visar att syrasekretionen i magen endast behöver sänkas under natten. På dagen ger regelbundna måltider en naturlig buffring.

Tagamet i en-dos (800 mg) till natten har visat sig lika effektivt som vid 2-dos* — såväl dag- som nattsmärtan försvinner efter några dygn, och såret är läkt efter 4–6 veckor.

Fördelarna med Tagamet en-dos (800 mg) är att man genom att ta en enda tablett till natten får en lagom syrasänkning under lagom lång tid, och att man ger magen möjlighet att arbeta fysiologiskt riktigt under dagtid. Dvs Tagamet 800 mg ger en 70%-ig syrasänkning. Durationen är lagom lång, 7–8 timmar, som en normal sömn bör vara.

Tagamet[®]
Lagom är bäst.

* Delattre M, et al. Cimetidine 800 mg nocte in the treatment of acute duodenal ulceration. Current Ther Ref Vol 37 No 4, 677-684, Apr -85.



Smith Kline & French AB, Box 4092, S-171 04 Solna. Tel. 08-764 66 30.

Tagamet är H₂-receptorantagonisten som finns i tabletter om 800 mg, 400 mg och 200 mg, infusionsvätska 4 mg/ml (100 ml) samt injektionsvätska 100 mg/ml (2 ml, 10 ml).

Den auxologiska epidemiologins framväxt

LARS CERNERUD

Intresset för studiet av samhällsförhållandenas betydelse för tillväxten, den auxologiska epidemiologin, har ökat. Vid den fjärde internationella auxologikongressen bidrog professor James Tanner i hög grad till denna utveckling.

Nyckelord: Tillväxt, samhällsförhållanden, epidemiologi.

Vad är auxologi? Nomenklaturer kan ibland dölja välkända företeelser. Ett exempel härpå är auxologi, som bäst översätts med läran om tillväxt och utveckling, growth and development. Den fjärdedel av en människas liv under vilken hon är stadd i tillväxt och utveckling har intresse för de flesta medicinska discipliner liksom för utvecklingspsykologin, pedagogiken och sociologin. Den utgör basen för pediatriken och den förbyggande barn- och skolhälsovården. Auxologin rymmer därför en stor tvärvetenskaplig kunskapsfond.

Den fjärde internationella auxologikongressen anordnades av l'Université de Montréal i Montréal, Québec, Canada under tiden 16–20 juni 1985. Den samlade omkring 400 auxologiskt intresserade kollegor från större delen av världen, men från östblocket var representationen sparsam.

Kongressens huvudtema var placetas betydelse för fostrets tillväxt, fetma hos barn, vidare sambandet mellan näringstillförsel, tillväxt och livslängd och slutligen tillväxten som ett mått på samhällsförhållanden. Tillväxtprocessens samband med människans levnadsförhållanden har blivit en allt angelägnare del av auxologin, den auxologiska epidemiologin. Auxologins förgrundsgestalt, den långt utanför auxologins kretsar välkände professor James Tanner från London, har format grunddragen i denna utveckling.

Tanners högtidsföreläsning handlade om den auxologiska epidemiologins framväxt (1). I stora delar av världen är barn på landsbygden till föräldrar med låg utbildning kortare och har lägre vikt för given längd än barn i stad till välutbildade föräldrar.

Detta är situationen ännu i så sekulariserade länder som till exempel Hol-

land. En utjämning mellan sociala strata har däremot påvisats av Gro Harlem Brundtland i Norge (2) och av Gunilla Lindgren i Sverige (3). Man har till och med funnit högre vikt för given längd och lägre pubertetsålder för lägre sociala strata. De så kallade sekulära förändringarna har därför varit avsevärda för de sämre privilegierade under de senaste femtio åren. Den i Stockholm nyss inledda undersökningen av de sekulära förändringarna i tillväxt hos skolbarn under de senaste femtio åren i relation till barnens levnadsförhållanden ansågs angelägen. Det samspel mellan tillväxt och sociala förhållanden som präglade svenska barns uppväxt för ett par decennier sedan gäller nu i åtskilliga utvecklingsländer. Intresset för stockholmsstudien var därför särskilt stort från de länder som nu befinner sig i början av en socioekonomisk utvecklingsprocess.

Med hjälp av bidrag från National Institute of Health hade 16 yngre amerikanska forskare beretts tillfälle presentera sina forskningsrön. Ett imponerande antal föredrag handlade om sociala faktorerers effekter på tillväxt och utveckling i USA, dels bland invandrare till USA och dels bland den inhemska befolkningen. Greulichs jämförelse mellan japaner som är födda och vistas i San Francisco och japaner som är födda i Japan är numera nästan en klassiker i amerikansk auxologisk epidemiologi (4).

Från svensk sida genomförde Johan Karlberg en uppskattad presentation av tillväxtkurva enligt FBP-modellen (fetal, basic, puberty) även kallad ICP (infant, child, puberty). På matematiska grunder har tillväxten indelats i tre faser som tycks motsvara förändringar av biologisk art. Övergången mellan fetal och basic, som inträffar vid 8–9 månaders ålder i Sverige, speglar troligen en ökad betydelse av tillväxthormonet GH. I en studie i Pakistan har man påvisat en prolongering av den fetala decelerationsdelen om uppemot fem månader i förhållande till svenska barn, vilket medför en successiv tillväxtförsening hos barnen från Pakistan. Detta är troligen en effekt av levnadsförhållandenas inverkan på tillväxten.

Gunilla Lindgren från Stockholm redovisade alldeles färsk tillväxtstu-

dier på svenska skolbarn som övertygande visar att de sekulära förändringarna i längd och vikt för skolåldern fortsätter i Sverige, något som nödvändiggör nya tillväxtkurvor. Dessa förändringar kan till stor del tänkas bero på att tiden för den maximala tillväxtspurtin infaller allt tidigare i Sverige.

Litteratur:

1. Tanner J M. The rise of public health and the beginnings of auxological epidemiology. In a history of the study of human growth. Cambridge University press, Cambridge 1981.
2. Brundtland GH, Liestol K, Walløe L. Height, weight and menarcheal age of Oslo schoolchildren during the last sixty years. *Annals of Human Biology* 1980;7: 307–322.
3. Lindgren G. Height, weight and menarche in Swedish urban schoolchildren in relation to socio-economic and regional factors. *Annals of Human Biology* 1976;3: 501–528.
4. Greulich WW. Some secular changes in the growth of Americanborn and native Japanese children. *American Journal of Physical Anthropology* 1976;45: 553–568.

Författarpresentation:

Lars Cernerud är skolöverläkare i Stockholm.

Postadress: Skolförvaltningen,
Box 22007, 104 22 Stockholm
Telefon 08-54 15 60

Bildskärmsarbetare över 40 år får regelbundna synkontroller

Från och med 1 januari i år måste arbetsgivare låta alla anställda som arbetar vid bildskärm mer än en timme per dag genomgå synundersökning. Samtidigt börjar Statshälsan att tillämpa sitt nya synvårdsprogram. Det innebär bland annat att alla statligt anställda över 40 år som arbetar vid bildskärm får genomgå en synundersökning vart femte år. Statshälsan kommer vidare att specialstudera olika typer av bildskärmsarbete med avseende på ögonbesvär.

Nyckelord: Bildskärmsarbete, hälsokontroller, ögonbesvär.

Många som arbetar vid bildskärm får ögonbesvär, till exempel klåda, sveda, stickningar eller "grus i ögonen". I en nyligen genomförd undersökning av arbetarskyddsstyrelsen bland 450 bildskärmsarbetare led 2/3 (65%) av någon form av ögonbesvär. Motsvarande andel hos en kontrollgrupp med kontorsarbetare som inte arbetade vid bildskärm var mindre än hälften (45 procent). Erfarenhetsmässigt vet man att ögonbesvär från arbete vid bildskärm är av övergående natur. Några bestående ögonskador har inte inträffat; tidigare misstankar om att bildskärmsarbete kan vålla grå starr har visat sig felaktiga.

Man har länge varit osäker på vilka faktorer som orsakar ögonbesvär. Instabilt flimmer, varierande synavstånd och bländning har bland annat angivits som möjliga orsaker. I sin undersökning visar arbetarskyddsstyrelsen att stora skillnader i ljushet mellan till exempel bildskärm och arbetspapper ger ökade ögonbesvär. Mycket talar också för att smärre brytningsfel, som tidigare inte vållat problem, kan ge besvär om man börjar arbeta vid bildskärm. En annan faktor hänger samman med äldre människors svårigheter att ställa in ögat för seende på nära håll.

Statshälsan, som ansvarar för den statliga företagshälsovården, har sedan 1981 studerat bildskärmsarbetets inverkan på synen och ögat. Arbetet har nu resulterat i ett synvårdsprogram som presenteras i rapporten "Om datorisering, människa och arbetsmiljö" (Statshälsan, 1985). Synvårdsprogrammet, som berör både den enskilde bildskärmsarbetaren, arbetsmiljön och utrustningen, syftar bland annat till att fastställa om synen hos den enskilde är



Flera faktorer talar för att bildskärmsarbete bör begränsas till högst fyra timmar per dag om man vill undvika ögonbesvär. (Foto: Statshälsan.)

tillräcklig för arbete vid bildskärm. Under våren 1986 kommer Statshälsans 110 hälsocentraler runt om i landet att börja genomföra synundersökningar av främst statligt anställda som arbetar vid bildskärm. Alla som börjar arbeta vid bildskärm kommer att få genomgå en synundersökning. Vidare kommer undersökningar att genomföras när man arbetat vid bildskärm i sex månader samt när man uppnått 40 års ålder och därefter vart femte år. Vid behov kommer Statshälsan att koppla in optiker. Den som drabbas av ögonbesvär på grund av arbete vid bildskärm kommer att få ögonen undersökta av ögonläkare. Vid årsskiftet trädde också nya föreskrifter från arbetarskyddsstyrelsen i kraft som stadgar att arbetsgivare ska ombesörja synundersökning av alla arbetstagare som arbetar vid bildskärm mer än en timme per dag.

Under 1986-87 kommer Statshälsan att studera arbetstidens betydelse för uppkomsten av ögonbesvär. Vissa faktorer pekar bland annat på att bildskärmsarbete bör begränsas till högst fyra timmar per dag. Vidare kommer olika typer av bildskärmsarbeten att studeras. Man vet till exempel att ögonbesvär är vanligast vid ensidigt bildskärmsarbete. Statshälsans undersökning kommer att avse hela arbetsmiljön och bland annat beröra frågor som arbetsinnehåll, arbetsbelastning och arbetsorganisation.

Särskilt intresse kommer att ägnas åt bildskärmsarbete i 40-årsåldern och uppåt, då glasögon för seende på nära håll ofta behövs. Genom att mäta synavstånd och blickriktningar i arbetet samt studera arbetsuppgifter och arbetsmiljö kommer man att få fram information som ökar optikerns möjligheter att prova ut lämpliga glasögon. Detta förutsätter emellertid ett närmare samarbete mellan Statshälsan och optikerna.

Sven-Runo Bergqvist
VD, Statshälsan
Telefon 08-10 1880, 0455-801 35

Ytterligare upplysningar:
Företagsläkare Olle Spångberg,
telefon 054-19 05 85.

MEDICINSKA KURORTER

- ◆ Modern sjukvård i trivsamt miljö
- ◆ Aktivisering, rehabilitering av rörelsehindrade, konvalescenter och många andra sjukdomsgrupper.
- ◆ Goda behandlingsresurser under ledning av läkare och kompetent sjukvårdspersonal.
- ◆ Vegetarisk kost och diet efter ordination och önskemål.
- ◆ Stimulerande samvaro i traditionsrik miljö – anpassad till nutida krav på komfort och trivsel.
- ◆ Vårdbidrag genom landstingen – kontakta kurorten.
- ◆ Kurs- och konferensmöjligheter.

Skriv eller ring respektive kurort – så får Ni prospekt över följande kurorter:

HULTAFORS HÄLSOCENTER

517 00 Bollebygd
Tel. 033/950 50
Överläkare: Dr Christer Joretteg

LOKA BRUNN

710 60 Grythyttan
Tel. 0591/135 70
Överläkare: Dr. Sigvard
Avander, Karlskoga

LUNDSBRUNNS KURORT

533 00 Götene
Tel. 0511/571 90
Läkare: Leg.läk. Helge Schirmer

MÖSSEBERGS KURORT

521 00 Falköping
Tel. 0515/132 20
Överläkare: Dr. Siv Mannius

NYHYTTAN HÄLSO- och REHABCENTER

713 00 Nora
Tel. 0587/604 00
Läkare: Leg.läk. Eila Jutila-Jansson

SÄTRA BRUNN

733 00 Sala
Tel. 018/13 97 70. Intendent
och överläkare: Dr. Nils-Johan
Höglund, Uppsala

BADHOTELLET I TRANÅS

Box 1001, 573 01 Tranås
Tel. 0140/691 00
Chefläkare: Dr. Bo Hallbrink

VARBERGS KURORT

Box 152, 432 01 Varberg
Tel. 0340/887 60
Chefläkare: Börje Källgård

FÖRENINGEN SVENSKA KURORTER

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

vill spegla forskning, utvecklingsarbete och utbildningserfarenheter
inom primärvård runt om i Sverige men även internationellt.

ALLMÄN MEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning
och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄN MEDICIN

kostar 250 kronor för år 1986. Avgiften insättes på
postgiro 37 54 40-5.
Ange prenumeration för 1986 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Program vid Svenska distrikts- läkarföreningens årsmöte i Boden 1986-05-23

Ledningsansvar i Primärvården

09.15

Hälsningsanförande: K Ernebrant,
A Lindman.

09.20

Distriktsläkarvården i Norrbotten.

10.15

Kaffe

10.45

Primärvårdens ledningsorganisation

Moderator: J Calltorp

Panel: U Schöldström, K Hellewig,
G Brydolf, P Klinkert.

Definitioner av ledningsansvar:

U Schöldström

Politisk och administrativ ledning:
översikt; CE Thors, exempel; P Anger-
sjö

Vårdcentralschefens roll: P Klinkert
Primärvårdsdirektören: Dir, Skara-
borgs län

Primärvårdsschefen: G Brydolf

Primärvårdsnämnden: Ordf, Skara-
borgs län

Patienten/befolkningens delaktighet:
J Brännström.

13.00

Lunch

14.00

Chefsegenskaper ur olika perspektiv

Moderator: H Dehnje

Militärens: T Wadenholt

Företagsledaren

Sjukhusdirektören: K Skoglund

Läkarförbundets ordförande: T Ihre.

16.00

Kaffe

16.30

Chefsutbildning

Moderator: Gösta Tibblin

Nuläge och framtidsperspektiv:

U Schöldström, H Dehnje

17.30

*Ledningsansvaret och läkarens
arbetsmiljö:* B Arnetz

18.15

Avslutning

Anmälan: Boka av datumet i almanac-
kan redan nu!

Anmälan kan göras direkt till Gunvor
Eriksson, Svenska distriktsläkarför-
eingen, Box 5610, 11486 Stockholm.

Förfrågningar: Gunvor Eriksson, tele-
fon 08/7903391. Personlig inbjudan
utsändes till distriktsläkare i mitten av
mars.

Svensk Socialmedicinsk Förenings årsmöte

i Göteborg 24-25 april 1986

Evaluerings i samhällsmedicinsk
verksamhet

PRELIMINÄRT PROGRAM

Torsdag 24/4

9.00-0.15

Välkomsthälsning

9.15-10.00

Professor Göran Hermeren, Lund:
Teoretiska aspekter

10.00-10.15

Kaffepaus

10.15-11.00

Professor Sune Sunesson, Lund: Kvali-
tativ metodik och processtudier

11.00-11.45

Docent Bengt Brorsson, Uppsala:
Kvantitativ metodik och effektstudier

12.00-13.00

Lunch

13.00-14.45

Seminariearbete

14.45-15.00

Kaffepaus

15.00-16.45

Seminariearbete

19.00

Social afton

Fredag 25/4

9.00-10.45

Seminariearbete

10.45-11.00

Kaffepaus

11.00-13.00

Professor Leif Svanström, Sundby-
berg: Evaluation of the Stockholm
Cancer Prevention Programme
Discussant: Professor Russel Luepker,
Minnesota Heart Health Programme

13.00-14.00

Lunch

14.00-15.30

Årsmöte Svensk Socialmedicinsk
Förening

15.30-17.00

Sammanträden för intressegrupper

Intresserade kan hänvända sig till pro-
fessor Sune Nyström, Molinsgatan 2,
41133 Göteborg, telefon 031/185716

Rapport från Balintmöte i Östersund

Nyckelord: Balintgrupper.

Inledning

Den 19-21 september 1985 hölls det fjärde svenska Balintmötet på Köja-
gårdens fjällhotell utanför Östersund.
Tidigare möten har ägt rum i Malmö,
Umeå och Stockholm de sista två åren.
Omkring 35 deltagare samlades varav
merparten var allmänläkare. Central-
gestalt under mötet blev den engelske
allmänläkaren Max Clyne som deltog
redan i Balints första grupper på 50-ta-
let och som sedan själv under många år
har lett seminarier och Balintgrupper
på olika håll i Europa.

Den svenska Balintrörelsens förste
och främste advokat professor Lennart
Kaij var tyvärr förhindrad att närvara
men bidrog med en skriftlig tillbaka-
blick och reflektioner över Balintverk-
samheten i Sverige.

Grupparbete

Huvuddelen av tiden ägnades åt arbete
i fyra mindre grupper. Dr Clyne satt
som gruppleddare i en grupp i taget me-
dan övriga var åhörare runt om. På ett
mycket inspirerande och ibland nästan
övertydligt sätt demonstrerade Dr Cly-
ne hur han leder en Balintgrupp. Två
av gruppdeltagarna fick presentera var
sin problematisk patient. Dr Clyne in-
bjöd därefter till frågor och synpunkter
från gruppdeltagarna. Av sannolikt
didaktiska skäl tog han själv ofta kom-
mandot i diskussionen för att demon-
strera sitt sätt att förhålla sig till den
aktuella patienten. Han menade att de
känslor som en patient väcker hos dok-
torn, irritation, hopplöshet, sorgsenhet
etc ofta är patientens eget stämningslä-
ge som överförs. Doctor as a measuring
instrument. Doktorn bör lyhört analy-
sera anamnes och känslööverföring
och utifrån det forma en (eller några)
hypotes(er) om sannolik orsak till be-
svären. Man bör sedan enligt Dr Clyne
systematiskt pröva sin hypotes genom
psykologisk undersökning analogt
med att man avlyssnar lungor vid
pneumonimissstanke eller röntgar ske-
lett vid suspekt fraktur. Om relationen
till patienten känns hållbar kan då
doktorn först empatiskt och verbalt
tydligt förmedla att han förstår att pa-
tienten lider och plågas av sin situa-
tion. Samtidigt kan han sedan på ett
lämpligt och tillräckligt varsamt sätt
presentera sin hypotes för patienten.
Put it in his lap and see how he takes it.
En felaktig hypotes avslås av patienten
och skadar inte menar Dr Clyne medan
en riktig och väl framlagd leder till för-
djupad kontakt och möjlighet till bear-
betning av de bakomliggande proble-
men. Detta systematiska sätt att närma
sig våra svårbehandlade patienter är
både teoretiskt tilltalande och prak-
tiskt användbart. Det kräver dock all-

deles klart det Balint kallade a limited though considerable change in the doctor's personality.

Reflektion

Efter varje gruppdiskussion med Dr Clynes samlades de fyra grupperna var för sig för fortsatta samtal. I dessa diskuterades Dr Clynes sätt att leda gruppen och somliga fann honom alltför dominerande. Samtidigt var man imponerad över hans pedagogiska förmåga att visa på konkreta sätt att bemöta svåra fall. Allmänna frågor om Balintgrupper dryftades också, lämplig sammansättning, gruppleddarkvalifikationer och avgränsning mot andra former av grupper. En kortare och ganska konkret diskussion i hela gruppen hölls också om hur man kan starta och driva en Balintgrupp. Att initiativet kommer från allmänläkarna själva ansågs av flertalet som väsentligt för att få en aktiv och engagerad grupp. Även den ofta diskuterade frågan om vem som bäst leder en Balintgrupp berördes. Hittills i Sverige har främst psykologer och psykiatriker lett grupperna men i några fall fungerar nu allmänläkare som gruppleddare.

Dr Clyne ansåg bestämt att en personligen lämpad och "Balintränad" allmänläkare blir den bästa gruppleddaren med sin naturliga kännedom om allmänläkarens villkor.

En av kvällarna kåserade distriktsläkaren Bertil Wikström från Strömsund om ovanliga och färgstarka upplevelser under närmare trettio års arbete på samma ort. Uppskattat. Fortsatt samkväm med dans förstärkte gemenskapen.

Fortsatt Balintarbete

Sista passet ägnades åt framtidsplanering. Verksamheten finns nu mer officiellt representerad inom Svensk Förening för Medicinsk Psykologi som en särskild Balintsektion. Medlemskap kan erhållas genom att kontakta Birgitta Toomingas, Laxvägen 1, 13554 Tyresö. Föreningen ger ut föreningsblad 2-3 gånger/år, ett lämpligt forum för information och diskussion om Balintverksamhet.

Styrelserepresentant i föreningen och kontaktman för Balintsektionen är DL Conny Svensson, Edövägen 2, 13200 Saltsjö-Boo. Han har gjort en grov inventering av pågående Balintverksamhet i Sverige. För närvarande finns runt 30 grupper på skilda håll i landet med sammanlagt omkring 200 deltagare.

Vi enades om att fortsätta årliga Balintmöten blir lagom för att hålla grytan kokande. Plats för nästa möte bestämdes inte. Stockholmstrakten eller Västsverige föreslogs. Conny Svensson utreder och initierar detta.

Östersund 1985.

Hans Beijer*, allmänläkare

Sören Jörngården, psykolog

Solveig Nilsson, psykiatriker

*Postadress: Distriktsläkare, Lugnviks Hälsocentral, 831 51 ÖSTERSUND

Samverkan mellan socialtjänst, primärvård med flera organ, Örebro, 12-13 november 1985

CARL-GUNNAR ERIKSSON

Nyckelord: Primärvård, socialtjänst, samverkan, planering.

Örebro kommun, Örebro läns landsting och Delegationen för social forskning anordnade en konferens för att beskriva nuläget beträffande samverkan inom reguljär verksamhet samt inom forskningen. Ett 30-tal olika redovisningar presenterades vid konferensen som samlat drygt 170 deltagare. Tre parallella seminarier genomfördes: socialt arbete i primärvården, äldreomsorg respektive psykiatri i samverkan, här refereras de gemensamma aktiviteterna.

Landstingsrådet Sören Gunnarsson tog upp frågan om primärvård – en primärkommunal angelägenhet? En fråga som skulle varit omöjlig att ställa för bara några få år sedan. Han redogjorde för hur såväl Hälso- och sjukvårdslagen som Socialtjänstlagen ställer stora krav på huvudmännen att samordna resurser och samarbeta.

Inom Örebro läns landsting kommer man att pröva olika möjligheter att skaffa erfarenheter av en mera lokalt styrd primärvård genom de försök med lokala nämnder som för närvarande planeras. Inom en kommun del Vivalla – Lundby kommer primärkommunen att ta hand om primärvården och ett särskilt avtal har slutits mellan kommunen och landstinget. Gunnarsson påpekade vikten av att värja sig för privatiseringen och värna om den verksamhet vi skapat tillsammans.

Professor Claes-Göran Westrin gav en översikt av begrepp och definitioner och diskuterade samverkansbetingelser. I den internationella studie av samverkan i primärvården mellan medicinsk och social personal framkom att behovet av samverkan avspeglades mycket ofta inom samhällsdebatten (9/10 länder) och i politiska rekommendationer (8/10 länder). Där emot var det sämre när det gäller samverkan på fältet som förekom i nämnvärd omfattning i fem av de tio länderna men mer systematiskt i inget av dessa länder. Han pekade på behovet av att närmare studera samverkans betydelse sett ur brukarperspektiv. Det finns flera olika dilemman i primärvårdssamverkan:

Den vaga målsättningen, referensrams- och revirdilemman, integrations-sjukan och de stridande intressenas dilemma. Detta har effekter på samver-

kan bland annat genom klyftor mellan planerare och fältarbetare, en instabil och godtycklig verksamhetsutveckling, bristfällig yrkesskicklighet och kommittésyndromet. Westrin påpekade att man kan göra flera åtgärder för att främja samverkan: Precisera målen, utveckla vårdprogram, komplementär utbildning samt utvärdering och tydliggörande av det fruktbara i samverkan.

Erfarenheter från olika samverkansprojekt i landet presenterades vid konferensen. Åke Isacson redogjorde för utvecklingen inom Dalby och pekade på två viktiga fält där samverkan har skett, nämligen inom äldreomsorgen och då det gäller utredning och behandlingsarbete.

Anders Mattsson från Wilhelmina berättade om hur forskningsenheten där utvecklats. I forskningsprogrammet finns nio olika projekt, bland annat:

Helhetsbegreppet som styrmedel, prospektiv psykosocial studie, vårdssamhället i det lokala samhället. Anders Mattsson inbjöd till de forskardagar som forskningsenheten arrangerar under maj månad varje år.

Distriktschef Morgan Svanängen berättade om utvecklingen i Råslätt. Projektet som initierades för drygt tio år sedan har under åren förändrats. Bland annat har idén om ett behållt vårdansvar för remitterade patienter försvunnit och det grannskapsarbete som bedrevs lades ned på grund av att det var för politiskt hett. Samverkan sker dock genom en områdesgrupp där utöver olika samhällsorgan även Hyresgästföreningen, Svenska kyrkan och även hyresvärd finns företräd. Dessutom finns lokal REHA-grupp, BVC-konferens, "Nätet" (samverkan mellan socialförvaltning, skola och fritid). Inom socialtjänsten fungerar de olika handläggarna som kontaktpersoner gentemot olika verksamheter och organisationer. Detta har visat sig vara mycket funktionsdugligt. Problem man mött är bland annat personalomsättning, överbelastning av arbetet, geografin och bristfällig information. Men, konstaterade Svanängen, "när starka behov möts av ett fantasifullt och prestigefritt gäng uppstår bra lösningar".

Om Rissneprojektet berättade Wiveca Urwitz. Projektet, som är ett exempel på lokalt samarbete mellan

primärvård, socialtjänst och Apoteksbolaget inom Sundbybergs kommun, är relativt nystartat, men innehåller många mycket intressanta aktiviteter. Personalen till vårdcentralen rekryterades samtidigt, gemensam annonsering, och fick möjlighet att träffas var 14:e dag en period före starten. Detta gav möjligheter att ta revirkonflikterna på allvar och att arbeta för ett gemensamt synsätt. Intressegrupper startades kring frågor som sekretessregler, samarbetsrutiner, information till invånarna och programgrupp för förebyggande verksamhet.

Utvecklingsprojektet i Rissne är föremål för forskning och utvärdering och institutionen för socialmedicin på vårdcentralen Kronan är inblandad i detta arbete. Bland de programverksamheter som fungerar som motorer för samverkan kan nämnas Äldre och läkemedel respektive Infektioner på dagis. Problemen i sammanhanget är behovet av flexibilitet på lokal nivå och att resurserna måste vara tillräckliga. Oro uttrycktes för vad som kan hända inom Stockholms läns landsting genom avgiftsbeläggning av distriktsköterskevården och nedskärningar av primärvården.

Kommunalrådet *Axel Gisslén* berättade om primärkommunal samverkan. Socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1968), arbetet med utveckling av Skaraborgs läns landstings modell för 15 år sedan och socialutredningen är uttryck för samma diskussion som dagens. Gisslén menade dock att det nu är dags för ett genombrott när det gäller att förverkliga dessa idéer i praktiken. Förutsättningarna för detta ligger bland annat i förändrade värderingar, brytningen av centraliseringsvägen, genombrottet för en annan syn på statliga regleringar, tendensen till avsektorisering och brukarmedverkan. Förutsättningarna för en långtgående samordning kommun, landsting, stat, försäkringskassa med mera är enligt Gisslén uppluckring av sektorsgränserna och brukarnas engagemang. Villkoren för förändringsprocessen är en omfördelning av makt, en konsekvent politisk vilja och en mobilisering underifrån där de omäktiga kunderna och medarbetarna kräver och får delaktighet.

Ett pass ägnades åt samverkan kring äldre och barn. *Arne Borg* berättade om forskningssamverkan kring äldre människors situation inom en forskningsstiftelse som är under uppbyggnad i Stockholm. *Berth Danemark*, Örebro redovisade erfarenheter från bostadssanering, äldreboende och hälsa. Att äldre människor tvingas att flytta från sin invanda miljö är en hälso-risk som behöver uppmärksammas och bemästras.

Bo Werner pekade på att den kunskap vi idag har då det gäller barn och

deras förhållanden är tillräcklig för förebyggande åtgärder. Praktikerna inom området bör se till att de blir remissinstans och på det sättet agera för att göra samhället mer barnvänligt.

Hans Andersson, Örebro redogjorde för samverkan i förebyggande barnhälsovårdsarbete och företrädde även föräldraföreningen för allergisjuka barn. "Barnen är vår tids indianer, det finns inte plats för dem, de är för irrationella" menade Andersson. Vart fjärde besök på barnmedicinska mottagningen är ett allergibarn. Barnen och barnens föräldrar är viktiga aktörer som behöver stödjas, vilket inom Örebro län resulterat i en rad utbildningsaktiviteter för att sprida kunskap och erfarenhet till alla som berörs av och träffar allergiska barn. Bland annat har man lyckats få fram allergianpassad matproduktion genom att gå på livsmedelsproducenter. Kontaktföräldrar har utbildats för att stödja föräldrar till barn som får allergisjukdom.

Rosie Silvereke från Malmö berättar om samordnad social och medicinsk missbruksvård. Att inta ett brukarperspektiv är mycket viktigt och då blir det ointressant vem som administrerar vad, det viktiga är att det stöd ges som behövs. Det dolda missbruket är sällan dolt för de närstående men väl för myndigheterna. Vidare pekade hon på svårigheten att LVM (lagen om vård av vuxna missbrukare) inte gäller inom sjukvården, vilket försvårar behandling och rehabilitering av tunga missbrukare.

Samverkan i Tierp och Haga jämfördes av *George Braun*, Göteborg, och det visade sig att de bakomliggande attityderna hos personalen var relativt likartade. Genom faktoranalys har de bakomliggande faktorerna sökts och samstämmigheten mellan Haga och Tierp i det avseendet var relativt stor.

Två föredrag rörde rundgång i vårdsystemet. Från Örebro berättade *Kerstin Möller* och *Ethel Östlund* om en fallstudie av tio missbrukarpatienter där vandrigen mellan olika vårdinsatser efter avslutad LVM-behandling belysts och i flertalet fall vara många olika vårdinsatser inblandade. *George Braun* berättade om en studie i Göteborg där nio av tio tjänstemän ansåg att rundgången var ett problem, men att orsaken till detta oftast förlades till andra myndigheter.

Gunilla Fahlström, Örebro redovisade utvecklingen av arbetet inom områdesgrupperna vid Haga vård- och servicecentral. Under de cirka fem år som projektet har pågått har personalen ägnat cirka 1 timme per månad åt områdesgrupperna. Genom upprepade intervjuer och enkäter med personalen har framkommit att personalen är nöjd med områdesgruppernas verksamhet, men att det i senaste studien var något lägre än tidigare. Utvecklingen har visat på behovet av att arbeta lokalt på basplanet för utveckling av former och innehåll i arbetet.

Margareta Wiklund, Örebro, berättade om Hallsbergsprojektet, som är ett lokalt utvecklingsarbete inom Försäkringskassan. Förutsättningen är Försäkringskassans lagstadgade rehabiliteringsansvar.

Man kartlade hur det fungerade i praktiken genom att studera alla långa sjukfall 1983. Sedan vidtog ett förankringsarbete hos olika berörda. Därefter lades ett nytt behandlingsprogram upp vars viktigaste insats var tidigare initiering, prognosbedömning, aktiv medverkan från klienterna och informell handläggning. Det visade sig bland annat att klienterna var mycket positiva till en tidig kontakt från Försäkringskassan.

Harald Swedner, Göteborg, redovisade erfarenheter från projekt Verkstaden i Arvika, som varit igång sedan årsskiftet 82/83. En samlokalisering skedde och en viss samordning av insatserna. En gemensam områdesindelning och studiecirkel inför starten genomfördes. Utgångsläget har dokumenterats i enkäter till personalen, besökarenkäter och en studie av ett befolkningsurval. Problemet med projekt Verkstaden har varit den stora personalomsättningen, vilket inneburit att en stor del av den personal som utbildades inför starten nu inte finns kvar inom huset.

Konferensen avslutades av en hearing om samverkans möjligheter och hinder. Socialminister *Gertrud Sigurdsson* höll ett inledningsanförande och pekade på vikten av att alltid ha människan i centrum. Samverkan skall alltid vara till fromma för patienten. Olika huvudmän skall inte kunna säga att "detta är inte mitt bord" och det får inte förekomma inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Hon framhöll att folkrörelserna exempelvis Länkar, Verdandi, Idrottsrörelsen, facket och religiösa organisationer har en viktig roll att spela.

Göte Johnsson från Göteborg hade ett inlägg om samverkan i utbildning - läsningar eller lösningar. Han ifrågasatte vem som egentligen vill samverkan med tanke på alla de svårigheter som finns är det gäller att utveckla området. Lösningar som han nämnde är att riva sektorsgränserna, gemensamma utbildningar och utbyte av lärare mellan olika vårdutbildningar och fältförlagda kurser.

I den avslutande paneldebatten med professor *Karin Tengvald* som moderator, deltog från Socialstyrelsen *Christer Lindmark* och *Viking Falk*, från SPRI *Kjell Hellevik*, från Landstingsförbundet *Douglas Skalin* från Kommunförbundet *Karl Axel Johansson*, från Riksförsäkringsverket *Rikard Morawski* och *Jan Almquist* och från Handikapprörelsen *Peter Holmström*. Debatten visade en rörande enighet om att man samverkar och exempel gavs på ett flertal stora samverkansprojekt stödda av de stora nationella organen. Bland frågor som debatterades var:

Datorstöd i primärvården – med människan i centrum...

LARS BERG

Stordatorn försvann och personatorn är en vinnare, men varning för övertro på datorlösningar och en allt större fokusering på sekretess, integritet och yrkesrollerna var de kännetecknande dragen vid det andra mötet om datorer i primärvård den 18–20 november vid Aspenäsgården, Lerum. Det första mötet ägde rum i Sundsvall oktober 1984. Konferensen kommer att redovisas mera utförligt inom arbetarskyddsfondens och SPRI:s ram och denna artikel ger endast en personlig sammanfattning av mötet.

Nyckelord: ADB, datorstöd, informationshantering, primärvård.

UPPLÄGGNING AV MÖTET

Mötet i Lerum samlade cirka 100 deltagare de två första dagarna och cirka 50 ytterligare under den tredje och avslutande redovisnings- och paneldebattdagen. Mötesarrangörer var Arbetarskyddsfonden genom sitt utvecklingsprogram och Älvsborgs läns landsting. Deltagarna var distriktsläkare, sköterskor, läkarsekreterare, systemmän, sjukvårdsplanerare, administratörer och politiker från hela landet.

Hur kommer det sig att det är så trögt med samverkan? Vad förändras nu? Är samverkan av godo och hur långt håller den?

Intrycket från konferensen som helhet var att mycket aktivitet pågår ute i landet, men att överblicken ofta saknas. Intresset för konferensen var stor, vilket gjorde det svårt att få diskussioner i anslutning till de olika föredragen att ta fart. Ett genomgående tema var att samverkan är möjlig men hindren många och vad tycker egentligen allmänheten?

Intresset och engagemanget under konferensen visar på det stora behovet av att träffas över professions- och sektorsgränserna, men att klyftan praktiker och forskare fortfarande ibland kan vara mycket djup.

Författarpresentation:

Carl-Gunnar Eriksson,
beteendevetare.

Postadress: Socialmedicinska avdelningen,
Regionsjukhuset, 703 63 Örebro

De två första dagarna hade samma struktur med föreläsningar under förmiddagarna och parallella seminarier under eftermiddagarna. På kvällarna samt på den tredje dagens morgon fanns tid för studiebesök, demonstrationer, utställningar och projektredovisningar.

Den tredje och sista dagen var tyngdpunkten lagd vid seminarieredovisning och en avslutande paneldebatt.

Istället för en redovisning dag för dag väljer jag att följa en annan indelning. Först lyfts några inspirerande föreläsningar fram. Därefter beskrivs projekt, studiebesök och utställningar. Sist redovisas huvudlinjerna i seminarier och paneldebatten.

FÖRELÄSNINGAR

Göran Hermansson började med att ge en beskrivning av datastrategin i Älvsborgs läns landsting. Efter ett mångårigt utredningsarbete med centralistiskt förtecken tycks nu modellen vara det omvända med brukarna i centrum i form av decentraliserade system, där flaggskeppet är Gråbo-projektet. Beskrivningar av datastrategi blir tyvärr ofta lite fyrkantiga, men det praktiska resultatet kan bli desto mera mjukt och användarvänligt.

Leif Chu från InfoKom AB beskrev i sin föreläsning utvecklingstendenser utifrån en nyligen utförd kartläggning av ADB i svensk hälso- och sjukvård.

Från år 1982 till 1985 har en hel del förändringar inträffat i landstingens ADB-verksamhet. Mellan dessa årtal har antalet landsting med datapolicy ökat från två till 20. ADB-kostnaderna har ökat från 0,5 till 0,7 procent av landstingens totala kostnader (jämför bankernas 10–12 procent!). Landstingens totala kostnader har ökat med 32 procent medan datakostnaderna ökat med hela 80 procent, dock huvudsakligen i form av administrativa stödruiner och endast till en mindre del i form av datorstöd till hälso- och sjukvården.

Två landsting har lokala terminalnät för närvarande, medan 14 st planerar detta och 3 inte har några planer. Informationscenter finns i 10 landsting, 4 planerar och 10 har inga planer än.

Ur teknisk synpunkt är trenden mikrodatorer med användande av så kallade fjärde generationens språk i en användarnär databehandling. Informationscentra och decentralisering är också det genomgående draget. Resursmässigt ges mer åt själva vårdsektorn.

Ingela Josefsson från Arbetslivscentrum präglade både konferensen och den andra dagen med sin föreläsning om "Ändrade yrkesroller – psykosociala effekter av datorisering av vårdadministrationen".

Utifrån erfarenheter från försäkringskassornas datorisering och utbildning beskrev hon initierat och engagera värdet av "tyst kunskap". Den teoretiska utbildningen vid kassorna har inriktats på övning av typfall i form av "påståendekunskap", modell korvstoppling. Vid praktiskt arbete behöver ny personal ofta hjälp av mera erfarna arbetskamrater som besitter yrkeskunskap eller med ett annat namn "förtrogenhetskunskap", som medger en rimlighetsbedömning av ärendena där kunskap om typfallen inte räcker till.

En motsvarighet finns inom vården där allmänläkarna bör göras medvetna om värdet av sin "tysta kunskap" som är en omistlig del av yrkeskunskapen och inte kan ersättas av teoretiska kunskaper.

En nackdel vid datorisering är datorspråkets begränsning till 2–300 ord med huvudinriktning att lösa problem, medan vardagsspråket innehåller cirka 150.000 ord där nyanseringar i form av adverb ger möjlighet till tolkningar utöver problemlösningar. Detta kräver "tyst kunskap".

PROJEKT

Totalt bestod denna del av elva projekt utöver studiebesök vid vårdcentralen i Gråbo och kompletterande utställningar.

Datorjournal

Försök med datorjournal pågår nu vid Kronans vårdcentral, Sundbyberg, Gråbo vårdcentral, Älvsborg och Hallunda vårdcentral, Stockholm.

Kronans projekt har tidigare beskrivits i AllmänMedicin nr 2, 1985 och redovisades på konferensen av Britt-Gerd Malmberg. Tyngdpunkten har lagts vid att få en lättåtkomlig välstrukturerad källorienterad journal. Uppgifter som kallelser och bokningsrutiner har man medvetet väntat med.

Gråbo-projektet är ett delprojekt i Älvsborgs läns landstings utveckling av vårdadministrativa system (VAS-projektet) och stöds även via arbetarskyddsstyrelsens utvecklingsprogram. Detta projekt beskrevs av parhästarna Bengt Dahlin och Leif Bäckman. Till

skillnad från Kronans system innefattar Gråboprojektet även vårdadministrativa rutiner och journalen är problemorienterad.

Införandet har inte varit oproblematiskt. I augusti 1985 infördes kassarutiner, i september journalen, vid dagarna för konferensen bokningsrutiner och receptförskrivning via direktlinje till apoteket. Närmast i tur är remiss- och svarshantering och laboratorierutiner, medan patientmottagarfunktionen med datoriserad R/P-hantering och basdata och statistik kommer senare.

Vid studiebesök på Gråbo vårdcentral kunde datorsystemet ses på plats och i funktion. Intrycket var att en entusiastisk anda rådde på vårdcentralen, men att en successiv införing är helt nödvändig för att minska initialproblemen och undvika stressreaktioner för personalen. Framför allt poängteras att extra arbetskraft i form av läkare och läkarsekreterare var nödvändig för att journalerna skulle bli tillräckligt välstrukturerade.

För den som vill studera den problemorienterade journalen hänvisas till Spri projekt 3140 "POMR - Handbok för problemorienterad medicinsk registrering".

Hallunda vårdcentrals journaldatoriseringsprojekt ingår i Dasisprojektet. Sedan juni 1985 skrivs journalerna in på dator. Antalet terminaler är 20 och standardjournal används med sökordsteknik. Man försöker sammanfatta tidigare journaler i "epikriser" och särskiljer viktiga medicinska data (VMD) som tidigare sjukdomar, livsviktig behandling och överkänslighet.

Lars-Göran Lindgren som presenterade projektet kunde berätta om en hel del problem, framför allt i form av förseningar, viss driftsosäkerhet och tidsnöd vid införandet. Allt tar betydligt längre tid än planerat.

Vårdadministrativa system (PAS)

Från tre vårdcentraler redovisades vårdadministrativa system av olika karaktär.

Skurups vårdcentral ingår i Dasisprojektet och har journallånesystem, tidbokningsrutiner, remiss- och provvarsbevakning. Rona Rosendahl berättade att sedan man av ekonomiska skäl ändrade teknik och övergick i stordatormiljö har problemen infunnit sig, inte minst i förlängda svarstider som upplevs mycket frustrerande av personalen.

Säffle vårdcentral stöds av Kommundata och Arbetarskyddsfondens utvecklingsprogram. Projektet, som redovisades av Per-Åke Andersson, är kraftigt försenat och man har varit igång i två år. I produktion finns i stort sett enbart datafångst av R/P-information. En försöksdrift i egentlig mening kommer igång kanske våren 1986 när man får en lokaldator och har utarbetat en ny version av prototypen. Detta förväntas ge kortare svarstider och bättre schemaöversikt.

Vid sin vårdcentral i Luleå har Birger Gran i Luleå utarbetat ett datorbaserat system för kallelser och bokning, dock än så länge som förför-sök. Mottagningslistorna skrivs ut på papper och är tillgängliga mottagningsdagens morgon och används då manuellt på vanligt sätt. Vinsten ligger i den datoriserade kallelserutinen och lättheten att ändra i bokningen.

Övrigt

Umdac, det vill säga Umeå högskoleregions datorcentral, bedriver med stöd av medicinska forskningsrådet ett projekt som redovisades av Ola Gardfjell. Syftet är att bygga upp en programbank med information om personadatorbaserad programvara för forskning i primärvården. En inventering och katalogisering utförs för närvarande.

I Vänersborg provar Bertil Marklund datorstöd för patientmottagare. Idén bygger på hans egen patientmottagarbok med flödesscheman, nu istället datoriserade. Många föreföll tveksamma om användbarheten i patientmottagarsituationen och ansåg att användningen snarast mer låg inom undervisningsområdet.

Förskrivning av recept via så kallade receptterminaler har prövats åren 1983-84 i Jönköping. Systemet demonstrerades av apotekare Bengt Åstrand, Apoteket Tre Kronor, Jönköping. Erfarenheterna var goda och systemet kan erbjudas landstingen, men som isolerat datorsystem är förmodligen vinsten för liten. Enkelheten, snabbheten och den ökade läsbarheten vid receptutfärdandet är dock viktiga fördelar och bör stimulera till liknande försök men integrerat med övrig datoranvändning.

Olofströmsprojektet beskrevs av projektsekreterare Ingemar Becker, vårdcentralen, Olofström. Utöver basdataregistrering har distriktssköterskor och sjukgymnaster prövat datorstöd för vissa rutiner.

Barnläkare Björn Wettergren, Mölndal beskrev överföring av BVC-journal på data. Denna journaltyp är ju mera systematiserad och med kortare fri text vilket är en underlättande faktor.

SEMINARIEREDOVISNING OCH PANELDEBATT

Under de första dagarna fanns möjlighet att bevista två av sex parallella seminarier under ledning av varsin trojka bestående av ordförande, resursperson och dokumentatör. Debatten föreföll livlig i grupperna. Då ämnena delvis sammanföll redovisades seminarierna i fyra avsnitt innan paneldebatten dag tre.

Seminarieriet "Datorstöd för ledning och planering i primärvården" redovisades av Mats Ribacke, Hofors. Information om resurser och prestationer är viktiga på vårdcentralsnivån i första hand som planeringsunderlag, men bör sedan föras vidare i lämplig sammanställd form till primärvårdsområdes- och landstingsnivå. Landstinget är

för sin verksamhet beroende av hälso-data som sedan kan spridas till den lokala vårdcentralsnivån och tillsammans med enkäter ge underlag för prevention och behandling.

Lokala data intresserar mer än andras uppgifter. Kommun- och verksamhetsbeskrivningar och kunskapssammanställningar kan genom en lokal analys ge frågor eller leda till förändringar i ett arbete för hälsa och vård.

Ulla Åhs, Spri och Lars Berg, Tibro svarade för presentationen av seminariet "Basdataregistrering med datorstöd i primärvården". Utvecklingen de senaste åren tyder på användning av färre minidata med uppgifter om patient, kontakten och vårdgivaren, men där personnumret fortfarande är av stort värde för att inte enbart mäta produktionen men även konsumtion. Därmed bör tillfälliga studier med tilläggsdata i tidsbegränsad projektform kunna komplettera de nerbantade minidata och även bättre kunna ge svar på frågeställningar än alltför omfattande kontinuerliga registreringar.

En väsentlig uppgift är att förbättra och vidareutveckla de klassifikationer som finns och utveckla nya, men med insikt om att allt ej går att klassificera.

De två seminarierna "Administrativa och kontorstekniska rutiner med hjälp av dator" och "Systemutveckling på vems villkor? - Arbetsrollerna och datorn" presenterades tillsammans av Rona Rosendahl, Skurup respektive Göran Maathz, Säffle.

Många administrativa rutiner kan i datoriserad form tänkas effektivisera primärvårdsarbetet men vi har långt kvar innan vi löst problemen. Vid sidan om direkta patientnära rutiner som kassafunktion och bokning är även personalplanering, resursuppföljnings- och bevakningssystem, verksamhetsstatistik och brevlåda/meddelanderutiner, arkiv, bibliotek och ord/text exempel på områden där den lokala datorn kan vara en resurs.

Villkoren för systemutvecklingen bör bygga på en bred användarmedverkan. Vårdcentralen måste vara välfungerande innan en datorapplikation göres. Personalbrist är en kontraindikation. Vid verksamhetsanalys måste man vara medveten om att andra lösningar än ADB kan vara bättre. Vikten av lokal anpassning och följ samma tekniker betonades.

De två sista seminarierna "Vad kan ges datorstöd i kontakter utanför vårdcentralen?" och "Datajournalen och sekretess och integritetsproblem vid datorisering" berörde väsentliga områden både sett ur personal-, patient- och politikersynpunkt.

Leif Bäckman, Älvsborg skissade med vårdcentralen i centrum de kontakter den har med patienten, verksamhet som apotek och övrig sjukvård, exempelvis sjukhusen. Försöken med receptförskrivning per data och möjligheten till uppföljning med avseende på kostnadsaspekter kanske leder till

övervakning med integritetsbekymmer? Remisshantering fungerar bra idag men kanske kan bli bättre, kanske med bevakningsrutiner?

Datorjournalen har både fördelar och nackdelar. Björn Albrechtsson från Spri belyste möjligheterna med underlagsuppföljning, rationalisering (Dasis antyder 5 procent produktionsökning!), kvalitetshöjning men också sårbarhet, integritetsbekymmer och problem med tillgänglighet och läsning. En utveckling med lokala datorer minskar problemen. Kommunikation utanför vårdcentralens väggar måste regleras och sekretesslagstiftningen måste beaktas. Vidare är en betoning av de medicinska uppgifterna väsentlig – det är ju patientens problem och lösningen av dessa vård och behandling är till för.

I den avslutande paneldebatten med biträdande landstingsdirektören Henric Hultin från Älvsborgs läns landsting som ordförande deltog i panelen representanter för politiker, Spri och fackförbunden. Debatten kom mycket att kretsa kring seminarieämnena, där även varje seminariegrupp hade riktat frågor till panelen. Några konkreta lösningar kunde som vanligt inte skönjas när så många frågor samtidigt berörs, men en vakenhet både för problem och möjligheter och en större lyhördhet för integritetsfrågor både sett ur patientens och vårdpersonalens perspektiv märktes.

Slutord

Både framryckning och stagnation råder inom datorfronten i primärvården och en fortsatt förvirring över vilka lösningar som är bra även efter detta möte. Erfarenheterna är inte lättköpta. Datorhårdvaran är nu ett mindre problem jämfört med svårigheten att få fram användarvänliga programvaror. Frågan om datorn är tjänare eller härskare i vården känns inte utvärderad än.

Fram till nästa möte som äger rum någon gång våren 1987 med vårdcentralen Kronan och Stockholms läns landsting som arrangör behövs fortsatt intensivt arbete för att välja rätt stigar att trampa upp och för att markera villkoren – med människan i centrum.

Författarpresentation:

Lars Berg, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, Box 275, 543 01 Tibro
Telefon 0504-140 00

Kurser &
konferenser

DATORSTÖD I PRIMÄRVÅRDEN

Rapport från konferensen "Datorstöd i primärvården" 18–20 nov 1985 – Aspenäs, Lerum

BIRGER GRAN

Konferensen var en vidareutveckling av den "Workshop om programvaror i primärvården" som hölls i Sundsvall oktober 1984. Årets konferens var lagd mer som arbetskonferens, med ett stort antal seminarier och demonstrationer.

Arrangörer bakom denna konferens var företrädare för primärvården, Älvsborgs läns landsting och Arbetskyddsfondens utvecklingsprogram.

Nyckelord: ADB, primärvård, informationshantering, datorstöd.

Block 1

Efter hälsnings- och inledningsanföranden började Block 1 av programmet, *Mål, strategier, utvecklingstendenser*. Här talade AU-chefen i Älvsborgs läns landsting Göran Hermansson om datastrategin i sitt landsting.

Därefter rapporterade Leif Chu, konsult från InfoKom AB om en nyligen genomförd kartläggning av aktuella synsätt på ADB i svensk hälso- och sjukvård. Han konstaterar att mikrodatorer nu är på gång med kapacitet som många stordatorer som ännu är i drift. Detta öppnar oerhörda möjligheter. Förutsättningen för att persondatorerna ska svara mot förhoppningarna om en kraftfull utveckling är att de används i nätverk.

Från sin undersökning rapporterade han att landstingen alltmer börjar se behovet av *helhetssyn* på ADB, och att man tillämpar användarstyrning vid systemutveckling. Det mest intressanta är tekniska lösningar som medger *portabilitet* (det vill säga möjlighet att flytta ett system mellan olika datortyper). Det finns uttalade krav på ökat stöd till datorisering inom primärvården, och mer aktiv prioritering av *vård och primärvård*.

Sammanfattningsvis innebär utvecklingen enligt Leif Chu bland annat – Mikrodatorer i nätverk, 4-generations språk, användarnära databehandling, större användarmedverkan, decentralisering...

Till detta block hörde även sex pa-

rallella seminarier med följande rubriker:

A) Basdataregistrering med datorstöd i primärvården.

B) Datorstöd för ledning och planering av primärvården.

C) Administrativa och kontorstekniska rutiner med hjälp av dator, – bokning/väntelista/kassa, – stöd för journalhantering.

D) Vad kan ges datorstöd i kontakter utanför vårdcentralen? – patientrådgivningen, remisshantering, läkemedelsförskrivning.

E) Datajournalen och sekretess och integritetsproblem vid datorisering.

F) Systemutveckling på vems villkor? – arbetsrollerna och datorn.

Själv deltog jag i seminarierna C och F. C-seminariet utgick i huvudsak från Skurupserfarenheterna, vilka har presenterats på annat håll. Bland annat belystes datorn som hjälp vid bevakning (kontroller, remisser, provsvar etc) samt diskuterades betydelsen av säkerhets- (reserv-) rutiner vid oavsiktliga avbrott.

Under F-seminariet lyftes följande 6 punkter fram av Göran Maathz, Säfle:
a) Användarinflytande – så att systemet blir ett verktyg för och i verksamheten, b) Bredd i användarinflytandet – så att inte användarna ska indelas i en grupp nöjda och en grupp drabbade, c) Småskalighet – eftersom det bland annat är förutsättningen för användarinflytande, d) On-line – för bland annat den praktiska datafångstens skull (fortfarande är 1/3 av landstingens datasystem av "batch-typ"), e) Realtid – för att klara flertalet lokala krav och f) Flexibilitet – för att kunna ändra och komplettera tills man är nöjd.

Block 2

Måndag och torsdag eftermiddag presenterades pågående projekt i primärvården i dussintal olika (delvis parallella) 45-minuterspass. De projekt som redovisades var följande:

1) Programbank för hälso- och sjukvårdsforskning inom primärvården (UMDAC).

2) Delförsök DASIS, Hallunda vårdcentral.

- 3) Datajournal på Kronans vårdcentral.
 - 4) Delförsök DASIS, Skurups vårdcentral.
 - 5) Datorstödd vårdadministration inklusive problemorienterad journal, Gråbo vårdcentral.
 - 6) Datorstöd för patientmottagare, Vänersborg.
 - 7) Försök med elektroniskt överförd recept, Apoteket Tre kronor, Jönköping.
 - 8) Utveckling av datorstöd för vårdadministration med användarnära systemutveckling, Säfle vårdcentral.
 - 9) Överföring av BVC-journal på data, Barnhälsovården Mölndal.
 - 10) Olofströmsprojektet.
 - 11) Mikro-PAS, mikrodatorbaserat vänteliste-, boknings- och kallelse-system vid Örnäsens vårdcentral.
- Ytterligare två delprojekt i DASIS (Östergötland respektive DASIS i Stockholm) var inplanerade men uteblev.

Block 3

Tisdag förmiddag fick rubriken *Med människan i centrum* och upptog dels en föredragning av förbundsjuristen på Landstingsförbundet, *Jan Sahlin*, om sekretess och integritet.

Det framgick bland annat att enbart Älvsborgs läns landsting har vägrat att lämna personnummer i den medicinska registreringen till Socialstyrelsen. Från det landstinget lämnas endast av-identifierade uppgifter. Det var en allmänt spridd uppfattning att Älvsborgs läns landsting handlat klokt som ifrågasatt Socialstyrelsens rätt att inrätta ett "spaningsregister". Vidare har JK besvärat sig över Datainspektionens tillstånd till Socialstyrelsen att inhämta även personuppgifter.

Därefter höll filosofie doktor *Ingela Josefsson* från Arbetslivscentrum ett engagerat och mycket uppskattat föredrag om "Ändrade yrkesroller – psykosociala effekter av datorisering av vårdadministrationer". Hon betonade hur viktigt det är att se på de båda typerna av kunskap: teoretisk (påståendekunskap) och praktisk (förtrogenhetskunskap, så kallad "tyst") kunskap.

Den senare ger omdöme och rimlighetsbedömningar, det som människan kan lära sig av erfarenhet, men som datorerna aldrig kan klara av. Studier av andra yrkesgrupper (FK-anställda, lot-sar och jägmästare) visar att förtrogenhetskunskapen faller bort efter 4–5 år när en verksamhet datoriseras.

Som avslutning på detta block talade *Barbro Haglund* från SHSTF:s förbundsstyrelse om fackets syn på datorer i primärvården.

Block 4

Detta block utgjordes av fjärde dagen, som var en "debattdag" med introduk-

tion av landstingsrådet Per-Olof Lam-pers, samt en uppskattad föreläsning av professor Werner Schneider, Uppsala Datacentral, kring ämnet "Primärvårdsarbetet och datorn – systemutveckling och effektgranskning".

Härefter vidtog en paneldebatt över ämnet *Primärvårdens fortsatta datorisering – vägval och villkor*. Som inledningar fungerade rapporter från de sex olika seminarierna, och i panelen deltog experter från landstinget (Älvsborgs), SPRI, Göteborgs universitet, SKAF och Läkarförbundet. Väsentliga frågor drogs fram från seminarieredovisningarna, och belystes av paneldeltagarna.

Vad som framför allt stod helt klart vid denna konferens (där Sundsvalls-konferensen fortfarande hade olika företrädare) var den helt enstämmiga uppslutningen kring *de lokala systemen*. Hit räknas då såväl minidatorlösningar (som Swede-Star på Kronan och Gråbo) som de mikrodatorbaserade försök som utvecklas och blir allt intressantare med den allt kraftfullare maskin- och programvaran.

Alltför många har utkampat en alltför smärtsam kamp med stordatorsystemen för att de längre ska ha några framträdande förespråkare på en konferens som denna. (Om de fanns där höll de i alla fall helt tyst.)

Sammanfattningsvis gav konferensen starkt stöd åt att fortsätta att pröva och utveckla lokala, lätt modifierbara och portabla (flyttbara) system, vilka garanterar användarna (personalen på mottagningen) full kontroll över systemutveckling och över de data som lagras.

Författarpresentation:

Birger Gran, distriktsläkare
Luleå

Balintmöte i Eskilstuna

Det 5:e nationella Balintmötet hålls i internatform på Sundbyholm utanför Eskilstuna 23–25 oktober 1986.

Program:

Praktiska övningar i grupp under ledning av dr Max Clyne, London.

Mötet kommer att ingå i Landstingsförbundets förteckning över externa kursgivare.

Mötesavgift: 250 kronor.

Antal deltagare: 40, varav flertalet allmänläkare, därutöver några gruppledare.

Deltagarna står själva för mat och logi samt resa tur och retur Eskilstuna.

Intresseanmälan till Dr Thomas Havland, Vårdcentralen, 152 02 Strängnäs, före 10 maj 1986.

Ange i anmälan eventuell erfarenhet av Balintarbete och tidigare deltagande i Balintmöte.

Låt primärvården sköta den kliniska talvården!

I en nyutkommen skrift från socialstyrelsen, "Klinisk talvård (Socialstyrelsen redovisar 1985:5), anger styrelsen riktlinjer för detta vårdområdes vidare utbyggnad. Idag tillhandahåller sjukvården talvård på region- och länsnivå medan sådan vård i stort sett saknas på primärnivå.

En överflyttning av talvård till primärvården är enligt socialstyrelsens mening i högsta grad välmotiverad. Huvudparten av den talvård som bedrivs utgörs av öppen vård och hör följaktligen hemma inom primärvården. För patienterna skulle en sådan omläggning göra vården mer lättillgänglig, vilket är av stor betydelse, särskilt med tanke på den i allmänhet långa behandlingstiden. Såväl vuxna som barn får därigenom större möjlighet att under behandlingens gång fortsätta sitt arbete respektive fortsätta att vistas på till exempel daghem. Rörelsehindrade, utvecklingsstörda, samt äldre kan till viss del också få sina behov av talvård tillgodosedda inom primärvården, där det väsentliga lagarbetet har särskilt goda förutsättningar. På denna nivå kan talvården samverka med övrig hälso- och sjukvård samt med andra servicefunktioner, som barnomsorg och arbetsvård. Om region- och länsställda avlastas dessa "primärvårdsuppgifter" skapas utrymme för ett effektivare omhändertagande av de patienter som på grund av mer komplicerade eller resurskrävande talhandikapp hör hemma inom region- och länssjukvården.

Den kliniska talvården inledde sin verksamhet i Sverige för ett halvt sekel sedan i och med att en foniatrik poliklinik för patienter från hela riket öppnades i Stockholm. Foniatri eller "röst- och talrubbningar" hade då blivit en medicinsk specialitet med fastställda utbildningskrav för specialistläkaren – foniatern.

När regionsjukhusen kom till på 1960-talet inrättades foniatriska avdelningar vid dessa med foniater som överläkare. Karolinska institutet påbörjade samtidigt en utbildning av logopeder med uppgift att bedriva språk-, tal- och röstterapi. Deras behörighet att utöva yrket styrks numera genom legitimation.

Ännu ett steg i den kliniska talvårdens utbyggnad togs när länssjukhusen började engagera logopeder för att driva talvårdsmottagningar. Medverkan av foniater försvårades på grund av rekryteringsproblem, varför öron-, näs-, halsklinikernas överläkare åtog sig det medicinska ansvaret också för talvården.

I överenskommelse med betänkan-

let från 1984 hävdar socialstyrelsen nu i sitt handlingsprogram betydelsen av förebyggande talvård. Sådan förekommer redan idag främst inom barntalvården, men i begränsad utsträckning. Behovet av förebyggande vård inom utbildning till yrken med högt belastning av rösten framhålls också.

Socialstyrelsens styrelse har godkänt "Klinisk talvård" som allmänna råd men riksdagens så kallade begränsningskungörelse tvingar socialstyrelsen att publicera skriften i serien "Socialstyrelsen redovisar", så att inget intrång sker i det kommunala (landstingskommunala) självstyret.

Information: Avdelningsdirektör Brita Wernlund, telefon 08/7833448, byrån för långvård.

Olycksfall – en folksjukdom

Drygt 4 procent av dödsfallen i Sverige beror på vad som i dagligt tal betecknas som olyckor. Andelen olycksfall varierar dock starkt med åldern. Så svarar till exempel olyckorna för cirka 35 procent av alla dödsfall i åldersgruppen 10–30 år.

Genom att olyckor främst drabbar yngre människor ger de upphov till lika många förlorade arbetsår, som till exempel cancer eller hjärtsjukdomar. Det framhåller företagsöverläkare Jan Thorson, Statshälsan, och avdelningsdirektör Ulla Takman, Socialstyrelsen, vid årets läkarstämma i Älvsjö i ett symposieinlägg under rubriken "Olycksfall – en förbisedd folksjukdom".

Trots att många olyckor får rättsliga efterspel där det slås fast att "olyckan" vållats av till exempel vårdslöshet klassificeras sådana skadehändelser mycket ofta som rena olyckshändelser i olika register och statistik. Detta förhållande snedvrider debatten kring olyckor, framhåller författarna. Beträf-

Dödsfall och sjukfall på grund av skada per 100.000 invånare 1982

Skadetyper	Dödsfall	Sjukfall
Motorfordon	10	157
Annan trafikolycka	2	62
Förgiftning	2	64
Fall	12	887
Eldolycka	1	7
Drunkningsolycka	3	2
Olycka med skjutvapen	0,04	1
Industriolycka mm	1	172
Annan olycka inkl kompl till medicinsk behandling	1	329
Suicid, suicidförsök	19	60
Misshandel etc	1	37
Tveksamhet om olycka eller uppsåt	6	40
Krigshandling	6	1
TOTALT (per 100.000)	58	1.821

fande arbetsolyckor har dock nyligen en lagändring genomförts som i brottbalken tydligare skiljer rena olyckshändelser från vållande genom oaktsamhet.

1982 inträffade 4.880 dödsfall till följd av olyckor medan cirka 130.000 skadade hamnade på sjukhus. Dödsfallen domineras av självmord och fallskador. Fallolyckor samt komplikationer till följd av medicinsk behandling är de vanligaste skadeorsakerna. Olyckshändelser dominerar starkt bland skadade som vårdas på sjukhus medan uppsåtligt vållade skador är viktigast ifråga om dödsfall.

Enligt sjukhusens patientstatistik dominerar fallolyckorna. Dessa drabbar främst äldre personer, speciellt kvinnor, med skör benstomme och ger upphov till långa vårdtider. Medelvårdtiden ökar också starkt med åldern. Maskinolyckor inträffar ofta i arbetsmiljöer och utgör ett betydande sjukhusproblem vad gäller antalet inläggningar. Dödligheten på grund av dessa olyckor är emellertid låg.

Sven-Runo Bergqvist
VD, Statshälsan, telefon 08-101880,
0455-80135.

Ytterligare upplysningar:
Företagsöverläkare Jan Thorson, Statshälsan i Umeå, telefon 090-135070.
Avdelningsdirektör Ulla Takman,
Socialstyrelsen, telefon 08-7833000.

Socialstyrelsen:

Många hörselskadade utvecklingsstörda lever än idag i en total social isolering

Vad görs för de vuxna utvecklingsstörda som är döva eller hörselskadade? Och vad borde egentligen göras...? På båda frågorna ges utförliga svar i en ny bok från socialstyrelsen: "Utvecklingsstörda som inte hör" (Allmänna råd från socialstyrelsen 1985:7).

En noggrann inventering av levnadsförhållandena för de döva och gravt hörselskadade utvecklingsstörda visar graverande brister i landstingens planering och samordning av insatser för dessa människor. Många lever än idag i en nästan total social isolering. Några stora ekonomiska uppoffringar krävs emellertid inte för att förbättra deras livsvillkor. Främst handlar det om ett effektivt samordnat handlingsprogram som leder till att redan befintliga resurser utnyttjas optimalt och ändamålsenligt.

För att i möjligaste mån mildra effekterna av hörselskada hos utvecklingsstörda måste en så tidig och noggrann diagnos som möjligt ställas i övrigt bör de så långt möjligt behandlas som icke utvecklingsstörda hörselskadade och döva om inte andra handikapp lägger

hinder i vägen måste de till exempel ges möjlighet att kommunicera på sitt eget första språk: teckenspråket. För att underlätta detta bör de sammanföras i boende- och arbetsgrupper där de får använda teckenspråket. Självfallet måste också personalgruppen – som bör vara sammansatt av både döva och hörande – kunna teckna.

För var och en av de döva och hörselskadade utvecklingsstörda bör ett individuellt behandlingsprogram upprättas, följas upp och korrigeras med regelbundna mellanrum. Systematiskt och regelbundet återkommande kontroller av befintliga hjälpmedel och utprovning av nya bör vara en självklarhet. Daglig kontroll av befintliga hjälpmedel, i synnerhet av hörapparater, bör automatiskt ingå i personalens arbetsschema.

Vidare behövs ett intimt samarbete med lokala föreningar vilkas verksamhet kan vara av stort värde för de utvecklingsstörda döva och hörselskadade. Detta gäller i högsta grad de dövas egna föreningar. Här finns garanterat både viljan och kompetensen att hjälpa döva och hörselskadade utvecklingsstörda medmänniskor genom lämpligt stöd och främjande insatser, bland annat som kontaktpersoner och under fritiden.

"Utvecklingsstörda vuxna som inte hör" Allmänna råd från socialstyrelsen 1985:7. Pris: 24 kronor.

Information: Psykolog Teut Wallner, telefon 08/7833794, byrån för handikappfrågor.

WHO slår larm:

Rökningen måste minska även bland kvinnor

Tobaksbolagen världen över utnyttjar den pågående ekonomiska och sociala utjämningen mellan kvinnor och män för att öka sin försäljning bland kvinnor. Det konstaterar Världshälsoorganisationen WHO som nyligen arrangerade ett tobakssymposium i Lissabon med syfte att samla kunskap om den växande utbredningen av rökning bland kvinnor. Vid symposiet deltog bland andra byrådirektör Margaretha Haglund från socialstyrelsen.

WHO har i många sammanhang uttalat att få sjukdomsförebyggande åtgärder som kan mäta sig med en minskning av tobaksbruket. Avsikten med mötet i Lissabon, som arrangerades för WHO:s europeiska medlemmar, var bland annat att utarbeta rekommendationer till åtgärder för att motverka en fortsatt ökning. Särskilt de sydeuropeiska länderna står inför en kraftig ökning av kvinnorökning. Dessa länder går nu mot en utveckling motsvarande den som Sverige hade på 1950- och 60-talet.

Vid mötet visade många länder stort intresse för det arbete som bedrivits i

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.
Svensk Förening för Allmän Medicin.*

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu mer än 1.000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger ALLMÄNMEDICIN – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande är emellertid många allmänläkare eller blivande allmänläkare inte medlemmar i SFAM. Det är vår övertygelse att även de skulle ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen. Vi vill i detta sammanhang presentera vad som skrevs i Distr.läk.föreningens informationsblad efter höstmötet 1980 i Malmö:

"Programmet var av hög kvalitet och uppskattades av deltagarna. Svensk Förening för Allmän Medicin, som är allmänläkarnas vetenskapliga förening, har emellertid ett alltför lågt deltagarantal av distriktsläkare. Det känns därför angeläget för undertecknad att rekommendera lokalavdelningarna att skaffa information om resp. göra reklam för medlemskap i SFAM." – B. Gran, styrelseledamot DLF.

För att således nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att vidtala sina kolleger. Information om föreningen kan ges på arbetsplatsen eller i samband med möten, t.ex. lokala "fackmöten" för distriktsläkare eller praktiker. Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt kan listor med namn insändas till samma adress.

Vi vill slutligen speciellt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM.

OBS! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1986 automatiskt tidskrifterna ALLMÄNMEDICIN och SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

Historia – kan det vara nå't?

Hösten 1984 insjuknar ett par personer i Göteborg i difteri. Ytterligare några 10-tal blir smittbärare och även i Stockholm påträffas ett par fall. Potentiellt dödliga infektionssjukdomar är ovanliga i Sverige idag.

Vi noterar att vaccinationsskyddet hos den vuxna befolkningen ofta är dålig. Hur farlig är difterismittan? Varför sprids inte smittan när så många saknar vaccinationsskydd?

Jag slås av att för mindre än 100 år sedan, i slutet av 1800-talet, tiden för min egen fars födelse, insjuknade cirka 20.000 personer i Sverige årligen i difteri med cirka 10 procent mortalitet.

För att läsa mera om gångna tiders farsoter i Sverige går jag till *Ulf Högberg, Svagårdens barn*. (Libers förlag.) Där berättas om den svenska folkhäl-sans historia från jägarsamhället fram till nutid.

De stora folksjukdomarna i världen idag malaria, kolera, vita pesten (tuberkulos), svällsjukan (kwashiorkor) är ett fåtal exempel på farsoter som under de senaste århundradena skördat hundra tusentals offer även i Sverige.

Varför blev det bättre? Vad har orsakat våra enastående framsteg i folkhäl-san framför allt vad det gäller barn-sjukdomar i västvärlden?

Sverige sedan mitten av 1970-talet. Margaretha Haglund från socialstyrelsen redogjorde för den rökutveckling som vi har haft sedan andra världskriget fram till idag. Nya data visar tydliga tecken på att utvecklingen har vänt i Sverige.

Särskilt bland kvinnor i åldersgruppen 16–19 år, det vill säga de som vuxit upp med tobaksupplysning, har rökningen minskat kraftigt under de senaste åren. Däremot kan man inte konstatera någon motsvarande minskning i åldersgruppen 30–40 år. Det innebär att kvinnor under de närmaste årtiondena kommer att belasta hälso- och sjukvården i betydligt högre utsträckning än idag. Då uppnår dagens storrökande kvinnor den ålder då flertalet tobaksrelaterade sjukdomar, bland annat lungcancer, börjar visa sig på allvar.

Skilnaderna i rökvanor mellan män och kvinnor i Sverige kommer på sikt troligen att suddas ut. Samtidigt tenderar rökning att bli betydligt vanligare bland lågutbildade jämfört med högutbildade. Vi håller med andra ord på att få en ny form av ojämlikhet vad gäller rökvanorna i Sverige.

Information: Byrådirektör Margaretha Haglund, telefon 08/783 3297, byrån för hälsoupplýsning.

Läkare, sjukvård, mediciner som penicillin, insulin tycker du. Javisst har dessa faktorer spelat stor roll till exempel för malarians tillbakagång i Sverige under 1800-talet. Penicillin för barn-sängsfebern utrotande eller kirurgins betydelse för nedbringande av mortaliteten till exempel vid appendicit.

Men, ser man utvecklingen i stort har preventiva åtgärder haft större betydelse är kurativa. Människors motståndskrafter ökade med bättre näringstillstånd. Smittsamma sjukdomar hejdades genom isolering och utbildning av människor, något som haft stor betydelse för utrotande av rödsot och kolera. Vaccination med variolisation och sedermera smittkoppsvaccin har utrotat den fruktade smittkoppsjukdomen, men dödligheten i denna farsot liksom i andra minskade avsevärt i Sverige innan vaccinationerna blev vanliga tack vare bland annat den ökade motståndskraften hos befolkningen.

Vad har vi lärt oss av historien?

Givetvis att vi lärt oss att förebygga och behandla dåtidens folksjukdomar.

Något mera slår mig.

Människan har genom sina egna åtgärder som till exempel samhällsorganisationen inte bara medverkat till bättre hälsa utan också bidragit till ökad sjuklighet med många sjukdomar under exempelvis 17–1800-talen.

Industrialiseringen gav underlag till stadsbildningar med stor befolkningstäthet. Bostäder, hygien, kosthåll för-sämrades. Gamla kunskaper om folk-medicinen, naturkännedom glömdes bort. Detta bidrog till ökad sjuklighet i infektionssjukdomar. Framför allt spreds könssjukdomar snabbt. I Liverpool sjönk medellivslängden till 24 år från den på landet vanliga 40 år. Spädbarnsdödligheten var i Sverige högre i städerna än på landsbygden ända fram till 1920-talet.

Men vi vet väl bättre idag?

Gör vi?

Det finns en tendens hos varje generation att betrakta dagens situation som den slutgiltiga och även vi har svårt att acceptera att vi måste förebygga den sjuklighet som vårt samhälle orsakar.

Vilka sjukdomar skapar då vår civilisation i onödan?

Svaret är lätt. Alkoholrelaterade sjukdomar, rökskador, trafikolycksfall, självmord, sjukdomar orsakade av för mycket felaktiv kost är alla biprodukter av vårt moderna sätt att leva.

Betraktar man utvecklingen av folk-hälsan under de senaste århundradena slås man framför allt av att det är barnens hälsa som förbättrats. En 50-åring i Sverige på 1800-talet hade inte mycket kortare förväntad livslängd än en 50-åring idag. Om den moderna civilisationens avigssidor kunde reduceras skulle medellivslängden kunna öka cirka 10 år. (Lieden: Hur förebygga hjärtinfarkt, Friskvårdscentrum.)

Vilka farsoter kommer framtidens samhälle att framkalla?

Funderar du över detta? Kan vi idag medverka till prevention?

Vad kommer den ständigt ökade nedsmutsningen av miljön med nya gifter att medföra? Rapporterna om nya mil-jökatastrofer duggar allt tätare och tycks få allt större dimensioner i takt med ökad stordrift och krav på lönsamhet. Rovdriften på jordens resurser som vi i västerlandet bedriver, hur länge kan den fortgå innan situationen blir ohållbar?

Vårt viktigaste kapital, genbanken, nedärvd sedan årmiljoner, hur länge klarar den anstormningen från mutagena kemikalier och ökande radioaktiv nedsmutsning från allt fler strålkällor, även utan tanken på en kärnvapen-katastrof?

Kan vi lära något om detta ur historien?

Jag tror det! Läs boken!

"Gräv där du står" och du skall finna grunden till framtidens byggnad.

Rune Lindqvist
Distriktsläkare
Tumba vårdcentral
Telefon 0753/641 00

Socialstyrelsen

Obetydlig minskning av alkoholförsälj- ningen

Försäljningen av alkoholdrycker minskade obetydligt under första halvåret 1985. Det framgår av en halvårsrapport från socialstyrelsen. Spritdrycker-na minskade med 3,5 procent och starkölet med 2,7 procent. Denna minskning uppvägdes dock nästan helt av en ökning för vin med 2,6 procent och för öl (klass II) med 6,9 procent. Den sammanräknade försäljningen omräknad till 100-procentig alkohol per innevånare över 14 år minskade från 2,86 liter första halvåret 1984 till 2,85 liter första halvåret 1985. Detta motsvarar en minskning med 0,5 procent.

Av socialstyrelsens rapport framgår vidare att antalet polisanmälda trafik-nykterhetsbrott minskat med drygt 13 procent jämfört med samma period fö-regående år. Antalet hembränningsbrott som kommit till polisens känne-dom har ökat med 51 fall och är för första halvåret 1985 uppe i 489 brott. Antalet omhändertaganden av berusa-de personer uppgick till 47.518 – en minskning med 15 procent jämfört med 1984.

– Det är glädjande att antalet trafik-nykterhetsbrott minskar och att omhändertaganden på grund av berusning visar samma tendens, säger social-styrelsens nya generaldirektör Maj-Britt Sandlund i en kommentar.



**När målet är
att lindra smärtan snabbt...**

BRUFEN
ibuprofen

Brufen – vid akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet.

Brufen, antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt.
Tabl. 200 mg, 400 mg, 600 mg. Mixtur 20 mg/ml.

 **Astra Läkemedel** 151 85 SÖDERTÄLJE

Flytande bulklaxativ!

Laktulos ACO.

Lätt att ta. Lätt att ge.

Sätt in Laktulos ACO. Ett flytande bulklaxativ med bulkmedlets alla fördelar, men utan dess nackdelar.

Laktulos ACO är mycket lätt att inta och dosera. En liten mängd endast en gång om dagen. Utan extra vätska!

Laktulos ACO smakar gott.

Att laktulos tar över på långvården, där problemen med obstipation är särskilt stora, är ett starkt bevis för att det fungerar. Det är lätt att ta och lätt att ge.

Laktulos ACO påverkar inte blodsockret och kan ges till diabetiker.

Laktulos ACO är ett nytt exempel på ACO's breda sortiment av beprövade läkemedel till genomgående lågt pris.

ACO — det svenska basläkemedelsföretaget.

ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna.

LAKTULOS ACO

Mixtur 670 mg/ ml

Tarmreglerande medel Grupp 5E 1210

Deklaration. 100 ml mixtur innehåller: Lactulos. 67 g, lactos., constit, q.s., aq. purif. ad 100 ml.

Egenskaper. Laktulos är en disackarid bestående av fruktos och galaktos. Laktulos innehåller ca 6% laktos. Laktulos förekommer inte i naturen och passerar i oförändrad form tunntarmen. I tjocktarmen bryts laktulos ned av den sackarolytiska bakteriefloran till lågmolekylära svaga organiska syror, främst mjölksyra. Liksom andra disackarider absorberas laktulos i tunntarmen endast till en ringa del (<1%). Absorberad laktulos utsöndras oförändrad, huvudsakligen i urinen. En mindre del utsöndras via gallan.

Den tarmreglerande effekten av laktulos förklaras av att de syror som bildas vid nedbrytningen av substansen ger en bulkeffekt genom att osmotiskt binda vatten och verkar därmed regulariserande på peristaltiken.

Laktulos påverkar inte blodsockret och kan därför ges till diabetiker.

Den gynnsamma effekten av laktulos på hepatisk encefalopati anses ha samband med den kraftigt ökade produktionen av sura produkter i colon, när laktulos tillförs i höga doser. En sänkning av pH i colon medför en ogynnsam miljö för den proteolytiska tarmfloran. Det är ej helt klarlagt om den minskning av ammoniak i blod som observeras vid laktulosbehandling beror på en minskad produktion, minskad absorption eller ökad elimination. Ammoniak anses vara en av de viktiga utlösande faktorer för CNS-förändring vid levercoma.

Indikationer. Obstipation av funktionell art. Hepatisk encefalopati (portasystemisk encefalopati — PSE).

Biverkningar. Flatulens kan ibland uppträda vid normal dosering. Höga doser kan framkalla diarré.

Dosering: *Obstipation: Vuxna:* Initialt 30 ml LAKTULOS dagligen givet som en dos. När tarmfunktionen kommit igång (i regel efter 2—4 dagar) kan man övergå till underhållsdoser av storleksordningen 25—10 ml dagligen. Om patienten stått på laxativum under längre tid, bör detta utsättas gradvis.

Till barn med obstipation ges initialt LAKTULOS i följande dagliga dos: *Barn under 1 år:* 5 ml. *1—6 år:* 10—15 ml. *7—14 år:* 15 ml.

Dosen är individuell och bör justeras så att avföring av halvfast typ erhålles. Hela dygnsdosen av LAKTULOS bör lämpligen tas på morgonen. LAKTULOS kan med fördel blandas i mat ex. juice, kakao, filmjolk eller gröt. *Akut PSE (precoma och coma hepaticum):* Initialt 50 ml LAKTULOS varannan timma tills patienten fått två avföringar, varefter dosen reduceras till den dos som kräves för att ge patienten 2—3 halvfasta avföringar per dag. Dagsdosen ligger då i allmänhet på 100—150 ml/dag.

Kronisk PSE: Initialt 30 ml LAKTULOS 3 gånger daglig varefter dosen justeras till att ge 2—3 halvfasta avföringar per dag. Effekten av LAKTULOS motverkas ej av samtidigt oralt tillfört neomycin.

Förpackningar och priser.

Mixtur 670 mg/ ml

200 ml 32:40

500 ml 63:20

1000 ml 110:70



– För att nå målet i WHO-projektet "Hälsa för alla år 2000" att minska på alkoholkonsumtionen med 25 procent fram till år 2000 måste vi fortsätta satsningen på alkoholpolitiken, informationen och stödet till drogförebyggande aktiviteter. Vi måste se till att konsumtionsutvecklingen fortsätter att sjunka, säger Maj-Britt Sandlund.

Information: Byråchef Åke Wegerman, telefon 08/783 32 30, byrån för alkohol- och narkotikafrågor.

Socialstyrelsen:

Måltidsordningen på sjukhus måste utgå från patienternas behov

Kosten är en viktig faktor för hälsa och trivsel. På sjukhus kan kosten påverka både vårdtider och behandlingsresultat och för friska människor är bra mat en förutsättning för att bibehålla hälsan och leva ett aktivt liv, långt upp i åren. Det konstaterar socialstyrelsen i sina nyutkomna allmänna råd (1985:11) om kost på sjukhus och inom den sociala omsorgen.

Men också måltidsordningen är viktig. Ofta serveras maten på sjukhus och andra institutioner så tätt att patienten inte hinner bli hungrig mellan måltiderna. Detta leder till att den mat som serveras inte blir uppäten, även om den är god och vällagad. Socialstyrelsen anser att måltidsordningen ska utgå från patienternas eller gästernas behov samt att personalens arbetsschema ska anpassas därefter. Gjorda undersökningar visar att en sådan anpassning kan genomföras utan att det leder till ökade kostnader. Socialstyrelsen anser vidare att man måste ta hänsyn till att människor har olika mattraditioner. För till exempel invandrare spelar maten och måltiden en viktig roll både kulturellt och socialt.

När det gäller barn måste sjukhusmaten ägnas särskild uppmärksamhet. Sjukhusmiljö och behandling kan verka skrämmande vilket inte sällan leder till aptitlöshet och matvägran. Det är viktigt att vårdpersonalen visar en positiv ställning till maten samt se till att måltiden får en lugn och vänlig ram. Barn på sjukhus ska självklart inte tvingas att äta sådant som de tycker illa om. Därför är det viktigt att det finns vissa valmöjligheter. Socialstyrelsens allmänna råd pekar också på att det både inom sjukvården och inom den sociala omsorgen bör ges ordentlig information om mat och matordning. Den som behöver rådgivning av dietist måste också kunna få det.

"Kost på sjukhus och inom social omsorg", Allmänna råd från socialstyrelsen 1985:11. Pris: 19 kronor.

Information: Avdelningsdirektör Ingrid Lindvall, telefon 08/783 32 94, byrån för hälsoupplysning.

Astma vanligaste lungsjukdomen bland barn ... men de flesta blir symtomfria som vuxna

Astma är idag den vanligaste lungsjukdomen hos barn. 2,5 procent av alla barn och ungdomar lider av astma medan 5–10 procent av alla småbarn någon gång drabbas av astmasymtom, främst i samband med en luftvägsinfektion. Astmasymtom kräver mycket sjukvård. Barn med astma är dessutom ofta hemma från förskolan och skolan vilket även ökar föräldrarnas frånvaro från arbetet.

Astma hos barn är sannolikt vanligare idag än för 20–30 år sedan. Vad som orsakat denna ökning är inte helt känt, men luftföroreningar och allergier har på goda grunder utpekats som bidragande orsaker. Barn och ungdomar utvecklar lätt allergier och det allergiska inslaget i astmasjukdomen är betydande just under uppväxtåren. Om man inte tidigt uppmärksammar och vidtar åtgärder mot sådana allergiinslag är risken stor att astmasjukdomen förvärras.

Prognosen för astmasjuka barn och ungdomar är i de flesta fall gynnsam. Drygt hälften av dem som haft astma som barn uppfattar sig som symtomfria i vuxen ålder. Förbättringen har

som regel inträtt mellan 16 och 20 års ålder. Cirka 30 procent har kvar lindrig astma medan 10–20 procent har måttliga eller svåra besvär.

Socialstyrelsens nya bok "Barn med astma" utgör ett underlag till vårdprogram för landstingen. Syftet med den är att ge kunskap om astmaproblem hos barn, föreslå vissa riktlinjer för diagnos och behandling samt skapa förståelse för de psykologiska och sociala återverkningar som astmasjukdomen får för barnet och familjen.

"Barn med astma" riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Underlaget är också avsett för politiker och administratörer som hjälp i deras arbete med att planera förebyggande insatser för och vård av barn med astma. Föräldrar till barn med astma kan också ha mycket att lära av boken.

"Barn med astma" – underlag till vårdprogram. Socialstyrelsen/Utbildningsproduktion AB. Pris: 40 kronor.

Information: Byrådirektör Birgitta Björck, telefon 08/783 33 74, byrån för läns- och regionsjukvård.

Nytt gymnasiematerial kring droger hjälper eleverna att våga säga nej

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen producerat ett drogförebyggande arbetsmaterial för gymnasieskolan. Arbetsmaterialet, "I samma klass", består av elevhäfte och lärarhandledning som producerats i nära samarbete med skolöverstyrelsen och länskolnämndernas ANT-kontaktpersoner. Det är tänkt som ett komplement till skolans faktaundervisning om droger och samlevnad, och är lämpligt som inskolningsmaterial i årskurs 1.

Syftet med "I samma klass" är bl.a. att utveckla elevernas förmåga att formulera känslor, tankar och värderingar. Genom denna inriktning ökar elevernas förmåga att uttrycka sina egna åsikter i situationer som tex har med droger att göra. Härigenom ökar ungdomarnas självkänsla, vilket ökar deras förmåga att stå emot gruppträck och våga säga nej till droger.

Materialiet är uppbyggt i tre delar. Den första delen, som syftar till att öka elevernas självkännet, ger bl.a. eleverna möjlighet att fundera över hur de själva fungerar, vad de är bra eller dåliga på och vad de skulle vilja förändra hos sig själva. Den andra delen

ger eleverna tillfälle att diskutera och fundera över hur de fungerar i relation till föräldrar, kompisar etc. I detta avsnitt ges bl.a. möjlighet att diskutera hur en kompis bör vara. I den sista delen, som handlar om ungdomarna själva i relation till grupper, får de bl.a. möjlighet att diskutera hur de tycker fester ska vara för att bli lyckade etc.

Elevhäften och lärarhandledningar har skickats ut till länskolinspektörer, länskolnämndernas ANT-kontaktpersoner, skolstyrelser och rektorer vid landets samtliga gymnasieskolor.

En klassuppsättning (30 exemplar) av "I samma klass" kostar 15 kr och kan beställas från socialstyrelsen, byrån för alkohol- och narkotikafrågor, 106 30 Stockholm.

Information: Byrådirektör Gunborg Brännström, byrån för alkohol- och narkotikafrågor, tel 08/783 37 83, eller expert Vega Otterland, skolöverstyrelsen, tel 08/783 23 87.



Selexidin

pivmecillinam

Etablerat förstahandsmedel vid distala urinvägsinfektioner

Selexidin
Selexidin
Selexidin

*Hur man än vrider
och vänder
på UVI-problemet
— Selexidin!
— penicillinet vid
urinvägsinfektioner*

Selexidin® — när effekt och tolerans får avgöra preparatvalet.

Selexidin: pivmecillinam Grupp 7B 0605
Tabletter 200 mg, dosgranulat 100 mg.

Indikationer: Urinvägsinfektioner orsakade av mecillinamkänsliga mikroorganismer.

Kontraindikationer: Penicillin- och cefalosporin-överkänslighet.

Förpackningar: Tabl.: 20, 30, 40 och 100 st.
Dosgranulat: 20 st.



Lövens Läkemedel · Box 404, 201 24 Malmö · Telefon 040-756 30

*1 tablett
till natten
vid
akut cystit*

Wellcoprim 300mg

trimetoprim, ett antibakteriellt medel



Wellcome The Wellcome Foundation Ltd, Box 2118, 183 02 Täby, Tel 08-768 07 85