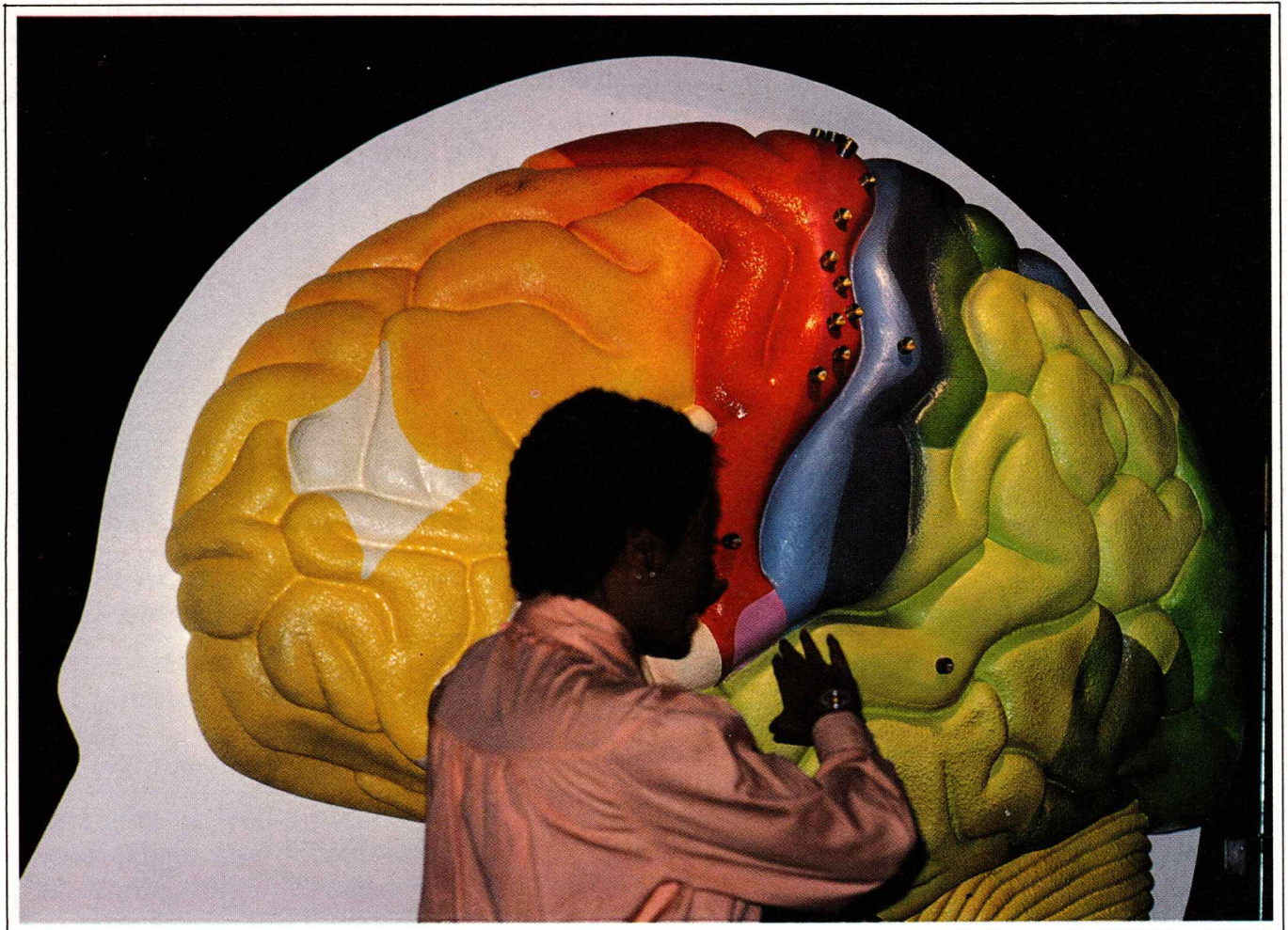


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Hälsofostran
i skolan

2
1987

Ett
hälsoäventyr

”och när du får ont
tar du två tabletter tre gånger om dagen...”



För att uppnå effektiv smärtlindring fordras en adekvat dosering.

Rekommenderad dos för Distalgescic är i de flesta fall 2 tabletter 3–4 gånger om dagen. Som startdos kan dock 3–4 tabletter ges.* Maximal dygnsdos är 8 tabletter.

* (Läkemedelsboken 85, sid. 919).



Eli Lilly Sweden AB. Box 300 37, 10425 Stockholm, Tel: 08-13 02 50.

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 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.

Ledare:

Att förebygga i skolan
Bo J A Haglund 36

Föreningsnytt:

Äntligen en ny klassifikation av sjukdomar för primärvården
Britt-Gerd Malmberg 37

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Olycksfall bland barn och ungdom i ett svenskt lokalsamhälle
Gunilla Bjärås 38

Debatt:

Bäste Ulf!
Göran Sjönell 39

Hälsofostran i skolan:

Hälsofostran i skolan
Annika Strandell 40

Skolbarns hälsovanor i Sverige
Ulla Marklund, Annika Strandell 42

Hälsovanor bland skolungdom i Stockholms län
Birgitta Greitz, Bo J A Haglund, Avri Wirschubsky 44

Skolhälsovårdens roll i hälsofostran
Lars Cernerud 49

Salivens halt av lactobaciller verifierar effekten av kostrådgivning i skolan
Sune Wikner 53

Några glimtar från länskolnämndernas arbete med hälsofostran
Ulla Norén, Jörgen Svedborn 58

Hälsofostran i skolan – några exempel från forsknings- och utvecklingsarbete
Bo J A Haglund 60

Utvecklingsarbetet "hälsofostran i skolan" i Skaraborgs län
Per Sennerfeldt, Göran Gustafsson 63

Från hälsofostran i skolan till lokalt hälsoarbete i Ljusdals kommun
Bosse Pettersson 67

Att ge färdigheter för hälsa – erfarenheter från Nordkarelen
Per Tillgren, Lena Kanström, Bo J A Haglund 75

Hälsofostran i skolan i USA – exempel från Minnesota
Bo J A Haglund, Lena Kanström, Per Tillgren 79

Hälsoutbildningscentra i samhället – hälsoäventyr för barn och vuxna
Per Tillgren, Bo J A Haglund, Lena Kanström 86

Olycksfallsprevention:

Barnolycksfall i Sollefteå kommun
Margareta Berglund, Örjan Nilsson, Leif Persson 86

Prevention i primärvård:

Att arbeta förebyggande med missbruksproblem – några erfarenheter från Vännäs, Västerbotten
Gunilla Forsgren, Curt Hörnqvist, Nancy Johansson, Thure Johansson, Karin Jonsson, Åke Mikaelsson, Göran Westman 88

Medborgarinflytande:

Förhoppningar och farhågor – om utvärderingen av försök med närvårdsnämnder inom Örebro läns landsting
Carl-Gunnar Eriksson, Gunilla Fahlström, Lennart Holmquist, Stig Motin, Ingrid Pincus, Anna Swift-Johannison 91

Kurser & konferenser:

Norsk allmänmedicin på hög nivå
Carl Edvard Rudebeck 95

Svensk förening för allmänmedicin 96

Inbjudan till Sydsvenska Allmänläkarklubbens vårmöte i Helsingborg 96

Att lära sig se bortom symtomen. Intryck från Balint-kongress i Budapest
Rolf Wahlström, Tomas Havland 97

Kongressrapport 99

NLV-kurser i allmänmedicin – dags för nya idéer?
Anna-Karin Furhoff, Gunilla Hoffstedt, Eskil Johansson 100

Recensioner:

Den endelösa barndommen 102

Fosterdiagnostik – ny bok från socialstyrelsen 102

Mor och Amor 102

Nytt utskick av Haschboken till 110.000 tonårsfamiljer 102

Att förebygga i skolan

Vår målsättning med temanumret om hälsofostran i skolan är att spegla tre frågeställningar. Vilka är de viktigaste hälsoproblemen bland skolungdomen? Vilka är aktörer i det förebyggande arbetet? Hur skall arbetet bedrivas?

Under de senaste 10 åren har vårt samhälle blivit röknegativt. Ungdomen har gått i spetsen för denna förändring. Rökfrekvensen för årskurs nio har till exempel i Stockholmsområdet minskat från 41 procent hos pojkar och 55 procent för flickor år 1975 till 16 procent respektive 15 procent dagligrökare år 1985. Även andra levnadsvanor som alkoholbruk och användning av andra droger har förändrats på samma sätt. Idag är de ungdomar som i andra avseenden är sämst ställda i vårt samhälle också de som har levnadsvanor som påverkar hälsan negativt. Hur skall ett förebyggande arbete utformas som når dessa grupper?

Matens betydelse för hälsan har underskattats under många år. Våra barns matvanor påverkas bland annat av erfarenheter vid skolluncherna. Skolmältidernas miljömässiga utformning och matens näringsinnehåll förändras ofta negativt vid ekonomiska nedskärningar i kommuner. De råvaror som många gånger ratas till storköket för oss vuxna går av ekonomiska skäl istället till våra barns skolluncher. Vilka hälsomässiga konsekvenser får detta på sikt om inte förhållandet ändras? Kan erfarenheterna från Tranmursskolan i Gävle med självförvaltningsförsök, där eleverna deltar i tillagning och distribution av maten, vara ett exempel på möjligheter till förändring när det gäller skolmältider?

Distriktsläkarna arbetar på många håll som skolläkare. Under de senaste åren finns en trend att detta engagemang minskar. På en del håll är det yngste AT-läkaren vid vårdcentralen som får ansvar för skolhälsovården. Vi vill i det här temanumret visa en motbild. Att gå in i ett samarbete runt förebyggande åtgärder i skolan är en av primärvårdens stora utmaningar under

de närmaste åren. Lars Cernerud talar om att hälsovårdens företrädare bör utvecklas till "barnens hälsoadvokater".

Tandhälsovården har en lång tradition när det gäller förebyggande arbete. I ett samarbete har de mycket att lära oss inte bara hur man sköter sina tänder, utan kanske mera vilka metoder som kan användas för att förändra våra matvanor. Under de senaste åren har också tandhälsan tagits till utgångspunkt för förändring av rökvanor hos ungdomar.

Men, huvudaktören vid hälsofostran är skolans egen personal. Det finns övertygande argument för att ett målmedvetet långsiktigt hälsoprogramarbete genom hela skolan skapar en förändring av hälsobeteendet. Erfarenheter både från vårt land och exempel från andra länder visar att för att nå någon förändring i levnadsvanor måste ett helhetsperspektiv tillämpas. "Allt hänger ihop" säger man i ett program från Dalby där man haft goda framgångar med denna helhetsstrategi.

Några lärdomar kan dras för primärvårdens del. 1) För att genomföra hälsofostran i skolan krävs att någon tar ansvar för att förverkliga idéerna till exempel genom att distriktsläkare igen söker sig till uppgifterna som skolläkare. 2) Vi har mycket att lära i ett samarbete runt förebyggande arbete av de erfarenheter av "helhetsstrategier" som finns samlade i skolan. 3) Vi behöver också de pedagogiska metoder som utvecklats för barn i primärvårdens arbete för andra ålderskategorier. 4) I samarbetet med skolan runt hälsofostran ligger också ett spännande forskningsområde för företrädare från hälso- och sjukvården. Erfarenheterna från de internationella hälsoupplivningsprogrammen på samhällsnivå från Nordkarelen, Finland och Minnesota, USA visar detta. I framtiden behöver många engagera sig i sådant förebyggande arbete.

Bo JA Haglund

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1987. 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 hinna med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1986/1987.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
3/87	6/ 4-87	23
4/87	9/ 6-87	37
5/87	31/ 8-87	44
6/87	28/ 9-87	48

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för

Svensk Förening för Allmän Medicin

(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau.

Huvudredaktör:
Bo Haglund,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989100.

Redaktionskommitte:
Malin André
Cecilia Björkelund
Anders Håkansson
Carl Edvard Rudebeck

Redaktionsadress:
AllmänMedicin,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989100.
(Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonserförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 11247 Stockholm.
Tel: 08/516760.

Prenumerationsavgift:
300 kr per år, för studerande 100 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,
1987

ISSN 0281-3513

Äntligen en ny klassifikation av sjukdomar för primärvården

BRITT-GERD MALMBERG

Inledning

En ny klassifikation för diagnosregistrering, i första hand att användas i primärvården, har sammanställts av undertecknad tillsammans med professor Björn Smedby, föredragande läkare i klassifikationsfrågor i Socialstyrelsen. Den förkortade svenska klassifikationen ansluter sig i överensstämmelse med starka önskemål från allmänläkarnas sida nära till International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2), vilken också är baserad på International Classification of Diseases (ICD-9). Den svenska versionens kodnummer har anpassats till den fullständiga svenska klassifikationens alfanumeriska kodbeteckningar. I en bilaga finns en "översättningsnyckel" som möjliggör dels användandet av den internationella allmänläkarklassifikationen (ICHPPC-2-Defined) som har vissa kriterier. Jämförelser görs också gent-

emot tidigare klassifikation, Diagnoskoder i öppen vård 1977.

En ny diagnosklassifikation för primärvården

En sjukdomsklassifikation är ett system av kategorier och klasser till vilka sjukdomar hänförs efter bestämda kriterier och principer. Vi som arbetar inom hälso- och sjukvården har olika utgångspunkter beroende på vilka behov vi har.

Primärvården, som har bred kontakt med såväl sjuka som friska människor, kan inte använda sig av en högt specialiserad diagnosklassifikation. I primärvården klarar man sig inte med *en* sjukdomsklassifikation; man kommer att behöva en kontaktorsklassifikation, åtgärdsklassifikation etc.

Ändå har vi behov av en sjukdomsklassifikation som möjliggör jämförelser – jämförelser mellan primärvård och sjukhusvård, mellan primärvårds-

områden/vårdcentraler nationellt och internationellt och inom primärvårdsområdet/vårdcentralen mellan olika år.

Av bland annat dessa anledningar har Socialstyrelsen i samband med övergången till en ny sjukdomsklassifikation för sjukhusbruk – Klassifikation av sjukdomar 1987 – tagit fram en klassifikation – en "kortversion" – *i första hand för primärvårdens behov*. Den bör dock vara möjlig att använda även av vissa specialistläkare i primärvård, inom skolhälsovård, försvar med mera.

Utgångspunkter

Internationellt har sedan 1979 funnits en primärvårdsanpassad diagnosklassifikation benämnd International Classification of Health Problems in Primary Care – 2. Urvalet av diagnoser till den svenska klassifikationen följer i stort sett denna. Vissa modifieringar

Figur 1. Utdrag ur Kap VII Klassifikation av sjukdomar 1987 Primärvård.

Kapitel VII Cirkulationsorganens sjukdomar		Motsvarande koder i Klassifikation av sjukdomar 1987
Hjärtsjukdomar		390-398
390- Reumatisk hjärtsjukdom <i>Innefattar:</i> akut reumatisk feber, kronisk reumatisk hjärtsjukdom med klaff-engagemang, myokardit eller perikardit <i>Utesluter:</i> icke reumatisk klaffel (424-), myokardit eller perikardit (429R)		410, 411
410- Akut hjärtinfarkt <i>Innefattar:</i> akuta och subakuta former av ischemisk hjärtsjukdom		412-414
412- Kronisk ischemisk hjärtsjukdom <i>Innefattar:</i> gammal hjärtinfarkt, angina pectoris, hjärtaneurysm <i>Utesluter:</i> kardioskleros UNS (429R), arteriosklerotisk klaffsjukdom (424-)		416, 417
424- Hjärtinfarkt <i>Innefattar:</i> kroniska hjärtinfarkt		424
427A-427C		

Figur 2. Utdrag ur bilagan till Klassifikation av sjukdomar 1987 Primärvård.

Kapitel VII Cirkulationsorganens sjukdomar		Motsvarar i ICHPPC-2 kod	Ämning	Motsvarar i Öppen vård 1977 kod	Ämning
Hjärtsjukdomar		390-		398	
390- Reumatisk hjärtsjukdom		410-		410	F
410- Akut hjärtinfarkt		412-	F	412R, 413	M, F
412- Angina pectoris		416-		-	N
416- Cor pulmonale		424-		-	
424- Klaffel		4270		-	
427A Paroxysmal takykardi					
427D Förmaksflimmer och fladdar					
427G Extrasystoler					
428- Hjärtinsufficiens					
429R					

Figur 3. Utdrag ur ICHPPC-2.

Position no	ICHPPC code	List of diseases, disorders, and health problems	Changes from ICHPPC 1 codes	Comparable ICD-9 codes
VII. DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM				
Diseases of the heart				
108	390-	Chronic rheumatic heart disease, acute rheumatic fever, Sydenham's chorea, with or without heart involvement excl. chronic disease of valve or endocardium when not specified as rheumatic, and where rheumatic origin is not suggested on clinical grounds (e.g. it would be in the following: mitral stenosis, combined disease of mitral & aortic valves, tricuspid valve disease)		L 390-398
109	410-	Acute myocardial infarction, sub-ischemic heart disease		
110	412-	Chronic ischemic heart disease incl. healed myocardial infarction, angina pectoris, etc.		

Figur 4. Utdrag ur ICHPPC-2-Defined.

Position no	ICHPPC code	List of diseases, disorders, and health problems, with sub-classification	Comparable ICD-9 codes
VII. DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM			
Diseases of the heart			
108	390-	Chronic rheumatic heart disease, acute rheumatic fever, Sydenham's chorea, with or without heart involvement excl. chronic disease of valve or endocardium when not specified as rheumatic, and where rheumatic origin is not suggested on clinical grounds (e.g. it would be in the following: mitral stenosis, combined disease of mitral and aortic valves, tricuspid valve disease) <i>Inclusion in this rubric requires:</i> A. For chronic rheumatic heart disease—one of the following (a) Physical findings consistent with a valve lesion of the heart in a patient with a history of rheumatic fever (b) Physical findings consistent with mitral stenosis, even in the absence of a history of rheumatic fever, but without any other demonstrable cause B. For acute rheumatic fever—two major, or one major and two minor manifestations, plus evidence of preceding streptococcal infection (a) Major manifestations (i) Migratory polyarthritits (ii) Carditis (iii) Sydenham's chorea (iv) Erythema marginatum (v) Subcutaneous nodules (b) Minor manifestations (i) Erythema marginatum (ii) Subcutaneous nodules (iii) Sydenham's chorea (iv) Erythema marginatum (v) Subcutaneous nodules	390-398

har dock gjorts baserade på tidigare erfarenheter i svensk primärvård av användandet av "Diagnoskoder i öppen vård 1977" eller på remissvar.

Det har också ansetts angeläget att försöka försvenska diagnosklassifikationen, bland annat med hänsyn till patientjournalagens bestämmelser. Uppbyggnaden av sjukdomsklassifikationen är helt anpassad till den fullständiga sjukdomsklassifikationen, således är kodnumren alfa-numeriska, fyrställda.

Jämförelser mellan klassifikationer

Nytt jämfört med 1977 års öppenvårdsklassifikation är tillkomsten av så kallade *inklusionstermer*, som är tänkta som exempel och till för att underlätta användandet av klassifikationen.

En annan nyhet är det så kallade V-kapitlet – ett kapitel som innefattar "faktorer av betydelse för hälsotillståndet" samt "kontakter med hälso- och sjukvården". Här finns koder för preventiv medicin, mödrahälsovård och födelsekontroll, en del åtgärder samt socialmedicinska problem och relationsproblem. Användningen av dessa koder förutsätter att patienten och läkaren diskuterat problemet och identifierat det som betydelsefullt.

Primärvårdsklassifikationens diagnoser har ofta en vidare innebörd än den fullständiga, till exempel 410-Akut hjärtinfarkt motsvarar 410 och 411, 724C Ryggvärk motsvarar koder 720B-720X, 724B, 724C och 724F-724X.

Restgrupper har bildats på motsvarande sätt som i den tidigare öppenvårdsklassifikationen, det vill säga mindre frekvent förekommande diagnoser har sammanförts med icke-specifierade diagnoser till grupper som fått bokstaven R i fjärde positionen.

ICHPPC-2 använder decimal i fjärde positionen liksom ICD 9. I Sverige används i stället bokstäver enligt följande principer: O = A, 1 = B, 2 = C, 3 = D, 4 = E, 5 = F, 6 = G, 7 = H, 8 = W, 9 = X. Om ingen uppdelning sker av tresiffrig kod ersätts fjärdepositionen av ett streck, till exempel 410-.

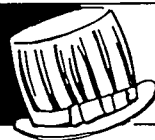
Appendix

I en bilaga har en översättningsnyckel tagits fram mellan den nya klassifikationen och "Diagnoskoder i öppen vård 1977" samt ICHPPC-2. De möjliggör användningen av ICHPPC-2 och dess senaste upplaga – ICHPPC-2-Defined, som anger en del *inklusionskriterier* till flera diagnoser, utarbetade av den internationella allmänläkarorganisationen WONCA.

Författarpresentation:

Britt-Gerd Malmberg, distriktsöverläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 172 83 Sundbyberg



Olycksfall bland barn och ungdom i ett svenskt lokalsamhälle

GUNILLA BJÄRÅS

I västvärlden förorsakar olycksfall fler dödsfall än någon sjukdom bortsett från hjärt- och kärlsjukdomarna samt cancer. I åldersgruppen 1-19 år är olycksfall den vanligaste enskilda orsaken till död bland både pojkar och flickor. Dessa fakta får stöd av de resultat som framkommit i den avhandling i ortopedisk kirurgi och socialmedicin som nyligen lagts fram av Skövdeortopeden Bo Jacobsson vid Karolinska Institutet i Stockholm.

Studien som är en del av det stora Falköpingsprojektet utgör en epidemiologisk totalstudie under ett år och redovisar såväl öppen- som slutenvårdsbehandlade skador. Det har hittills varit brist på studier som redovisar skador både från den öppna vården och slutna vården. Bortfallet är mindre än 5 procent, vilket får betraktas som mycket lågt. Skadorna redovisas efter indelning skol-, hem-, sport-, arbets- och trafikolycksfall. Resultaten visar att pojkar skadas mer än flickor i alla områden utom idrott. Ingen signifikant könsskillnad kunde uppmätas bland idrottsolycksfallen vilket är intressant att notera.

Nyckelord: Olycksfall, socialmedicin, barn, ungdom, epidemiologi.

Arbetet redovisar i flera delarbeten skol-, hem-, fritids-, arbets- och idrottsskador bland barn och ungdom i åldrarna 0-19 år (1). Studien genomfördes under perioden 1981-82 i ett demografiskt och geografiskt avgränsat område, Falköpings kommun, Skaraborgs län.

Skaraborgs läns landsting är det första landsting som utarbetat en länsövergripande sjukvårds- och hälsovårdsplan. Planerna gav incitament till att utveckling av det förebyggande arbetet bland annat inom olycksfallsområdet. Detta ledde fram till ett brett



upplagt olycksfallsprojekt med interventionsprogram förlagt till Falköping (2). Programmet har genomförts i fyra steg – information, utbildning, tillsyn och förändringar av den fysiska miljön.

Huvudmålsättningen med Bo Jacobssons studie var att analysera den typ av skador som drabbar barn och ungdom. Dessutom var avsikten att testa en metod för datainsamling med särskild tonvikt på registerbortfallet.

Metoder

Alla olycksfall som behandlats på vårdcentral, sjukhus och akutmottagning i Falköping har sedan 1978 kontinuerligt registrerats. Populationen i Falköping var vid tiden för studien 8.179 personer.

Bo Jacobssons studie omfattar patienter i åldern 0-19 år som sökt vård för skador förorsakade av olycksfall under tiden i juli 1981 till 30 juni 1982. Alla patienter registrerades vid sin ankomst till vårdinstansen på ett speciellt formulär.

De registrerade variablerna inkluderade

- vårdinstans
- persondata
- orsak till besöket
- plats för skada

Skadorna delades in i skol-, hem-, sport-, arbets-, trafik- samt övriga olycksfall. De givna definitionerna gör att materialet är bra avgränsat. En nackdel är att gruppen övriga olycksfall blir tämligen omfattande.

Patienten eller någon nära anhörig har även telefonintervjuats inom två månader efter skadehändelsen. Intervjun gjordes med hjälp av ett 40 frågor långt formulär. Olika frågeformulär

används för de fem olika skadedefinitionerna skola, hem, trafik, arbete och idrott.

Frågorna var strukturerade efter tre olycksperioder – preaccidentalt, accidentalt och postaccidentalt.

De medicinska journalerna har använts för klassificering av skadetyper enligt ICD VIII, yttre orsak, efter E-kod och skadans svårighetsgrad efter AIS-skalan.

Det totala bortfallet var mindre än 5 procent. Av de 14.723 skadade patienter som införts i patientregistret var 14.181 (97 procent) även medtagna i det speciella olycksfallsregistret. Detta ger ett bortfall på 3 procent. Mindre än 1 procent av frågeformulären var ofullständigt ifyllda. 1 procent av patienterna (n= 10) var ej villiga, eller hade möjlighet att delta i studien. Alla dessa tio var pojkar.

Resultat

Totalt 918 personskador skedde under den studerade perioden i åldersgruppen 0–19 år (112/1.000 personer/år), 575 av dessa var pojkar (136/1.000 personer/år) och 343 var flickor (87/1.000 personer/år). Dessa data innebär att 11,2 procent av alla personer i denna åldersgrupp skadats vid olycksfall under ett år.

Fördelningen av olycksfall mellan de olika olyckstyperna visar att hemmet är den vanligaste skadeplatsen för barn i åldern 0–7 år, och skolan vanligaste för barn i åldern 7–16 år medan arbetsplatsen innebär största risken för ungdomar i åldern 16–19 år. Idrottsolycksfall är den största enskilda orsaken till skada.

Vid skadegradering har Abbreviated Injury Scale (AIS) använts. Den används över hela världen. Skalan är sexgradig där lätt skada betecknas med AIS 1, måttlig skada AIS 2 och kritisk skada AIS 5.

De flesta skadorna var av en svårighetsgrad AIS \geq 2. Ingen svårare skada eller dödsfall inträffade under undersökningsperioden.

Vid användning av AIS för att mäta svårighetsgrad framkommer att trafik, sport och skololycksfall (inklusive skolidrott) ger de svåraste skadorna och skada i arbete de lättaste skadorna. Om man i stället använder antal vård dagar som mätinstrument blir det hemolycksfall som överväger.

Fördelningen på diagnos visar att sårskador och sträckning är de vanli-

gaste med 28 procent vardera, följda av blånader (20 procent) och frakturer 18 procent. Sårskador var vanligast upp till 9 år. I åldern 10–19 var sträckning vanligast.

Diskussion

Olika omständigheter som begränsar möjligheterna att generalisera resultaten diskuteras i avhandlingen. Författaren påpekar här betydelsen av interventionsprogrammet som pågår i området och som speciellt riktats mot gruppen förskolebarn och arbetstagarer.

Betydelsen av egenvård och omfattningen av omhändertagande av annan sjukvårdsorganisation diskuteras. Omfattningen av skador som inträffar på annan ort under semesterperioder nämns som faktorer som påverkat resultatet.

Man kan ej bortse från att en viss grad av slumpmässighet kan ha betydelse på både allvarlighetsgrad och antal. Därtill bör beaktas de demografiska och miljörelaterade skillnaderna. Här bör man beakta skillnader i till exempel idrottsaktiviteter mellan olika kommuner.

Författare diskuterar även exponeringens betydelse för bedömning av bland annat idrottsolycksfallen. När det gäller skolidrott kan exponeringen anses lika stor för båda grupperna.

Det mycket lilla bortfallet och den genomarbetade uppföljningen försvårar jämförelse med andra studier där ej motsvarande uppföljning skett.

Det är naturligtvis intressant att diskutera möjligheten att dessa olycksfallsdata kan representera en större population i övriga landet. Går det överhuvud taget att generalisera olycksdata till andra områden?

Materialets incidenssiffra på 11,2 har även diskuterats. En låg incidens kan bero på en dålig registrering. Medan en hög incidens kan bero på att många små skador kommit med i materialet. Det skulle vara intressant att veta om det är fler lätta skador (AIS 1) i materialet från den öppna vården än från slutenvården.

Författaren har även framfört vikten av att förebygga även lätta skador. Skillnaden mellan en lätt och en svår skada kan ibland vara mycket knapp. Dessutom ger AIS-klassificeringen ingen möjlighet att se om skadan givit bestående men, något som diskuteras mycket i samband med hand- och

nackskador. Författaren för en utförlig diskussion om AIS-skalans begränsningar för den stora andelen AIS 1 lätta skador.

I avhandlingen påpekar författaren flera gånger svårigheten med samtliga använda klassifikationssystem. E-kodens användning granskas ingående och författaren ansluter sig till tidigare given kritik av denna kod. En omarbetning av koderna behövs för en bättre jämförelse mellan studier av detta slag. En revidering av E-koden väntas vara klar under nästa år.

Man saknar här en diskussion om betydelsen vid jämförande studier av att Sverige använder ICD VIII medan de övriga nordiska länderna har gått över till ICD IX.

Referenser:

1. Jacobsson B. Accidents among children and Teenagers in a Swedish Rural Municipality. Sundbyberg: Institutionen för Socialmedicin, 1986.
2. Schelp L. Community intervention and teenagers in accident pattern in a rural Swedish municipality. Submitted.

Författarpresentation:

Gunilla Bjärås är samhällsvetare vid Hälsovårdsenheten, Stockholms läns landsting, och som forskare knuten till Karolinska Institutet, institutionen för socialmedicin.

Postadress: Institutionen för socialmedicin, 172 83 Sundbyberg



Bäste Ulf!

Angående Dina synpunkter på mina "reaktionära" husläkarförslag, har jag många synpunkter. SFAMs styrelse har nu skrivit skriften "Allmänmedicin inför år 2000" som publiceras till hösten. Där finns de flesta svaren. Ett par kommentarer dock:

1) Allmänmedicinen har ändrats sedan 1960-talet, framför allt dess organisation.

2) Om patienterna väljer och förordar en husläkarorganisation och Socialstyrelsens en "Kubamodell från 1970-talet", väljer jag att stödja patienternas önskan.

3) Även om Du anser att patienternas önskan (husläkarmodell) och preferens är reaktionär, så väljer jag att stödja denna modell: "endast människan själv vet vad som är bäst för henne..."

Med vänliga hälsningar
Göran Sjönell

Tabell I.

Fördelning av olyckor i Falköpings kommun under 1981–82 i åldersgruppen 0–19 år (antal personer/år).

Olyckstyper	Ålder				Total
	1– 4	5– 9	10–14	15–19	
Sport	2	25	122	146	295
Trafik	4	22	13	38	77
Skol	–	17	53	34	104
Hem	80	70	40	45	235
Arbete	–	–	–	49	49
Övriga	20	40	34	64	158
Totalt	106	174	262	376	918

Hälsofostran i skolan

ANNIKA STRANDELL

I artikeln ger skolöverläkare Annika Strandell en bakgrund till temanumret om hälsofostran i skolan. I samarbetet mellan skola och hälso- och sjukvård betonar hon, måste ett förebyggande arbete riktat mot de sämst ställda barnen och ungdomarna utvecklas.

Nyckelord: Skolan, hälsofostran, över-
siktartiklar.

Skolans hälsoarbete omfattar alla insatser inom skolan som syftar till att öka elevernas psykiska, fysiska och sociala välbefinnande. Detta arbete är enligt läroplanen en angelägenhet för all skolans personal, eftersom elevernas möjligheter till inläring hänger nära samman med deras hälsa i denna vidare bemärkelse. Elevens misslyckande i skolan är oftast ett symptom på ohälsa, och en direkt följd av till exempel dålig självttillit eller bristande koncentrationsförmåga. Skolans hälsoarbete är således en viktig grund för dess pedagogiska verksamhet.

Hälsoarbetet i skolan kan indelas i elevvård och hälsofostran, där elevvård syftar på alla insatser skolan kan göra för att eleverna ska må bra. Hälsofostran syftar på ett aktivt arbete för en hälsomedvetenhet hos eleverna. Skolans ansvar är här att ge kunskap och hjälpa eleven till den medvetenhet som krävs för att kunna göra hälsobefrämjande val i frågor som rör livsstil. Beteckningen hälsofostran har valts framför hälsoundervisning eller hälsoinformation för att klargöra att målet inte bara är goda kunskaper i hälsofrågor utan även attityder och värderingar som gör det möjligt att leva efter den kunskapen.

Det finns naturligtvis ingen motsättning mellan elevvård och hälsofostran. En elevvårdande åtgärd har ju ofta en pedagogisk dimension, vilket innebär att den också är hälsofostrande. Hur vuxna i skolan hanterar konflikter, tar itu med mobbning och våld, sköter skolmåltiderna och hanterar tobaksrökning och så vidare ger ju barnen en kunskap och erfarenhet, det vill säga dessa insatser är också ett led i skolans hälsofostran.

Termen "hälsofostran" är inte okontroversiell. En del människor tycker att fostran har en negativ laddning som för tankarna till tvång. "Livskunskap" känner då mer positivt, men är å andra sidan väl diffust. Hälsofostran är nu den officiella beteckningen inom sko-

lan sedan 1981, då som en konkretion av läroplanerna ett handlingsprogram för hälsofostran i skolan antogs av skolöverstyrelsen. Men hälsofostran är inte nytt i skolan. Det förekom redan på 1930-talet och skolans personal gör ofta ett utomordentligt gott hälsoarbete utan att detta blir föremål för utvärdering och rapporter.

Vilka motiveringar har vi då för hälsofostran i skolan? Sett utifrån landstingsperspektiv är givetvis hälso- och sjukvården mål för förebyggande hälsoarbete, som de till exempel kommit till uttryck i HS 90, den klaraste motiveringen. De humanitära aspekterna är viktiga liksom samhällets jämställdhetsmål. Alla ska ha rätt till största möjliga hälsa, oavsett social och ekonomisk ställning. Många lägger till dessa mål även ekonomiska aspekter. Det borde vara billigare att förhindra ohälsa och sjukdom som följd av ohälsosamma levnadsvanor än att senare bota. Ju tidigare förebyggande insatser desto större chans att lyckas, innan vanor permanentas. Skolan är en lämplig instans eftersom alla individer i det uppväxande släktet kan nås där under minst nio, oftast elva till tolv, år.

Huruvida hälsouppllysning i allmänhet och hälsofostran i skolan är ekonomiskt lönsamt för samhället beror givetvis på vilka mål man ställer upp, på metoder och effektivitet och på hur man räknar. Ekonomin är naturligtvis viktig, men det måste vara tillräckligt mål i vårt samhälle att individerna får bra, har en hög livskvalitet och åtminstone slipper "die of ignorance", antingen det gäller AIDS eller någon annan hälsorisk.

För den enskilde skolledaren och läraren kanske inte alltid samhällets mål för hälsofostran räcker som motivering för ett förändringsarbete. I grundutbildningen har läraren bibringats en syn på sin yrkesroll som i huvudsak förmedlare av traditionell ämneskunskap. Men läroplanen kräver också att man fostrar och att man ständigt är beredd att omvärdera sin kunskapsyn. För enligt läroplanen ska kunskaper som har betydelse för vardagslivet spela en stor roll. Och detta förändras ju med samhället och kan också variera i olika elevgrupper.

Att arbeta i skolan har de sista decennierna inneburit att ständigt vara ifrågasatt och utsatt för negativ kritik från åtminstone någon grupp i samhället. Det finns en förväntan att skolan ska räcka till att vara en effektiv motvikt mot alla negativa krafter i samhäl-

let, vilket inte alltid stämmer med den individuella lärarens mål eller ens med vad som är möjligt. För att höja skollära och lärarnas motivation till hälsofostran kan det då vara viktigt att peka på betydelsen av hälsofostran för den egna dagliga undervisningen i skolan. Barn som mår bra till kropp och själ är betydligt mer mottagliga för den undervisning man bjuder. Inlärnings-svårigheter är oftare en hälsofråga än primärt ett pedagogiskt problem.

När man fått lärarna att uppleva arbetet med hälsofrågor som en bas för ett bättre undervisningsklimat i klassrummet har man övervunnit ett hinder, som ofta finns initialt. De flesta skolor är nämligen i grunden mycket stabila organisationer, där förändringsarbete har svårt att få spridning utifrån enskilda initiativ. Man bör därför eftersträva att organisera hälsolag, det vill säga en grupp personer på skolan som får ett speciellt ansvar för hälsofostran. Skolledarna har en mycket viktig roll i hälsolaget genom sina möjligheter till påverkan, till exempel på rektorsområdets interna belöningsystem, så att risktagande, uppfinningsriktighet och uppfinningsvilja får ett positivt värde.

Beslutsfattandet inom skolans värld är starkt decentraliserat även beträffande undervisningen så att många beslut som tidigare togs centralt nu tas inom rektorsområdet eller på den enskilda skolan. Härigenom har naturligtvis också skolläkarnas och skolsköterskornas möjlighet ökat att få till stånd förändringar på den enskilda skolan genom att i samarbete med rektor eller inom hälsolaget ta fram arbetsplaner för hälsofostran i skolan, utgående från lokala förhållanden. De som ska se till att besluten blir verklighet och de som direkt påverkas av besluten måste ges stort inflytande i själva beslutsfattandet och ett relativt långt tidsperspektiv är ofta nödvändigt om man vill uppnå bestående förändringar i skolan. Tre- till femårsperspektiv bör vara något normalt och inte undantag.

Detta temanummer om hälsofostran i skolan är tänkt att stimulera och utveckla samarbete mellan landsting och skola, såväl lokalt som mellan landstingens samhällsmedicinska enheter och länskolnämndernas hälsopedagoger, de så kallade ANT-kontaktpersonerna, som har ett samordningsansvar inom länen. Många projekt med landstingsanknytning har därför tagits med och ganska få rena skolprojekt, trots att sådana är vanliga.

Dagens hälsoproblem är huvudsakligen av miljö- och socialmedicinsk na-

tur. De kan endast i ringa grad avhjälpas med traditionell medicinsk vård som främst är inriktad på sjukvård, hälsokontroller och hälsouppllysning. Det krävs framför allt miljöförbättringar och förändrade levnadsvanor. Skolläkarens roll bör därför vara viktig i skolans planering och resursfördelning. Den tiden är förbi då skolläkarens huvudsakliga uppgift skulle vara klassundersökningarna!

Som skolläkare visar man skolans övriga personal hur man värderar de olika delarna av skolans hälsoarbete genom sitt engagemang, genom de prioriteringar man själv gör av sin arbetstid och det resonemang man för med rektor och andra om detta i planeringen av arbetet.

De ämnesövergripande kunskapsområdena, dit hälsofostran hör, riskerar ofta att tappas bort i skolans undervisning och vardag. Skolläkarens engagemang kan vara det som behövs för att höja intresset för hälsofrågorna på skolan och för att klarlägga hur vars och ens ansvar ser ut. Enligt läroplanen skall "omtanke om elevernas psykiska och fysiska hälsa präglade skolans arbete och miljö". Varje vuxen på skolan har ett ansvar för hälsofostran utifrån sin arbetssituation. Men vad innebär detta i realiteten? Här behövs en återkommande granskning och värdering av de vuxnas arbetsinsatser, inklusive skolhälsovårdens, i positiv anda, för att stimulera kreativitet och vuxen-

ansvar och utnyttja de samlade resurserna av vuxna och elever på skolan på effektivast möjliga sätt i skolans hälsofostran. Skolläkaren kan spela en central roll i detta arbete, där så behövs.

Genom skolans långa tradition inom hälsofostran ligger man på sina håll långt före landstinget i kunskap och erfarenhet. Om skolläkaren då är distriktläkare kan denna erfarenhet komma primärvården till del genom att skolläkaren engagerar sig i skolans hälsofostran. Många som arbetar med hälsofrågor i skolan tar sig inte tid att skildra arbetet i skrift, och de som gör det publicerar sig i allmänhet i skol-sammanhang och tänker inte på primärvårdens intresse.

Såväl skolan som primärvården kan därför dra nytta av ett intensifierat samarbete i skolans hälsofostran. Det ligger en spännande utmaning i att effektivisera detta hälsoarbete, inte minst nu i det karga ekonomiska klimat som råder. Kanske är det fruktbart med en mer riktad hälsofostran till olika grupper av elever, där större hänsyn kan tas till individuella elevers behov utifrån deras attityder och värderingar. Skolhälsovårdens individuella hälsofostran i mottagningsarbetet måste också utvärderas i förhållande till arbete med grupper och klasser.

Och slutligen den största utmaningen av alla: att nå och kunna påverka den stora riskgruppen elever som åter dåligt, sover för litet, är fysiskt passiva,

röker och dricker alkohol i hög omfattning. Dessa elever har en djupt rotad, på tidigare erfarenheter i hemmet grundad uppfattning att allt händer av en slump, ingenting är förutsägbart, att ingenting de själva gör kan påverka deras situation och att deras situation är meningslös. Här krävs mer än kunskapsförmedling. Dessa barn och ungdomar måste få direkta erfarenheter av att kunna påverka sin situation i positiv riktning, innan man kan förvänta sig att de ska bry sig om de hälsobudskap som ges. Skolan måste kunna arbeta med förebyggande hälsovård även på denna nivå, ett positivt medvetet arbete med speciell inriktning på våra sämst ställda barn och ungdomar.

Författarpresentation:

Annika Strandell är skolöverläkare vid Skolöverstyrelsen.

Postadress: Skolöverstyrelsen,
106 42 STOCKHOLM

Nyheter från Studentlitteratur

Hansson/Jern/Svensson

Högt blodtryck

Högt blodtryck är ett tillstånd som berör många människor. I de flesta länder kan 10-15% av den vuxna befolkningen anses ha för högt blodtryck. Detta leder i sin tur till att tillståndet måste beaktas inom en rad olika medicinska specialiteter, t.ex. allmänmedicin, internmedicin, kardiologi, anestesologi, obstetrik och gynekologi, endokrinologi och många fler. En lärobok som omfattar kliniska, basala fakta om högt blodtryck.

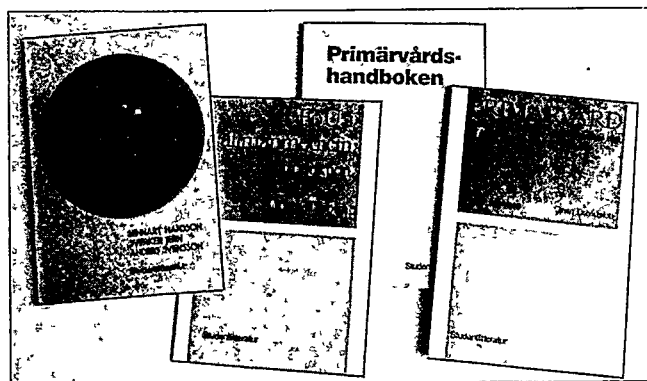
ISBN 91-44-22061-8

159 sidor Ca-pris: 149:-

Tibblin

FoU i allmänmedicin - en introduktion

En hjälpreda för de allmänläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och övriga anställda inom vården utanför sjukhuset som önskar starta någon form av FoU-arbete. Författaren menar att det finns många skäl till FoU-arbete i



allmänmedicin men det kanske viktigaste är att det är roligt och det ger nya kvaliteter till ett fascinerat yrke.

ISBN 91-44-24771-0

70 sidor Ca-pris: 90:-

Salvesen (red)

Primärvårdshandboken

I denna nya upplaga av handboken är tonvikten lagd på förebyggande och hälsobefrämjande arbete inom primärvården. I boken är följande avsnitt helt nya: Distriktsläkaren och det före-

byggande arbetet, Hälso- och sjukvård i primärvårdens perspektiv, Allmänmedicin, Miljö- och yrkesmedicin, Psykosocial miljömedicin, Distriktssköterskans arbetsuppgifter, Infektion med LAV/HTLV-III samt AIDS. (Tidigare "Distriktsläkarhandboken")

ISBN 91-44-22852-X

180 sidor Ca-pris: 135:-

Beställ böckerna i bokhandeln!

Vid beställning direkt från förlaget tillkommer frakt- och exp avgift samt i förekommande fall postförskottsavgift.

Davidsson

Primärvård - hälso- och sjukvård i primärvårdens regi

Tredje omarbetade upplagan. Samhällsutvecklingen innebär att hälso- och sjukvården ständigt måste anpassas och förändras till de förutsättningar och krav som den pågående utvecklingen kräver. Vårdideologin håller på att förändras, vårdutbytet och vårdinsatserna ska förläggas så nära befolkningen som möjligt i anslutning till boende och arbete. Att förverkliga de politiska intentionerna fordrar ett målmedvetet arbete där forskning och utveckling får en central plats. Nyckelresurserna är vårdpersonalen. Deras kunskaper och färdigheter samt förhållningsätt till vårdarbete har en avgörande betydelse för all utveckling och förändring.

ISBN 91-44-15553-0

151 sidor Ca-pris: 152:-

 Utbildningshuset
Studentlitteratur

Box 141, S-221 00 Lund, Sweden. Tel. 046-307070

Skolbarns hälsovanor i Sverige

ULLA MARKLUND · ANNIKA STRANDELL

Sverige deltar i ett WHO-projekt, i vilket man med hjälp av återkommande enkätundersökningar kartlägger hälsovanor hos barn i olika länder. Projektet beskrivs och vissa exempel ges på resultat från den svenska delen av 1985-86 års undersökning. En ingående analys av dessa resultat kommer att publiceras under våren 1987. Möjligheter till internationella jämförelser kommer förmodligen inte att föreligga förrän hösten 1987.

Nyckelord: Skolan, skolbarn, hälsovanor, socioekonomiska grupper, tvärsnittsstudier.

Bakgrund

Forskare från England, Finland och Norge började år 1982 planera en internationell, jämförande undersökning av skolbarns hälsovanor. Strax därefter fick projektet status av WHO collaborative study. Den första datainsamlingen genomfördes i ovan nämnda tre länder samt i Österrike läsåret 1983-84 (1). Enligt planerna skall en dylik datainsamling genomföras vartannat år och antalet deltagande länder öka successivt. Inför den andra datainsamlingen hade arton länder visat intresse för att delta. Elva länder, däribland Sverige, genomförde undersökningen läsåret 1985-86. Den svenska undersökningen görs i samarbete mellan Institutionen för pedagogik vid Göteborgs universitet och Skolöverstyrelsen. Den internationella samordningen, som skall alternera mellan länderna, handhas för 1985-86 års undersökning av Institutet för socialpsykologi, Universitetet i Bergen.

Undersökningens syfte

Det övergripande syftet är att öka förståelsen för "lifestyle and health behaviour and their context in the lives of young people" (1). I den projektbeskrivning från vilken citatet ovan är hämtat görs ett försök att särskilja livsstilsforskning från epidemiologisk forskning. Man menar, att livsstilsforskningen är betydligt bredare. "Lifestyle is understood as relatively stable patterns of behaviour, habits, attitudes and values which are typical for the groups one belongs to, or the groups one wants to belong to". Livsstil inne-

bär alltså inte bara beteende utan inkluderar även attityder och värderingar. Livsstilsforskningen studerar samspelet mellan en person och omgivningen i ett socialpsykologiskt och ekologiskt perspektiv och tar även hänsyn till de makrosociala förhållandena. Projektet inkluderar mentala och psykosociala aspekter på hälsa såväl som somatiska.

En av målsättningarna är att påverka de olika ländernas policy vad gäller hälsofostran, även om själva forskningsprojektet inte inkluderar intervention. Det är heller inte ett utvärderingsprojekt, men de internationella jämförelserna och uppföljningarna vartannat år gör det möjligt att belysa vissa effekter av nationella insatser för att påverka hälsan.

Metod

Data samlas in i varje deltagande land genom ett standardiserat frågeformulär. Frågeformuläret arbetas fram på engelska av den arbetsgrupp, i vilken hittills den projektansvariga forskaren från samtliga deltagande länder ingått. Formuläret översätts därefter till respektive språk och sedan tillbaka till engelska för kontrollens skull. På grund av olikheter mellan länderna kan inte hela frågeformuläret vara identiskt utan består av följande tre delar:

1. Basfrågor om hälsovanor och hälsoupfattning. Dessa frågor används i samtliga länder och finns med varje gång undersökningen genomförs.

2. Specialfrågor som vid ett enstaka undersökningstillfälle fokuseras på ett centralt område. Vid första undersökningen gällde de rökning, vid den andra fysisk aktivitet. Dessa frågor används i samtliga länder.

3. Nationella frågor har varje land möjlighet att komplettera formuläret med. Andra länder informeras och har möjlighet men ej skyldighet att använda dessa frågor. De behöver ej upprepas vid senare undersökningstillfällen.

Eleverna besvarar frågorna i klassrummet under en lektion. Formulären distribueras av lärare eller, i de länder detta inte är möjligt, av forskarna själva. Frågorna besvaras anonymt och formuläret läggs i ett kuvert, som eleven själv förseglar.

Undersökningsgruppen

Undersökningen skall göras på barn med en genomsnittlig ålder av 11,5, 13,5 och 15,5 år. För Sveriges del inne-

bär det, att datainsamlingen skall genomföras i årskurserna fem, sju och nio i månadskiftet november-december. Undersökningsgruppen skall i varje land bestå av 3.000 barn, 1.000 från vardera åldersgruppen.

Deltagande klasser skall väljas genom att man gör ett slumpmässigt urval från hela landet. I Sverige blev den officiella förteckningen över klasser inte tillgänglig förrän ett stycke in på vårterminen och vi måste därför istället göra ett motsvarande urval av skolor, ett per årskurs. I de fall det fanns fler än en klass på skolan i den aktuella årskursen gjordes ett slumpmässigt urval bland parallellklasserna.

På detta sätt valdes 50 klasser från vardera årskursen ut. En klass i vardera årskurs fem och sju föll bort på grund av missuppfattningar om vilket rektorsområde de tillhörde. Ingen skola vägrade delta. I årskurs sju och nio bestod urvalet av drygt 1.200 elever per årskurs. I årskurs fem visade det sig att klasserna, trots samma officiella delningstal som årskurs sju och nio, i själva verket innehöll betydligt färre elever. Urvalet kom i den årskursen att bestå av drygt 800 elever. Vi tvingades därför nöja oss med en undersökningsgrupp i årskurs fem, som inte motsvarar de internationella kraven vad gäller antalet individer.

Bortfallet, orsakat av enskilda elevers frånvaro, vägran och ej nöjaktigt ifyllda formulär, uppgår till 10,5 procent.

Tabell I.
Undersökningsgrupp.

	Pojkar	Flickor	Totalt
Årskurs fem	370	384	754
Årskurs sju	549	553	1102
Årskurs nio	549	528	1077
Totalt	1468	1465	2933

Resultat

Resultaten från 1985-86 års undersökning har ännu inte börjat publiceras. Vid årsskiftet rapporterades, att data från fem länder låg färdiga för bearbetning och nationell publicering. Under våren kommer den svenska undersökningen att publiceras i sin helhet i en gemensam rapport från Institutionen för pedagogik i Göteborg och Skolöverstyrelsen. Publicering av de internationella resultaten kommer förmodligen att påbörjas under hösten 1987.

En granskning av resultaten från vårt eget land ger intryck av att svens-

ka skolelever har ganska hälsosamma levnadsvanor. I denna första publicering av delresultat har vi valt ut några frågor, som kan tänkas belysa detta. Vi har satt elevernas svar på frågorna om hälsobeteende i relation till vissa bakgrundsdata som årskurs, kön, typ av boendeort, familjens sociala grupptillhörighet och moderns yrkesarbete. Till slut diskuterar vi betydelsen av om man själv tror man kan påverka sin hälsa eller inte.

Svenska skolbarn har sunda vanor

De allra flesta, 80 procent, äter ordentlig frukost varje dag och 82 procent äter lagad mat minst en gång varje dag. Minst en gång om dagen äter de också frukt (75 procent), grönsaker (62 procent), mjölk, fil, yoghurt (82 procent) och ost (66 procent). (Dessutom hade 40 procent ätit vitaminpiller och 7 procent järntabletter den senaste månaden.)

70 procent av eleverna deltar i sport, idrottslekar eller gymnastik på sin fritid minst en gång i veckan och 72 procent håller på med annat som ger motion. (81 procent tror att de kommer att motionera när de är i tjugoårsåldern.)

89 procent av eleverna röker inte, 66 procent dricker aldrig vin, 75 procent aldrig starksprit och 76 procent aldrig starköl. 76 procent har aldrig varit riktigt berusade.

Några exempel på vad hälsovanorna påverkas av

De hälsovanor vi valt att ta som exempel är hur ofta man motionerar, hur ofta man äter grönsaker respektive godis, hur regelbundet man äter ordentlig frukost, om man röker och om man brukar dricka så mycket alkohol att man känner sig berusad.

Årskurs

Elevernas ålder är den av våra variabler som har signifikant samband (1-procents-nivån) med de flesta av hälsovanorna. Ju äldre eleverna är desto vanligare är det att de röker och dricker sig berusade. De motionerar mer sällan när de blir äldre. I årskurs sju är det vanligare än i årskurs nio att man äter godis ofta och betydligt vanligare än i årskurs fem.

Kön

Det är vanligare att pojkar dricker sig berusade än att flickor gör det. Flickor äter mer grönsaker än pojkar. När det gäller könsskillnader finns det all anledning att i den fortsatta analysen studera varje årskurs för sig. Flickor mognar tidigare än pojkar och man kan utgå ifrån att många av hälsobeteendena har samband med till exempel det inflytande föräldrarna har över vardagsvanorna.

Boendeort

Eleverna har uppgivit att de bor i "storstad eller förort till en storstad/stad/samhälle/landsbygd". Endast två av de exempel på hälsovanor vi valt

har samband med boendeort, nämligen hur ofta man äter grönsaker och hur ofta man äter godis. Ju mer urbant man bor desto oftare äter man grönsaker och godis.

Moderns yrkesarbete

Vi har här tagit fasta på hur mycket modern yrkesarbetar, heltid, deltid eller annan sysselsättning. Det enda samband vi finner innebär, att barnen äter mer godis ju mer deras mödrar förvärvsarbetar. Å andra sidan är det så, att mödrar förvärvsarbetar mer ju mer urbant de bor, så godisätandet kanske snarare kan förklaras av boendeorten än av förvärvsarbetet.

Familjens socioekonomiska ställning

Till grund för denna bedömning ligger elevernas svar på frågan: "Vad har din pappa (respektive mamma) för arbete? Försök att beskriva hans (hennes) arbete så noga du kan, till exempel bilmekaniker, arbetare eller lastbilschaufför (sekreterare, tandläkare eller sjuksköterska)." Elevernas svar har kodats i enlighet med Statistiska Centralbyråns socioekonomiska indelning (SEI). I denna redovisning har de arton socioekonomiska grupperna slagits samman till tre, arbetare, tjänstemän och företagare. Elevers grupptillhörighet har bestämts av den av föräldrarna som har högst socioekonomisk ställning.

Under våren kommer vi att presentera en pilotundersökning från en klass i årskurs fem, där vi jämför elevernas svar med deras föräldrars på bland annat denna fråga om föräldrarnas yrken för att kontrollera validiteten i de yngsta elevernas svar.

Möjlighet att påverka sin hälsa

Vi antog, att den som tror hälsan är beroende av ens sätt att leva har sundare hälsovanor än den som förlägger orsakerna till hälsa utanför sig själv. Det visade sig emellertid inte finnas något samband mellan denna variabel, som vi kan kalla makt över den egna hälsan, och matvanor eller drogvänor. Inte heller tycks den påverka en att använda säkerhetsbälte eller tro att man kommer att motionera när man blir vuxen. Det enda beteende den har ett klart samband med är hur ofta man borstar tänderna.

De som tror att god hälsa enbart beror på hur man lever och vilka vanor man har är också de som svarar positivt på frågan "Hur trivs du med livet just nu?". Det tycks alltså vara så, att känslan av att kunna påverka sitt liv leder till eller hör samman med ett allmänt välbefinnande. Däremot behöver den inte leda till att man prioriterar hälsosamma levnadssätt. Förklaringen till detta är förmodligen, att god hälsa av barn i dessa åldrar ses som något självklart, som man inte behöver anstränga sig för att uppnå eller vidmakthålla. Detta gäller dock inte tandborstning, som för de flesta har ett påtagligt samband med hur friska tänder man

har. Inom detta område har man lyckats synnerligen väl med att påverka ett hälsobeteende genom intensiv information. 84 procent av vår undersökningsgrupp borstar tänderna mer än en gång om dagen och 14 procent gör det en gång om dagen! Vad gäller tandborstning finns alltså det samband mellan tron på den egna förmågan att påverka och hälsobeteende, som vi hade förväntat att finna för betydligt fler variabler.

Vad gäller variabeln tilltro till den egna förmågan att påverka sin hälsa är det på sin plats med en diskussion om validiteten i mätinstrumentet. Den fråga, som användes för att mäta variabeln, sätter begreppet "tur" som motpol till de egna levnadsvanorna. Det hade förmodligen varit mer relevant att tala om miljö i mycket vid bemärkelse. Trots brister i frågans formulering tror vi ändå eleverna uppfattat att den gäller hur mycket man själv kan påverka sin hälsa. Man kan då bli lite fundersam, när hälften av eleverna väljer svaret: "God hälsa beror helt och hållet på hur man lever och vilka vanor man har". Är det realism eller optimism vi ska inplantera i våra barn?

Referenser:

1. Aarø L, Wold B, Kannas L, Rimpelä M. Health Behaviour in School Children. A WHO cross-national survey. Health Promotion, 1986;1: 17-33.

Författarpresentation:

*Ulla Marklund** är fil.dr och arbetar som forskare vid Institutionen för pedagogik, Göteborgs universitet.

Annika Strandell arbetar som skolöverläkare i Skolöverstyrelsen.

*Postadress: Institutionen för pedagogik, Box 1010, 431 26 Mölndal

Hälsovanor bland skolungdom i Stockholms län

BIRGITTA GREITZ · BO JA HAGLUND · AVRI WIRSCHUBSKY

Skolöverstyrelsen (SÖ) och institutionen för pedagogik vid Göteborgs universitet har inom ramen för ett WHO-projekt hösten 1985 genomfört en riksomfattande enkätundersökning om skolbarns hälsovanor. Hälsovårdsenheten inom Stockholms läns landsting vid Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg, har tagit del av och analyserat de uppgifter om skolbarns kost- och rökvanor som gäller i Stockholms län. Totalt omfattar Stockholmsmaterialet 520 elever från sju klasser i årskurs fem, tio klasser i årskurs sju, och åtta klasser i årskurs nio. De erhållna resultaten i denna studie pekar på att "goda hälsovanor" har samband med varandra. Elever som sportar mycket äter bättre och röker inte medan de som sportar mindre röker mer och har sämre matvanor.

Nyckelord: Skolan, skolbarn, hälsovanor, kostvanor, rökning, socioekonomiska grupper, tvärsnittsstudier.

Introduktion

Hälsovanor grundläggs under barn- och ungdomstiden. Det förebyggande hälsovårdsarbetet har därför nationellt och internationellt alltmer fokuserats till yngre åldrar (1). I Stockholms län har hälsovårdsarbetet för yngre, organisatoriskt utvecklats genom samarbete mellan landstingets hälsovård och företrädare för skolan och skolhälsovården (2). Det är i detta arbete viktigt att veta hur hälsovanorna är fördelade bland de unga för att kunna utforma relevanta förebyggande program (3,4).

I Stockholms län planeras för närvarande också ett hälsoprogram inriktat mot förebyggande åtgärder inom cancerområdet (4). Huvudinriktningen i programmet är påverkan av kost- och rökvanor i befolkningen, två av de viktigaste riskfaktorerna för cancer, men även för hjärt- och kärlsjukdomar (6). Kartläggning av hälsovanor hos skolbarn och utarbetande av strategier för förändringar har satts upp som viktiga delmål för programmet (7, 8).

Skolöverstyrelsen (SÖ) och Institutionen för pedagogik vid Göteborgs universitet har inom ramen för ett WHO-projekt genomfört en riksom-

fattande enkätundersökning om skolbarns hälsovanor hösten 1985. Hälsovårdsenheten inom Stockholms läns landsting vid institutionen för socialmedicin, har tagit del av och analyserat uppgifterna om skolbarns kost- och rökvanor i Stockholms län (9).

I artikeln är avsikten att ge en beskrivning av skolbarns kost- och rökvanor i Stockholms län utifrån resultatet från denna enkät.

Tidigare undersökningar

Trots kunskapen om värdet av påverkan av till exempel matvanor tidigt i åldrarna, har få undersökningar genomförts i vårt land av skolbarns matvanor. Däremot har en rad så kallade ANT-undersökningar (Alkohol, Narkotika, Tobak) genomförts regelbundet, dels i SÖ:s regi och dels lokalt av skolhälsovården i olika kommuner (10, 11, 12).

I Skolöverstyrelsens rapport om skolungdomars alkohol-, tobaks- och narkotikavanor från 1980, var det 16 procent av pojkarna i 9:an och 37 procent av flickorna som uppgav att de rökte. Detta gällde för Stockholms län, riksgenomsnittet var 21 procent för pojkarna och 33 procent för flickorna (10).

Stockholms skolförvaltning har sedan 1972 genomfört ANT-vaneundersökning (alkohol, narkotika, tobak) vart tredje år i skolorna i Stockholms kommun (11). I den senaste rapporten (1984) framgår det att 22 procent av pojkarna och 34 procent av flickorna i nian röker. Siffror för tidigare års undersökningar framgår av tabellen 1.

Tabell 1.

Andel rökare i årskurs nio i Stockholms kommun, 1975-1984, pojkar, flickor.

År	Pojkar	Flickor
1975	41%	55%
1978	33%	49%
1981	22%	37%
1984	22%	34%

I Skolöverstyrelsens rapport om skolungdomars alkohol-, tobaks- och narkotikavanor 1984 svarade 19 procent av pojkarna och 26 procent av flickorna i nian (i Sthlms län) att de rökte. Det var 30 procent av både pojkarna och flickorna som uppgav att de aldrig rökt och 6-7 procent som slutat röka. Det framkommer inga större skillnader mellan länen vad beträffar andelen icke-rökare och rökare i nian. Storstadslänen skiljer sig inte från de övri-

ga i det här avseendet. Andelen rökande flickor är större än andelen rökande pojkar i samtliga län.

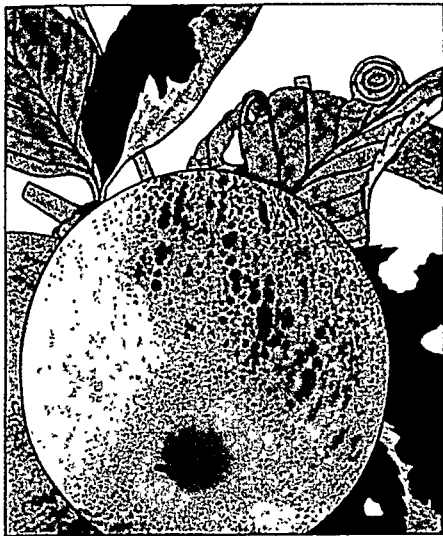
I SÖ:s rapport, från 1984 kartlades också några viktiga hälsofrågor som skoltrivsel, skolk, frukostvanor, motionsvanor och vuxenrelationer. Sambandet mellan dessa vanor och elevernas drogvanor visade sig vara mycket starka. Till exempel vad beträffar skoltrivseln är det bland de som inte trivs bra, 40 procent som röker eller snusar. Skolk är vanligare bland elever som använt narkotika eller druckit alkohol eller röker. När det gäller frukostvanorna har liknande samband uppvisats. Större andel har använt narkotika. Det är cirka 40 procent av de som röker som motionerar mer sällan än en gång i veckan. I rapporten konstateras att skolungdomars ANT-vanor har samband med deras totala skol- och livssituation (12). Liknande uppgifter finns även redovisade i internationella studier (13).

WHO-undersökningen "Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey" första surveyundersökning genomfördes 1983-84 i Österrike, England, Finland och Norge. Den fokuserades på frågor kring rökvanor. Resultaten visade samband mellan rökning och dåliga studieresultat, ogillande av skolan eller avsaknad av planer att studera vidare. Detta gällde båda könen och alla länderna. Rökning samvarierade också starkt med antalet rökare i familjen. Ju fler av familjemedlemmarna som rökte desto större sannolikhet att eleven själv rökte (14).

Material och metoder

Undersökningen genomfördes i de slumpmässigt valda skolorna 1985 i vecka 49 under lektionstid. Frågeformuläret innehöll tre olika avsnitt: basfrågor om hälsovanor och hälsoupfattning, specialfrågor inriktade på fritidsaktiviteter samt nationella kompletterande frågor, totalt 73 frågor. Eleverna skulle inte underrättas om undersökningen före genomförandet och frågeformuläret besvarades helt anonymt.

Stockholms län ingick i undersökningen med 7 klasser ur årskurs 5, 10 klasser ur årskurs 7, samt 8 klasser ur årskurs 9. Det externa bortfallet uppgick till 5 procent, det vill säga 25 elever av 545 tillfrågade, besvarade inte enkäten. Det interna bortfallet, (bortfallet på enstaka frågor) var lågt, i me-



Calciopen[®] mixtur 50 mg/ml

Fenoximetylpencillinkalium

— nu med fruktsmak

Barn är finsmakare!

Därför är det viktigt att medicinen har en smak som barnen accepterar.

Vår nya Calciopen[®] mixtur 50 mg/ml har frisk fruktsmak. Den nya mixturen har samma goda terapeutiska effekt som den gamla med kolasmak. Men den smakar bättre!

Calciopen[®] är ett förstahandsmedel för behandling av bakteriella luftvägsinfektioner.

Calciopen[®] mixtur 50 mg/ml finns i förpackningar om 60, 125, 200 och 300 ml samt dosgranulat 250 mg – 40 st.

LEO

Leo Läkemedel AB, Box 941, 251 09 Helsingborg

deltal 2 procent och som högst på några enkla frågor var 6-7 procent. Analysen baseras på 520 elever.

Statistiska Centralbyråns (SCB) socioekonomiska indelning (SEI) har använts för att bilda bakgrundsvariabeln socioekonomisk grupp tillhörighet (15). SEI-indelningen består av arton socioekonomiska grupper, vilka slagits samman till sex grupper vid analysen: Ej facklärd arbetare, Facklärd arbetare, Lägre tjänstemän (Socioekonomisk grupp låg), Tjänstemän på mellannivå (Socioekonomisk grupp mellan), Högre tjänstemän (inklusive fria yrkesutövare med akademikergruppen), Företagare (exklusive fria yrkesutövare med akademikergruppen) (Socioekonomisk grupp hög). Om båda föräldrarna arbetar och tillhör olika yrkesgrupper har den som tillhör den högre SEI-gruppen använts för att placera in eleven i socioekonomisk grupp.

Två index bildades: kostindex och måltidsindex. Kostindex konstruerades så att "nyttig kost" fick hög poäng medan "onyttig kost" (chips, kaffe...) fick låg poäng. I ett måltidsindex viktades variablerna så att ju mer "ordnade" matvanor och måltidsschema desto högre poäng. Båda indexen indelades vidare i tre undergrupper - låg indexpoäng, mellan och hög.

RESULTAT

Matvanor

Utifrån elevernas svar på frågorna om kostvanor tycks det som att eleverna allmänt sett har goda matvanor. 78 procent av skolbarnen äter frukost varje dag medan 5 procent aldrig äter frukost. Det är 56 procent som äter lagad mat till lunch varje dag, 13 procent äter lunch bestående av smörgåsar och dylikt. Motsvarande siffror för middag är att 79 procent äter lagad middagsmat medan 8 procent av eleverna äter middagsmål bestående av smörgås eller liknande. Hälften av eleverna äter grönsaker varje dag och 40 procent äter ost varje dag. Det är 43 procent som svarar att de äter frukt en gång om dagen. 60 procent av eleverna dricker aldrig kaffe medan motsvarande för te är 14 procent. Drygt hälften svarar att de äter godis och dricker läsk varje vecka. 70 procent av eleverna äter sällan salta jordnötter, chips och pommes frites. Vidare visar resultaten att ju lägre årskurs desto högre poäng på kostindex.

En större andel av elever i hög socioekonomisk grupp (SEI-grupp) äter grönsaker, ost och dricker juice oftare än de i låg SEI-grupp. När det gäller hur ofta de äter frukt, kött och fisk är det ingen skillnad mellan grupperna. I låg SEI-grupp äter eleverna oftare grovt bröd. För högre SEI-grupper föreligger högre poäng på kostindex (tabell II). I tabell III redovisas hur hemförhållandena påverkar kostvanor. De elever som bor med båda föräldrarna har signifikant högre kostindexpoäng ($p < 0,05$).

Kostvanor och sport-fritidsaktiviteter
Av tabell IV, framgår att ju oftare elever deltar i sport och idrott på sin fritid desto högre poäng på kostindex har de. Sambandet är statistiskt signifikant ($p < 0,01$).

Kost- och rökvanor

Rökarna har genomgående lägre kostindexpoäng än icke-rökarna. Av tabell V framgår det att endast 5 procent

av höggruppen utgörs av rökarna medan en tredjedel av låggruppen är rökare ($p < 0,001$).

Rökvanor

I vår undersökning av rökvanor påvisas att rökfrekvensen hösten 1985 i Stockholms län är 16 procent rökare, varav 7 procent dagligen bland pojkar och 15 procent bland flickor, varav 9 procent dagligen (9). Antalet elever i

Tabell II.
Kostindex fördelat efter SEI-grupp, procent.

Kostindex	Socioekonomisk grupp		
	Låg	Mellan	Hög
Låg	16	12	10
Mellan	75	75	74
Hög	9	13	16
	100% n= 124	100% n= 173	100% n= 151

Tabell III.
Kostindex fördelat efter boende med båda eller en förälder, procent.

Kostindex	Hemförhållande	
	Bor med båda föräldrarna	Bor med en förälder
Låg	12	17
Mellan	73	76
Hög	15	7
	100% n= 367	100% n= 106

Tabell IV.
Kostindex fördelat efter sportaktiviteter på fritiden, procent.

Sport på fritiden	Socioekonomisk grupp		
	Låg	Mellan	Hög
Sällan el aldrig	40	27	19
Varje vecka/dag	60	73	81
	100% n= 67	100% n= 364	100% n= 64

Tabell V.
Rökvanor fördelade efter kostindex, procent.

Rökning	Kostindex		
	Låg	Mellan	Hög
Röker	31	15	5
Röker ej	69	85	95
	100% n= 65	100% n= 363	100% n= 63

Tabell VI.
Rökvanor fördelade efter årskurs, procent.

	Åk 5	Åk 7	Åk 9
Röker varje dag	0	5	16
Röker ibland	0	4	16
Röker inte	100	91	67
	100% n= 93	100% n= 233	100% n= 194

Tabell VII.
Rökvanor fördelade efter SEI-grupp, procent.

Rökning	Socioekonomisk grupp		
	Låg	Mellan	Hög
Röker varje dag	10	5	8
Röker ibland	4	7	10
Röker ej	86	87	82
	100% n= 125	100% n= 174	100% n= 158

Tabell VIII.
Rökvanor fördelat efter attityd till skolan, procent.

Attityd	Rökvanor	
	Röker	Röker ej
Tycker mycket om ganska bra	54	83
Inte särskilt bra		
Tycker inte alls om	46	17
	100% n= 79	100% n= 429

de olika årskurserna som röker redovisas i tabell VI:

Signifikant högre andel röker varje dag i låg SEI-grupp ($p < 0,01$) jämfört med mellangruppen. Andelen som röker ibland, ökar signifikant i hög SEI-grupp medan det inte finns några skillnader när det gäller de som inte röker. Även attityder till skolan är viktig för skillnader i rökvanor (tabell VIII).

Även för rökvanor har hemförhållandena studerats. Signifikant fler rökare finns i gruppen som bor med enbart en förälder (19 procent) jämfört med om de bor hos båda föräldrarna (15 procent).

Rökvanor och sport-fritidsaktiviteter
Genomgående för de variabler som rörde sport/idrott fanns statistiskt signifikanta samband mellan dessa variabler och rökvanor ($p < 0,05$). Den största andelen icke-rökare återfanns på värdet för hög aktivitet på sport/idrott variabeln. 75 procent av icke-rökarna tillhör hög motionsgruppen medan andelen för rökarna är 56 procent.

Socialt nätverk och rökvanor

Det sociala nätverket har kartlagts med några frågor som bland annat speglar hur ofta eleverna umgås efter skolslut och om man har någon när vän.

När det gäller hur ofta man umgås med vänner efter skolan är det rökarna som oftare umgås med vänner. Även på frågan om eleven har en mycket nära vän just nu, är det en större andel rökare som uppger att de har det, 81 procent av rökarna och 70 procent av icke-rökarna. Rökarna har också lättare att få nya vänner både i och utanför skolan. På frågan om att ha roligt med klasskamraterna på rasterna i skolan uppger däremot icke-rökarna att de har det i högre grad än rökarna. Icke-rökarna ser också fler timmar på TV än rökarna.

Diskussion

Vi är medvetna om att kostvanor är ett svårstuderat område. Materialet till resultatdelen bestod av enkätdata och detta bör tas hänsyn till vid tolkning av resultaten. Vid fortsatta studier och kartläggningar av kostvanor bör kompletterande mätinstrument tillkomma såsom intervjuer och recall 24 timmar. Inte minst bör i samarbete med tandhälsövarlden biologiska markörer för kostvanor användas.

Avseende kostfrågor framgår att eleverna i stort sett har goda matvanor, ju yngre eleverna är desto bättre matvanor har de. Detta kontrasterar mot en tidigare undersökning (16). Flickor erhöll högre poäng på kostindex än pojkarna. Enligt denna studie åter flickorna lagad lunch/middag oftare och bättre kost än pojkarna. Både pojkar och flickor som sportar mycket hade däremot bra kostvanor. Det fanns en del

skillnader mellan SEI-grupperna och antalet erhållna poäng på kostindex. Detta kan bero på att möjligheterna och förutsättningarna att ha goda kostvanor hemma fortfarande är bättre i hem tillhörande hög SEI-grupp.

Undersökningen bekräftar att det sker en fortsatt nedgång av andelen rökare bland skolungdom i Stockholm. Andelen har halverats under den senaste 10-årsperioden och var hösten 1985 16 procent bland pojkar och 15 procent bland flickor.

Nästan hälften av eleverna har tyckt att god hälsa beror helt och hållet på hur man lever och vilka vanor man har. Det verkar således som eleverna själva i hög grad är medvetna om hur mycket levnadsvanorna betyder för hälsotillståndet. De erhållna resultaten i denna studie pekar på att "goda hälsovanor" också har samband med varandra. De elever som sportar mycket åter bättre och röker inte medan de som sportar mindre röker mer och har sämre matvanor.

Resultaten tycks styrka förhållandet att de elever som röker är mer "anpassade" till livet utanför skolan. De har lättare att umgås med kamrater, de har i högre grad en nära vän samtidigt som de har en negativ attityd till skolan, har varit berusade fler gånger och skolkar i betydligt hög grad än de icke-rökande eleverna. De elever som inte röker och inte i samma utsträckning som de rökande eleverna umgås med kamrater på fritiden, sportar mer. Idrott och sport tar mycket tid och är en organiserad form av att umgås med andra. I dessa sammanhang hör inte rökning till på samma sätt som i "kamratkretsen".

Referenser:

- Haglund BJA, Svanström L. Från epidemiologiska studier till hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå. En historisk analys av preventiva strategier. *AllmänMedicin* 1986; 7: 38-41.
- Lagergren U, Tillgren P. Hälsoarbete i skolan, läns hälsokommitténs hittillsvarande insatser och förslag till framtida insatser på skolans område. 1986 (stencil).
- Haglund BJA, Tillgren P (Red). The role of community analysis and focus groups in community intervention studies. Sundbyberg: The Stockholm County Council's Public Health Report Series, 1986 (grey report no 113).
- Haglund BJA, Svanström L. Att förebygga - Samhällsmedicin i praktiken. Lund: Studentlitteratur, under publicering.
- Tillgren P, Haglund BJA, Holm LE, Kanström L, Lindeberg G, Linnergren-Fleck L, Wirfält E. The Stockholm Cancer Prevention Program. Prevention methods in the cancer area. Mapping of channels and possible co-operative partners. A summary overview of completed work and work in progress. Sundbyberg: The County Council's Public Health Publication Series, Kronan Health Centre, 1985 (grey report no 107).
- Haglund BJA, Holm LE, Tillgren P. The Stockholm Cancer Prevention Program. A Summary report from the preparatory phase. Sundbyberg: The Stockholm County Council's Public Health Publication Series,

Kronan Health Centre 1985, 1985 (grey report no 106).

7. Bolin A, Haglund BJA, Lagergren U, Tillgren P. Hälsoarbete i skolan. Kunskapsunderlag och möjliga framtidsvägar. Stockholm: Landstingets hälsovård, under publicering.

8. Holm LE, Eriksson CG, Haglund BJA, oa. Förebyggande åtgärder inom cancerområdet - slutrapport. Projektet Kost - Cancer. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1986 (svart serie nr 129).

9. Greitz B, Haglund BJA, Wirscubsky A. Kost och rökvanor. Enkätundersökning bland skolbarn i Stockholms län. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, under publicering.

10. SÖ. Undersökning av skolungdomars alkohol-, narkotika-, tobaks- och sniftningsvanor 1980. Stockholm: Skolöverstyrelsen, 1980.

11. Stockholms skolförvaltning. 1984 års ANT-vaneundersökning i Stockholms skolor. Stockholm: Elevvårdsbyrån ANT-information, 1984 (Stencil).

12. SÖ. Skolungdomars alkohol-, tobaks- och narkotikavanor våren 1984. Årskurs 9. Stockholm: Skolöverstyrelsen, 1984.

13. Salomon G, Stein Y, Eisenberg S, Klein L. Adolescent smokers and nonsmokers: profiles and their changing structure. *Preventive medicine* 1984;13: 446-61.

14. Aaro LE, Wold B, Kannas L, Rimpelä M: Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey. A presentation of philosophy, methods and selected results of first survey. *Health Promotion* 1986;1: 17-33.

15. SCB. Socioekonomisk indelning (SEI). Meddelanden i samordningsfrågor. Stockholm: Statistiska Centralbyrå, 1984 (SCB 1982:4 nytryck 1984).

16. Bremberg S. Hur mycket åter eleverna och när? Hälsan i skolan 1984;23: 6-11.

Författarpresentation:

Birgitta Greitz, samhällsvetare och projektanställd vid Hälsovårdsenheten, Institutionen för Socialmedicin, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg våren 1986 vid tiden för studien.

Bo JA Haglund, biträdande hälsovårdsöverläkare inom Stockholms läns landsting och verksam vid Hälsovårdsenheten, Institutionen för Socialmedicin, Sundbyberg.*

Avri Wirschubsky, med kand, fil kand och datakonsult samt statistiker vid Hälsovårdsenheten, Institutionen för Socialmedicin, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

*Postadress: Institutionen för Socialmedicin, 17283 Sundbyberg

Reflotron®

Svar medan
patienten
väntar



mannheim
boehringer

BOEHRINGER MANNHEIM SCANDINAVIA AB
Division Diagnostika
Box 147 · 161 26 Bromma 1 · Tel. 08-98 81 50

Skolhälsovårdens roll i hälsofostran

LARS CERNERUD

Skolhälsovården har gamla traditioner i samhällets insatser ägnade att förbättra barns och ungdomars hälsa. Inriktningen har varierat med hänsyn till behov och krav. För närvarande ställs stora krav på utveckling och fördjupning av hälsofostrande åtgärder. Skolhälsovårdens ställning som en integrerad del i skolans verksamhet kan härvid vara gynnsam. När det gäller att nå hela barn- och ungdomsgruppen med hälsobudskap har skolhälsovården stödjande, stimulerande och sakkunniga uppgifter i all skolans verksamhet. När det gäller att nå individer i risk för framtida ohälsa, de riktade individuella insatserna, spelar skolhälsovården en nyckelroll. Detta inte minst till följd av skolsköterskornas betydelsefulla ställning. Här finns stort utrymme för ytterligare utveckling och strukturering av insatserna.

Nyckelord: Skolhälsovård, prevention.

Allt tyngre indicier anger levnadsvanornas, livsstilens, stora betydelse för folkhälsan. Redan för tio år sedan lyckades den amerikanske epidemiologen Alan Dever beräkna olika faktorerers effekter på människors hälsa (1). Han fann att livsstilen spelar en avgörande roll. Dolls och Petos gradering av riskfaktorer för cancer är välkänd (2). Kost och tobaksrökning, det vill säga typiska livsstilsfaktorer, svarar tillsammans för mer än två tredjedelar av den etiologiska fraktionen för cancer. Yrkesexponering, föroreningar, livsmedelstillsetser och geofysiska faktorer betingar däremot tillsammans endast omkring 10 procent av risk för cancer.

Man tillmäter skolan en allt större roll i försöken att påverka de framtida levnadsvanorna i en för hälsan mer gynnsam riktning. Skolhälsovården har en gammal god tradition av arbete med barns och ungdomars hälsa inom den svenska skolan. Det kan därför finnas anledning att närmare granska skolhälsovårdens förutsättningar och möjligheter i denna skolans påverkan av elevernas levnadsvanor.

Skolhälsovårdens framväxt

Skolhälsovård fanns inrättad vid de flesta större läroverk i Sverige vid mit-

ten av 1800-talet. Verksamheten hade en klar sjukdomsbehandlande inriktning. Den första ansatsen till preventiv inriktning, som ju numera dominerar skolhälsovården, finner man i en helt lysande genomförd undersökning från 1885 (3). Sådana miljöfaktorer som arbetstider, sovtider, bostadsförhållanden, liksom hygien i skolorna, uppvärmning, belysning, ventilation samt bänkar och bord sattes i relation till vissa symtom hos läroverksbarnen såsom trötthet, klenhet, nervositet, aptitlöshet och huvudvärk. Denna utredning lade grunden för en helt ny arbetsordning för skolhälsovården vid läroverken, som trädde i kraft 1892. Egenomligt nog fanns vid den tiden inga som helst ansatser till skolhälsovård vid folkskolorna, trots att behoven rimligtvis bör ha varit större där. Vid sekelskiftet inrättades på privat initiativ skolhälsovård vid folkskolorna i Stockholm och Göteborg. Denna verksamhet fick en tydligt sjukdomsbotande inriktning. Det sjukdomspanorama som skolläkarna ställdes inför var säkerligen skrämmande. Det gällde att gräva där man stod.

Inte förrän 1944 rekommenderade Riksdagen landets kommuner att inrätta skolhälsovård och först 1958 blev det en obligatorisk uppgift för kommunerna. Vid den tiden intog behandlingen av alla tidigare oupptäckta sjukdomar hos skolbarnen inte så stor del av skolläkarens arbete. Detta beroende bland annat på förbättrad förebyggande barnhälsovård och en gynnsam socio-ekonomisk utveckling för befolkningen. De förebyggande insatserna i skolhälsovården blev efterhand betydande under 1940-talet i och med vaccinationernas införande. Vaccination mot difteri och TBC var betydelsefulla delar av skolhälsovårdens verksamhet under slutet av 1940-talet. Under 1950-talet började man i högre grad än tidigare diskutera den fysiska och psykiska miljöns betydelse för skolbarnens hälsa. Under 1960-talet blev tidigt upptäckt av sjukdomar en angelägen och efterfrågad del av skolhälsovårdens verksamhet, vilket bland annat innebar att mycket av resurserna koncentrerades till så kallade klassundersökningar.

Skolhälsovården revideras

Vid mitten av 1970-talet genomfördes en större utredning av skolhälsovårdens verksamhet (4). Vissa förslag till marginella förändringar lämnades men i huvudsak förbigick man mer

omfattande tankar kring ändrade förutsättningar och behov. Kritiken mot skolhälsovårdens verksamhet blev allt starkare (5). Under början av 1980-talet har lämnats vissa förslag till bättre anpassning av skolhälsovårdens verksamhet (6, 7). Två akademiska avhandlingar av kartläggande natur om skolbarns hälsotillstånd och vårdkonsumtion har presenterats (8, 9). En handbok i skolhälsovård har nyligen publicerats där man bland annat tar hänsyn till de krav som ställs på verksamheten (10).

Skollagen styr

Skolhälsovården är till skillnad från merparten av övrig hälso- och sjukvård ett primärkommunalt åtagande. Dess verksamhet styrs av skollagens bestämmelser om skolhälsovård (skollagen 11 kap). Det är värt notera att skolhälsovården är den enda lagstadgade delen av skolans elevvård. Skolhälsovårdens målsättning framgår i skollagen: "till ändamål att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem". Skolhälsovården styrs vidare av föreskrifter och allmänna råd från skolöverstyrelsen. Dessa författningar är genom sin detaljeringsgrad starkt styrande för skolhälsovårdens verksamhet.

Trots den höga detaljeringsgraden är en stark lokal förankring nödvändig i syfte att genomföra prioriteringar och lokal styrning av verksamheten. Det uppfattas vara en fördel att både skolläkare och skolsköterska ingår i den lokala skolans stab och i kommunens inre verksamhet. Därigenom kan man lättare delta i och få gehör för synpunkter i planeringsarbetet. En viktig del i detta planeringsarbete är utan tvekan utveckling av skolhälsovårdens hälsofostrande funktioner och en påverkan på hela skolans hantering av frågan.

Skolhälsovårdens förebyggande verksamhet

Skolhälsovårdens preventiva arbete kan indelas på följande sätt:

Primär prevention (förebygga sjukdom, främja hälsan) innefattar hälsofostran, vaccinationer och miljömedicin. I vaccinationerverksamheten är det angeläget att vidmakthålla redan uppnådda mål. Uppbrott av difteri och polio har tydligt pekat på betydelsen av ett gott vaccinationsskydd i befolkningen. När det så gäller den fysiska

och psyko-sociala miljön är skolhälsovårdens medicinska sakkunskap nödvändig. Tillstånd såsom allergi får inte försämrats i en dåligt sanerad skolmiljö. Skolhälsovården måste hela tiden verka över sådant som kan försämra miljön ur allergisk synpunkt, till exempel levande djur i skolan.

Ett annat exempel på miljömedicinska uppgifter är att följa och övervaka olycksfallsutvecklingen i skolorna. Olycksfall i skolan är troligen lika vanliga som olycksfall i yrkeslivet. Det är viktigt att skolhälsovården med sin medicinska kompetens deltar i kartläggning av olycksfall i skolan och i planering av åtgärder. Ibland drabbas skolorna av hysteriska miljöreaktioner till exempel vid förekomst av löss. En saklig information grundad på gedigen medicinsk kunskap är ovärderlig för skolans hantering av sådana frågor.

Sekundär prevention (tidig upptäckt sjukdom) handlar i hög grad om hälsoundersökningar. Det är angeläget att skolhälsovården fastställer hälsoövervakningsprogram i detaljerade vårdprogram. Det gäller sådana sjukdomar som till exempel skolios, hörselnedsättningar, synnedsättningar och hjärtfel, som faktiskt kan förbli oupptäckta till skolåldern. Det finns också andra viktiga värden i hälsoundersökningarna. Skolhälsovårdens personal får träffa varje elev regelbundet och därigenom bilda sig en uppfattning av hälsotillståndet i skolan. Sådana erfarenheter av elevernas hälsotillstånd besitter givetvis ingen annan i skolan. Större delen av insatserna i hälsoundersökningarna genomförs numera självständigt av skolsköterskorna, vilket innebär att läkarens tid kan användas mer målinriktat för de elever som verkligen behöver läkarens mer kvalificerade insatser.

Tertiär prevention (lindra effekterna av redan uppkommen sjukdom eller funktionsnedsättning). Vid integrering av barn med kroniska sjukdomar i skolan har de pedagogiska och tekniska frågorna lösts väl. Det är dessvärre sämre med attityderna gentemot de kroniskt sjuka barnen från såväl elever som skolpersonal. Detta grundas på bristande kunskaper om kroniska sjukdomar, eftersom skolpersonalen inte har möjlighet att få sådant i sin utbildning. I sådana fall är det mycket lämpligt att utnyttja sig av skolhälsovårdspersonalens medicinska kunskaper och kompetens i allmänhet och i enskilda fall. Mycket enkelt kan skolläkaren hålla ett opretentiöst föredrag för lärarna om till exempel allergi, epilepsi, diabetes och så vidare. I det enskilda fallet kan skolläkaren tillsammans med föräldrarna och eleverna ge en saklig och osentimental information om det speciella handikappet.

Den medicinska studie- och yrkesorienteringen är en viktig angelägenhet inom skolan. Det gäller att så tidigt som möjligt förebygga ur hälsans synpunkt olämpligt yrkesval. Skolhälso-

vården har angelägna åligganden även på detta område, som bör struktureras i särskilda vårdprogram lokalt.

Öppen mottagningsverksamhet

Till dessa viktiga preventiva arbetsuppgifter för skolhälsovården kommer det som skolhälsovården väl mest är känd för, mottagningsverksamheten. Det står varje elev fritt att söka skolhälsovården för vad den vill. Man behöver inte deklarerat för någon lärare varför man går till skolhälsovården. Det kan röra sig om mycket enkla funderingar som för den enskilde är stora problem. Det kan till exempel röra sig om allt från funderingar om kroppsutvecklingen till stora och allvarliga problem som självmordstankar.

Eleverna känner mycket väl skolhälsovårdens lagstadgade sekretess, som sammanfaller helt med sekretessen för all övrig hälso- och sjukvårdspersonal. De vet att man aldrig behöver riskera att skolhälsovården för vidare sådant som är framfört i förtroende. Skolhälsovården är därigenom en ytterligt angelägen säkerhetsventil i elevernas vardag. Det är således vid sidan av de generellt och mot gruppen inriktade förebyggande insatserna också på det individuella planet som skolhälsovården har angelägna arbetsuppgifter att fylla.

Hälsofostran i vid bemärkelse

Skolhälsovårdens roll i hälsofostran kan vara såväl generell, omfattande alla elever, som riktad till enskilda elever. När det gäller de generella insatserna bör skolhälsovårdens roll närmast ses som sakkunnig i medicinska frågor och i vissa fall pådrivande och stimulerande. Den hälsofostran som vänder sig till hela elevgruppen engagerar egentligen alla som arbetar i skolan, vidare föräldrarna och givetvis eleverna själva. Det finns exempel på hur man kan arbeta med hälsofostran för eleverna eller värre, emot eleverna, medan målet givetvis skall vara att bedriva hälsofostran med eleverna.

Skolans "klimat"

Skolans eget "klimat", den fysiska och psyko-sociala miljön, är exempel på sådana frågor som är grundförutsättning för framgång med hälsofostrande åtgärder. Samarbetet mellan lärarna, föräldrarnas engagemang i skolans arbete, skolledningens intresse och förmåga att skapa ett gynnsamt hälsoklimat är grunden för att kunna ta itu med till exempel våld, mobbing, rasism och förstörelse. Att tro på framgång i hälsoarbetet i en skola där det råder ett ointresse för sådant som inte är direkt kunskapsrelaterat är orealistiskt. Min erfarenhet säger att skolledningens förmåga är helt avgörande för möjligheten att skapa gynnsam jordmån för hälsoarbete vid en skola. Skolläkaren och skolsköterskan må vara eldsjälar, deras hälsoenergi förklingar snabbt om skolans rektor är ointresserad av

skolans fysiska och psyko-sociala miljö. Det får inte vara så att rektor lägger alla handlingar om hälsa i skolsystems brevkorg. Jag brukar uppmana skolsköterskan att lämna tillbaka pappren till rektor med uppmaningen: "Det här är Ditt jobb att leda, men jag hjälper gärna till!"

När en klasslärare stänger klassrumsdörren är eleverna helt utlämnade åt lärarens personlighet och förmåga att leda och skapa trivsel. I bland står det alldeles klart för skolläkaren och skolsköterskan att barnen i en klass mår dåligt och att ett lärarbyte vore lösningen. Detta tycks vara en lösning som allt för sällan kommer till användning. I stället får skolhälsovården söka lindra de psyko-somatiska symtomen hos eleverna. Jag efterlyser större insyn bakom den stängda klassrumsdörren. Det finns förvisso lärare som inte borde ha med elever att göra, precis som vissa läkare inte borde träffa patienter.

Kampanjer och jippon kring hälsan är tacksamma att dra igång och driva i skolorna. Effekterna blir ofta spektakulära, men under begränsad tid. Snart är den grå vardagen tillbaka, fyrverket har slocknat och är bortglömt. Att vidmakthålla ett hälsotänkande i skolan kräver insatser. Ofta ingår skolläkaren och skolsköterskan i hälsogrupper som har att driva hälsofrågorna på längre sikt i skolan. Det bästa är om någon från skolledningen leder arbetet. Ett viktigt mål är att få de ämnesövergripande hälsofrågorna inskrivna i skolans, stadiets och klassens arbetsplan. Visst kan skolhälsovården vara pådrivande i ett sådant arbete, men det är ännu bättre om skolledningen driver frågan och skolhälsovården bistår med sakkunniga råd.

Hjärt- och lungräddning

Ett mer konkret exempel på hur skolhälsovården kan introducera ett hälsoarbete i skolan är utbildningen i hjärt- och lungräddning (HLR). I läroplanen för grundskolan finns inskrivet att livräddningsmoment skall ingå i biologi- och idrottsundervisningen på högstadiet. Svenska kardiologföreningen har efter amerikansk modell utarbetat HLR-metoden som innebär att yttre hjärtkompressioner ingår i upplivningsprogrammet som också strukturerats hårdare. Det visade sig att programmet var mycket lämpligt för elever på högstadiet. Man kan påstå att gällande kursplan kompletterades med HLR. Inom skolhälsovården i bland annat Stockholm tog vi initiativet till att snabbt utbilda flertalet skolsköterskor till instruktörer i HLR. De drev sedan HLR-utbildningen bland eleverna. Nu visar det sig dock att bördan blir stor att bära utbildningen ensamma för skolsköterskorna. Målet är nu att snarast utbilda biologi- och idrottslärare till HLR-instruktörer så att skolsköterskorna kan verka tillsammans med lärarna.

Skolläkaren som lärare?

Det är sällan nödvändigt eller ens önskvärt att skolläkaren och skolsköterskan håller egna lektioner för eleverna. De har vanligen inte den pedagogiska utbildningen och erfarenheten som är nödvändig. Ibland ombeds skolläkaren att hålla en lektion över något särskilt allvarligt ämne, såsom till exempel AIDS. Risken är då stor att skolläkarens engagemang och kunskap formuleras i ett bombastiskt budskap som möjligen de elever som ändå lyssnar på allt tar till sig, medan de man egentligen vill nå inte alls lyssnar eller avviker från lektionen. Det är i sådana fall bättre att skolläkaren ger vederbörande lärare en medicinsk genomgång så att läraren sedan på sitt sätt kan förmedla budskapet på ett för eleverna lämpligt sätt.

Ett liknande exempel kan vara tobaksinformation. Där kommer också planeringsfrågan in. Det dubbla budskapet med rökruta i skolan parallellt med undervisningen om tobakens skadeverkningar ger knappast skärpa åt budskapet. Ibland kan man från skolledningens sida bli "hemmablind". Det kan då vara välgörande att skolläkaren och skolsköterskan påtalar problemet med dubbla budskap vid planeringskonferenser. Vid de enskilda konsultationerna hos skolläkaren är effekten betydligt bättre om rökrådan tas upp vid besöket än om skolläkaren går ut i klassen och håller en lektion. Ett exempel är tonårsflickan som söker för långdragen hosta. Skolläkaren känner naturligtvis rökdoften av kläderna och tar upp frågan med flickan och kan förklara sambanden.

Påverkan av matvanor

Skolmåltiderna borde kunna vara en viktig faktor i våra strävanden att förbättra befolkningens kostvanor. Trots kommunernas stora satsningar på bra skolmat är i de flesta fall attityderna från eleverna gentemot skollunchen negativ. Detta beror inte endast på lunchens sammansättning utan lika mycket på miljön kring skollunchen med ogästvänliga matsalar och även på schemalaggnings av skollunchen. Ibland kan eleverna av schematekniska skäl vara tvungna att äta sin lunch endast två timmar efter frukost. Vid planeringen av skollunchen är det viktigt att skolhälsovårdens personal deltar och lägger sina synpunkter på hälsan. Det är knappast att vänta att någon annan yrkeskategori i skolan agerar som hälsans advokater. Skolledningens uppgift är att driva skolan så rationellt som möjligt.

Hälsoadvokater

Ett annat exempel på betydelsen av att agera hälsoadvokat är schemalaggnings med placering av raster. Av hänsyn till lärare och deras arbetstider söker man allt oftare lägga ihop lektioner i block. Detta innebär att elever kan bli sittande upp till två timmar i lektion utan

paus emellan. Erfarenheten visar att när skolhälsovårdens personal i sådana fall för fram det betänkliga i detta ur hälsosynpunkt får diskussionen en ny dimension som ingen tidigare sett. Det kan förefalla egendomligt, men trots allt är det så att elevernas hälsa i skolan inte är det första skolans ledning och skolans personal tänker på och tar hänsyn till.

Arbetsmiljölagen omfattar elever från och med årskurs 7, men någon talan har de inte. Från skolhälsovårdens sida finns det all anledning att driva frågan om elevskyddsombud. Det kan i många fall kännas egendomligt att vara elevhälsoadvokater när eleverna själva inte finns med och kan föra sin talan.

Våld i skolan

Det ökande våldet mellan eleverna har flera orsaker. En viktig orsak torde vara okunskap hos barn och ungdomar om hur kroppen är uppbyggd. Att kroppen har stor reservkapacitet för fysisk ansträngning tycks inte många veta. Vidare tycks allt för många tro att kroppen har stor fysisk reservkapacitet för slag och sparkar. När man så förklarar för ungdomarna om de skador som kan uppstå av en enda spark i magen eller ett enda slag emot huvudet får man ofta till svar: "Oj, det hade jag ingen aning om." Det finns anledning att påverka undervisningen i skolan så att dessa viktiga faktorer beaktas. Vi har vidare på senare tid sett goda exempel på hur skolsköterskan kan medverka i undervisningen i dessa frågor, eller till och med i samband med speciella aktiviteter och kampanjer ta grupper av barn till sig på mottagningen och hålla en liten gruppinformation.

Skolsköterskan - nyckelpersonen

Skolsköterskan är en nyckelperson i skolan och har en viktig roll i skolans hälsofostran. Hon utgör en trygghetsfaktor för många barn och ungdomar. Ibland får man ett intryck av att hon intagit en ställföreträdande mammaroll. Detta kan vara till stor glädje för de många barn vilkas mammor av olika skäl inte orkar leva upp till sin mammaroll. Individuellt eller i små grupper söker sig eleverna till skolsköterskan för frågor och samtal kring den egna hälsan. Hon har då unika möjligheter att bibringa dem ett hälsofrämjande synsätt. Hon är ofta deras första egna kontakt med hälso- och sjukvården. Dagens barn och ungdomar är morgondagens potentiella patienter. Skall skolan fostra sjukvårdskonsumenter eller hälsoaktivister? Svaret ligger delvis hos skolsköterskan.

Utvärdering av generella hälsoinsatser

Lönar sig hälsofostran? Det torde vara svårt att göra hälsoekonomiska bedömningar av skolans hälsofostran. Effekterna ligger långt fram i tiden. Man påverkar hela hälsobeteendet med effekter på många olika organsystem och

sjukdomar, ja, med effekter på hela välbefinnandet. Vidare kan hälsofostran i skolan få spridningseffekt till hela familjen. En god hälsa och ett gott välbefinnande för eleverna i skolan är därutöver en viktig bas för kunskapsinhämtning. Att kunna läsa, skriva och räkna är viktiga basfärdigheter, men den primära basfärdigheten är att kunna hantera sin egen hälsa.

Huruvida det är rimligt att prioritera skolhälsovårdens resurser till generella hälsoinsatser i skolan är inte helt självklart. Detta är ett angeläget område för forskning och analys. Tills vidare är det nog ändå rimligt att anse att skolhälsovårdens roll i de generella hälsoinsatserna i skolan består i medicinsk sakkunskap, stöd och stimulans. Det är sannolikt en stor fördel att den svenska skolhälsovården är en väl integrerad del i skolans vardag, en skolans egen resurs. I de övriga nordiska länderna är skolhälsovårdens personal utifrån kommande experter till skolans värld.

Riktad hälsofostran

En troligen mycket angelägen form av hälsofostran sker vid elevernas individuella kontakter med skolhälsovården. Innehållet i hälsoundersökningarna (det som tidigare kallades klassundersökningar) har alltmer kommit att präglas av hälsosamtal med skolläkaren och skolsköterskan. Tyngdpunkten ligger i de flesta fall dels i årskurs 1, där nästan alltid föräldrarna medverkar, dels under högstadiet där hälsan sätts i relation till yrkesvalet och till själva tonårsperioden och dels i gymnasieskolan där hälsosamtalen sker med den nu vuxne medmänniskan. Effekterna av dessa hälsosamtal har inte utvärderats. Empiriskt vet vi att man på detta sätt fångar upp funderingar kring hälsan och utvecklingen och erbjuder en diskussion av tankar som kanske ligger och grov till mer allvarliga proportioner. Man kan troligen bidra till utvecklingen av en självständig, välintegrerad människa med god identitetskänsla genom att erbjuda samtliga elever dessa enskilda samtalsmöjligheter. En annan effekt är att skolläkaren och skolsköterskan snabbt kan identifiera vilka elever som behöver specifika och riktade insatser.

När eleverna söker skolhälsovården för specifika symtom är det viktigt att föra en diskussion om orsakerna till de symtom som eleverna har. I detta ligger en angelägen del i den individuella hälsofostran. En elev kan exempelvis söka för huvudvärk. Vid en analys av situationen kan man finna att det är mycket bullrigt i klassrummet. Då har vi gjort två vinster. Det första är att eleven har insett att det finns ett samband mellan miljö och levnadsvanor å ena sidan och symtom å andra sidan. Det andra är att vi har fått ett uppslag till att förbättra miljön för eleverna i det klassrummet.

Skolhälsovården vid de flesta skolor har nästan alltid sina speciella "stamkunder". Det rör sig om elever med mångfasetterad problematik och ofta psyko-somatiska symtom. De får troligen så småningom en större belastning vad gäller såväl tobaksbruk som alkoholbruk och tidiga sexualvanor. Det är också bland dessa elever vanligen skolkarna rekryteras. Mycket talar för att dessa elever också är framtidens stora sjukvårdskonsumenter. Det är en angelägen uppgift i framtidens hälsofostrande verksamhet inom skolhälsovården att för det första identifiera dessa barn och för det andra i den individuella kontakten söka nå dem med hälsofostrande budskap. Våra metoder är härvidlag obeprovade. Det finns en stor potential för nödvändig utveckling och strukturering av riktade hälsofostrande insatser från skolhälsovårdens sida. En prospektiv longitudinell epidemiologisk studie av skolhälsovårdens "stamkunder" på låg- och mellanstadiet vore synnerligen intressant. Först skulle man nog vilja se en god deskriptiv prevalensstudie i frågan.

Skolhälsovårdens folkhälsoarbete i framtiden

Skolhälsovården kommer troligen att vara en viktig faktor i framtidens folkhälsofrämjande arbete. Det råder numera ganska stor enighet om vilka delar av skolhälsovården som måste prioriteras på bekostnad av andra. Skolläkarens medverkan i de rutinmässiga hälsoundersökningarna (klassundersökningarna) har tidigare varit något av en helig ko, men allmer tyder på att den dyra och högkvalificerade resurs som skolläkare utgör nu används till de elever som verkligen behöver denna resurs, det vill säga till riktade insatser. I detta omdanings- och omprioriteringsarbete ligger också synen på hälsofostrans ställning inom skolhälsovården. Hälsofostran kommer under överskådlig tid att vara ett allt mer högprioriterat område inom skolhälsovården och inom skolan som helhet.

Även om det är svårt att mäta effekter av hälsofostran är det en angelägen forskningsuppgift att utvärdera insatserna. Personligen skulle jag tro att de största vinsterna i relation till insatsen för skolhälsovårdens del finns att hämta i den riktade hälsofostran. Speciellt gäller det att beskriva, identifiera och hitta former för att stödja de barn som redan från början har olika typer av symtom som för dem till skolhälsovården. Jag tror att skolläkarna och skolsköterskorna redan idag gör ett viktigt arbete i att stödja dessa barn och nyansera skolans syn på dem. Den medicinskt biologiska grundsynen på barns utveckling utgör en viss garanti för att bespara dessa redan utsatta barn från ytterligare missförstånd och feltolkningar.

Hälsofostran har i ganska stor utsträckning kommit att handla om individorienterad verksamhet. Samban-

den med samhälls- och miljöförhållanden har inte så ofta ställts i direkt relation till verksamheten, som ofta tagit upp individens kost- och motionsvanor samt droganvändning. Att sätta skolhälsovårdens kartläggningsarbete av elevernas hälsa i relation till deras levnadsförhållanden är en intressant och angelägen utvecklingsprocess.

Inom den auxologiska epidemiologien sätter man barnens tillväxt i relation till deras uppväxtvillkor (11). Sedan lång tid tillbaka genomför skolhälsovårdens regelbundna längd- och vikt-mätningar under barnens skoltid. I den pågående utvärdering av skolbarns tillväxt relaterad till deras levnadsförhållanden har man funnit att skolhälsovårdens tillväxtmätningar kan vara ett viktigt instrument i den samhällsorienterade hälsoanalysen (12). Med ytterligare kunskap kanske man så småningom finner att huvuddelen av hälsofostrande åtgärder lämpligen destinerar till barn från vissa lednadsförhållanden.

Den utveckling av skolläkarnas insatser som redan påbörjats kan på mycket lång sikt förväntas bli koncentrerad mot i huvudsak tre mål. För det första och kanske viktigaste riktade medicinska insatser för barn med stor problemtynad. För det andra handledning för skolsköterskorna i deras generella kontakt med eleverna. För det tredje deltagande med medicinsk sakkunskap i skolans generella hälsoprogram.

För att kunna möta dessa krav bör utbildning och fortbildning för skolläkare ses över. Specialistutbildning i allmän medicin eller pediatrik ger nog en god grund för arbetet. Därutöver kan man tänka sig en subspecialisering mot skolhälsovård. Denna inriktning borde innehålla åtminstone tre komponenter, folkhälsovetenskap, gärna i form av MPH-examen (master of public health), socialpediatrik och tonårsmedicin.

Referenslista:

1. Dever A. An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research* 1977;2: 453-66
2. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. Oxford: Oxford University Press, 1981
3. Key A. Läroverkskommitténs underdåniga utlåtande och förslag angående organisationen af rikets allmänna läroverk och dermed sammanhängande frågor. Stockholm: Kongl Boktryckeriet, Norstedt och Söner, 1885
4. Skolhälsovård. Betänkande av 1974 års skolhälsovårdsutredning. Stockholm: Liber förlag (SOU 1976: 46), 1976
5. Köhler L. Physical mass examinations in the school-health service. *Acta Paediatr Scand* 1977;66: 307-10.
6. Cernerud L. Skolhälsovården i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* 1982;59: 163-71
7. Cernerud L. Hälsoundersökningar i skolan. *Läkartidningen* 1984;81: 3022-4
8. Kornfält R. Skolbarns hälsa. Lund: Akademisk avhandling, 1981

9. Jorming B. Hälso-tillståndet hos elever i grundskolan. Huddinge: Akademisk avhandling, 1983

10. Cernerud L, Grundberg K, Strandell A. Skolhälsovård, handbok. Stockholm: Liber Utbildningsförlaget, 1986

11. Tanner JM. Growth as a mirror of the conditions of society. In Demeirjian A, Brault Dubuc M, Human growth, a multidisciplinary review. London and Philadelphia, Taylor and Francis Ltd, 1986

12. Cernerud L, Lindgren G-W, Aurelius G, Alba G. Secular growth changes in relation to changing socio-economic conditions. *Annals of Human Biology* 1985; 12: 50

Författarpresentation:

Lars Cernerud är skolöverläkare i Stockholm och ordförande i Svenska skolläkareföreningen. Har tidigare även varit knuten till Skolöverstyrelsen som skolöverläkare.

Postadress: Skolhälsovårdsbyrån, Box 22007, 104 22 STOCKHOLM

Salivens halt av lactobaciller verifierar effekten av kostrådgivning i skolan

SUNE WIKNER

Ett förenklat salivtest för bestämning av lactobacillhalten gör det möjligt att utföra screening i klassrummet. Metoden visualiserar för barnen den abstrakta orala bakterievärlden vilket tillsammans med information om kända samband mellan lactobaciller, sockerkonsumtion och karies motiverar många barn att minska konsumtionen. En kraftig kariesminskning under 1-3 år efter information verifierar konsumtionsminskningen. Metoden tillåter under vissa förutsättningar bedömning av sockerkonsumtionen och dess förändringar över tiden i stora befolkningsgrupper.

Nyckelord: Skolan, kost, prevention, lactobaciller, saccharos, saliv, tandhålsvård.

Kariesfrekvensen bland barn och ungdomar i Sverige har minskat avsevärt under de senaste 10-15 åren. Detta tillskrives flera gynnsamma omständigheter men de flesta bedömare framhåller effekten av fluorider som tänderna exponerats för via kollektiva fluorsköljningar i skolan, tandkrämer och lokal behandling på tandkliniker. Bakom den tolkningen finns kunskaper från flera tusen vetenskapliga undersökningar om fluoridernas verkningsmekanism och dokumenterade kliniska effekt i populationsstudier.

Många studier visar till exempel att tandkräm som innehåller fluorider minskar kariesutvecklingen. En lång rad andra studier har däremot visat att rengöringen med tandborste har liten kariesprofylaktisk effekt (1).

Konsumtionsfrekvensen av många kolhydrater har odiskutabelt stor betydelse för karies (2). Tyvärr saknas dokumentation som visar om tandvårdspersonalens kostrådgivning påverkar tandhälsan bland skolbarn. Den verkshäns uttrycker därför mer en förhoppning än visshet om dess betydelse. Därför kan man bara spekulera om kostfaktorns betydelse för de senaste årens kariesminskning. Den som vill förankra bedömningen på vetenskaplig grund är därför hänvisad till fluoriderna.

Lokal fluorbehandling av tänderna vid tandkliniker kan vid upprepad behandling ge betydande kariesreduktion även i populationer som har ett grundskydd av fluorider i tandkräm och sköljningar i skolan (3-5).

Individuell profylax är dyr

I vårt landsting kostar en enda behandling, utförd av tandsköterska under 15 minuter på kliniken, cirka 30 kronor. Det är lika mycket som kollektiv fluorsköljning var 14:e dag i skolan kostar under ett år. Därför begränsar tandläkaren antalet kliniska behandlingar och antalet behandlade barn.

En otillräcklig urvalsmetod

Vanligtvis väljer tandläkaren för tilläggsprofylaktisk behandling de barn som sedan föregående undersökning fått några nya kariesangrepp eller en fördjupning av tidigare registrerade små skador.

Metoden skulle fungera bra om inte individens kariesrisk förändrades. Men det gör den till exempel när sockerkonsumtionen ökar. Tandläkaren upptäcker förändringen först när skadan är etablerad och långt senare än dess debut på tandytan. I enskilda fall hinner många och ibland djupa skador utvecklas innan riskdiagnosen ställs.

Andra personer har liten aktuell kariesrisk, tack vare låg konsumtionsfrekvens idag och trots att det blev några nya hål i fjol. Eftersom urvalskriteriet baseras på något som hände i förfluten tid är det inte representativt för dagens kariesrisk. Över- och underskattning av risken är därför vanlig (6).

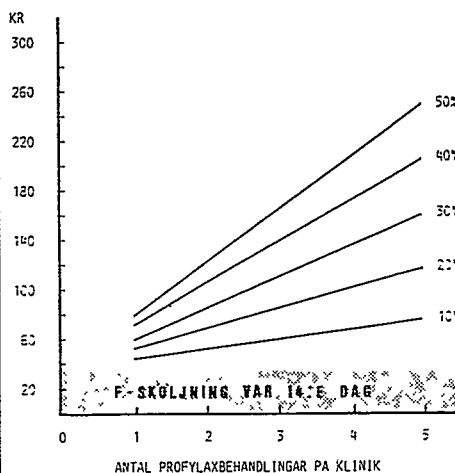
En annan besvärande brist är parameterns oförmåga att visa när en insatt profylaktisk åtgärd kan utsättas. Vid konsekvent tillämpning från sju års ålder leder det till att praktiskt taget alla får kariesprofylaktisk intensivbehandling hos tandläkaren vid 20 års ålder eftersom de flesta under dessa år har haft åtminstone en kariesaktiv period. Man kan visserligen temporärt minska resursförbrukningen genom att ändra kriterierna för urval i takt med barnens ökade ålder. Men det förbättrar inte urvalsmetoden.

En kariesskada är ett symptom på en historisk obalans mellan angrepps- och försvarsmekanismer. Det vore mer än-

damålsenligt att försöka bedöma den aktuella balansen mellan viktiga angrepps- och försvarsmekanismer när man väljer ur patienter för intensiv kariesprofylax.

Fluorbehandling är otillräcklig ibland

Det finns inte bevis för att den begränsade lokala fluorbehandling som barn med hög kariesaktivitet får idag är meningsfull. Fyra penslingar med ett fluorlack varje år var till exempel verkningslösa över tre år (7). Även om en högre behandlingsfrekvens skulle visa sig vara effektivare i framtida studier är det tveksamt om den höga kostnaden kan motiveras (figur 1).



Figur 1. Det kostar 58 kronor när en tandkötterska ger ett barn profylaktisk behandling under 30 minuter i länets medelbehandlingsrum (inklusive för- och efterarbete, administration etc). Totalkostnaden för 1-5 behandlingar i olika (10-50 procent) populationsandelar har i figuren fördelats på samtliga barn i populationen.

Svårt att omhänderta kariesaktiva barn på kliniken

En intern undersökning i länet visade att 40 procent av 800 slumpvis utvalda barn som kallats till klinik för profylaktisk behandling uteblev eller lämnade sent återbud. Kombinerat med sent urval på osäker grund och ineffektiv profylaktisk behandling innebär detta en betydande under- och överprofylax. En liten del av de barn som behöver en effektiv profylaktisk hjälp får sådan men till mycket stor kostnad.

Kanske kostrådgivning i skolan?

Bristen på kunskaper om kostinformati-
onens effekt och möjligheter är en in-
tressant utgångspunkt för utveckling
av nya metoder att ta hand om barn
med hög kariesrisk. Skolan är en in-
tressant alternativ arbetsplats efter-
som uteblivandefrekvensen och kost-
naderna skulle minska radikalt jäm-
fört med arbete på en tandklinik. Med
tanke på ovan beskrivna problem med
nuvarande metoder skulle även en
blygsam kariesreduktion i den aktuella
målgruppen vara ett steg framåt.

En ny metod

Tandhälsovårdsavdelningen i länet har
under en 5-årsperiod utvecklat och ut-
värderat en metod för kariesprofylak-
tiskt arbete i skolan. Metoden inklude-
rar en ny princip för tidig identifiering
av barn med låg och hög kariesrisk.
Den fortsatta texten redovisar några
av de viktigaste observationerna från
drygt 30 kliniska försök bland cirka
10.000 barn.

Larmas beskrev 1975 Dentocult, en
ny metod för odling av salivens lacto-
baciller (8). Efterföljande studier har
påvisat en användbarhet i vardags-
tandvården som torde ge en ny dimen-
sion åt den framtida kariesprofilaxen.
Halten orala lactobaciller ger under
vissa förhållanden information om den
senaste tidens konsumtionsfrekvens
av kolhydrater som kan fermenteras av
munnens mikroorganismer (9, 10).
Denna konsumtion och speciellt av
saccaros är den viktigaste karies be-
främjande faktorn. Resultaten av test-
metoden är positivt korrelerade till
nästa års kariesökning (11).

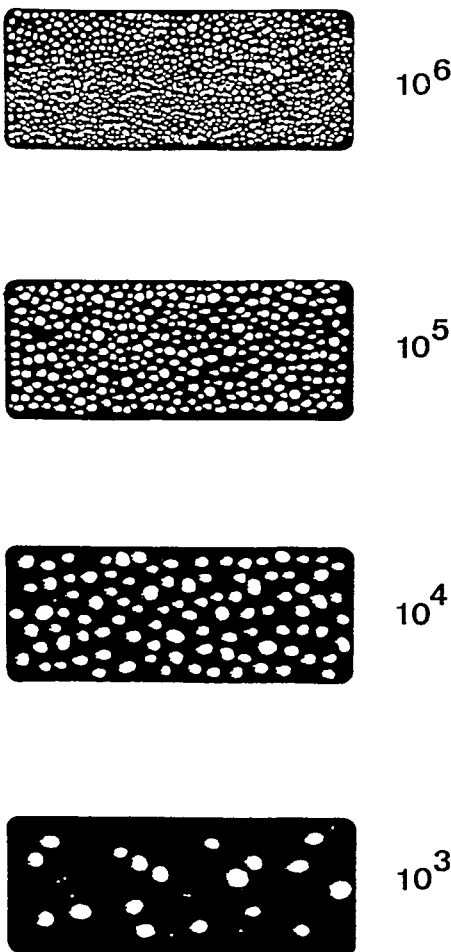
Redan vid testtillfället överskattas
emellertid kariesrisken i de fall då pa-
tienten har effektiva resistensförhål-
landen. Däremot underskattas den ak-
tuella risken sällan. Ett annat salivtest
(12) med dokumenterad användbar-
het i klinisk tandvård (13) bedömer sa-
livens buffertkapacitet (Dentobuff).
Eftersom den är en av de viktigaste för-
svarsmekanismerna (14) borde testet
vara ett bra komplement till Dentocult.
Båda kan användas för screening i
skolan och är oberoende av elektricitet
och tillgång till ett kliniskt laborato-
rium.

Provtagning för salivtest

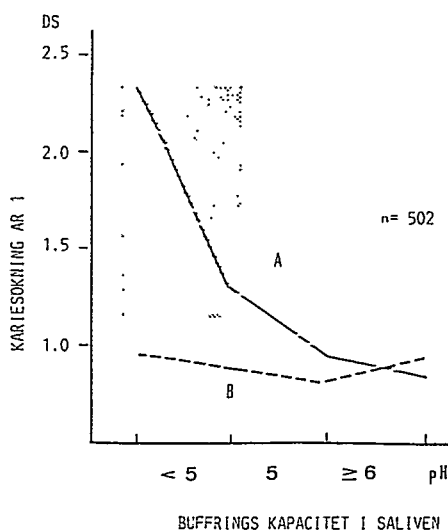
Testen utföres med saliv som barnen
producerat under 5 minuters tuggning
av ett stycke paraffin medan de sitter i
klassrummet. Med injektionsspruta av
engångstyp överföres en ml saliv till en
Dentobuff testflaska, som kolorimet-
riskt visar salivens buffertkapacitet,
uttryckt i en av nio klasser. Resultatet
erhålls inom 2 minuter (12). Resten av
saliven hålles utspädd över en Dentocult
dip-slide som är belagd med en
modifierad Rogosa-agar. Efter förslut-
ning i ett lufttätt plaströr förvaras den i
rumstemp (min 22° C) i 7 dygn eller i
37° i fyra dygn.

Vid avläsning jämföres lactobacill-
koloniernas täthet med en tolknings-

mall och uttryckes enligt figur 2 i fyra
klasser.



Figur 2.
Lactobacill-koloniernas täthet på Dentocult-sliden uttryckes i antalet lactobaciller per ml saliv efter jämförelse med tolkningsmallen. Hög halt anses vara >10.000 (10^4) i de kliniska material som artikeln behandlar.



Figur 3.
Figur 3 visar kariesökningen över ett år, uttryckt i antalet tandytor där kariesangreppet penetrerar 2/3 av tandemaljens tjocklek, bland 7-åringar. Materialet grupperas enligt resultatet av salivtest som utfördes vid försökets start. Den övre kurvan omfattar barn med hög och den undre barn med låg halt lactobaciller i saliven. Mest karies fick barn med hög halt och samtidigt låg buffringskapacitet i saliven (skuggat område).

Lacto-buff-kombinationen visar aktuell kariesrisk

En kombination av lactobacill- och buffringstesten identifierade en grupp barn som ett år senare hade betydligt mer karies än övriga kombinationer (figur 3). Samtliga i det skuggade partiet hade fler skadade tandytor än medelvärdet för hela åldersgruppen.

Bland barn med låg lactobacill-halt (nedre kurvan) var kariesökningen liten och oberoende av resistensfaktorn det vill säga buffringskapaciteten. Vid hög lactobacillhalt påverkades kariesökningen av buffringskapaciteten (övre kurvan). När denna är >6,0 tycks konsumtionsfrekvensen uttryckt med lactobacillhalten, inte påverka kariesutvecklingen. En motsvarande undersökning av 532 12-åriga barn gav en nästan identisk figur. Dock hade något färre (80 procent) barn inom det skuggade partiet mer karies än medelvärdet för åldersgruppen.

Individuell kostrådgivning i grupp

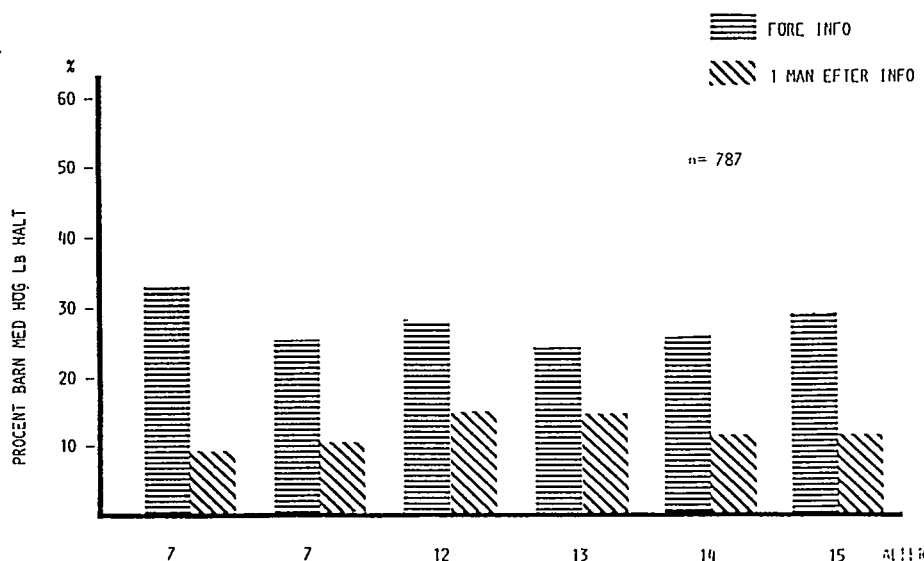
Gul-vita kolonier som växer på en svart bakgrund är lätta att se för patienten. Den abstrakta orala bakterievärlden kan lätt visualiseras för barnen och användas i syfte att påverka deras konsumtionsmönster.

Barn med hög lactobacill-halt samlas under ledning av en tandsköterska i grupper om 4-6 i något ledigt utrymme i skolan. Varje barn får se sin egen och kamraternas Dentocult-slide samt jämföra med tolkningsmallens klassindelning. De kända sambanden mellan munbakterier, sockerkonsumtion och karies beskrives. Den otillräckliga effekten av fluor understrykes. Gruppen enas om att minska konsumtionen samt träffas för nytt test om 3-4 veckor. Då jämföres de nya testresultaten med de första samt diskuteras orsakerna till varierande individuella framgång, varvid gruppens sakkunskap om det rådande konsumtionsmodet utnyttjas.

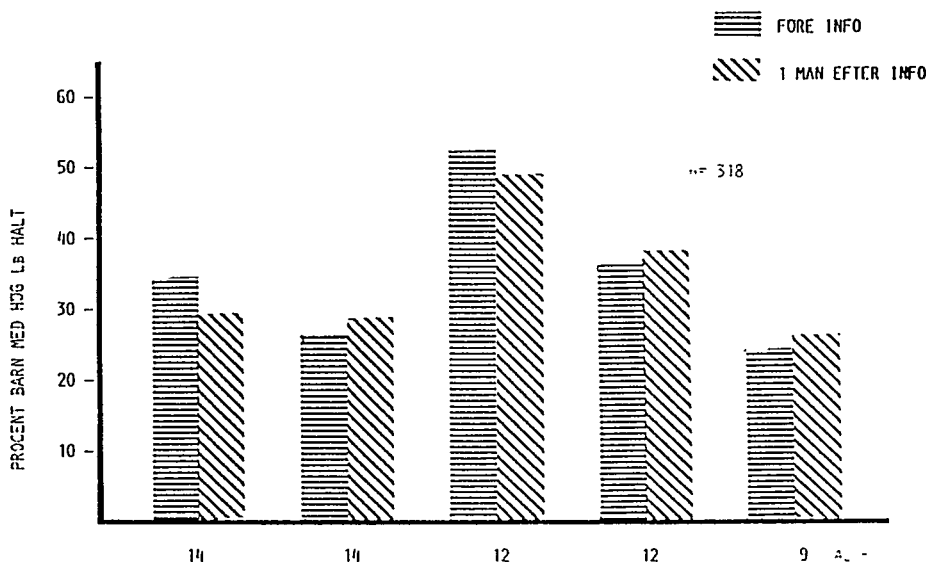
De som lyckas får beröm och "behandling" avslutas. Övriga får ytterligare några försök, eventuellt i samverkan med föräldrar. Om hög lactobacill-halt trots allt persisterar överväges ett annat mer kostnadskrävande omhändertagande. Enligt resultaten av cirka 20 försök kan man förvänta sig 30-50 procents lyckandefrekvens efter en och 50-80 procent efter två gruppinformationer (figur 4).

I försök att påverka lactobacillhalten utan att visa barnen de egna testresultaten men med några idag ofta använda serier av dia- och stordibilder etc erhöles ingen effekt. Inte ens med program som författaren till denna artikel producerat i samverkan med en professionell tecknare. Barn med stor sockerkonsumtion låter sig tydligen inte påverkas av vad som helst (Figur 5).

Dentocult motiverar barn att minska sockerkonsumtionen och kariesrisken. Principen utnyttjades redan 1965 (15)



Figur 4. Varje stapelpar representerar ett försök och visar andelen barn med hög halt lactobaciller i saliven före respektive fyra veckor efter Dentocultinformation.



Figur 5. Figur 5 motsvarar försöken i figur 4 men barnen fick inte veta resultaten av lactobacill-testen. Dessutom användes traditionella verbala kommentarer och visuella hjälpmedel till exempel diabilder eller diaserier eller stordiaserier med professionell design. Det första stapelparet avser en kontrollgrupp som inte fick någon information.

med lactobaciller odlade på konventionell platta. En markant kariesreduktion registrerades över nästa 2-årsperiod. Metoden förenklades i Stockholms läns landsting bland annat med hjälp av Dentocult och gruppinformationer utförda i skolan. Ett försök utfördes bland 12-åringar som hade låg buffertkapacitet i saliven och därför enligt figur 3 kan betraktas som en högrisk-grupp. Efter två gruppinformationer med några veckors intervall hade 79 procent av barnen minskat sin lactobacill-halt till acceptabel nivå. Ett år senare hade gruppen 66 procent färre karrerade tandtytor än kontrollgruppen (16). Både kontroll- och experimentgrupp deltog i övervakade fluorsköljningar i skolan.

Resultaten har verifierats i motsvarande lacto-buffgrupper i andra studier (Wikner, opublicerade). En viss effekt av fluorlackningar i denna riskgrupp noterades men den var sämre än informationseffekten.

God effekt även i populationsstudier

I det ovan redovisade försöket hade alla barn dålig buffringskapacitet i saliven och hög lactobacillhalt. Detta innebär att kariesutvecklingen går snabbt och att försöksperioden kan begränsas till ett år. Om försöket utföres i en population som inkluderar barn med bra buffringskapacitet och låg lactobacillhalt sker kariesprogressionen långsamt för en stor del av materialet. Därför krävs längre observationstid för att kompensera utspädningseffekten från den gruppen.

I Örebro gavs Dentocult-informationen efter screening var 6:e månad i skolan. Efter 2,5 år registrerades 55 procent mindre karies jämfört med en kontrollgrupp (17).

En liknande studie utfördes i Stockholms län bland tonåringar som deltog i fluorsköljningar varje vecka. Screening utfördes i skolan tre gånger under en tvåårsperiod med Dentocult. Barn

med hög lactobacill-halt genomgick dessutom en buffringstest med Dentocult. Vid ogynnsam lactobuff-kombination gavs Dentocult-information och fluorlackning. I kontrollgruppen gjordes urval och profylaktisk tilläggsbehandling på traditionellt sätt. Ett år senare fanns ingen kariesdifferens men två år senare hade test-gruppen 43 procent mindre karies. Vid varje behandling fick 15 procent informationen (Wikner & Moum, opublicerad).

I ett annat försök ersattes fluorsköljningarna under tre år med Dentocult-information utförd en gång om året i skolan. Kontrollgruppen bibehöll sköljningarna. I kontrollgruppen var medeltalet tandtytor med karies lika stort alla tre åren. I Dentocultgruppen var siffran år tre 51 procent lägre än år ett. Jämfört med kontrollgruppen var kariesreduktionen 0 respektive 21 och 44 procent lägre per år. Den högre siffran år tre innebär inte att effekten av informationen var bättre. Den visar bara att det tar lång tid innan effekten av en konsumtionsminskning hos en liten grupp (24 procent) påverkar medelvärdet i hela populationen.

Våra resultat visar att en förbättrad sockerdisciplin är en betydligt effektivare åtgärd än frekvent fluorbehandling bland barn med ogynnsam balans mellan angrepps- och försvarsfaktorer.

Kostnad för screening och gruppinformation med Dentocult i skolan

Totalkostnaden fördelad på alla barn varierade mellan 30 och 45 kronor per barn och år och är alltså av samma storleksordning som övervakad kollektiv fluorsköljning var 14:e dag (33 kronor). Jämfört med den individuella fluorbehandling som idag utföres på kliniker bland barn med mycket karies är Dentocultmetoden billig (se figur 1).

Den låga kostnaden beror på att arbetet kunde utföras i skolan i hela skolklasser eller grupper av barn. Dessutom begränsades "behandlingen" till den fjärdedel av barnen som enligt den höga lactobacillhalten bäst behövde den. Den entydiga kariesminskningen i alla försök visar att urvalsprincipen varit bra.

Minskad terapikostnad betalar profylaxkostnaden

I ett försök minskade andelen barn som fick mer än tre fyllningskrävande kariesangrepp från 21 procent i kontrollgruppen till 8 procent i Dentocultgruppen. Bland 100 barn innebär det att minst 52 fyllningar inte behöver utföras (4×21 - 4×8). Om varje fyllning antas kosta 150 kronor sparas mer än 7.800 kronor per år. Dentocultinformation kostar 4.500.

Kartläggning av konsumtionsfrekvensen med Dentocult

I den tidigare texten hanteras begreppet lactobacillhalt och konsumtionsfrekvens synonymt. Det finns dock orala faktorer som kan leda till över-

eller underskattning av konsumtionen om bedömningen baseras på salivens halt av lactobaciller. Bland skolbarn i Sverige är emellertid missbedömning av den orsaken ovanlig (18) och i gruppstudier bland barn kan deras inflytande anses vara marginellt.

Därför borde lactobacillhalten i saliven ge ett hyggligt underlag för bedömning av gruppens konsumtionsmönster. Den fortsatta texten redovisar förekomst av låg och hög lactobacill-halt i några intressanta grupper.

Barn till Svenska och invandrade föräldrar

Inga signifikanta skillnader noterades bland 594 skolbarn utom för sjuåringar. Barn till invandrade föräldrar hade i den åldern signifikant högre frekvens höga värden än barn till svenska föräldrar.

Sociala grupperingar

Lactobacill-halten var signifikant ($p < 0,001$) högre bland barn från socialt missgynnade bostadsområden oavsett barnens ålder. Mer än 5.000 barn undersöktes. Tabell I visar resultatet i en åldersgrupp men utelämnar informationen att 12-åringen som bor i missgynnade områden hade högre halt ($p < 0,001$) än alla andra åldrar. Sambandet mellan lactobacill-halten och denna sociala faktor överensstämmer med tidigare kunskaper om karies' relation till sociala förhållanden (19).

Tandvårdspersonalen

Bland slumpvis utvald tandvårdspersonal hade 97 procent låg lactobacill-halt enligt figur 6. Detta är helt i linje med den låga kariesförekomsten bland dem och indikerar att kunskap och motivation har betydelse för sockerdisciplinen.

Liten skillnad mellan skolåldrar i ett normalmaterial

Figur 7 visar att hälften av 1.734 7-15-åringar i Nynäshamn hade utomordentligt låg lactobacill-halt oavsett ålder (18). Ur kariessynpunkt anses även gruppen med 10^4 lactobaciller per ml saliv ha låg konsumtionsfrekvens (11, 16). Resultaten som inte skiljer sig från ytterligare 8.000 test från länet, visar att 25-30 procent av skolbarnen har en lactobacillhalt som indikerar frekvent sockerkonsumtion.

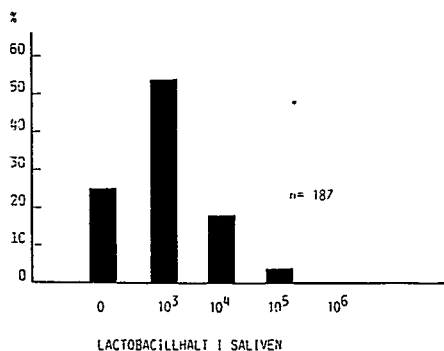
Lactobacill-halten förändras hos många barn

I Nynäshamnsundersökningen gjordes screening med Dentocult i skolan tre gånger under loppet av 18 månader. Vid varje testtillfälle hade en fjärdedel hög lactobacill-halt men hälften av dem hade vid nästa test minskat till låg halt. Samtidigt ökade emellertid lika många från låg till hög halt. Nästan identiska förändringar noterades över 6, 12 och 18 månader (figur 8). Ökad halt var vanligast mellan 12 och 13 år och signifikant större än i andra åldrar

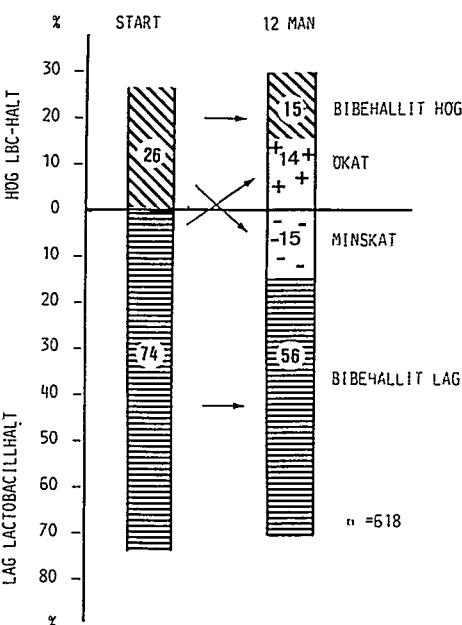
Tabell I.

Tabell I jämför förekomsten av låg och hög lactobacill-halt i saliven hos 13-15-åriga barn från bostadsområden där ≥ 50 procent bor i hyrd bostad(-) respektive < 50 procent (+). *** anger signifikansnivån $P < 0,001$.

lbc-halt i saliv	+		***		-		Totalt
	n	%	n	%	n	%	
$> 10^4$ (hög)	317	24,1	263	39,7	580	29,3	
$\leq 10^4$ (låg)	1001	75,9	399	60,3	1400	70,7	
	1318		662		1980		



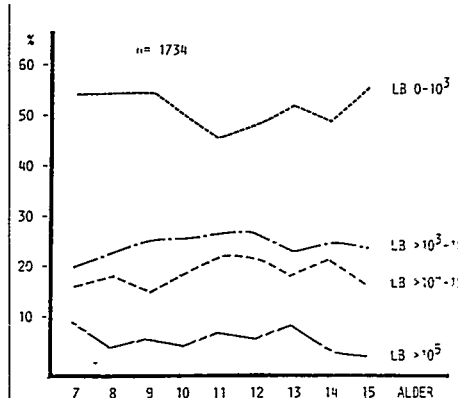
Figur 6. Figur 6 visar tandvårdspersonalens lactobacill-halt i saliven. Bara tre procent hade hög halt (> 10000 per ml saliv).



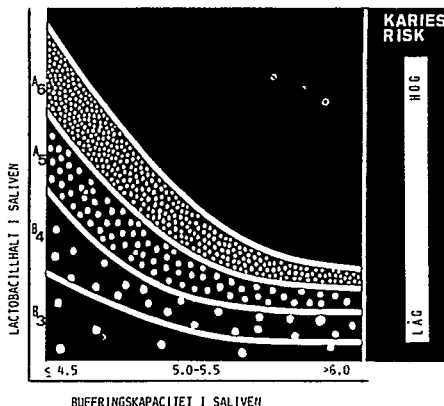
Figur 8. Figur 8 visar förändringar av låg och hög lactobacill-halt i saliven över tolv månader bland 7-14-åringar i Nynäshamn. Nästan identiska resultat registrerades över sex och 18 månader.

($p < 0,05$). En intressant spekulation är att 12-åringen i högre grad än andra åldrar kompenserar livets förtretligheter med godiskonsumtion.

Bara sex procent hade hög halt vid alla tre testen medan 43 procent hade låg halt. Benägenheten att bibehålla låg halt tycks vara större än att bibehålla hög halt ($p < 0,001$). Hela 51 procent pendlade mellan låg och hög halt över 18 månader. Om hälften av populationen har en konsumtionsfrekvens som pendlar mellan kriterier som indikerar



Figur 7. Figur 7 visar lactobacillhalten hos 7-15-åringar i Nynäshamn. Hög halt registrerades bland 26 procent. Mycket låg halt hade cirka hälften i alla åldrar.



Figur 9. Figur 9 visar principen för identifiering av personer med låg och hög aktuell kariesrisk enligt lacto-buff konceptet. Kariesrisken bedöms med ledning av två salivtest som bestämmer salivens lactobacillhalt och buffringkapacitet. Dessa är uttryck för viktiga angrepps respektive försvarsfaktorer. Konsumtionsfrekvensen av kolhydrater påverkar starkt lactobacillhalten. Bland skolbarn i Stockholms län bibehåller 43 procent låg halt över 18 månader och 6 procent hög halt. Över samma tidsperiod pendlar 51 procent mellan låg och hög halt.

hög respektive låg kariesrisk (11, 16) var 6:e månad och förmodligen oftare, torde det vara omöjligt att prediktera nästa års kariesrisk.

Dessa konsumtionsförändringar torde starkt bidra till tandläkarens svårigheter att välja ut riskpatienter med ledning av fjolårets kariesdata. När urvalet sker har redan en majoritet av dem minskat sockerkonsumtionen.

Våra resultat visar emellertid att man kan bedöma den *aktuella* kariesrisken och dess förändringar med hjälp

av lactobacill-test. Om testen dessutom inkluderar bedömning av en viktig resistensfaktor till exempel salivens buffert-kapacitet, torde risken för felaktig riskbedömning reduceras till acceptabel nivå.

Många bidragande faktorer

Det finns många detaljer i kostrådgivningens utförande som torde ha bidragit till den redovisade framgången till exempel en bra urvalsmetod, möjligheten att påvisa den höga konsumtionsfrekvensen med ett objektiva salivtest, den låga uteblivandefrekvensen, en bra inlärningsmiljö, fokusering av egenvårdens betydelse samt möjlighet att visualisera hur den förbättrade sockerdisciplinen påverkar den orala bakteriehalten, den nyanserade informationen om tandborstens och fluorens begränsade effekt etc.

Utrymmet tillåter emellertid bara konstaterandet att kariesprofylaktisk information i skolan med Dentocult innebär många praktiska, psykologiska och pedagogiska fördelar för identifiering och behandling av barn med stor kariesrisk. Det skulle inte ha varit möjligt på en tandklinik.

Referenser:

1. Kirkegaard E. Den cariesprofylaktiske effekt af tandbørstning vurderet ud fra kliniske undersøgelser. Tandl blad 1981;85: 180-86.
2. Hölund U. Kosten som kariesetiologisk faktor, en litteraturgenomgång. Tandlægebladet 1986; 90:15-23.
3. Axelsson P, Lindhe J. The effect of a preventive program on dental plaque, gingivitis and caries in schoolchildren. Results after one and two years. J Clin Periodontol 1974;1: 126-38.
4. Klock B, Krasse B. Effect of caries-preventive measures in children with high numbers of *S. mutans* and lactobacilli. Scand J Dent Res 1978;86: 221-230.
5. Holm GB, Holst K, Mejäre I. The caries-preventive effect of a fluoride varnish in the fissures of the first permanent molar. Acta Odontol Scand 1984;42: 193-7.
6. Vanderas AP. Bacteriologic and nonbacteriologic criteria of identifying individuals at high risk of developing dental caries: a review. J Publ Health Dent 1986;46: 106-13.
7. Modéer T, Twetman S, Bergstrand F. Three-year study of the effect of fluoride varnish (Duraphat) on proximal caries progression in teenagers. Scand J Dent Res 1984;92: 400-7.
8. Larmas M. A new dip-slide method for the counting of salivary lactobacilli. Proc Finn Dent Soc 1975;71: 31-5.
9. Jay P. The effect of substrate on the oral flora. J Am Dent Assoc 1948;37: 416.
10. Larmas M, Mäkinen KK, Scheinin A. Turku sugar studies III. An intermediate report on the effect of sucrose, fructose and xylitol diets on the numbers of salivary lactobacilli, candida and streptococci. Acta Odontol Scand 1974;32: 423-33.
11. Crossner CG. Salivary lactobacillus count in the prediction of caries activity. Community Dent Oral Epidemiol 1981;9: 182-90.

12. Frostell G. A colourimetric screening test for evaluation of the buffer capacity of saliva. Swed Dent J 1980;4: 81-6.

13. Wikner S, Nedlich U. A clinical evaluation of the ability of the Dentobuff to estimate buffer capacity of saliva. Swed Dent J 1985;9: 45-7.

14. Newbrun E. Cariology, 2nd edition. Baltimore, USA: The Williams and Wilkins Company. 1983.

15. Krasse B, Edwardsson S. Effekten av kariesprofylaktisk rådgivning på behovet av konserverade tandvård hos skolbarn med höga lactobacilltal. Sv Tandläkarförbunds Tidn 1965;57: 792-807.

16. Wikner S. An attempt to motivate improved sugar disciplin in a 12-year-old high caries-risk group. Community Dent Oral Epidemiol 1986;14: 5-7.

17. Crossner CG, Unell L. Salivary lactobacillus counts as a diagnostic and didactic tool in caries prevention. Community Dent Oral Epidemiol 1986;14: 156-60.

18. Wikner S, Moum I. Can the presence of erupting or exfoliating teeth increase the salivary lactobacillus count? Scand J Dent Res Accepted for publication 14 June 1986.

19. Faresjö T, Gamsäter G, Hamp SE, Nilsson T, Westerberg I. Influence of social factors on the effect of different prophylactic regimens. Swed Dent J 1981; Supplement 7.

Författarpresentation:

Sune Wikner är biträdande över-tandläkare i Tandhålsövård i Stockholms läns landsting, Sundbyberg.*

*Postadress: Tandhålsövården, Stockholms läns landsting, Sturegatan 2, 172 86 SUNDBYBERG

Kurser & konferenser

Tredje konferensen om DATORER I SJUKVÅRDEN

med tyngdpunkten i primärvården.

Konferensen, som anordnas av Svensk Förening för Allmänmedicins datorgrupp i samarbete med Arbetslivscentrum samt med stöd från Svensk socialmedicinsk förening och Stockholms läns landsting äger rum 18-19 maj 1987 i Stockholms län, Bergby Gård.

Konferensen vänder sig till olika datoranvändare, speciellt i primärvården, som börjat fundera över nytta och resultat av olika medicinska informationssystem. Även användare och forskare inom andra delar av sjukvården och med stort intresse och erfarenhet av resultatutvärdering och kvalitetskontroll är varmt välkomna. Väsentligt är ett levande intresse och viss erfarenhet av datorstöd vid medicinskt beslutsfattande.

Första dagen ägnas datorisering och synsätt i vården, där även expertsystem

tas upp. Andra dagens huvudtema blir datorstöd och kvalitetskontroll. Konferensen kommer att hållas i "storgrupp", varför deltagarantalet måste begränsas till cirka 70.

Konferensansvariga är: distriktsöverläkare Britt-Gerd Malmberg, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg och fil dr Ingela Josefsson, Arbetslivscentrum, Stockholm. Preliminär anmälan görs omgående till sekreterare Ann-Christin Johansson, Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel 08-9891 00. Konferensavgift: 350 kronor. Kost och logi beräknas preliminärt till 650 kronor.

Ange i samband med din anmälan ditt "curriculum vitae", med speciell tyngdpunkt på erfarenhet av datoranvändning.

International course on research in primary health care

arranged by European General Practice Research Workshop in cooperation with World Health Organisation.

Title: From chaos to clarity.

Date: 18.-22. May 1987.

Place: Gilleleje, Denmark.

Language: English.

Course fee: 1200 Danish Kr. (includes accommodation, meals, course).

Deadline for requests:

31. March 1986 (oversubscription expected, so early applications advisable).

Contact address and telephone:

Dr. Poul A. Pedersen, Central Research Unit of General Practice, Juliane Maries Vej 18, DK-2100 København Ø. Telephone 01-37 02 12.

Speakers: Bjørn Andersen, Flemming Frølund, Erling Kjærulff, Gavin Mooney, Christian Pedersen, Poul A. Pedersen, Henrik R. Wulff.

Outline and objectives: The aims of

the course is to enable primary health care personnel to formulate ideas that can be tested in a scientific manner, - to give primary health care personnel basic understanding of epidemiological methods and biostatistics, - to develop their critical faculties so that they are better equipped to evaluate their own and other people's research ideas, - to give some practical experiences in critiques of published work and the development of study protocols.

The course is open to all European primary health care personnel, and wide international participation is aimed at.

Applicants are asked to state their motives for participation and to enclose a short curriculum vitae.

Några glimtar från länskolnämndernas arbete med hälsofostran

ULLA NORÉN · JÖRGEN SVEDBOM

Morgondagens vuxna medborgare återfinns idag som elever i skolan. Där kan de alla nås av information och attitydpåverkan under den period av deras liv då de börjar utforma en egen livsstil. Därför är skolans arbete en viktig länk i den kedja av insatser som krävs, om vi skall kunna uppnå målen i WHO:s europastrategi i "Hälsa för alla år 2000".

Inom skolan har man också under senare år arbetat alltmer aktivt och medvetet med hälsofostran. För att utvidga och fördjupa detta arbete, spelar länskolnämnderna en viktig roll. Här har arbetet med förebyggande hälsovård, på några år, utökats från mer eller mindre renodlad ANT-verksamhet, till att omfatta hela ämnesområdet hälsofostran.

Vid länskolnämnderna har sedan 70-talets början funnits så kallade ANT-konsulenter vars huvuduppgift är att utveckla och förbättra alkohol-, narkotika- och tobaksundervisningen i skolan.

I och med att skolöverstyrelsen introducerade "Handlingsprogram för hälsofostran i skolan" 1981, har ANT-konsulenternas arbete alltmer utökats till att omfatta hela ämnesområdet hälsofostran.

Dels beskrivs hur arbetet med hälsofostran har utvecklats vid länskolnämnden i Jönköpings län dels ges några exempel från länskolnämnden i Västernorrlands län.

I Jönköpings län omfattar ANT-konsulenttjänsten halvtid. Arbetet med hälsofostran har här utvecklats sedan början av 80-talet. Bas för detta arbete utgör ett antal utredningar och utvärderingar av skolornas arbete med hälsofostran. Bland annat utvärderades grundskolans samlevnadsundervisning och gymnasieskolans ANT-undervisning under 80-talets första år.

Dessa utvärderingar låg sedan till grund för "Länskolnämndens program för hälsofostran" som fastställdes 1983 och utgör riktlinjer för länskolnämndens arbete med hälsofrågor.

Enligt detta program delas länskolnämndens arbete med hälsofostran

upp i två huvuddelar: Egen verksamhet och Samarbete med andra myndigheter och organisationer.

Egen verksamhet

Den egna verksamheten består dels av ett långsiktigt arbete av programkaraktär, dels av tidsbegränsade projekt.

Det långsiktiga arbetet innebär kontakter med skolor i form av skolbesök, rådgivning om läromedel, personella resurser och arbetsplaner, medverkan i temaaktiviteter, fortbildning av ANT-ombud med mera.

Länskolnämndens egen projektverksamhet inom hälsofostranområdet finansieras till stor del över det extra anslag för drog-förebyggande verksamhet som länskolnämnderna tilldelats efter förslag av Narkotikakommisionen.

Projektens drivs av skolor, elevråd, hem- och skolaföreningar eller liknande, med stöd av länskolnämnden och syftar till att bli "självgående".

Exempel på framgångsrika projekt som nu lever ett eget liv är "Sandaprojektet" och "Drogfri avslutning".

I Sandaprojektet, som genomförs vid Sandagymnasiet i Jönköping, specialstuderar en klass ur årskurs So 2 drogproblematiken i ämnena socialkunskap, naturkunskap och svenska. Bland annat gör eleverna en egen teaterpjäs för att bearbeta attityder och värderingar på drogområdet.

Gymnasieeleverna genomför sedan temadagar i årskurs 9 på tre närliggande grundskolor i anslutning till dessa skolors ordinarie ANT-undervisning.

I projektet "Drogfri avslutning" vid Apladalsskolan i Värnamo, har man lyckats få bukt med de tidigare ganska stökiga avslutningarna. Arbetet går ut på att aktivera elevkåren, anordna lägerskolor om ANT- och samlevnadsproblematik och erbjuda lockande alternativ till de "traditionella" avslutningarna.

Ett annat projekt med hälsofostrande syfte är "Ett aktivare klassföreståndarskap i gymnasieskolan". Projektet bedrivs inom ramen för arbetet med "En gymnasieskola för alla" och har som mål bland annat att utveckla klassföreståndarrollen i sådan riktning att ett mera psykosocialt gynnsamt arbetsklimat skapas i klasserna.

Samarbete

En viktig del av länskolnämndernas verksamhet på hälsofostransområdet går ut på att samordna den del av olika myndigheters och organisationers hälsofostrande arbete som inriktas på

skolan. En sådan samordning ger effektivitetsvinster och hjälper också myndigheter och organisationer att hitta de rätta vägarna in i skolan. Viktiga samarbetspartners för länskolnämnden i detta sammanhang är bland annat Högskolan, Kommunförbundet, Landstinget och ideella organisationer exempelvis Länsnykterhetsförbundet och Hem- och Skolarörelsen.

Tillsammans med Högskolan i Jönköping genomför länskolnämnden ett projekt som nu är i det närmaste självgående. Projektet innebär att de blivande lärarna får en relativt omfattande metodisk utbildning i att arbeta med attityder och värderingar inom bland annat drog- och samlevnadsområdet. Men metoden är tillämplig också inom andra delar av hälsofostran.

Kommunförbundet med dess läns AV-central är en naturlig samarbetspartner när det gäller att sprida kännedom om AV-hjälpmiddel inom ämnesområdet hälsofostran och dessa AV-hjälpmedels användning. Tillsammans med kommunförbundet och landstinget har länskolnämnden också genomfört ett informationsprojekt kring AIDS-problematiken. På detta område finns nu ett utbyggt och väl fungerande samarbete.

Länskolnämnden och länsnykterhetsförbundet samverkar varje år kring fortbildning av de ca 100 ANT-ombud som finns i länets alla rektorsområden och gymnasieskolor. Dessutom förekommer då och då samarbete kring andra projekt, kurser, utbildningar med mera.

Den viktigaste samarbetspartnern för länskolnämnden i fråga om hälsofostran är dock landstinget.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen tilldelar landstingen ett samordnat planeringsansvar för hela befolkningens hälsa.

Eftersom människor är mest påverkbara i unga år, är det viktigt för landstinget att nå ungdomarna i det förebyggande hälsoarbetet. Den bästa möjligheten att nå alla ungdomar finns i skolan.

Därför är det viktigt att landstingen inte lämnar skolan därhän eller "lejer bort" skolverksamheten. I stället måste landstingen anstränga sig för att med sina resurser inom den förebyggande hälsovården *nå in i skolan och skolans verksamhet.*

Landstinget i Jönköpings län och skolorna i länet arbetar därför aktivt för att bygga upp ett samarbete mellan skolans och landstingets resurser inom den förebyggande hälsovården.

I detta arbete är det självklart med en långt gående samverkan mellan länskolnämnden och landstinget. Ett väl utvecklat samarbete finns också sedan flera år, bland annat på de organisatoriska och metodiska områdena.

Exempel på sådant samarbete är olika friskvårds- och antidrogkampanjer (Må bättre kampanjen, Länskampanjen mot alkohol, En rökfri skola) utbildningar (informatörsutbildning i samlevnad, sex och relationer, AIDS-information med mera), kongresser (Hälsokonvent -85, Hälsokonvent -87) med mera.

Ett spännande projekt som just nu inleds, är ett samarbete kring "Grundutbildning i förebyggande hälsovård". Denna utbildning skall anordnas samtidigt som det successivt öppnas friskvårdscentraler i länets kommuner. Utbildningen vänder sig till friskvårdscentralens personal och skolornas hälsolag samt personal från socialförvaltning, fritidsnämnd, försäkringskassa, arbetsförmedling, föreningsliv och näringsliv. Den syftar till att skapa kontaktytor och befrämja samarbete mellan friskvårdscentralen och närsamhället. Målsättningen är bland annat att friskvårdscentralen skall bli en resurs för skolan i det hälsofostrande arbetet och att eleverna skall uppleva ett besök på friskvårdscentralen som lika naturligt som ett besök på fritidsgården, biblioteket, föreningslokalen eller biografen.

Skolornas hälsolag får genom samarbetet med friskvårdscentralerna både plattform och förutsättningar för ett meningsfullt arbete. Bland annat kommer representanter för hälsolagen att ingå i de lokala ledningsgrupper som styr friskvårdscentralernas utåtriktade verksamhet.

Exempel från Länskolnämnden i Västernorrlands län

I Västernorrlands län har landstinget ända sedan starten för ANT-konsulentens arbete på 70-talet, bidragit med medel till verksamheten. Det har gjort det möjligt för ANT-konsulenten att sedan 1983 arbeta heltid med hälsofostran. Arbetet sker i mycket nära samarbete mellan länskolnämnd och landstingets samhällsmedicinska sektion.

Hälsolag

Ett exempel på detta samarbete är utbildning av och stöd och stimulans till skolornas hälsolag. Utvecklingen av hälsolag har skett med utgångspunkt i dels grundskolans läroplan (1980) som betonar bland annat samverkan och dels SÖ:s handlingsprogram i hälsofostran (1981) som ger rekommendationer om bildandet av hälsolag. Det blev då ett naturligt tillfälle för skolornas ANT-kontaktpersoner att till sig knyta ett antal resurspersoner inom den egna skolan som tillsammans ansvarar för att leda och stimulera arbetet med hälsofrågor. Organisa-

tionen, med lokala ANT-kontaktpersoner inom grundskolan och gymnasieskolan hade då funnits sedan början av 70-talet. ANT-kontaktpersonerna uttalade många gånger att de kände sig ensamma i sitt arbete och tyckte att det kändes svårt att nå ut till all skolans personal. Nu sker ett lagarbete mellan ANT-kontaktpersoner (samtliga lärare) från alla stadier, skolsköterska, studieleddare samt ansvarig skolledare ca 5-6 personer. I gymnasieskolan består laget av ANT-kontaktperson, skolsköterska samt intresserade lärare som undervisar i bland annat samlevnads- och ANT-frågor.

Varje läsår samlar länskolnämnden och landstinget hälsolagen för att de dels skall få del av nya fakta och dels möjlighet att utbyta erfarenheter och diskutera fortsatt hälsoarbete.

Arbetsplan/handlingsplan

Hälsofostran berör flera ämnen och förutsätter ett ansvarstagande av all personal. Dessutom är hälsofrågorna övergripande från lågstadiet upp till gymnasiet. Detta kräver en god planering i en lokal arbetsplan, som dels uttrycker klara tydliga mål för arbetet och dels visar konkreta åtgärder/handlingar, som skall leda mot målet. Den gemensamma satsningen från länskolnämnd och landsting inriktades till att börja med på att stödja ett arbete med att utarbeta dessa arbetsplaner/handlingsplaner. Senare har medel från landstinget avsatts till att stödja de projekt, som finns upptagna i skolornas handlingsplaner.

Landstinget ställer varje budgetår medel till länskolnämndens förfogande för skolans hälsofostrande verksamhet. Dessutom finns på länskolnämnden vissa statliga projektmedel. Länskolnämnden beslutar i plenum om fördelning av dessa medel. Läsåret 86/87 fördelade länskolnämnden 120.000 av landstingsmedel och 50.000 statliga medel till länets skolor för projektarbete med hälsofostran/ANT.

Exempel på projekt

● Hälsofostran på kvällstid för elever och föräldrar tillsammans 2 kvällar/läsår under låg och mellanstadiet.

I årskurs 1 fungerar projektet delvis som inskolning. Alla lär känna varandra när man jobbar praktiskt med morgonmål, olika mellanmål och nyttig fest. Andra tema är skollunchen, tandvård med mera.

● Hälsofostran som obligatorisk del av fria aktiviteter för årskurs 4, 5 och 6. Klassen delas i två grupper. Ena halvan har hemkunskap, den andra har andra moment av hälsofrågor, ergonomi, tobak, friluftsliv med mera.

● Högstadiееlever utbildas under en internatvecka till ANT-informatörer för elever på mellanstadiet. ANT-informatörerna återvänder till sina "gamla" mellanstadieskolor och genomför en temadag om ANT.

● Lägerskola 3 dagar för alla elever i årskurs 7 (107 stycken) med syfte att skapa god gemenskap och utveckla rutiner för elevmedverkan. Eleverna utformar tillsammans med delar av skolans personal en handlingsplan och ett kontrakt som visar ansvarsfördelning.

● Hälsofostran genom attitydpåverkan för vårdgymnasieelever. För att göra vårdlinjens elever mer uppmärksammade på förebyggande hälsovård och mer medvetna om sin egen hälsa ägnas en vecka åt lägerskola för elever i årskurs 1. Verksamheten planeras tillsammans med eleverna.

● Friskvård på internat. Erfarenheten visar att 16-åringar som flyttar hemifrån och hamnar tillsammans på en internatskola behöver extra stöd för att bibehålla eller upprätta goda hälsovårnor på sin fritid. Två gymnasieskolor arbetar särskilt med att medvetandegöra eleverna genom konditionstest, hälsoprofil med mera som utmynnar i ett personligt åtgärdsprogram och kontrakt.

● ANT- och samlevnadsundervisning på en gymnasieskola. Med tanke på gymnasieskolans nuvarande organisation, med stort antal olika linjer och få ämnen som innehåller undervisningsmoment där ANT- och samlevnadsfrågor naturligt ingår, är det för många skolor svårt att ordna denna undervisning. Vid en gymnasieskola i länet har man satsat mycket på denna undervisning och på att utveckla klassföreståndarrollen och former för elevmedverkan. I samlevnads-ANT-undervisningen arbetar ett lag av lärare i psykologi, samhällskunskap, historia, naturkunskap, kemi och biologi. 4-5 stycken. Lärarna har i sin tjänst tilldelats timmar för denna undervisning.

Timantalet varierar från 3-0,75. Medel erhålls dels från länskolnämnden och dels ur skolans förstärkningsresurs. Varje elev får, oavsett linje 10-12 lektioner i ANT-frågor respektive samlevnadsfrågor vilket får anses vara en ovanlig förstärkning av denna undervisning.

Under 1987 kommer nya spännande möjligheter till samarbete att utvecklas. Landstinget har till varje primärvårdsledning knutit en hälsoplanerare, som bland annat skall kartlägga och beskriva behovet av förebyggande åtgärder. Länskolnämndens ANT-konsulent skall tillsammans med respektive hälsoplanerare göra en lägesbeskrivning av hälsofostran i skolan.

Framtiden

Det kan finnas en risk att Hälsofostran blir ett ämne eller en liten nisch i skolan där man "pysslar" med elevernas hälsa, medan skolan i övrigt och samhället som helhet utvecklas i en alltmer ohälsosam riktning.

Om så skulle bli fallet har inte skolan några större möjligheter att bevara eller förbättra elevernas hälsa.

I stället måste en hälsobefrämjande grundsyn genomsyra hela skolans

Hälsofostran i skolan – några exempel på forsknings- och utvecklingsarbete

BO JA HAGLUND · PER TILLGREN

Forsknings- och utvecklingsarbete runt hälsofostran har utvecklats efter två huvudlinjer i Sverige. Den ena utgår från den pedagogiska traditionen och är förankrad i pedagogiska institutioner och lärarhögskolor. Den har framför allt inriktats på att ge stöd till lärares undervisning. Den andra kommer från organisationsutvecklingstraditionen och har utvecklats i det vidgade ansvaret för att förebygga sjukdom som kommuner och lands- ting fått under de senaste åren. Inom båda dessa traditioner finns en spänning mellan ett helhetsperspektiv och ett fragmenterat. I artikeln ges framför allt exempel på erfarenheter där ett helhetsperspektiv tillämpats.

Nyckelord: Skolan, hälsofostran, forskning, utvecklingsarbete, över- sichtsartiklar.

verksamhet och hela samhället.

En sådan grundsyn har formulerats av den israeliske hälsoforskaren Aaron Antonovsky. Han har i sina undersökningar om vad som får människor att uppleva god hälsa, visat att följande faktorer är mycket betydelsefulla:

- en känsla av sammanhang i tillvaron
- en känsla av överblick över sin verklighet
- en känsla av mening med livet
- en tilltro till sin förmåga att påverka sitt liv.

För att nå fram till en grundsyn som bygger på dessa faktorer, måste vi i skolan definiera den goda framtiden, den hälsosamma framtiden och tillsammans arbeta mot denna framtid med metoder och idéer som ger *alla* elever förutsättningar för att uppleva god hälsa. Då medverkar hälsofostran i skolan till att vi får *både* friskare elever och ett hälsosammare samhälle.

Författarpresentation:

Jörgen Svedbom är högstadielärare i naturorienterade ämnen vid Kungsängsskolan i Jönköping. Sedan sju år arbetar han halvtid som ANT-konsulent vid länskolnämnden i Jönköpings län där han handlägger frågor inom ämnesområdet Hälsofostran.*

Ulla Norén, gymnasielärare med samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen, arbetar på heltid som ANT-konsulent vid länskolnämnden i Väster- norrlands län.

*Postadress: Länskolnämnden i Jönköpings län.
Box 602, 551 18 Jönköping
Telefon 036/10 05 60

Bakgrund

Inom Stockholms läns landstings hälsoarbete har skolan bedömts som ett angeläget område för ett fördjupat och långsiktigt utvecklingsarbete. Detta har bland annat markerats i det påbörjade hälso- och sjukvårdsplanarbetet. Bland annat har i projektet "förebyggande åtgärder inom cancerområdet" i Stockholm gjorts en kartläggning över tänkbara samarbetspartner för ett hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå (1). Skolan i samhället bedömdes då vara en viktig faktor i ett förändringsarbete (2). Artikeln utgör en sammanfattning av innehållet i några rapporter som skrivits.

Hälsoarbetet i skolan i Sverige har utvecklats från i princip två parallella linjer. Den ena utvecklingslinjen har sin utgångspunkt från pedagogiskt utvecklingsarbete och har sin förankring i lärarhögskolor och pedagogiska institutioner och skolöverstyrelsen. Den andra linjen har vuxit fram ur praktiskt hälsoupplysningsarbete där kommuner, landsting och frivilliga organisationer samverkat inom ämnesområdet. Denna utvecklingslinje finns förankrad inom bland annat olika landstingsområden och vid socialstyrelsens hälsoupplysningsbyrå.

Pedagogiska utgångspunkter

I Sverige har forskningsområdena utvecklats efter olika traditioner. Vid högskolan får lärarutbildning i Stockholm (HLS), pedagogiska institutionen har man mera koncentrerat sig på lärares och annan skolpersonals utveckling i förmedling av hälsofostran i ett mera allmänt perspektiv (3, 4, 5). Undervisning kring droger, främst alkohol och tobak i skolan har dominerat vid pedagogiska institutionen i Göteborg. Den grundläggande utvecklingslinjen har där varit att utgå från eleven och inte drogen. Detta genom att undersöka dels vad som bidrar till att drogvanor etableras och vidmakthålles och dels att utveckla och utvärdera utbildningsmaterial (6, 7).

Högskolan för lärarutbildning i Stockholm (HLS)

HLS tillkom under slutet av 1940-talet. Syftet var att en ny lärarutbildning skulle tillskapas med större uppmärksamhet på studier av pedagogik och psykologi och att den skulle bygga på vetenskaplig grund (3). Forskningen har under åren varit koncentrerad kring utvärdering av olika utbildningsformer huvudsakligen organiserad i olika projekt av framför allt uppdragskaraktär.

Idag är forskningsverksamheten organiserad i sju större forskningsgrupper:

- Forskningsgruppen för studier av utvecklingsprocesser och utbildning,
- Provkonstruktionsgruppen i matematik, PRIM-gruppen,
- Barn- och ungdomspsykologiska forskningsgruppen,
- Forskningsgruppen för läroplansteori och kultureproduktion,
- Forskningsgruppen för vuxenpedagogik och återkommande utbildning,
- Forskningsgruppen för idrottspedagogik,
- Forskningsgruppen om begåvningshandikapp, ALA-gruppen.

I den barn- och ungdomspsykologiska gruppen pågår flera organisationsförändringsstudier, antingen inom skolan som till exempel åldersintegrerad undervisning på låg- och mellanstadiet, eller samverkansstudier mellan förskola – skola – fritidshem. I den här gruppen finns också forskningsprojekt som studerar barnomsorg, elevers medinflytande på låg och mellanstadiet samt spädbarns emotionella och sociala anpassning till daghem.

I forskningsgruppen för studier av utvecklingsprocesser och utbildning finns flera projekt som direkt hänför sig till hälsan i skolan. Bland annat pågår studier om arv, miljö, levnadsvillkor och hälsotillstånd, skolbarns fysiska utveckling/hälsa och levnadsvillkor i Stockholm 1928–1983, skolbarns kunskaper och föreställningar om hälsa och sjukdom och Hälsofostran: delprojektet och "Uppföljning av grundskoleelevers fysiska status och hälsa.

Sundhetspedagogik i Norden

Ett annat exempel är det nordiska projektet, "Sundhetspedagogik i Norden", som stöds av Nordiska ministerrådet (4). Syftet med projektet är bland annat:

- att utveckla en kursmodell för grundskolans befattningshavare
- att utpröva denna kurs nationellt samt
- att följa upp såväl de nationella kurserna som det samlade nordiska projektet.

Bakgrunden var skolöverstyrelsens handlingsprogram "hälsofostran i skolan". I Östersunds kommun pågick ett lokalt utvecklingsarbete som kom att utgöra grunden för det svenska bidraget i det nordiska projektet.

Kursen utarbetades och leddes av skoldirektören och skolläkaren i Östersund samt finansierades helt av kommunen. Syftet med kursen var att

fördjupa kunskaperna inom vissa delar av skolans hälsoundervisning. Kursdeltagarna skulle därefter på sin egen arbetsplats genom olika åtgärder öka elevernas medvetenhet om hälsofrågor i allmänhet och den egna hälsan i synnerhet.

Kursen utvärderades av representanter för lärarhögskolan i Stockholm (4). Utvärderingen ägde rum i två steg, dels genom en enkät i samband med kursslutet och dels genom ytterligare en enkät ett halvt år efter kursslutet.

Syftet med den första utvärderingen var att se på motiv för att söka kursen, dess relevans och måluppfyllelse. Den andra utvärderingen avsåg att studera om erfarenheterna som erhöles under kursen hade omsatts i någon praktisk verksamhet inom området hälsofostran. 18 av 34 sade sig delta i sådan verksamhet efter ett halvt år. Det största hindret för arbete med hälsofostran på den egna skolan var "svalt intresse från andra kollegor".

Under 1985 startade ett utvecklingsprojekt med vidareutbildning för skolsköterskor (8), pedagogik med inriktning på hälsofostran. Kursen som är på 10 poängsnivån omfattar 4 delkurser: 1) skolans mål och organisation samt skolhälsovårdens roll i samhället, 2) inläring, undervisning och utvärdering, 3) barn och ungdomars utveckling och hälsofostran med anknytning till aktuell forskning samt 4) specialarbete under handledning.

Nya vägar - kvalitativ forskning

I en rapport från högskolan i Jönköping, institutionen för beteendevetenskap, har redovisats hur hälsofostran integrerats i skolans dagliga arbete, enligt läroplanens riktlinjer (9). Undersökningen genomfördes som djupintervjuer av ett litet antal lärare i en mellansvensk kommun. Syftet var att:

- undersöka lärares uppfattning om hälsa och hälsofostran
- undersöka hur läroplanens mål för hälsofostran informulerats i målsystem
- identifiera begränsande ramar, hinder, för hälsofostran i skolan.

Resultaten visar att hälsofostran bedrivs i skolan men också att det är flera begränsande faktorer som påverkar undervisningen. Dessa indelas i undersökningen i intrapersonella hinder, interpersonella hinder och organisatoriska hinder. En svårighet med ett hälsoarbete i skolan är kravet på samarbete mellan många människor. Lärare är av tradition inte vana att samarbeta med så många.

Rapporten från Jönköping utgör ett spännande exempel på en ny forskningslinje, med kvalitativa metoder. Den speglar också betydelsen av att utöka utbildningsinsatserna för lärare i hälsofostran och att utveckla metoder för hälsoundervisning i skolan. Det är ingen tvekan om att det redan finns stöd i den nya läroplanen (Lgr 80) för att utveckla hälsofostran inom ramen

för de flesta ämnen som undervisningen omfattar (9). Samtidigt pekar studien på det fundamentala problemet att hälsofostran inte är något eget ämne och att det därför krävs en extra ansträngning för att arbeta med hälsa på ett djupare sätt.

Forskningsgruppen vid institutionen för pedagogik i Göteborg

Under 1960- och 1970-talen genomfördes inom drogundervisningsområdet en rad forskningsprojekt huvudsakligen i USA där olika metoder användes (6). Det kanske viktigaste resultatet av dessa projekt var att förmedlande av fakta inte är tillräckligt för att förändra ett beteende. Utgående från dessa fynd har en forskargrupp med bland andra Ulla Marklund vid institutionen för pedagogik i Göteborg fortsatt studera de faktorer som är av betydelse för val av beteendemönster (7).

Vem behöver hälsouppllysning?

Med syfte att studera ungdomsarbetslöshetens medicinska och sociala konsekvenser, startades våren 1981 en prospektiv undersökning i Luleå kommun. Alla 1.083 elever som då gick i grundskolans årskurs 9 ingick i den grupp (kohort) som sedan dess följts. Resultaten från den första två-årsuppföljningen lades fram som en avhandling 1986 (10). Studien genomfördes som en jämförande undersökning av fyra olika grupper. Dessa utgjordes av 1) En så kallad åtgärdslös grupp vilka varit helt utan arbete under den studerade perioden, 2) En åtgärdsgrupp som haft arbete under kortare tidsperioder, 3) En ej studiemotiverad studerandegrupp och 4) En studiemotiverad studerandegrupp. Den hypotes som testas i undersökningen är att situationen i årskurs nio är bäst för grupp 4 och sämst för grupp 1 och att detta skulle kunna användas för att förutsäga effekterna av arbetslösheten.

När det gäller alkoholkonsumtion stämde resultaten med de uppsatta hypoteserna. För pojkar var alkoholkonsumtionen störst i den åtgärdslösa gruppen. Hos flickor däremot fick hypotesen förkastas då alkoholkonsumtionen var störst i åtgärdsgruppen.

Även för tobaksbruk stämde de uppsatta hypoteserna, med lägst konsumtion i den studiemotiverade gruppen. Jämfört med rikssiffror för motsvarande år låg eleverna i Luleå lägre i andel rökare. Hypotesen att kamratpåverkan är av stor betydelse tycks få stöd i Hammarströms arbete med den största ökningen av rökningens frekvens i åtgärdsgruppen. Samma tendens förelåg även för andel som uppgivit missbruk av hasch.

Kostvanorna undersöktes utifrån en fråga om ungdomarna åt lagad mat mitt på dagen. Hypotesen om skillnaderna mellan grupperna stämmer även för matvanor. Under tvåårsperioden försämrar flickorna sina matvanor medan pojkarna förbättrar sina. De studiemotiverade har bäst matvanor.

Hälsoundervisning - några exempel

Nybro - Jag duger

Ett exempel på ett lokalt projektarbete är ett från USA inspirerat program "Know your body". Den svenska titeln är Jag duger. Programmet är utvecklat för barn i åldrarna 7-15 år och har ett mycket individorienterat angreppssätt och koncentrerar sig på att stärka medvetenhet och kunskaper om riskfaktorer för ohälsa (11). Vid genomförandet var avsikten att skolan och primärvård skulle samverka vid utvecklandet av programmet. En lärdom av detta projekt har varit att materialet upplevts som "för färdigt" av lärare. De upplevde också att de fått för lite information om projektet som "initierades" från landstinget. Lärarna redovisade också att de förutom för kostvanor ansåg sig ha tillräckligt bra kunskaper för att i lågstadiet genomföra "friskvårdsundervisning".

Varaprojektet - Må bra

I Varaprojektet ingår skolaktiviteterna i ett större hälsoprogram som syftar till att mobilisera hela befolkningen för ett bättre hälsotillstånd (12). Projektet startade 1978. Till en början inriktades det mot att påverka rökvanor i årskurs 4. Hälsovårdsarbetare från den lokala primärvården var aktiva och deltog i undervisningen. Idag drivs aktiviteterna av lärarna själva som en del av den ordinarie undervisningen. Programmet "Må bra" har utvecklats för årskurs 1, 4 och 6. För närvarande vidareutvecklas programmet för årskurserna på högstadiet (13).

Dalby - Allt hänger ihop

Projektet med rubriken "Allt hänger ihop" började som ett mycket ambitiöst program för att bemöta drogmisbruket i en av Dalbys högstadieskolor (14). Det började traditionellt med en inventering av hur man gjort tidigare och ett program tillskapades med elevgrupper, filmer, gästföreläsare etc. Olika metoder användes som rollspel, samtalsgrupper, kreativa aktiviteter som att rita, skriva dikter, göra pjäser och så vidare. Men, en utvärdering visade att inget förändrades hos eleverna. Man fortsatte sitt drogmisbruk och skolan vandaliserades som tidigare. "De föreläsande experterna hade givit alltför olika, eller till och med motstridiga, förklaringar till varför missbruk uppkommer. Filmer som skulle avsträcka fungerade rentav som undervisning i hur man dricker och haschar när föräldrarna är borta. Rollspel och "aktiva värderingsövningar" blev mest låtsaslekar som eleverna inte kopplade ihop med sina liv utanför klassrummet".

Man började då om och sade sig att en viktig utgångspunkt är att eleverna delar en gemensam kunskapsbas, för att kunna hantera den motstridiga ström av intryck de får. De behöver en helhetssyn som ger dem själva och de olika kunskapsfragmenten en given

plats. De måste lära sig att ställa kloka frågor. De måste själva bli deltagare i undervisningen.

Helhetsbilden av tillvaron växte fram runt diskussioner av bilder. Bilderna samlades så småningom till en bok med titeln "Allt hänger ihop" (14). Problem på skolan, miljö eller krigshot, användning av tobak eller alkohol – allt hänger ihop. Målet är att arbeta för den goda tillvaron, vilket görs efter gemensamma beslut, gemensamt arbete, bland elever och personal på skolan. Boken, som blivit en metodbok, har använts på en rad skolor runt om i landet. De grundläggande principerna i projekten av detta slag har varit att de utgår från en helhetssyn och att man arbetar på ett sätt som låter eleverna bli deltagare (15).

Rissnemoellen – ett samverkansprojekt för barnomsorg, skola och frivilliga organisationer

I de hälsoprogram som redovisats från USA har frivilliga insatser från bland annat hemarbetande föräldrar utgjort en viktig hörnsten (2). Denna situation finns inte i Sverige. Här är förvärvsfrekvensen mycket hög för både män och kvinnor. Om en samverkan runt hälsoprogram skall utvecklas måste därför ett engagemang av personal vid offentliga institutioner finnas. Sundbybergs kommun har Sveriges högsta förvärvsfrekvens för arbetande kvinnor. Rissne är en ny stadsdel i denna kommun med 90 procent förvärvsarbetande kvinnor. I Sundbyberg har man liksom i många andra kommuner under de sista åren mycket aktivt försökt utveckla förvaltnings övergripande samverkan under skoldagen (16).

I detta utvecklingsarbete sätts barnet i centrum genom att utveckla en bred samverkan mellan föräldrar, elever och skolans personal, med förskola, fritidsverksamhet, sociala myndigheter och yrkeslivet, föreningar, organisationer, kulturinstitutioner och kulturarbetare.

Projektet i Rissne *Utvidgat fritidshem* består av ett utvidgat samarbete mellan skola och fritidshem under första delen av skoldagen och av en öppen verksamhet inom ramen för fritidshemmet under eftermiddagen. Sammantaget ger detta ett utvidgat fritidshem som avser att ge en helhetssyn på barnen, skola/fritidshem och familj (17).

Rissnemoellen har utvecklats efter genomarbetade målsättningar. Verksamheten har därefter praktiskt utformats så att personal på fritidshemmet deltar i skolans verksamhet. Personalen på fritidshemmet arbetar med eftermiddagsaktiviteter där både inskrivna och andra barn deltar. Fritidshemmets eftermiddagsverksamhet samordnas med den övriga fritidsverksamhet som bedrivs efter skoltid och närområdets föreningar erbjuds möjlighet att delta i verksamheten.

Arbetet som påbörjades 1982 har resulterat i att erfarenheterna från Riss-

nemoellen nu utifrån lokala förut-sättningar skall omsättas i övriga stadsdelar i Sundbybergs kommun. Vetenskaplig expertis från lärarhögskolan i Stockholm följer och ger stöd till verksamheten.

Studier finns både från 1970- och 1980-talet som belyser skillnader i arbetssätt mellan förskola och skola. Forskningen har också visat på en rad faktorer som försvårar samverkan, till exempel personalens olika synsätt och bristande kunskaper om varandras verksamhet och villkor, oklarhet med syftet av verksamheten samt oklara ansvarsgränser (15).

I detta perspektiv utgör Rissnemoellen ett försök till nyorientering av verksamheten för skolans låg- och mellanstadienivå med en utveckling av ett tvärsektorielt samarbete med förskole- och frivilligorganisationers verksamhet. Ett ansvarspedagogiskt arbetssätt har utvecklats inom ramen för samarbetet. Detta innebär att alla på avdelningen eller inom skolan, både barn och vuxna, deltar i och ansvarar för det dagliga arbetet. På olika möten bestäms regler och arbetsuppgifter fördelas (15). Arbetssättet är likartat det som växte fram i projektet "Allt hänger ihop" fast i Rissnemoellen inriktat på barn i lägre åldrar.

Tranmursskolan i Gävle – försök med självförvaltning

Inom kostområdet har en undersökning visat att barn på låg och mellanstadiet får för lite mat i samband med lunchen (18). FoU-arbete för att förändra betingelserna för skolluncher är mot den bakgrunden särskilt angelägen.

Ett projekt i Gävle visar att det finns stora möjligheter till förändringar av matvanor i en skola (19). Denna förändring erhöles som en bieffekt av ett försök med självförvaltning i en åldersintegrerad låg- och mellanstadieskola (Tranmursskolan). Försöksverksamheten påbörjades 1983 och i utvärderingar framhålls att denna avser ge underlag för diskussion och ställningstaganden av dem som arbetar med försöksmodeller och de som har ansvar för verksamheten. Ett av åtta exempel på självförvaltningsområden var skolmåltidsverksamheten. Skoleleverna åt skollunchen i sina egna klassrum och transporterar själva maten dit i speciella matvagnar. Eleverna har också viss medverkan både i tillagningen av maten och i disken efter lunchen. Resultatet har blivit en lugnare måltidsmiljö. I Tranmursskolan har matsvinnet vid skolmåltiderna minskat från cirka 15 procent till cirka 5 procent.

Eleverna deltog på liknande sätt i städningen på skolan. De fackliga konflikterna som ofta dyker upp vid denna typ av försöksverksamhet löstes genom att till exempel skolkökspersonal och städpersonal var handledare till eleverna inom de olika självförvaltningsområdena. I en enkätundersök-

ning av vad eleverna tyckte var bäst på skolan framhöll ungefär en fjärdedel av barnen att maten och matsituationerna tar de upp först när de skall berätta om skolan för någon.

Hur gå vidare?

De huvudlinjer som vi utgick från var i princip efter en dimension av antingen pedagogiskt utvecklingsarbete eller organisationsutveckling. Men, det finns även en dimension av helhetsperspektiv kontra ett mera fragmenterat perspektiv som avspeglas i de olika programmen. Spänningen mellan dessa poler, helhet eller delar finns både hos programmen som primärt haft en pedagogisk ansats och hos de som primärt syftat till organisationsförändring.

FoU runt klarläggande av hinder i organisationer finns det gott om. Studier som belyser effekter i form av aktiviteter efter olika resursinsatser finns också. Däremot finns det ringa svenska erfarenheter av forskning för att belysa effekter i form av bestående beteendeförändringar hos skolbarn till följd av olika verksamheter i skolan.

De metoder som hitintills utvecklats och använts har till exempel inom drogområdet haft liten effekt (7). De försök som utvecklats med ett helhetsperspektiv "Allt hänger ihop", som utgångspunkt har visat sig vara en löftesrik nyorientering och är därför en angelägen väg där både skolans inre och yttre miljö inkluderas. Liknande framgångar för låg- och mellanstadieskolor kan ses i "Rissnemoellen" med ansvarspedagogik som bärande tanke och i självförvaltningsförsöken i Tranmursskolan i Gävle.

För att vidareutveckla forskningen är det angeläget att förena de två traditionerna som redovisats. Detta kan ge en förnyelse både när det gäller forskning och utbildning av lärare och annan skolpersonal.

Referenser:

1. Holm LE, Eriksson CG, Haglund BJA o.a. Förebyggande åtgärder i cancerområdet – slutrapport. Projektet Kost – Cancer. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1986 (svart serie nr 129).
2. Bolin A, Haglund BJA, Lagergren U, Tillgren P. Hälsoarbete i skolan. Kunskapsunderlag och möjliga framtidsvägar. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1986 (vit serie under publicering).
3. Andersson BE, Ljung BO, Lundgren UP. Institutionen för pedagogik. Forskning, undervisning 1984/85. Stockholm: Högskolan för lärarutbildning 1984.
4. Ahlberg T, Alba G, Sandegård G, Lindgren GW. Hälsofostran – en kursmodell för skolpersonal. En delrapport inom projektet Sundhetspedagogik i Norden, SPIN-projektet. Östersund: Östersunds kommun 1985.
5. Lindgren GW. Kurs i socialpediatrik för skolpersonal. En utvärdering. En delrapport inom projektet Sundhetspedagogik i Norden, SPIN-projektet. Stockholm: Högskolan för lärarutbildning i Stockholm 1985.

6. Marklund U. Droger och påverkan. Ele-
vanalys som utgångspunkt för drogunder-
visning. Göteborg studies in educational
sciences 1984: 42.

7. Marklund U, Öhrn E. Kamratpåverkan i
tonåren - en forskningsöversikt. Publika-
tioner från institutionen för pedagogik, Gö-
teborg 1985: 28.

8. Lindgren GW. Hälsofostran målet för
kurs i pedagogik. Vår Näring 1986;21: 14-
5.

9. Karlsson R, Råstam AS. Hälsofostran i
skolan - mål och verklighet. Jönköping:
Institutionen för beteendevetenskap, Hög-
skolan i Jönköping 1985.

10. Hammarström A. Ungdomsarbetslös-
het och ohälsa. Resultat från en två-årsupp-
följning. Solna och Sundbyberg: Institutio-
nen för socialmedicin 1986.

11. Niklasson M. Utvärdering av "Jag du-
ger"-projektet årskurs 1, Nybro kommun.
Kalmar: Högskolan i Kalmar 1985.

12. Bolin A, Gustavsson G, Sennerfeldt P.
Utveckling av hälsofostran i skolan - sam-
verkan länskolnämnden och landstingets
hälsovård i Skaraborgs län. Rapport från
verksamheten läsåret 1982/1983. Skövde:
Landstingets hälsovård 1984.

13. Gustavsson G, Sennerfeldt P. Utveck-
ling av hälsofostran i skolan - samverkan
Länskolnämnden och Landstingets hälso-
vård i Skaraborgs län. Rapport från verk-
samheten läsåren 1982/84 och 1984/85.
Skövde: Landstingets hälsovård, 1986
(stencil).

14. Vang B. Allt hänger ihop. Social fostran
och hälsofostran i ett helhetsperspektiv.
Stockholm: Liber förlag 1983.

15. Armbruster U, Alvesson M, Begler AM,
red. Barn och ungdom, vardagsvillkor och
sambandsomsorg, en fragmentarisk kuns-
kapsöversikt. Stockholm: Stockholms so-
cialförvaltning 1985: (FoU-rapport nr 4).

16. Clevestig-Sundell BM, Nordebäck L.
Förvaltningsövergripande samverkan un-
der skoldagen i Skvadronskolan I: Förvalt-
ningsövergripande samverkan under skol-
dagen II, och förslag. Sundbyberg: Sundby-
bergs kommun, 1986.

17. Skvadronskolan. Skvadronskolans ar-
betsätt, Sundbyberg: Sundbybergs kom-
mun 1986.

18. Bremberg S. Hur mycket äter eleverna
och när? Hälsan i skolan 1984;23: 6-11.

19. Colliander MA, Jiveskog LO, Pettersson
S. Självförvaltning i en åldersintegrerad
läg- och mellanstadieskola. En utvärdering
av en försöksverksamhet. Stockholm: Hög-
skolan för lärarutbildning i Stockholm, In-
stitutionen för pedagogik, 1986. (Rapport
nr 5/1986.)

Författarpresentation:

Bo JA Haglund är biträdande hälso-
vårdsöverläkare inom Stockholms
läns landsting, verksam vid Hälso-
vårdsenheten, Institutionen för So-
cialmedicin, vårdcentralen Kronen,
Sundbyberg*

*Per Tillgren är 1:e sekreterare vid Häl-
soavdelningen, Stockholms läns
landstings hälso- och sjukvårdsför-
valtning.*

*Postadress: Institutionen för Socialmedicin,
172 83 Sundbyberg

HÄLSOFOSTRAN I SKOLAN

Utvecklingsarbetet "hälsofostran i skolan" i Skaraborgs län

PER SENNERFELDT · GÖRAN GUSTAFSSON

*Hälsofostran i skolan är ett
utvecklingsarbete mellan läns-
kolnämnd och landsting vid ett
dussintal skolor i Skaraborg.
Arbetet har pågått under åren
1982-1986. På skolorna har häl-
sogrupper bestående av skolle-
dare, lärare och elevvårdsperso-
nal fungerat som idégivare och
pådrivare för hälsoarbetet i sko-
lans vardag. I artikeln ger pro-
jektledarna Göran Gustafsson
och Per Sennerfeldt sina intryck
och tankar från arbetet.*

Nyckelord: Skolan, hälsofostran, Ska-
raborgs län.

I en intervju med några elever vid en
gymnasieskola i Lidköping våren 1985
ställdes vi frågan: Vad behövs för att du
ska känna dig frisk? Svaren var entydi-
ga och får illustreras av en av de inter-
vjuede:

- Det viktiga är att må psykiskt bra.
Att jag känner mig omtyckt. Att inte
känna mig stressad, vara lugn och har-
monisk. Det är viktigt att min omgiv-
ning tycker om mig, att jag har en bra
relation till mina närmaste, till föräld-
rar, syskon och kamrater.

Vår nästa fråga var: Hur har ni job-
bat med hälsa under åren i skolan?
Svaret blev efter en lång tystnad:

- I början av utbildningen hade vi en
del grupparbeten om friskvård, kost
och motion. Att man skulle hålla sin
kropp i form. Vi lärde oss också en del
om droger och missbruk.

En stunds eftertanke, sedan:

- Det är konstigt egentligen. För om
jag äter riktigt och är ute och springer,
så mår jag knappast bättre för det om
jag inte har det bra hemma. Men har
jag det bra hemma får jag en möjlighet
att tänka på vad jag stoppar i mig och
märker att jag behöver röra på mig.
Den psykosociala hälsan kommer i
första hand. Sen kan man bygga på den
med motion och sånt.

Utvecklingsarbetet hälsofostran i skolan

Länskolnämnden i Skaraborgs län
och den samhällsmedicinska enheten
vid landstinget i länet har ända sedan
början av 1970-talet samarbetat kring
hälsoaktiviteter inom skolan. Då beho-

vet av ett utvecklingsarbete kring häl-
sofostran i skolan upplevdes angeläget
vid 1980-talets början var det naturligt
att det skulle äga rum i samarbete mel-
lan de två myndigheterna. Man var
enig om att ett effektivt förebyggande
arbete förutsätter långvarig och plane-
rad verksamhet. Tillfälliga insatser har
begränsat värde.

Målsättningen för arbetet som den
formulerades i planen blev denna:

- * att utveckla en helhetssyn på hälsa;
- * att ge eleverna möjligheter att bevara
och förbättra den själsliga och kropps-
liga hälsan;

- * att stegvis utveckla arbetsformer för
hälsofostran i skolan;

- * att samordna och stödja långsiktig
planering av hälsoarbetet;

- * att utveckla länskolnämndens och
landstingets hälsovårds stödjande
funktioner gentemot skolorna.

Planen för utvecklingsarbetet utar-
betades hösten 1982. Rektorsområden
med intresse för ett utvecklingsarbete
av detta slag inbjöds att delta i projek-
tet. Många hörde av sig, tolv rektors-
områden valdes ut. Det var sådana som
tidigare *inte* arbetat specifikt med häl-
sofrågor. De deltagande skolorna ut-
formade själva sin verksamhet. Genom
besök på skolorna vår och höst har vi
följt arbetet och i möjligaste mån för-
sökt undvika att styra det. Naturligtvis
har det inte varit möjligt att enbart fun-
gera som iakttagare. De som drivit
verksamheten på skolorna har inte
kunnat undgå att se oss som resurser
och idégivare. Vi vågar dock uttrycka
att vi inte styrt verksamheten på någon
av de deltagande skolorna.

Under de år som utvecklingsarbetet
pågått - det avslutades sommaren
1986 - har vi också deltagit i konferen-
ser och studiedagar på deltagande sko-
lor och andra inom länet. Vi har också
genomfört två högskolekurser med tem-
mat hälsofostran i skolan.

Vår modell för hälsoarbetet i skolan

Intensiva diskussioner oss emellan,
samtal med kunniga personer i vår om-
givning och studier - samt givetvis vå-
ra tidigare och mångåriga erfarenheter
av hälsoarbete i skolan - resulterade i
en modell för hälsoarbetet i skolan.
Dess likhet med en drake har påpekats
för oss och den svävar förhoppningsvis
fortfarande i medvetandet hos alla som

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 nästan 1.700 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.

För att nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att viddala 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
1987 automatiskt tidskrifterna ALLMÄN-
MEDICIN och SCANDINAVIAN JOURNAL
OF PRIMARY HEALTH CARE.**

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKIRAS

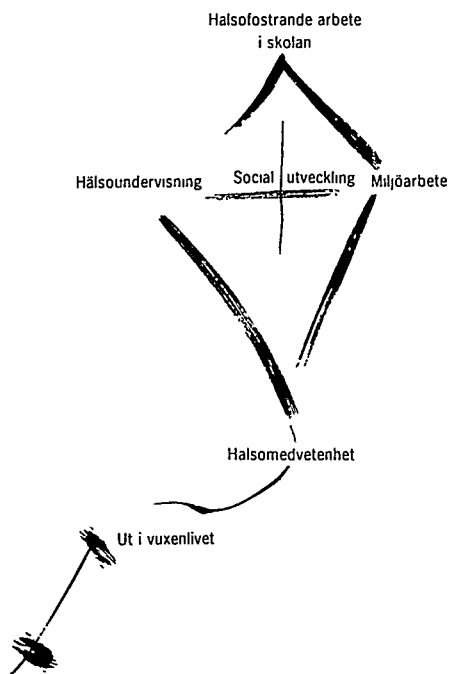
SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

varit inblandade i utvecklingsarbetet.

Vad vi vill säga med denna modell är att hälsoarbetet är en helhet, bestående

Hälsofostrande arbete i skolan.



de av flera delar, svåra att distinkt skilja från varandra. Lika litet som livet i skolan enbart är undervisning, så är hälsoarbetet inte bara hälsoundervisning. Dagens lärare och elevvårdare – liksom gårdagens – är lärare och elevvårdare men också vuxna människor med allt vad det innebär av förebilder och fostrare. Och skolans arbete äger rum i en miljö – en arbetsmiljö – som ska vara så bra som det är möjligt för både elever och personal. Den bör anpassas till elevernas mognadsnivå för att fungera väl. Skolan bör vara en mönsterarbetsplats, en förebild att ha med sig i bagaget ut i det vuxna arbetslivet.

Vad vi också vill säga med vår modell är att hälsoarbetet i skolan handlar om *alla* i skolan, inte bara eleverna utan alla som arbetar och vistas där. Vår "filosofi" är enkel: om skolan är en bra arbetsplats för alla som finns där, så ökar förutsättningarna för att alla eller i varje fall många ska må bra. En lärare, till exempel, som vantrivs med sitt arbete och med sin arbetsplats har inte stora förutsättningar att förmedla en glad och lustfylld hälsomedvetenhet till sina elever. Vi ser inget fel i ett hälsoarbete i en skolan som *börjar* med en satsning på personalens psykosociala arbetsmiljö. Det kan bli ett viktigt bidrag till helheten.

Intryck och tankar

På våra resor mellan de olika skolorna i länet – vi har som nämnts gjort ett besök per termin vid varje skola under drygt ett år – på kvällar efter skolbesöken, i pauser vid kurser och konferenser har vi diskuterat våra subjektiva intryck av skolbesök, studiedagar och konferenser. Vi tror att det är mest meningsfullt för läsaren att ta del av dessa intryck och tankar i stället för att för-

medla en mer akademiskt präglad sammanfattning av arbetet.

Vi har fört ut vår modell för hälsoarbetet i skolorna som en grund för deltagarna i deras planering, inte som ett tvång att använda. För många har det varit befriande att komma loss från det "gamla" friskvårdstänkandet och få möjligheter att gå mer på djupet och även arbeta med den psykosociala hälsan. Det har varit meningsfullt att få vidga hälsobegreppet. Men naturligtvis har entusiasmen över vår modell inte varit total. För en del är det enkelt och rationellt att arbeta vidare med den fysiska hälsan – även om elevernas behov kan vara andra.

Hälsogrupperna

På skolorna har man bildat grupper som fått i uppdrag av sin skolledning att hålla i det hälsofostrande arbetet. Det är dessa grupper som vi besökt varje termin. Vi har träffat grupperna var för sig under en för- eller eftermiddag, lyssnat till dem och diskuterat vad de hittills gjort och deras planer för den närmaste framtiden. Vid mötets avslutning har vi tagit upp våra kalendrar på modernt, effektivt, svenskt vis och bokat in en tid för nästa möte ett halvt år senare.

Detta väckte på en del håll bestörtning i början av projektiden. "Ska ni komma tillbaka, är det inte färdigt nu?" är en replik som vi hört några gånger. Ibland har vi haft en känsla av att det är vi besökare som driver verksamheten på den enskilda skolan, inte hälsogruppen. Vi har då påmint om vår roll som lyssnare och "rådgivare" och att skolan anmält sig frivilligt till verksamheten samt att vi från början framhållit att den skulle räcka i tre år. Men det är möjligt att vi inte repeterat det sista tillräckligt ofta.

"Läsårscykeln" sitter djupt hos skolpersonalen: Livet börjar en solig sensommar i augusti, arbetet är intensivt fram till jul, då det sker en kortare andningspaus. Sen fortsätter det i hög takt till påsk. Därefter avtar intensiteten under vårmånadernas splittrade tid för att upphöra när "den blomstertid nu kommer". Och då ska allt vara avslutat. Inget får finnas kvar som kan störa födelsen av det nya läsåret, då tagen alltid ska vara friska.

Vi tror att vår treåriga verksamhet har varit ett bra bidrag till träningen att tänka och planera längre än läsåret.

Det har märkts en tilltagande trötthet på en och annan skola. Ett par skolor har fallit ifrån – men ett par har också tillkommit på egen begäran. Tröttheten är inte alls övrig. Det är svårt att hålla ut med en verksamhet år efter år. Det har vi också tyckt! Vi har känt en stor beundran för de skolor som "gnetat på" och inte visat några trötthetssymtom. Det är flera skolor som fortsätter arbetet trots att projektet nu är avslutat. Det gläder oss mycket!

Gruppernas storlek och sammansättning

Gruppernas storlek har varierat. På några skolor ställde från början en stor mängd människor upp med entusiasm och färdiga idéer. Där har det så småningom blivit tunnslätt med deltagare på våra möten. I de grupper som från början bestått av sex till åtta personer har sammanhållning och intresse levt kvar bäst.

Viktigt har också varit att skolledningen är representerad i grupperna. En intresserad och drivande rektor eller studierektor i spetsen för gruppen har varit en garanti för ett lyckosamt hälsoarbete.

Den särskilda elevvårdspersonalen

De grupper vi samarbetat med har innehållit många lärare, vilket vi tycker är riktigt och bra. För det hälsofostrande arbetet är ett arbete i skolvardagen med gruppen/klassen.

I grupperna har också funnits representanter för den särskilda elevvårdspersonalen. Oftast har både skolsköterska och skolkurator varit med. Påfallande ofta har det varit skolkurator som fungerat som den drivande i gruppen och även den som stått för de flesta idéerna. På ett par skolor har hon varit gruppens ledare. Det tycker vi inte är alldeles bra, eftersom det bör vara rektor eller studierektor. Det finns en risk att hälsoarbetet blir en sorts "specialistverksamhet" med en ledare som står utanför undervisningen. Därmed kan – och så har det också varit – svårigheterna öka när man ska ha ut sitt budskap och vill att det ska genomsyra skolarbetet.

Skolsköterskan har ibland haft en mer undanskymd plats i hälsogruppen, vilket vi tror det finns förklaringar till.

För det första är skolsköterskans arbete kringgärdat av en hel del "måsten". Hon har sina detaljrika föreskrifter att följa. Det blir inte så mycket tid över för andra uppgifter.

För det andra är skolsköterskan från sin utbildning och kanske även tidigare yrkesutövning främst inställd på individuella kontakter. Hon utför ett mycket kvalificerat hälsoarbete riktat till enskilda elever – och det är något som skolan inte ska avstå ifrån – men hon är mer ovan att arbeta med grupper såsom skolklasser.

Skolkuratoren är ofta fri att utforma sitt arbete efter de behov som finns och därmed kanske också mer öppen för ett arbete bland grupper.

Eleverna – en resurs?

Frågor som vi funderat över och diskuterat intensivt är: Hur mycket märker egentligen eleverna av hälsoarbetet över huvud taget eller av det intensifierade hälsoarbete som ägt rum på skolan under dessa år? Sätter det några spår i dag och kommer det att finnas några goda rester kvar i framtiden?

Vi förde fram frågorna till hälsogruppen på en högstadieskola. Man be-

stämde sig mycket snabbt att utse en referensgrupp av högstadiel elever, som hälsogruppen sedan samarbetat med, dels för att få idéer till verksamhet, dels för att få ta del av elevernas upplevelser av hälsoarbetet på skolan.

I en del av gruppens möten har vi haft möjlighet att delta och de har varit mycket trevliga, kreativa och spännande. De vuxna i gruppen har lyssnat och tagit elevernas tankar på allvar. Eleverna har blivit en resurs i hälsoarbetet, vilket betyder mycket för i varje fall dessa elevers mognad och hälsosyn.

Arbetsplaner

När vårt arbete med denna verksamhet började var man på skolor runt om i Skaraborgs län i full färd med att göra arbetsplaner för olika områden och ämnen. Det är naturligt att man också snabbt önskade göra en arbetsplan för hälsofostran.

Vi har inte uppmuntrat till att snabbt göra en arbetsplan. I stället har vi uppmuntrat en inventering av vad man gör i dag och att man prövar olika arbetsformer innan man fäster sina planer på papper. Vi tror att ett sådant tillvägagångssätt bidrar till att arbetsplaner förblir levande.

En och annan hälsogrupp har börjat sin verksamhet med arbetsplanen. Det blev ett mödosamt arbete och kraften att sedan fortsätta med ett praktiskt arbete räckte inte till. Luftan har gått ur gruppen för kortare eller längre tid. Och arbetsplanen blev ett dokument i en pärm.

Att föra ut sitt budskap

En del hälsogrupper har arbetat och slitit hårt men har inte lyckats föra ut sina tankar och idéer till kolleger och annan personal på skolan. Man har gjort allt jobbet själv och har inte kunnat delegera arbetsuppgifter till andra utanför gruppen. Gruppen kan till och med ha varit ganska okänd på skolan trots att man gjort ett stort och långvarigt jobb.

Där gruppen inte haft någon av skolledarna med har detta varit särskilt påtagligt.

Om en grupp som arbetar med hälsofostran i skolan ska lyckas få ut sitt arbete i skolans och kollegernas vardag, krävs det att man verkligen är en grupp och att man tror på och är stolt över sitt arbete. För detta fordras tid, och för skolpersonal i dag är det mycket svårt att få tiden att räcka till för allt det som inte har med det direkta eleverbetet att göra. Lärare vill vara lärare och inte sammanträdare.

Vi både förstår och håller med om detta. Men ändå har vi uppfattningen att det skulle vara av största värde om grupperna fick tid och möjlighet att sitta ner och diskutera begreppet hälsa. Vi definierar hälsa olika och det blir svårt att arbeta gemensamt framåt om man inte har en enad – eller i varje fall vet om varandras – hälsosyn.

Att samarbeta kring hälsa

Hälsoarbetet är mest framgångsrikt och kanske också enklast på låg- och mellanstadiet. En lärare som har det övergripande ansvaret för klassen och över huvud taget få lärare kring eleven gör att samsamarbetsmöjligheterna ökar.

På högstadiet är det svårare att få till stånd ett samarbete mellan lärare och mellan ämnen. Det har lyckats på en av de deltagande skolorna och har vitaliserat både lärare och deras pedagogiska arbete. För eleverna på högstadiet betyder samarbetet över ämnesgränserna mycket för möjligheterna till en helhetssyn på hälsa.

Kampanjer

1970-talet var kampanjernas årtionde framför andra. Då bestämdes hälsoarbetet ute på skolorna av de initiativ till stora kampanjer som departement och centrala verk tog.

Många gånger – och med all rätt – knorrades det då över dessa kampanjer bland skolledare och lärare. Men man utförde ändå pliktskyldigast det man ålades att göra. Även om verksamheten stod långt från den lokala skolans verklighet och behov.

Efter 1980 har det knappast varit några stora kampanjer inom hälsans område. Däremot händer det av och till att "centrala pengar" delas ut till dem som vill ägna sig åt någon speciell verksamhet. Det är vällovligt och ofta mycket bra. Men vi har märkt att en skrivelse till någon skola om sådana medel, kan få skolan att släppa taget om sin pågående verksamhet för att prioritera detta nya. Och det är kanske inte så bra – och förmodligen inte riktigt vad den anslagsgivande myndigheten tänkt sig.

Jippon

Vi ser "jipponänkandet" som en kvarleva från de centrala kampanjernas tid. För många som möter begreppet hälsofostran i skolan går tankarna till tema-dagar och kortvariga projekt. En kravlös underhållning som inte sätter så stora spår hos eleverna.

Visst behöver vi jippon i skolan – för att göra den grå vardagen litet mer färgrik. Vår uppfattning är att jippon ska fungera som en guldkant på tillvaron. Men man må se till att arbetet under vardagen har hög kvalitet. Hälsoarbetet handlar i första hand om vardagens slit.

Samarbete med primärvården

En av våra uppgifter i arbetet har varit att verka för ett ökat samarbete mellan primärvårdens hälsoenheter och skolorna. Ett sådant samarbete har utvecklats på en del håll, dock inte på alla. Det har bland annat berott på att tjänster bland hälsoinformatörer och hälsoledare inom primärvårdsorganisationen varit vakanta i perioder. Man har inte orkat med att prioritera arbetet i skolan. Ett sådant arbete är mycket tidskrävande och kan innebära att

annat samarbete måste skjutas åt sidan.

I ett rektorsområde, där hälsogruppen fungerat synnerligen väl under hela projektiden, har hela tiden hälsoplanerare och hälsoinformatör från primärvården deltagit. Man har haft möjlighet att jämföra "skolproblem" och "sambandsproblem" och hålla varandra informerade om vad som händer inom och utanför skolan. Hälsoplaneraren och hälsoinformatören har biträtt hälsogruppen med tips och material. Man har aldrig tagit över hälsoundervisningen eller hälsoarbetet. Vid enstaka tillfällen har, på hälsogruppen önskan och genom primärvårdens förmedling, utomstående personer tillsammans med lärare deltagit i undervisningen.

Att leda ett hälsoprojekt

Vårt arbete med "hälsofostran i skolan" har varit intensivt och engagerande. Under de år verksamheten pågått har vår syn på hälsa och hälsoarbete förändrats. Vi har konstaterat att det var enklare i början. När vi avslutade arbetet sommaren 1986 kändes hälso-begreppet väldigt stort och inte så litet komplicerat, ibland närmast kaotiskt.

Vi tycker fortfarande att vår modell fungerar i ett hälsoarbete i skolan som syftar till att elever och personal ska skaffa sig en helhetssyn på hälsa. *Hälsa är helhet* är ett uttryck som formulärats av författaren Ayi Kwei Armah från Ghana. Vi upplever det som en genial definition av hälsa, men samtidigt svår och kanske ouppnåelig i ett så uppdelat och splittrat samhälle som det svenska.

Referens:

Sennerfeldt P, Gustafsson G, Lindholm H (bild): Hela Hälsan, Folksam, Allmänna Barnhuset, Skaraborgs läns landsting 1987.

Författarpresentation:

Per Sennerfeldt är medicine licentiat och har i många år varit verksam som läkare inom skolhälsovård. Han har under 1980-talet arbetat som frilansskribent samt som konsult åt kommuner och landsting i samlevnads- och hälsofrågor.*

Göran Gustafsson är psykolog och har i flera år arbetat för länskolnämnden och landstinget i Skaraborgs län med hälsoprojekt. Han arbetar också med personalutbildning, grupp- och organisationsutveckling inom den offentliga sektorn.

*Postadress Bellmansgatan 10, 754 28 Uppsala
Telefon 018 15 38 55

Från hälsofostran i skolan till lokalt hälsoarbete i Ljusdals kommun

BOSSE PETTERSSON



Foto: Stig Andersson, Järvsö.

För att kunna bedriva ett meningsfullt arbete med hälsofrågor i skolan är det nödvändigt att samtidigt göra insatser på andra håll i lokalsamhället. Det är en av de slutsatser som dragits inom det så kallade "Ljusdalsprojektet". Innan ens WHO hade infört begreppet *tvärsektoriell samverkan* i den hälsofrämjande och preventiva vokabulären, började sådana tankar prövas i Ljusdal.

Efter två års förberedelser, sattes projektet "Hälsofostran i skolan" i Ljusdal 1983. Projektet bedrivs i samarbete mellan i första hand Ljusdals kommun, landstinget i Gävleborg, socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Som projekt avslutas arbetet efter vårterminen 1987, för att framdeles integreras i den löpande kommunala verksamhe-

ten. Under de år som gått har många viktiga erfarenheter gjorts. Av särskilt intresse för framtiden är de möjligheter som visat sig utvecklingsbara för att bedriva lokalt hälsoarbete med basen i primärkommunen. Hälsofrågorna har genom projektet fått ordentligt fotfäste i skolan, men också inom andra delar av den kommunala verksamheten. Närmare en fjärdedel av eleverna i årskurs 9 tycker att undervisningen förbättrats och att lärarnas inställning till hälsofrågor blivit mer positiv.

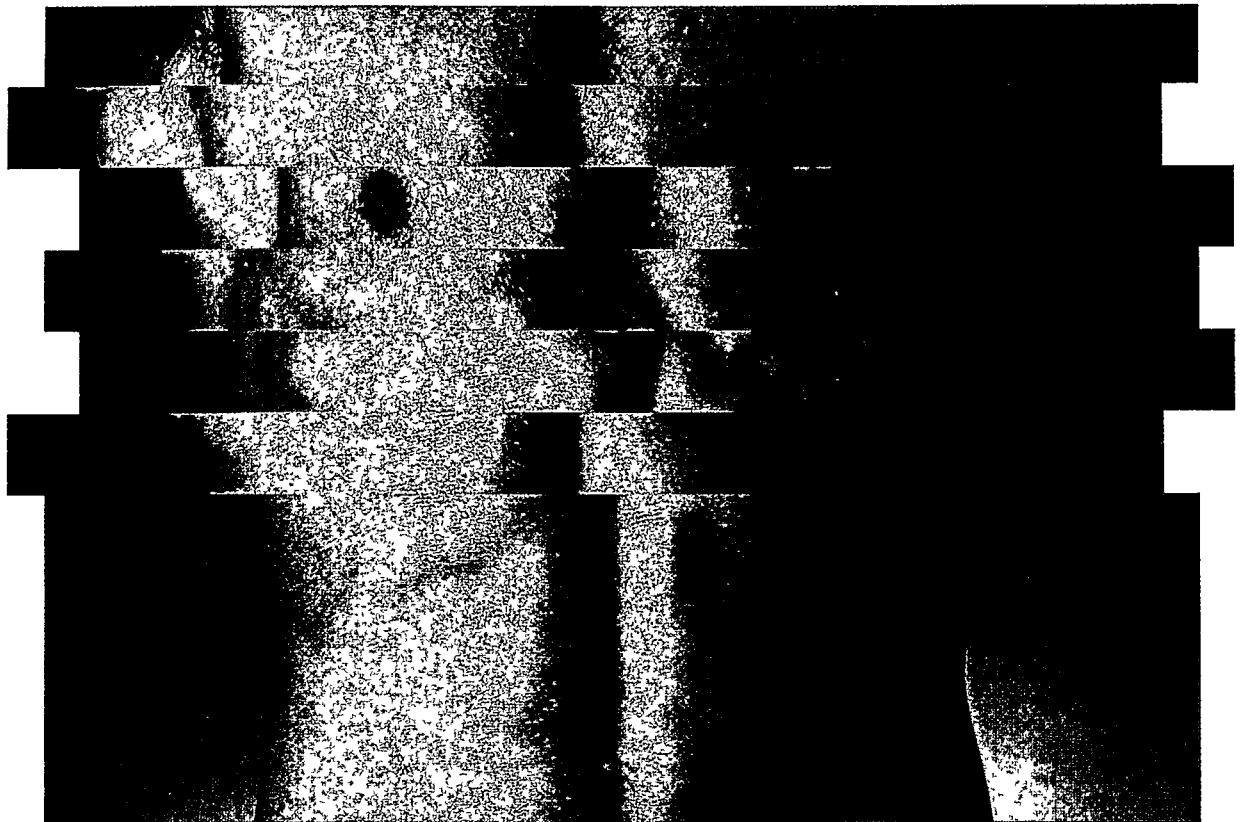
Projektet tycks också ha haft effekt när det gäller djupare personliga aspekter. Det har framkommit i de intervjuer som gjorts med en mindre grupp elever, föräldrar och lärare. Exempel som redovisas gäller relationen mellan föräldrar och tonårs-

barn och hur ett ökat hälsomedvetande kan vara början till en personlig förändringsprocess. Också den kommunala organisationen och verksamheten omprövas för att finna effektiva former för att skapa förutsättningar, så att arbetet kan fortsätta även sedan projektet avslutas. Ett förslag som diskuteras är bland annat att inrätta ett hälsopolitiskt råd som knyts direkt till kommunstyrelsen.

I artikeln redovisas också bakgrund, strategi, metod, utvärderingsmodell och projektets olika faser. Eftersom projektet inte är slutfört, är de resultat och slutsatser som redovisas än så länge preliminära.

Nyckelord: Skolan, lokalt hälsoarbete, tvärsektoriell samverkan, utvärdering.

Slagkraft mot nedre luftvägsinfektioner



**Abbotcin[®] Novum
(Erytromycin)**

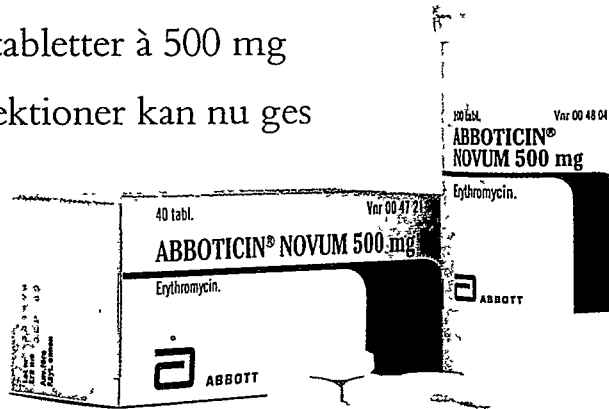
Erytromycinets goda effekt vid nedre luftvägsinfektioner är känd. Med Abboticin® Novum uppnås högre erytromycinkoncentrationer i lungvävnad än i serum. Kliniska studier, där erytromycinkänsliga bakterier orsakat infektionen (vid bronkit, bakteriell pneumoni, Mycoplasma- och Legionellapneumoni), visar att ca 90% av patienterna blir friska.

Mindre magstörningar

Abboticin® Novum ger dessutom mindre magstörningar. Erytromycinet frigörs först i blodet och inte i mag-tarmkanalen, vilket medför en bättre tolerans. Färre patienter behöver avbryta kuren och en högre utläkningsfrekvens kan förväntas.

Dosering: 2+2

Abboticin® Novum doseras 2 tabletter à 500 mg 2 ggr dagligen. Vid svårare infektioner kan nu ges upp till 4 g per dygn.



Referenser:

A comparative study of erythromycin ethylsuccinate tabs v erythromycin base capsules in the treatment of acute upper and lower respiratory tract infection, University of Kent at Canterbury, Data on file, Abbott Scandinavia AB, 1986.
Wiley, R F et al, Br J Dis Chest, 12:13, 1978.
Shanson, D C et al, J Antimicrob Chemoth, 14:75, 1984.
Rasch, J R & Mogabgab, W J, Antimicrob Agents Chemoth, 5:693, 1965.
Nordström, K et al, Scand J Inf Dis, 15:43, 1983.
Brun, Y. et al., J. Antimicrob Chemoth, 8:459, 1981.
Butzler, J. P. et al., Chemoth, 25:367, 1979.
Crawford, L.V. & Roane, J., Annals of Allergy, 27:18, 1969.
Wollmer, P. et al., Lancet, Dec 18:1361, 1982.

ABBOTICIN® NOVUM Antibiotikum Grupp 7B 3085 R
Deklaration. 1 tablett à 500 mg innehåller: Erythromycin ethylsuccin. res-pond. erythromycin. 500 mg constit. et color (kinolingult) q.s.
Egenskaper. ABBOTICIN® NOVUM tabletter innehåller erytromycin-ethylsuccinat. Denna ester av erytromycin hydrolyseras, efter absorption, till fritt aktivt erytromycin.
Absorptionen av erytromycinethylsuccinat är något lägre än för erytromycinstearat (ABBOTICIN® tabletter), varför en högre dos av den biologiska


inaktiva estern måste ges för att motsvara plasmakoncentrationer av erytromycin skall uppnås.

Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för erytromycin t.ex. luftvägsinfektioner - speciellt då överkänslighet för penicillin föreligger - kikhosta, mycoplasmapneumonia, legionärsjuka samt stafylokokinfektioner. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis, t.ex. icke-gonorröisk uretrit, cervicit samt konjunktivit och pneumoni hos spädbarn.
Dosering. Normaldos för vuxna samt barn över 35 kg: 2 tabletter 2 gånger per dygn. Alternativt ges 1 tablett 4 gånger per dygn. Vid svårare infektioner kan upp till 4 gram per dygn ges.

Optimal absorption erhålles om dosen intages omedelbart före måltid.
Förpackningar. Tabletter 500 mg (gula, spolformade med ABBOTT-symbol på ena sidan).

40 st Vnr 004721
100 st Vnr 004804

Kontraindikationer. Försiktighet. Graviditet och amning. Biverkningar. Interaktion. Se ABBOTICIN® tabletter.

 ABBOTT SCANDINAVIA AB, BOX 1074, 16311 SPÅNGA.
TEL 08-7520050.

Bakgrund

Reformarbetet under det senaste decenniet på hälso- och sjukvårdsområdet har betonat folkhälsoperspektivet. Genom den ansvarsfördelning som gällt mellan primärkommuner och landsting alltsedan mitten av 1800-talet i fråga om sjukvård, och senare hälsovård, har det varit svårt att få ordentligt föttfäste för hälsobegränsande och preventiva insatser på lokal nivå.

De tankegångar som hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) formulerade i slutet av 1970-talet, med en tyngdpunktsförskjutning mot mer förebyggande insatser med ett ökat både offentligt och enskilt ansvar för hälsan, lade grunden för uppbyggnaden av en modern folkhälsopolitik (1). Detta förhållande har också kommit till uttryck i en reformerad lagstiftning (2).

Den svenska lagstiftningen kan idag beskrivas som progressiv i ett preventivt perspektiv, vilket ytterligare understrukits genom den ändring av § 2 i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som vårriksdagen fattade beslut om 1985 (3).

Trots att hälsofrågorna fått ett starkt politiskt stöd, ligger det en avgörande svaghet i att hälso- och sjukvårdslagen i allt väsentligt lägger det offentliga ansvaret för hälsobefrämjande och preventiva insatser på landstingen. Åtgärder som berör människors hälsa måste med nödvändighet ske i människornas vardagsmiljö. "Hälsobefrämjande insatser måste bedrivas där människor bor, arbetar, lär och umgås", framhöll WHO:s generaldirektör Halfdan Mahler vid en världsomspännande konferens nyligen (4). Människor i Sverige upplever knappast att de bor i ett landsting – dit hör man! Bor gör man i en kommun, en stadsdel eller en by.

Härmed har två viktiga utgångspunkter för projektet "Hälsofostran i skolan" (fortsättningsvis benämnt Ljusdalsprojektet) redovisats. För det första gällde det att pröva former för hur förebyggande verksamhet i linje med tangegångarna i HSU och HSL (HS 90 mm var ett okänt begrepp när de första planerna för projektet drogs upp) skulle kunna bedrivas i praktiken. För det andra att bygga på arbetsformen med en markerad lokal anknytning.

Skolan inkörspport

Förklaringen till att Ljusdalsprojektet tog sin början i skolan var dels att länskolnämnden i Gävleborg bedrivit en omfattande verksamhet på ANT-området (alkohol-, narkotika- och tobaksfrågor), dels att skolöverstyrelsen (SÖ) i anslutning till den nya läroplanen för grundskolan, Lgr 80, utarbetade ett särskilt program för "Hälsofostran i skolan" (5).

I landstingets uppbyggnad av de förebyggande insatserna inom Gävleborgs län, ingick bland annat att kommunvis etablera lokala friskvårdskommittéer som samverkansorgan med

kommunerna och föreningslivet. Friskvårdskommittén i Ljusdal ansågs vara en av länets mest aktiva. Projektidén väckte också ett intresse bland de kommunpolitiker som landstinget kontaktade. Dessa skäl är också den huvudsakliga förklaringen till att Ljusdal valdes ut som projektkommun.

När vi nu 1987 blickar tillbaka på hur projektet kom igång, har skolan fungerat som en inkörspport för det lokala hälsoarbetet. Det har troligen mindre betydelse inom vilket lokalt verksamhetsområde som ett hälsoarbete påbörjas, än om man kan etablera förtroendefulla kontakter med en förvaltning och kan utveckla samarbetsformer med personal som är intresserad av hälsofrågor. En förutsättning för att verksamheten skall kunna utvecklas till ett lokalt hälsoarbete, är givetvis att det redan från början utgår från ett kommunalt hälsoperspektiv.

Vid en workshop som WHO i Europa arrangerade 1985 i samarbete med det walesiska hjärtprogrammet "Heart-beat Wales", diskuterades förutsättningar för hur hälsobefrämjande program skall omsättas i praktiken (6). På engelska används begreppet "entry point" för att beskriva det som vi i Ljusdalsprojektet på svenska kallar inkörspport. Mycket förenklat går det ut på att knyta an hälsobefrämjande verksamheter till arbetsplatser, skola och andra företeelser i människors vardag, i stället för att definiera vad hälsobefrämjande insatser är från allmänna och teoretiska utgångspunkter.

Ett hälsobefrämjande projekt

Syftet med projektet har formulerats i allmänna termer. Projektets huvudmålsättning var ursprungligen att öka hälsomedvetandet bland skolpersonal, elever och dess föräldrar och att utveckla former för hur hälsofrågorna kan integreras i den ordinarie undervisningen. Med den breddning av projektet som successivt ägt rum ingår också politiker och tjänstemän inom andra kommunala förvaltningar i målgruppen.

Arbetet har i första hand inte bedrivits från en riktad sjukdomsförebyggande utgångspunkt, utan snarare från de aspekter på välbefinnande och hälsa som varit gemensamma för flertalet av dem som berörts av projektet. Vare sig screening eller insamling av laboratorieprov har förekommit. Den kartläggning av hälsoläget i länet som landstinget gjort genom så kallade kommundiagnoser (7) har för Ljusdals del självfallet varit en del av underlaget i planeringen av olika insatser.

För Ljusdals del fokuserar kommundiagnosen på ungdomsarbetslöshet, självmord bland män, större andel förtidspensionerade av bägge könen än genomsnittet i länet och stor alkoholförsäljning.

Exempel på delmål inom projektet är
– att utveckla former (metoder) för hur

hälsofostran kan integreras i skolundervisningen och ingå i utformningen av lokala arbetsplaner,

– att ta fram idémateriale som kan användas i skolans hälsoundervisning,
– att bidra till strukturförändringar inom skolan som främjar hälsan,
– att utveckla samarbetsformer mellan landstinget och Ljusdals kommun i hälsoarbetet, som kan anpassas och användas av andra.

Denna typ av allmänna och abstrakta mål för projektet – liksom att arbets sättet inte bestämts i förväg – väckte av förklarliga skäl inledningsvis en viss förvirring. Från skolans sida efterlystes konkreta mål och planer med olika aktiviteter, material, från projektledningens bestämda tider för genomförande etc det vill säga ett visst mått av centralstyrning.

En grundidé med projektet var att prioriteringar, val av metoder och organisation i huvudsak skulle baseras på lokala förutsättningar. Ljusdals kommun är till exempel indelad i fyra rektorsområden, med sinsemellan mycket olika struktur.

I dessa två olika synsätt ligger en klar motsättning. Den första modellen bygger på en mekanisk syn, medan den andra starkare betonar vikten av ett anpassat arbetssätt, analys och lokala initiativ. Under hela projektet, särskilt inledningsvis, ägnades mycket tid att utveckla ett lokalt arbetssätt.

Organisation och ekonomi

Ryggraden i Ljusdalsprojektet utgörs av de "hälsofostransgrupper" som byggts upp i vart och ett av de fyra rektorsområdena. I varje grupp ingår cirka tio personer. Där finns lärare, elevvårdspersonal och andra personalkategorier inom skolan. Skolläkaren är adjungerad till samtliga grupper. I varje grupp finns en kontaktperson, som regel en lärare med en timmas nedsättning i sin undervisningstid. I samband med rekryteringen till grupperna betonades framför allt att det var viktigare att ha ett intresse för hälsofrågor, än att man råkar undervisa i ämnen som traditionellt förknippas med hälsa. Hellre en intresserad musiklärare än en likgiltig biologilärare. Kontaktpersonerna, skolläkaren och landstingets projektledare bildar tillsammans med en samordningsgrupp, med ansvar för erfarenhetsutbyte och gemensam utbildning.

Till projektet finns också knuten en mindre utvecklingsgrupp där också skollärare och politiker finns företrädade, för att löpande föra in projektets erfarenheter i skolans ordinarie planering.

I ledningsgruppen för projektet finns representanter för Ljusdals kommun, landstinget, socialstyrelsen, SÖ, länskolnämnden och friskvårdslinjen vid högskolan i Gävle/Sandviken.

Projektets ekonomiska resurser har varierat under åren. De största resur-

serna har skjutits till i början och på slutet till följd av de särskilda utvärderingsinsatser som genomförs vid dessa tidpunkter. Något förenklat kan man säga att socialstyrelsen har bidragit till utvärdering och utvecklingsinsatser. Landstinget har svarat för projektledare, löpande kontakter och handledning. Kommunen har bekostat vikarier i samband med utbildning av hälsofostransgrupperna. Genomsnittligt kan insatserna av extra resurser för varje läsår uppskattas till mellan 300.000-400.000 kronor.

Projektets olika faser

Ljusdalprojektet är indelat i sex olika faser.

1. Förankring

Mycket tid, men ändå inte tillräcklig, ägnades inledningsvis åt att samla in synpunkter på projektet, uppläggning etc. Ryktet om ett projekt sprider sig också snabbt i kommuner av Ljusdals storlek och uppmärksammas i lokalpressen, vilket bidrar till att skapa realistiska förväntningar på att saker och ting skall hända snabbt.

2. Etablering

Kontakter knöts inledningsvis parallellt inom skolans organisation, men också med kommunens friskvårdsgrupp och fritidsnämnden. Stor vikt fästes vid att politiker knöts till ledningsgruppen och gavs tid och underlag för att sätta sig in i projektet.

3. Initiering/kartläggning

Projektet initierades genom studiedagar om kost och hälsofostran vid ett internat för hälsofostransgrupperna. Ämnet hade valts av grupperna själva och följdes upp med praktiska demonstrationer vid föräldramöten.

En kartläggning av kunskaper, attityder och levnadsvanor bland skolpersonal och elever genomfördes under projektets första läsår 1983/84. I massmedia pågick då en debatt om integritet och dataregister, vilket gjorde att både lokal- och rikspress uppmärksammade Ljusdalprojektet, eftersom den undersökningsdesign som valts bygger på att eleverna kan identifieras och jämföras på individnivå vid en upprepning av enkäten. Härigenom kom projektet att få en inte obetydlig ryktbarhet, men som innehållsmässigt var av ringa värde.

4. Fördjupning och tvärsektoriell samverkan

Genom regelbundna kontakter en åt två gånger i månaden mellan landstingets projektledare och rektorsområdenas kontaktpersoner, återkommande också med hela hälsofostransgruppen, fördjupades arbetet i form av direkt medverkan, handledning, tema- och studiedagar; de senare ofta i interntform.

Samtidigt engagerades ledande tjänstemän och politiker från social-

tjänst, fritid, kultur, miljö- och hälso-skydd samt kommunstyrelsen i studiedagar om hälsopolitik och lokala hälsoförhållanden i ett folkhälsooperspektiv. Praktiskt taget alla förvaltningar inom kommunen tog fram underlag för att bidra till en mer samlad bild än vad som funnits tidigare.

Lokala media engagerades genom ett journalistseminarium för en dag. Syftet var att klarlägga avsikten med projektet och ömsesidigt komma fram till lämpliga former för de fortsatta kontakterna.

5. Konsolidering

De landvinningar som gjorts under projektet måste säkerställas på olika sätt. Särskilda insatser gjordes för att finna kommunledningens och politikernas roll i ett lokalt framtida hälsoarbete.

För att nå ut till nya grupper, till exempel föräldrar och föreningsaktiva, startades studiecirkel tillsammans med studieförbundet Vuxenskolan och ABF.

Primärvården aktiverades genom studiedagar och hälsofrågorna togs upp till diskussion med arbetsförmedlingen.

6. Lokalt övertagande

I ett lokalt hälsoarbetande är "ägarförhållandet" av central betydelse. För att en verksamhet skall leva vidare utan att vara beroende av externa insatser, krävs självfallet att erfarenheterna är användbara och väcker engagemang på ansvariga nivåer, men också att resurser inom projektet avsätts för att finna lämpliga former för ett övertagande.

Kommunstyrelsen, fritidsnämnden och skolstyrelsen arbetar både var för sig och gemensamt på en lokal organisation för det fortsatta arbetet. Skolstyrelsen och fritidsnämnden har utarbetat underlag till egna handlingsprogram för hälsoarbetet. I kommunstyrelsen förs diskussioner om att ta fram ett hälsopolitiskt program för Ljusdal och att ersätta den lokala friskvårdsgruppen, som sorterar under fritidsnämnden, med ett hälsopolitiskt råd som knyts direkt till kommunstyrelsen.

Utvärdering

Någon tradition på hur hälsofrämjande insatser kan utvärderas existerar inte i egentlig bemärkelse. Det fritar givetvis inte från ansvaret att försöka utveckla former för utvärdering, som kan bidra till att erfarenheterna ökar inom området.

I Ljusdalprojektet används en multidimensionell modell för utvärdering och dokumentation genom

- enkät (kvantitativ)
- processbeskrivning (kvalitativ)
- verksamhetsbeskrivning (betydelsen av yttre och inre faktorer, strukturförändringar o dyl).

Enkätundersökningen

Under läsåret 1983/84 fick all skolpersonal och samtliga elever i dåvarande

årskurserna 4, 7 och 9 besvara en enkät (8). Frågorna till eleverna var avpassade till respektive årskurs och är till vissa delar hämtade från andra undersökningar, för att möjliggöra jämförelser med andra projekt, riksgenomsnitt och eventuella trendförskjutningar. Ett referensområde har valts ut inom en kommun i mellan-Sverige, för att kunna bedöma om eventuella förändringar i Ljusdal troligen kan förklaras genom effekter av projektet eller ej.

Elevenkäten var försedd med en identifikation, för att kunna följa upp eventuella förändringar vid en upprepning av enkäten, som skall ske i samband med att de elever som gick i fyran och sjuan vid första mättillfället kommit upp i sjuan respektive nian. För att mäta dessa förändringar, krävs att studien läggs upp så att man kan följa individerna över tiden. Uppläggningsen ger givetvis också möjlighet att göra jämförelser på gruppnivå, exempelvis om det är någon skillnad mellan årskurs 7 när projektet startade och dem som går i sjuan när projektet avslutas.

Enkätundersökningen genomförs av pedagogiska institutionen vid Uppsala universitet. Förutom att utgöra en nödvändig kartläggning användes resultaten också för två andra syften.

Resultaten bröts ned och redovisades på rektorsområdesnivå, och kunde på så vis användas som ett planeringsunderlag i hälsofostransgruppernas fortsatta arbete.

En del av resultaten i enkäten gällde svårigheter i relationerna mellan elever och vuxna, psyko-somatiska symptom o dyl. Många gånger har det visat sig svårt att få till stånd en diskussion kring sådana frågor, utan att det upplevs som anklagande och riktat mot en grupp utsatta elever och föräldrar. Genom att enkätresultaten visade att detta inte var ett isolerat problem som bara gällde ett fåtal, kunde dessa frågor avdramatiseras och diskuteras i kontakterna med föräldrarna utan att det behövde bli skuldbeläggande.

Resultaten från den första enkäten har alltså använts som underlag och instrument för planeringen av det fortsatta arbetet, bidragit till att avdramatisera exempelvis relationsproblem och inte enbart som en så kallad baselinestudie.

Processbeskrivning

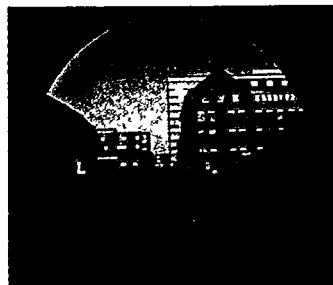
Syftet med processbeskrivningen är att tillföra utvärderingen kvalitativa aspekter. Den utförs huvudsakligen av projektledaren och skall bygga på dagboksanteckningar av kontaktpersonerna, intervjuer med lärare, elever och föräldrar, elevuppsatser liksom projektledarens egen dokumentation. Beskrivningen tar upp frågor om hinder och möjligheter i skolans hälsoarbete, kritiska skeden i processen och bidrar i hög grad till att göra dokumentationen av projektet levande och öka förståelsen för de villkor som gäller i ett förändringsprojekt.

Sparlaget.

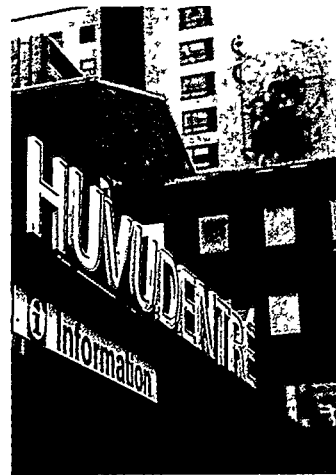
Sparar kalium med Spironolakton ACO.



Löwenströmska sjukhuset, Upplands Väsby



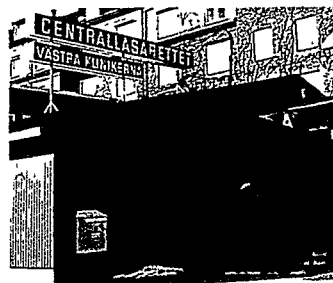
Lunds lasarett



Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

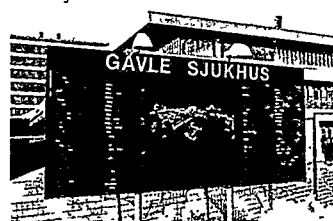


Östersunds sjukhus



Jönköpings lasarett

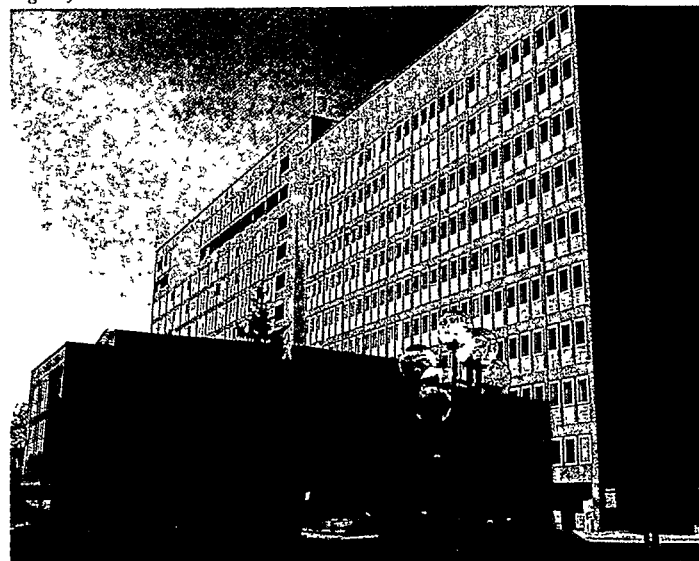
Gävle sjukhus



Piteå lasarett



Regionsjukhuset i Örebro



Spironolakton ACO nu på 8 av 10 sjukhus!

8 läkemedelskommittéer av 10 har Spironolakton ACO på sina listor över kaliumsparande diuretika i stället för Aldactone*.

Här ser du några exempel.
100 st Spironolakton ACO, 50 mg kostar 122.10. Varje burk Aldactone är över 45:— dyrare*).

Skriv ut Spironolakton ACO vid behandling av ödem och hypertoni. Då sparar du både kalium och pengar.

Tabletter finns i styrkorna 25, 50 och 100 mg.

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

ACO — det svenska basläkemedelsföretaget.

*) Prissjämförelse i mars 1987; Aldactone är 45:30 dyrare.

ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna.

Verksamhetsbeskrivning

I verksamhetsbeskrivningen knyts de olika resultaten ihop med de insatser som gjorts i projektet och relateras till de mer strukturella förutsättningar som funnits för arbetet. Denna del beskriver och analyserar de verksamheter av tvärspektoriell prägel som initierats genom projektet. Hit räknas också en redovisning av olika struktur- och miljöåtgärder som kan kopplas ihop med projektet liksom kostnadsredovisning, förändringar i skolfrånvaro, skadegörelse etc.

Metod

När arbetet ute i skolorna inleddes låg tyngdpunkten på att stödja skolans egen personal. Syftet var att få igång en förändringsprocess genom bland annat att metodiskt arbeta med *kunskap, självkännedom, insikt och inlevelseförmåga* för att öka medvetenheten om hälsofrågornas betydelse. En förutsättning för detta är att skolans personal känner sig motiverad och engagerad. En lärare som i egentlig bemärkelse har insikt om vad han eller hon *absorberar* och kan relatera detta till sina egna erfarenheter och omvärlden, kan också frigöra handlingskraft. Därmed ökar förutsättningarna för att ge stöd och vägledning så att elevernas personliga färdigheter i att möta olika situationer och göra olika val stärks.

Avsikten har aldrig varit att införa hälsofostran som ett eget ämne eller som en separat del i undervisningen. Det är istället fråga om ett förhållningssätt som syftar till att på ett naturligt sätt integrera hälsofrågorna i skolans vardagsarbete. Utgångspunkten har varit ett processinriktat och långsiktigt arbetssätt i enlighet med "ringar-på-vattnet"-principen. Att målmedvetet och metodiskt bygga upp kontaktnät av engagerade personer som sedan i sin tur kan sprida kunskaper, erfarenheter och engagemang till sina arbetskamrater lägger grunden till ett bra förändringsklimat.

Att arbeta med kostfrågan var det som hälsofostransgrupperna valde som inledning till projektet. Verksamheten har sedan vidgats och fått olika inriktning inom rektorsområdena. Samlevnad, relationer och psyko-social hälsa har successivt lyfts fram som centrala frågor för välbefinnandet, men också mer strukturella aspekter som boende, arbete och naturmiljö.

Erfarenheterna visade dock ganska snart att det är otillräckligt att arbeta med hälsofrågorna isolerat inom skolans institutionella ram. Frågorna griper in i hela lokalsamhället på olika nivåer. Eleven är inte bara en pojke eller flicka som framlever sin tillvaro i skolan. För att ett hälsoarbete skall bli trovärdigt, räcker det inte med att förändra undervisningen i skolan om eleven möter ett helt annat – i värsta fall helt motsatt – förhållningssätt på till exempel fritidsgården. Även om det är en

utopisk tanke att alla sektorer i samhället skall dela en gemensam hälsosyn, så är det viktigt att sträva efter att så många som möjligt har kännedom om vilka hälsobefrämjande insatser som bedrivs. Kanske minskar då riskerna att man från några håll arbetar i direkt motsatt riktning och istället förhåller sig neutral, ännu hellre medverkar, för att reducera möjligheterna till dubbla budskap.

Ett sätt att både öka engagemanget bland intresserade Ljusdalsbor och sprida kännedom om vad som försiggick i projektet, var samarbetet med studieförbunden ABF och Vuxenskolan liksom kontakterna med de lokala medierna.

Resultat

Eftersom projektet fortfarande pågår är det för närvarande bara möjligt att redovisa några av de hittillsvarande erfarenheterna och en del preliminära resultat.

Enkätundersökningen

Undersökningen genomfördes i huvudsak hösten 1983 och omfattade sammanlagt 691 elever (samliga elever i årskurs 4, 7 och 9) och 336 anställda inom skolan av vilka 226 var lärare (9).

Erfarenheterna från andra liknande undersökningar bekräftades, det vill säga att svenska skolbarn i allmänhet är kroppsligt friska. Däremot var bilden bland lärarna inte lika positiv. Varannan hade ont i ryggen, var tredje uppgav sömnsvårigheter, mag- eller huvudvärk. Dessutom rökte de kvinnliga lärarna i betydligt högre utsträckning än sina manliga kollegor.

Bland eleverna återigen, uppgav en av tio att han eller hon aldrig kände sig utvilad på morgonen och att omkring hälften kände sig trötta! En av tio elever hade mag- eller huvudvärk minst en gång i veckan. Bland eleverna uppgavs också att stress förekom då och då. Situationen bland eleverna försämrades med stigande ålder och flickorna var överrepresenterade bland dem som uppgav olika symptom. På frågan om man kunde prata hemma eller med någon annan vuxen om känsliga frågor, uppgav bara fyra av tio elever att så var fallet. Vidare tycktes föräldrarna spela en mindre roll än skolan när det gällde sex- och samlevnadsundervisningen. I detta avseende var situationen som väntat sämre för pojkar än för flickor.

I fråga om alkoholvanor får Ljusdalseleverna betraktas som måttliga, även om det så kallade majoritetsmissförståndet (10) tycks vara väl utbrett. I svaren om alkoholkonsumtion uppgav man för egen räkning klart lägre konsumtion än vad man tror sina kamrater om.

Det framkom också i undersökningen att videotittandet i Ljusdal var mycket omfattande. Praktiskt taget alla högstadiel elever uppgav att de hade möjlighet att se på video – hemma eller

hos någon kompis. Sannolikt har detta ett visst förklaringsvärde när det gäller morgontröttheten.

Både elever och lärare hade goda hälsokunskaper i bemärkelsen att man väl kände till vad som var skadligt respektive bra för kroppen. Eleverna gav också uttryck för ett stort ansvar för sina kamrater och upplever sin natur- och fritidsmiljö som en positiv tillgång för välbefinnandet. Två tredjedelar av personalen kan sägas ha en dynamisk och positiv hälsosyn, vilket grundas på att de instämt i påståendet att hälsoarbetet innebär att "verka för ett ökat välbefinnande såväl psykiskt, fysiskt som socialt, genom att medvetandegöra attityder och värderingar samt klarlägga samhällsförhållandenas betydelse för hälsan". Hela 95 procent av personalen ansåg att hälsofrågorna var viktiga i skolan.

På vårterminen 1986 upprepades enkäten i åk 9, det vill säga de som gick i sjuan vid första mätningen. Dessa resultat är ännu inte bearbetade och jämförda med data från 1983. Däremot finns preliminära frekvenser från svaren på några tillägsfrågor (11).

Över hälften av eleverna har lagt märke till att ett hälsoprojekt bedrivits i skolan. Närmare en fjärdedel tycker också att undervisningen förändrats till det bättre. Ungefär lika många tycker att lärarnas inställning till hälsofrågor blivit mer positiv. Drygt en tredjedel av eleverna har också själva fått en mer positiv inställning. Dessutom anser en klar majoritet (61 procent) att hälsofrågorna skall uppmärksammas i grundskolan. För drygt en fjärdedel av eleverna har projektet bidragit till en större förståelse av hälsofrågor.

Processbeskrivningen

Genom en processbeskrivning kan man förmedla något av projektets själ. Grundmaterialet utgörs av personliga intervjuer, elevuppsatser och dagboksanteckningar.

Det är inte meningsfullt att före bearbetningen försöka spegla strukturen och innehållet i denna del av utvärderingen. Några citat får i stället tjäna som illustration.

OM HÄLSA: "Hälsa för mig är när jag är kär – då klarar jag matten så bra." (Pojke i årskurs 7.)

OM UNGDOMARS FRIGÖRELSE: "Jag blev väldigt förvånad när jag upptäckte att jag har en vuxen människa i min dotter med precis samma drömmar, tankar och förhoppningar som jag själv bar inom mig." (Mamma till flicka i årskurs 8 vid föräldracirkel.)

OM HUR PROJEKTET PÅVERKAT: "Det känns som jag kommit in i en förändringsprocess. Känslor som jag tryckt ner? Det vet jag inte, nu finns dom där i familjesammanhang, i klassrummet och kanske mest hos mig själv. Men jag har bara kommit en bit på väg..." (Manlig lärare.)

Verksamhetsbeskrivningen

Här går det att peka på flera positiva

exempel, utan att än så länge göra anspråk på några sammanfattande slutsatser.

I några skolor har måltidsmiljön förändrats radikalt. Svinnet efter skolmåltiderna har reducerats till ett minimum, vilket förklaras av kombinationen mellan ombyggda måltidslokaler, att elever och personal diskuterat kostfrågorna och att eleverna fått ökat inflytande och ansvar ifråga om servering och uppläggning av maten.

De lokala arbetsplaner som upprättas årligen inom varje rektorsområde har befäst och konkretiserat hälsofrågornas ställning i undervisningen.

Skolstyrelsen i Ljusdal behandlar för närvarande ett handlingsprogram för den framtida undervisningen i hälsofostran både i grundskolan och gymnasiet (trots att gymnasiet ej ingått i projektet). Bärande delar i programmet är erfarenhetsutbyte mellan skolor och rektorsområden, kontinuerlig utbildning i hälsofrågor som en integrerad del i personalutbildningen etc. Dessutom finns förslag om att utse två av skolstyrelsens politiker enligt ett cirkulationssystem med särskilt ansvar för att följa utvecklingen av hälsoundervisningen i skolan.

Även inom fritidsnämnden finns förslag på ett särskilt handlingsprogram för hälsofrågorna, med inriktning på i första hand verksamheten vid fritidsgårdarna och föreningslivet.

Slutligen finns långt framskridna planer på att ta fram en samlad hälso-politisk plan för hela kommunen som skall behandlas i fullmäktige. I stället för den tidigare lokala friskvårdskommittén inrättas ett hälsopolitiskt råd med koppling direkt till kommunstyrelsen (12).

Diskussion

I den här artikeln redovisas huvudsakligen positiva erfarenheter från Ljusdalsprojektet. Självfallet finns det flera tankar som inte genomförts som planerat och en del förväntade effekter som uteblivit. En mer ingående diskussion av detta kommer i slutdokumentationen.

Alldeles oavsett vad den sammanvägda bedömningen kommer att visa, så har en viktig utgångspunkt varit att finna ut vilka möjligheter som finns för att utveckla ett lokalt hälsoarbete. Än så länge pekar erfarenheterna på att detta syfte också kommer att uppnås.

En viktig frågeställning som hänger samman med denna utgångspunkt, är i vilken utsträckning erfarenheterna från Ljusdal är överförbara till andra landsting och kommuner. I det lokala utvecklingsarbetets väsen ligger att också låta lokala förhållanden i hög grad vara avgörande för hur arbetet skall bedrivas. Härigenom faller *generaliserbarheten* bort i mer bokstavig bemärkelse. Däremot är det möjligt att generalisera i fråga om förhållnings- och angreppssätt. Att lokala förhållanden skall vara styrande är redan sagt. Att projektet initieras utifrån, men

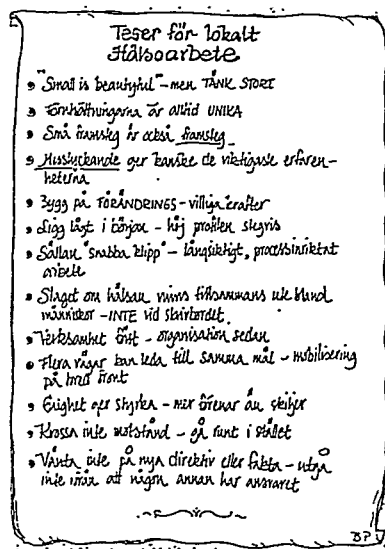
gradvis glider över till de som berörs är också en förutsättning. Genom att *ägandeförhållandet* övergår från en professionell grupp i hälso- och sjukvårdssystemet som föder fram projektet, till dem som skall leva vidare med verksamheten, skapas förutsättningar för att erfarenheterna kan tas till vara, fortsätta att utvecklas och leva vidare.

Utvärdering av interventionsprojekt är i allmänhet ett komplicerat problem inte minst ur metodologisk synvinkel. Granskar vi de projekt av någon omfattning som nått ryktbarhet inom Sverige, visar det sig att de nästan uteslutande genomförts i områden där sjukvårdshuvudmännen har en nära och geografisk koppling till universitetsinstitutioner. Att hitta samarbetspartners för utvärdering i den akademiska världen för ett hälsoprojekt i en glesbygdskommun i västra Hälsingland är inte lika enkelt, som att göra det för ett cancerförebyggande projekt i Stockholm eller ett när det gäller hjärt-kärlprevention i Västerbottens Norsjö. Trots alla olikheter i övrigt har bägge kvalificerade universitetsinstitutioner inom räckhåll.

De insatser *primärvården* i Ljusdal har gjort med anknytning till projektet har inte belysts särskilt i artikeln. Det beror inte på att den har varit överksam. Dels finns det vissa beröringspunkter mellan skolhälsovården och primärvården i några kommundelar. Dels har ett mer direkt samarbete kommit igång under senare delen av projektet. Däremot har primärvården inte kunnat fungera som den motor i det förebyggande arbetet som kanske framför allt planerare och en del politiker velat göra gällande. Svårigheterna är uppenbara när det gäller att i praktiken hitta fungerande metoder för att hantera konflikten mellan å ena sidan sjukvård och akuta patientbesök och å andra sidan de förebyggande insatserna.

Referenser:

1. Mål och medel för hälso- och sjukvården, HSU (SOU 1979:78).



Erfarenheterna från det lokala hälsoarbetet i Ljusdal kan sammanfattas i 13 teser.

2. Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763).
3. Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1985:570).
4. Öppningsanförande av WHO:s generaldirektör Halfdan Mahler vid den internationella konferensen om Health Promotion, Ottawa 17-21 november 1986 (stencil).
5. Hälsofostran i skolan, SÖ:s handlingsprogram & Utgångspunkter och kommentarer, rörande skolans hälsofostran, Skolöverstyrelsen, Stockholm 1981.
6. Health promotion in action: Practical ideas on programme implementation; artikel ur Health Promotion, Vol 1, No 2 - Oxford University Press.
7. Kartläggning av hälsoläget i länet - kommundiagnoser för Gävleborgs län: Gävleborgs läns landsting, Gävle 1984.
8. Enkätformulär för åk 4, åk 7 och 9 samt personal (3 stenciler).
9. Resultat av elev- och personalenkät ht - 83. Ola Hagfall, ped inst, Uppsala universitet, Uppsala 1984 (stencil).
10. Marklund, Ulla, Droger och påverkan. Eleanalys som utgångspunkt för drogundervisning. Acta Universitatis Gotheburgensis, Göteborg 1983.
11. Preliminärt resultat av elevenkät, åk 9/86. Ola Hagfall, ped inst, Uppsala universitet, Uppsala 1986 (stencil).
12. Arbets-PM "Förslag till förändrad organisation för friskvårdsarbetet i Ljusdals kommun, Fritidskontoret i Ljusdal 1985 (stencil).

Författarpresentation:

Bo Pettersson*, socionom och avdelningsdirektör vid Socialstyrelsens byrå för hälsouppllysning.

Projektledare är Harriet Wiberg, psykolog och hälsoupplysningsledare hos landstinget i Gävleborg.

Postadress: Socialstyrelsen, Byrån för hälsouppllysning, 106 30 Stockholm.

PS. En utförligare presentation av Ljusdalsprojektet äger rum i Ljusdal vid tre olika studiedagar mellan den 19-21 maj 1987. Uppllysningar lämnas av Mats Fransson, Ljusdals kommun, tel 0651/14000.

Att ge färdigheter för hälsa – erfarenheter från Nordkarelen

PER TILLGREN · LENA KANSTRÖM · BO JA HAGLUND

Riskerna för hjärt- och kärlsjukdom grundläggs redan i barn- och ungdomsåren. Det var en av slutsatserna från Nordkarelenprojektet i Finland. Särskilt viktigt med hälsoupplysningsinsatser är när tonåringar börjar utveckla eget livsmönster. Detta blev startpunkten för ett särskilt ungdomsprojekt som genomfördes i samarbete med skolan 1977–1982. Syftet var att försöka påverka ungdomars levnadsvanor genom främst insatser inriktade på tobaksrökning, kostförändring och fysisk aktivitet. Erfarenheterna har förts vidare i ett nytt länsövergripande program som påbörjades 1984 och som har utvidgats till att även omfatta försök att förhindra alkoholmissbruk och förbättra elevernas sociala nätverk.

Nyckelord: Hälsrafostran, prevention, skolan, hälsoprogram, Finland, Nordkarelenprojektet.

Hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå inom hjärt- och kärlområdet har visat ett allt större intresse att nå och engagera skolorna för att förändra deras levnadsvanor. Detta gäller såväl Nordkarelenprojektet som de två stora programmen i USA – Pawtucket Heart Health Program och Minnesota Heart Health Program (1, 2).

Målsättningen är att de unga aldrig börjar röka, lär sig äta en fett- och saltfattig kost och dessutom utöva en ökad fysisk aktivitet (3). Via skoleleverna finns det också goda möjligheter att nå och engagera deras föräldrar i hälsofrågor (4).

Denna artikel beskriver innehåll, genomförande och erfarenheter av skolaktiviteter inom ramen för Nordkarelenprojektet, som har till mål att ge eleverna färdigheter för att själva påverka deras levnadsvanor i en positiv inriktning.

Bakgrund

Nordkarelen, ett glesbygdslän med cirka 180.000 invånare i östra Finland, hade under lång tid de högsta siffrorna för sjuklighet, invaliditet och dödlighet i världen i hjärt- och kärlsjukdomar (5, 6).

Genom ett initiativ från politiker och organisationer i länet och med landshövdingen i spetsen uppvaktades berörda beslutsfattare i Helsingfors.

Syftet var att få till stånd en förändring för att minska sjukligheten och dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. Detta medförde att man år 1971 beslutade genomföra ett åtgärdsprogram i Nordkarelen. Huvudprojektet genomfördes under en femårsperiod 1972–1977 och har därefter följts upp med fördjupningsprojekt (5).

Målsättningen för huvudprojektet var att reducera sjuklighet och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och särskilt bland medelålders män i Nordkarelen. Försöket inriktades på att påverka de tre riskfaktorerna rökning, högt blodtryck och hög serumkolesterollhalt i blodet.

Metodiken för detta arbete var främst:

- insatser riktade till hela befolkningen
- hälsokontroller utförda av primärhälsovården för att spåra och behandla riskgrupper som till exempel hypertoni

Åtgärdsprogrammet genomfördes genom en aktivering av en rad organisationer som till exempel primärhälsovård och frivilliga organisationer. Samtidigt genomfördes insatser för att försöka förändra livsmedelsutbudet. Massmedia användes för att ge stöd åt de pågående aktiviteterna.

Skolprojekt – en ny ansats

Riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar grundläggs redan i barn- och ungdomsåren. Huvudprojektet riktades mot den vuxna befolkningen. En av slutsatserna var att barn och ungdom också är en viktig målgrupp för aktiv hälsoupplysning. Det är särskilt viktigt att genomföra insatser när tonåringar börjar utveckla eget livsmönster. Därför blev det angeläget att försöka påverka ungdomarnas levnadsvanor i ett särskilt fördjupningsprojekt.

Projektet genomfördes åren 1977–1982 och vände sig till skoleleverna i länets 23 högstadieskolor. Programarbetet byggde på tidigare erfarenheter från huvudprojektet, och ett samarbete utvecklades med den internationella studien "Know Your Body" och med WHO:s europakontors studie "Health Promotion in Youth" (6, 7).

Syftet med hälsoarbetet i skolan var att:

- erhålla epidemiologisk information om riskfaktorer bland barn
- utvärdera ett omfattande samhällsbaserat interventionsprogram mot förekommande riskfaktorer

Programmet inriktades på:

- att förhindra rökning

- kostförändringar som sänker serumkolesterollnivå och blodtryck genom främst fettreduktion, förändrat förhållande mellan fleromättat och mättat fett, ökad grönsakskonsumtion och minskat saltintag
- ökade fysiska aktiviteter

Själva fältinsatsen startade hösten 1978 och pågick under tre läsår på två nivåer:

- en intensiv intervention i två högstadieskolor (en i tätort och en i landsbygd)

- en allmän intervention vid övriga 21 högstadieskolor i länet.

Hösten 1978 genomfördes en baslinjeundersökning som omfattade alla elever i årskurs 7 och som ingick i de utvalda skolorna. Undersökningen omfattade också elevernas föräldrar, lärare och skolmältidspersonal. Hösten 1980 gjordes en uppföljningsstudie med samma elever när de gick i årskurs 9 och ytterligare en studie våren 1981. Utvärderingsmodellen beskrivs schematiskt i figur 1.

Det vetenskapliga ansvaret åvlade universitetet i Kuopio i samarbete med Folkhälsoinstitutet i Helsingfors. För genomförandet av programmet svarade projektkontoret i Nordkarelen i nära samarbete med länskolnämnden. I projektstaben ingick projektledare, läkare, hälso pedagog, nutritionist, hälsosystem, hälso pedagog konsult, psykolog och två medicin studerande.

Intensiv intervention i två skolor

Arbetet utformades i samarbete med lärare, annan berörd personal och projektteamet. Resultaten från en allmän hälsoundersökning redovisades av distriktssköterskan under en lektion för eleverna. Uppgifterna infördes därefter av eleverna i deras personliga hälsokort. Sköterskan förklarade resultaten och gav möjlighet till frågor. Barnen uppmannades att ta hem hälsokortet och visa det för föräldrarna. Samtidigt erhöll föräldrarna ett brev som presenterade projektet och med en förfrågan om deltagande. Under tvåårsperioden upprepades hälsoundersökningen två gånger per år och uppgifterna infördes i hälsokortet.

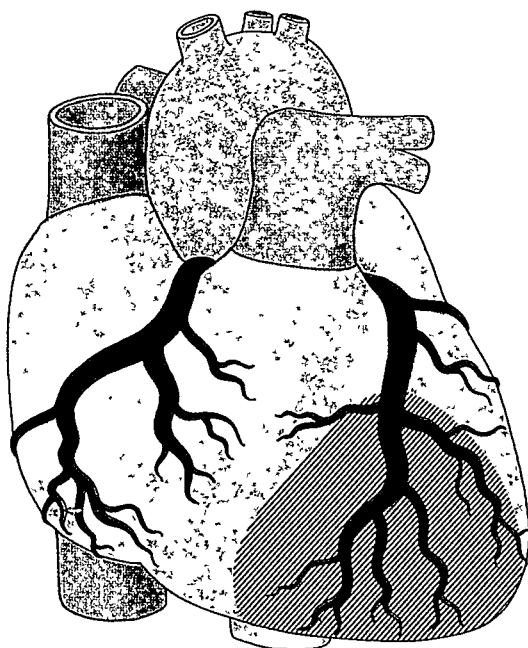
Åtgärder mot tobaksrökning inriktades främst på att ge eleverna kunskap och råd för att kunna stå emot ett socialt tryck i samband med rökning. Äldre elever i 14–15-årsåldern användes som lärare i undervisningen. Dessa elever fick genomgå en 10-timmars utbildning och varje ny termin erhöled en timmes vidareutbildning. Samman-

Sorbangil

Isosorbiddinitrat, tabl 5 mg, 20 mg

**- ett svenskt nitratpreparat
med gynnsam effekt
vid behandling
av ANGINA PECTORIS
och hjärtinsufficiens***

* Kan ges som tillägg då optimal behandling med diuretikum
och eventuellt digitalis ej givit adekvat effekt.



KabiVitrum Sverige AB, 11287 Stockholm · Tfn 08-138000

lagt genomfördes 10 lektioner under högstadietiden.

Skolmaten förändrades genom att vanlig mjölk ersattes med skummjölk eller vatten. Smöret på brödet ersattes med lättmargarin med en högre halt fleromättat fett än tidigare. I matlagningen användes skummjölk eller skummjölkspulver i stället för vanlig mjölk (4,5 procent). Mindre fett, främst vegetabilisk olja, användes i matlagningen och till salladsdressing. Fisk och kyckling förordades och användningen av ägg begränsades. Grönsaker och färsk sallad med dressing rekommenderades. Livsmedelsfabrikanter som tillverkade skolmat uppmanades minska saltet i sina produkter. Inget salt fanns på bordet. I matlagningen användes endast mineralsalt.

Projektteamets nutritionist svarade för två lektioner bland eleverna i de berörda skolorna. En speciell broschyr om hälsosam kost togs fram. Hushållslärarna uppmanades stödja undervisningen. Föräldrarna erhöll råd om kosten i hemmet. Informationen lämnades vid föräldramöten. Besöken i hemmen gjordes hos barn med höga blodtrycksvärden och en hög serumkolesterolhalt i blodet och som gick i landsbygdsskolan. Under försöksperioden utdelades vid sex tillfällen ett särskilt framtaget ungdomsmagasin. Detta material utarbetades tillsammans av elever och projektledning. Syftet var att nå ut med hälsoinformation till både elever och deras föräldrar.

I början av projektet genomfördes seminarier för lärare i de två skolor där den intensiva interventionen genomfördes. Information till föräldrarna lämnades regelbundet vid återkommande möten och minst en gång per år. Föräldrarna hade också möjlighet att frivilligt delta i en hälsoundersökning. Några av familjerna vid högstadieskolan i tätortsområdet fick möjlighet att delta i ett tre månaders saltreduktionsprogram.

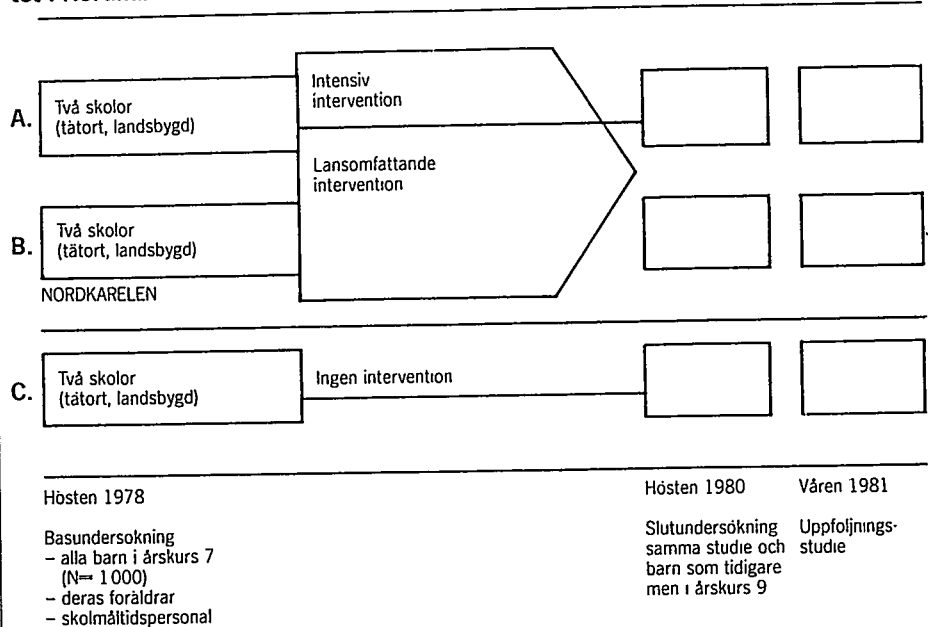
Samarbete skedde med läns- och lokalpressen. Dessa erhöll regelbunden information om projektets syfte, aktivitet och resultat. Förändringen av skolkosten väckte en viss allmän debatt i lokalpressen.

Det länsomfattande programmet

Målsättningen var identisk med den som gällde för de två högstadieskolor som utsattes för en intensiv bearbetning. Metoden var däremot annorlunda. Syftet var att via den vanliga undervisningen försöka påverka elevernas hälsobeteende. Insatserna gjordes bland annat av ordinarie lärare och skolsköterska. Projektledningen besökte skolorna bara för kortare diskussioner.

Våren 1979 inbjöds skolsköterskorna till ett seminarium. Särskilt uppmanades skolsköterskorna att vid elevernas årliga hälsokontroll uppmärksamma rökning, kost och blodtryck. Blodtrycksmätning rekommenderades men

Figur 1. Utvärderingsmodell för ungdomsprojektet i Nordkarelen.



inte serumkolesterolundersökning. Ett modifierat hälsokort togs fram och distribuerades.

Insatser mot tobaksrökning innebär att lärare, ungdomar och andra intresserade inbjöds att medverka i lokala skolprojekt. Sådana genomfördes i 11 av de totalt 23 skolorna. Inom ramen för ordinarie undervisning genomfördes fem timmars undervisning om rökning per klass (8).

Projektansvariga kontaktade skolledningen och berörd personal och föreslog en förändring av skolmaten. Alla hushållslärare och skolkökspersonal inbjöds till ett möte om skolmaten. Hushållslärarna och skolstyrelserna diskuterade sedan möjligheterna att uppnå projektets mål avseende förändring av skolmaten.

Projektmagasinet distribuerades vid fem tillfällen till alla berörda elever. I merparten av skolorna redovisades arbetet med ungdomsprojektet på ett föräldramöte.

Resultat

För rökvanor kunde noteras att andelen dagligrökare vid baslinjestudien var 3 procent i de skolor där den intensiva interventionen genomfördes (A enligt figuren), 3 procent i skolorna med länsprogrammet (B) och 1 procent i kontrollänets skolor (C). Vid uppföljningsstudien hösten 1980 var den självrapporterade andelen dagligrökare 15 procent, 11 procent och 21 procent för respektive område. Studien våren 1981 visade 18 procent, 16 procent och 24 procent. Totalt noterades 17 procent dagligrökare i de båda områdena (A, B), där programmet genomförts, jämfört med 24 procent i kontrollområdet. Avvikelserna var signifikanta, vilket kan tyda på en effekt av insatsen (8).

Någon effekt på serumkolesterolvärde kunde inte noteras hos pojkarna. Flickornas medelkolesterolvärde

minskade däremot signifikant och mest där den intensiva interventionen ägt rum. Pojkarnas dagliga fettintag från mjölk och smör på bröd minskade med 17 procent i de intensivbearbetade skolorna (A). Ingen förändring noterades i de andra två Nordkarelen-skolorna (B) och en ökning med 6 procent i referensområdet (C). Bland flickorna var minskningen 46 procent (A), 16 procent (B) och 13 procent (C). Sammanlagt minskade fettintaget från 38 till 32 energiprocent. P/S-kvoten, förhållandet fleromättat/mättat fett, förändrades från 0,15 till 0,60.

Skillnaden mellan pojkar och flickor kan förklaras med att pojkarna gått över till lättmjölk och flickorna i huvudsak till skummjölk eller inte alls dricka mjölk. Vid de två skolor som omfattades av det särskilda interventionsprogrammet noterades en ökad grönsakskonsumtion och att innehållet i skolmaten förändrades i rätt riktning. Dessutom var skolpersonalen positiv till försöket och förändringsarbetet.

I de två skolorna med den intensiva interventionen gjordes flera andra enkätundersökningar. Bland annat studerades barnens fritidsvanor och 30 procent rapporterade någon form av förändring. Detta var ett resultat av främst ökad fysisk aktivitet för 10 procent av pojkarna och 20 procent av flickorna. Hälften av pojkarna svarade att de ej påverkats av projektet. Motsvarande siffra för flickorna var en fjärdedel. En fjärdedel av både pojkarna och flickorna hade förändrat sina kostvanor. En femtedel av flickorna nämnde också en förändring av allmänna hälsovanor. En fjärdedel av flickorna svarade att projektet inte alls haft någon effekt (9).

Det eleverna främst uppskattade var uppläggning och innehåll i de olika aktiviteterna, särskilt användandet av AV-material i hälsoundervisningen till

exempel overheadprojektor, video och diabilder. Pojkarna tyckte sämst om förändringen av skolmaten och flickorna mist om upprepningar i projektet. Att det fanns något fel i projektet upplevde 20 procent av flickorna och 10 procent av pojkarna. Båda könen föredrog att skolsköterskan eller någon annan expert svarade för tobaksundervisningen. Allmän diskussion om rökning var också populärt. Lektioner som leddes av elever uppskattades endast av flickorna.

Erfarenheter förs vidare i ett nytt läntäckande skolprogram

Erfarenheterna från ungdomsprojektet följs nu upp med fördjupade insatser. Detta projekt genomförs i Nordkarelen alla högstadieskolor samt i ett urval i Kuopio län under 5-årsperioden 1984–1988. Insatserna vänder sig till högstadieelever och omfattar åldrarna 12–16 år (10).

Försök att förhindra tobaksrökning och förbättra kostvanor, minska fett-, salt- och sockerintaget och öka intaget fleromättat fett på bekostnad av det mättade finns kvar som målsättning från det tidigare projektet. En utvidgning har skett och målsättningen omfattar nu även ett försök att förhindra alkoholmissbruk, öka elevernas fysiska aktivitet och förbättra deras sociala nätverk. Genomförande och metoder överensstämmer i stort med de som använts i det tidigare projektet. Däremot sker kompletterande massmediastöd bland annat genom en TV-serie, "Keys to Health" med deltagare som är intresserade av att förändra sina levnadsvanor och har anknytning till den aktuella målgruppen (10).

Hösten 1984 påbörjades arbetet med en treårig riktad insats för eleverna i årskurs 7. Totalt cirka 4 000 elever vid 24 högstadieskolor i Nordkarelen län samt 8 skolor i kontrollområdet Kuopio län. För utvärdering av det nya programmet genomfördes våren 1984 en baslinjeundersökning bland elever i årskurs 9. Denna studie belyste tobaks- och alkoholvanor, serumkolesterol och blodtrycksnivåer. En viktig utgångspunkt för det nya programarbetet är att det i största utsträckning skall bygga på och tillvarata befintliga resurser som till exempel lärare, föräldrar och samhället i övrigt. Detta för att verksamheten lättare skall kunna integreras i befintlig struktur och bli permanent i framtiden (10).

DISKUSSION

Skolprogrammen i Nordkarelenprojektet har en bred ansats med återkommande aktiviteter på flera områden. Tack vare att resultaten av hälsokontroller bland eleverna diskuteras och redovisas även tillsammans med föräldrarna, fokuseras och medvetandegörs de berörda om aktuella riskfaktorer. De klassrumsbundna aktiviteterna med olika hälsobefrämjande inslag är ytterligare ett sätt att öka medvetenhet och kunskap om hälsofrågor.

Ett annat påtagligt sätt att på sikt minimera riskfaktorn för hjärt- och kärlsjukdom är de olika miljöåtgärder som vidtagits för att förbättra skolmältiderna med ett mera näringsrikt utbud. Skolaktiviteterna fick dessutom ökad uppmärksamhet genom särskilda massmediainsatser. Därtill finns i Nordkarelen en allmän ökad medvetenhet om riskfaktorer efter drygt 15 års planmässigt hälsoarbete med aktiviteter och förändring på många andra områden i samhället utanför skolan.

Referenser:

1. Lagergren U, Tillgren P. Hälsoarbete i skolan. Länshälsokommitténs hittillsvarande insatser och förslag till framtida insatser på skolans område. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, Vårdcentralen Kronan, 1986. (Grön serie nr 121.)
2. Bolin A, Haglund BJA, Lagergren U, Tillgren P. Hälsoarbete i skolan. Kunskapsunderlag och möjliga framtidsvägar. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, Vårdcentralen Kronan, 1986. (Under publ.)
3. Haglund BJA, Svanström L. Från epidemiologiska studier till hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå. En historisk analys av preventiva strategier. *AllmänMedicin* 1986;3: 38–41.
4. Haglund BJA, Kanström L, Tillgren P, Wirfält E. Hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå i USA – praktiska erfarenheter. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, Vårdcentralen Kronan, 1986. (Under publ.)
5. Puska P, Tuomilehto J, Salonen J et al. Community control of cardiovascular diseases – The North Karelia project: Evaluation of comprehensive community programme for control of cardiovascular diseases in 1972–77 in North Karelia, Finland. WHO/EURO Monograph series, Copenhagen 1981.

6. Hallqvist J, Kanström L, Tillgren P. Nordkarelen projektet – exempel på samhällsbaseerat förebyggande arbete. Rapport från studiebesök i Finland. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, 1983. (Röd rapportserie nr 2.)

7. Pallonen U, Vartiainen E, Pöyhä P et al. The North Karelia youth project. Description and feasibility of the intervention. National Public Health Institute University of Kuopio. Helsingfors, 1982.

8. Vartiainen E, Pallonen U, McAlister et al. Effects of two years of educational intervention on adolescent smoking (The North Karelia Youth Project). *Bulletine of the World Health Organization*, (1983), 61(3): 529–532.

9. Vartiainen E, Puska P, Pallonen U et al. Effects of two years' educational intervention on dietary habits, serum cholesterol and blood pressure among 13 to 15 year old adolescents. The North Karelia youth project. *Acta Cardiologica*, Vol XXXVII, 1982;3pp: 199–220.

10. Vartiainen E, Puska P, McAlister A et al. Prevention of non – communicable diseases. Risk factors in youth. the North Karelia project (1984–1988). *Health Promotion*. In press.

Författarpresentation:

*Per Tillgren** är 1:e sekreterare vid hälsoavdelningen, Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdsförvaltning.

Lena Kanström, nutritionist vid finanskontorets upphandlingsavdelning, provköksverksamheten.

Bo JA Haglund är biträdande hälso- och sjukvårdsöverläkare inom Stockholms läns landsting, verksam vid Hälso- och sjukvårdsenheten, Institutionen för socialmedicin, Sundbyberg.

*Postadress: Hälsoavdelningen, Box 9099, 102 72 Stockholm

Kurser & konferenser

Call for research abstracts

The Third International Intensive Care Nursing Conference to be held from August 28–September 3, 1988 in Montreal, Canada is soliciting research abstracts to be presented at its meeting.

Critical care nursing research, or clinical innovations, may focus on any aspect of intensive care nursing.

The Third International Intensive Care Nursing Conference Planning Task Force will accept both paper and poster presentation abstracts.

To request an official abstract form and guidelines for abstract submission, please write to:

International Research Abstract Office
American Association of Critical-Care Nurses
One Civic Plaza
Newport Beach, CA 92660
U.S.A.
(714) 664-9310

Deadline for submission is August 1, 1987.

Hälsofostran i skolan i USA – exempel från Minnesota

BO JA HAGLUND · LENA KANSTRÖM · PER TILLGREN

För att uppnå bestående attityd- och beteendeförändringar krävs i hälsoutbildningsprogram i skolmiljön minst 50 lektionstimmar. Dessa fynd stryker under behovet att utveckla systematisk hälsoundervisning som sträcker sig över alla årskurser i skolan. Erfarenheter tidigare finns framför allt inom anti-rök- och anti-drogområdet. Inom ramen för Minnesota Heart Health Program har nu också kompletterande långsiktiga skolprogram, där även kost, motion och allmän hälsoundervisning ingår, utvecklats och utvärderats. Dessa presenteras i artikeln och relevansen för Sverige diskuteras.

Nyckelord: Hälsöfostran, prevention, skolan, hälsoprogram, USA, Minnesota Heart Health Program.

I diskussionen om hälsofrämjande programarbete (Health promotion) har skolan tilldelats en alltmer central plats (1). Skälen för detta är att skolan utgör en viktig normskapande faktor i integrerade hälsoutbildningsprogram. Genom aktiviteter i skolan kan också både familj och kamratkrets påverkas.

Forskning runt hälsoundervisning i skolan har sedan många år en stark tradition i USA.

En sammanfattande utvärdering av en rad olika hälsobefrämjande projekt i USA har visat att det krävs långvariga insatser för att få bestående resultat (2). Analysen beskriver viktiga faktorer för genomförande, effekter på eleverna och kostnader. En schematisk redovisning av dessa resultat framgår av figur 1.

Programspecifik kunskap uppnås relativt snabbt, men bestående attityd- och beteendeförändringar erhålles först efter upp mot 50 timmars undervisning. Fynden understryker vikten av att utveckla en systematisk hälsoundervisning som sträcker sig över alla årskurser i skolan. Två andra faktorer som återkommer i analysen är utbildning av lärare i hälsoutbildningsfrågor och ett ändamålsenligt utbildningsmaterial. I jämförelse mellan vanlig "hälsoundervisning" och ett mera utvecklat programarbete kunde små skillnader ses hos eleverna när det gäller kunskaper men, när det gäller attityd- och beteendeförändring var programarbete mycket effektivare.

De studier som genomförts med hälsoundervisning i skolan har framför allt ägnats tobaks- och drogfrågor. Med

internationell början i Nordkarelen-projektet har tyngdpunkten förskjutits mot deltagande i integrerade hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå, där även kost, motion och allmän hälsoundervisning ingår (3).

För projektet "Förebyggande åtgärder inom cancerområdet" har Ann-Sofi Råstam redovisat erfarenheter från några skolprojekt med denna ansats inom ramen för Minnesota Heart Health Program (MHHP) (4). Beskrivningen i det följande bygger bland annat på hennes redovisning och två reserapporter från USA som projektet tidigare genomfört (5, 6) och en kunskapsöversikt om hälsoarbete i skolan (7).

Minnesota Heart Health Program startade 1980 som ett nioårigt program med målsättningen att

- reducera diastoliskt och systoliskt blodtryck
- reducera serumkolesterolnivån
- reducera tobakskonsumtionen
- öka den fysiska aktiviteten
- reducera den relativa övervikten.

Programmet genomförs i tre interventionsområden för hela befolkningen genom en multifaktoriell ansats (8, 5). Åtgärderna har koncentrerats på att påverka matvanor, rökning, övervikt och fysisk aktivitet. Den grundläggande strategin för förändringsarbetet är medborgarinflytande (9).

Inom ramen för MHHP har ett hälsoundervisningsprogram för skolan arbetats fram och innefattar alla årskurser. Ett speciellt program finns även för

förskolan, vilket utvecklats inom American Heart Association.

Skolprojekt

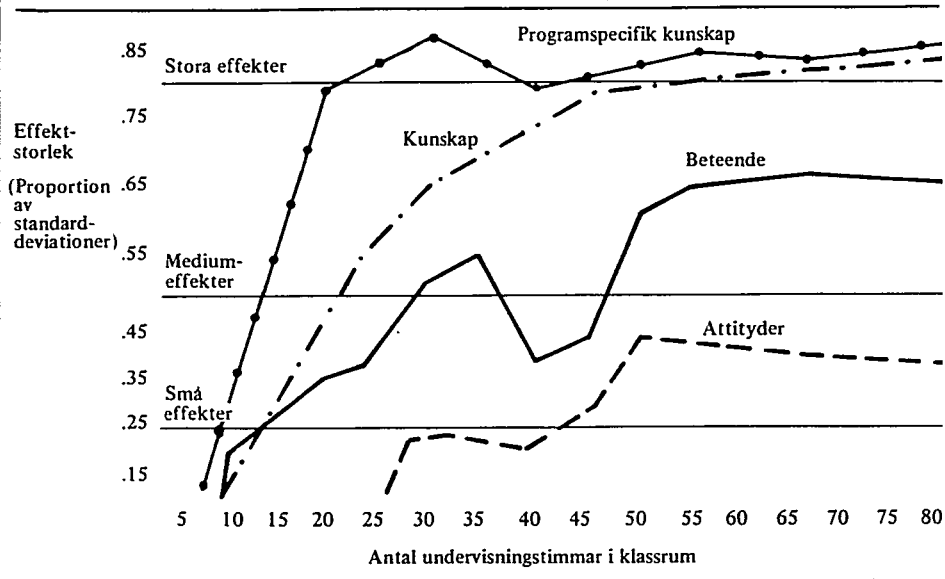
För årskurs 3 (motsvarar svensk årskurs 2) som har tre program, har ett följdprogram utvecklats som forskningsprojekt. Det första av dessa, "Hearty Heart and Friends", bygger helt på aktiviteter inom skolan medan det andra, "Hearty Heart Home-Team", tar steget utanför klassrummet genom att barnens familjer deltar. Ett tredje program, "The Planet Strongheart News", är en uppföljning av dessa aktiviteter och kommer i årskurs 5. Detta innehåller även antitobaksundervisning.

Tillsammans utgör utvecklingen och utfärderingen av dessa tre program delar av ett femårigt individ-, familje- och samhällsinriktat nutritionsprogram som finansieras av amerikanska forskningsfonder.

Från och med 6:e klass har en annan studie startats, den longitudinella undersökningen, "The Class of 1989 Study", som genomförs för att testa olika metoder att förändra beteendemönstret hos tonåringar mot ett mera hälsoinriktat levnadssätt.

Den teoretiska utgångspunkten för projektet är social inlärningsteori där enligt teorin beteenden formas i ett samspel mellan individ och miljö. Miljön kan förändras genom att normer och värderingar för hälsorelaterat beteende påverkas. Personligheten kan påverkas genom studier av den funk-

Figur 1. Relationen mellan påverkans-effekt för programspecifik kunskap, allmän kunskap, attityder, levnadsvanor och antal undervisningstimmar i klassrum. Efter Conell et al. In: J School Health 1985;55: 320.



tionella betydelsen av att till exempel använda tobak. Beteendeattribut kan också studeras genom att se på de färdigheter som förstärker en hälsosam livsstil och förstärka dessa, samtidigt som ohälsosamt beteende motverkas.

Några exempel - Hearty Heart and Friends

Programmet avser att befästa sådana positiva hälsovanor, som kan förebygga hjärt-kärlsjukdom. Det kan användas för barn och vuxna i alla åldrar. I programmet används några seriefigurer vilka lär barnen goda kost- och motionsvanor. Hearty Heart är ledare för planeten Strongheart. Tillsammans med sina vänner Dynamit Diet, Flashness och Salt Sleuth ska han försöka lära eleverna hur man ska leva för att må bra ("Heart-Healthy"). Två skumma figurer försöker hela tiden att sabotera för dem nämligen: Food Fat, som älskar fet mat och Sittin'Sam, som helst bara vill sitta och slöa. Dessa figurer används för att eleverna ska förstå, att rätt kost och motion hjälper till att förbättra hjärt-hälsan.

Läromedelsprogrammet Hearty Heart and Friends (10) är ämnat för årskurs 3. Man har tagit särskild hänsyn till den emotionella och sociala mognaden hos barn i denna åldersgrupp, föräldra-barn-relationer och relationer mellan barn och kamratgrupp (11). Arbetsuppgifterna i programmet är utformade så att de är roliga och inte för långa.

Handlingen i materialet byggs upp kring några seriefigurer från planeten Strongheart, som besöker jorden för att lära barnen hur man bör leva om man vill undvika hjärt-kärlsjukdom. Meningen är, att dagens barn ska "göra sig beredda att leva under 2000-talet".

De individuella aktiviteterna i programmet ska ge kunskaper samt ändra värderingar, attityder och förväntningar. I de äventyrsböcker som ingår i undervisningsmaterialet, förmedlar Hearty Heart och hans vänner information om vikten av att känna igen fett och salt i olika matvaruprodukter. Flera recept på hälsosam kost, bland annat för mellanmål, ingår i materialet.

Läromedlet består av 15 lektioner, ämnade att lära barnen vikten av att välja hälsosam kost och motion. Genom repetition försöker man fördjupa kunskaper och förstärka beteenden. I tio av de 15 lektionerna ingår en film eller diabildserie. Tillagning av olika recept ingår i fem lektioner.

För att ytterligare illustrera programmet ges i det följande två lektionsexempel på barnprogrammet (4).

Lektionsexempel 1 (lektion 3)

Mål

Eleverna ska lära sig att fullkornsflingor, lättmjölk och russin kan vara en lämplig frukost eller mellanmål, bra för hjärtat. Eleverna ska kunna läsa och tillaga ett recept. De ska sedan kunna tala om vad de tycker om smaken.

Aktiviteter

1. Introduktion till "Receptdags". Förklara för eleverna att en gång i veckan ska de få laga mat efter recept. Sedan kan de laga rätten en gång till hemma. Eftersom alla ska göra sin egen rätt måste de arbeta lugnt och försiktigt så att de också hinner med att smaka av och städa efter sig. Påminn barnen om att tvätta händerna innan lektionen börjar.

2. "Dagens recept" delas ut. Låt någon elev läsa receptet högt. Fråga eleverna varför detta är ett recept på mat som är bra för hälsan.

3. Tillagning av receptet. Här finns en noggrann beskrivning av arbetsproceduren.

4. Lär eleverna hur man städar efter sig. En elev eller en grupp av elever kan vara ansvariga för hur städningsproceduren ska gå till.

5. Observera! Om russin används i receptet, låt eleverna skölja munnen efter att de har ätit. Om de lagar efter receptet hemma ska de borsta tänderna efteråt. Torkad frukt fastnar lätt i tänderna.

Lektionsexempel 2 (lektion 9)

Mål

Eleverna ska smaka på mozzarellaost och kunna konstatera att det är en ost med lite fett i. De ska läsa, förbereda och tillaga dagens recept och sedan avsmaka vad de lagat. Eleverna ska sätta som personligt mål och äta en frukt i stället för snask som "iblandmat".

Aktiviteter

1. Introducera dagens recept. Förklara för eleverna att receptet är bra för hjärtat eftersom det innehåller ost med lite fett i och frukt.

2. Beskrivning av hur tillagningen av receptet ska gå till.

3. Eleverna ska städa upp efter sig och sedan sätta in receptet i sin pärm.

4. Personlig uppställning av mål ("goal setting"). Fråga eleverna vad ett mål är och förklara om så behövs. Dela ut arbetsblad. Läs för eleverna om de frukter som finns på arbetsbladet. De elever som till exempel väljer äpple som efterrätt eller mellanmål nästa vecka, ska räcka upp handen. Fortsätt så att de andra frukterna som finns uppsatta på papperet.

Ann-Sofi Råstams kommentar:

"Nu har eleverna fått så pass mycket information att det är dags att sätta egna mål. Bra att detta kommer in så sent som i lektion 9, då man kan förvänta sig att eleverna är riktigt motiverade. De har också hunnit skaffa sig såpass mycket kunskaper att deras målformulering kan bli realistisk. En förutsättning för att denna "övning" skall vara meningsfull är att eleverna leds att välja så att deras mål blir realistiska och kan uppfyllas. Att välja en av flera alternativa frukter är enkelt men ger ändå utlopp för personlig smak" (4).

Att skilja på "varjedags mat" och vad som är "ibland mat" är viktigt i detta

program. Man tar även upp teoretiska och praktiska exempel på nyttiga mellanmål samt diskuterar vad som menas med att vara fysiskt aktiv. Salter i maten diskuteras i två lektioner och i slutet av lektionsserien vidareutvecklas målformuleringarna för de egna matvanorna som illustrerades i lektionsexemplet 2.

Utvärdering

Resultatet av en pilotstudie som utfördes 1982 i åtta tredje- och fjärdeklasser i två interventionsskolor, med matchade klasser i två kontrollskolor visar att man kan få positiva effekter när denna typ av psyko-social teori appliceras i interventionsprogram (11). Åtminstone gäller det påverkan på matvanor hos barn. Hearty Heart and Friends ingår nu i skolans läroplan.

Hearty Heart Home Team

Programmet Hearty Heart and Friends var helt skolbaserat, och man önskade utvidga detta till att även innefatta barnens familjer. Familjebaserade program har en fördel, eftersom övriga medlemmar i familjen står som starka förebilder för barnens hälsobeteenden (12). Bara ett fåtal praktiskt inriktade studier har utförts inom "family-based" promotion". Resultaten av dessa har hittills inte varit alltför uppmuntrande (12, 13).

För att kunna ge en inblick i familjernas utgångsläge konstruerades och genomfördes en "Behovsanalys" (13). De som ingick i studien var föräldrar till barn i Elementary School (låg- och mellanstadium). I en telefonintervju på 20 minuter med 119 fäder och 89 mödrar till fjärdeklassare skiljde sig inte svaren från fäder och mödrar signifikant åt.

Man fann att det som påverkade familjens matval mest var:

- att barnen ville äta sådant de sett i reklam 69 %
- om någon familjemedlem gillar eller ogillar maten 73 %
- att matvanor är svåra att bryta 72 %

Man fann att föräldrarna mest önskade att barnen skulle lära sig:

- goda kostvanor 93 %
- att välja rätt mat på restaurang 72 %
- att läsa innehållsdeklarerationer 65 %
- att tillaga sin egen lunch 62 %

Till sist frågade man vilken typ av undervisning föräldrarna önskade. Följande visade sig vara populärast:

- information att sätta upp på kylskåpet 75 %
- hemarbete med barnen 67 %
- Minst populärt var:
 - kvällsmöten 15 %
 - telefonsamtal angående kostvanor 4 %

Det är intressant att konstatera, att brist på kunskap inte upplevs som ett skäl för att upprätthålla dåliga kostvanor (vilket också är fallet när det gäller rökning och drogmisbruk).

Med utgångspunkt från resultaten av behovsinventeringen utarbetades ett familjebaserat interventionsprogram, "Hearty Heart Home-Team". Det bygger på samma teori och innehåll som de övriga skolprogrammen och är ungefär lika långt. Det är utformat för att "komma till familjen istället för att familjen ska komma till det" (14). Home-Team fungerar som en korrespondenskurs för tredjeklassare och deras familjer. Eleven ges det totala ansvaret för att föräldrarna medverkar. Varje vecka skickas ett kuvert med undervisningsmaterial till elevens hem. För att kunna utföra de aktiviteter som materialet innehåller måste föräldrar och barn samverka. Det hela är uppbyggt som en tävling och priset är en resa för hela familjen till Disney World i Florida. Föräldrar och barn erhåller poäng för varje aktivitet de utför.

Aktiviteter som ingår i Home-Team är bland annat planering av matsedel, förberedelse av inköpslista, besök i den lokala livsmedelsaffären, tillagning av mellanmål med låg fett- och salthalt. Varje vecka besöker en "coach" klassen för att diskutera med eleverna om vad de har gjort och vad de ska göra i fortsättningen. "Coachens" uppgift är att uppmuntra barnen till att fortsätta med programmet och att svara på telefonsamtal från hemmen.

Ann-Sofi Råstams kommentar:

– Den amerikanska skolan är betydligt mer tävlingsinriktad än den svenska. Prisbelönta tävlingar avlöser varandra. Man inriktar sig framför allt på den enskilda individen i stället för gruppen. Här skiljer sig svensk och amerikansk pedagogik avsevärt.

Uppläggningsen av programmet, som jag till en början fann väldigt jippobetonat, visade sig fungera förvånansvärt bra. Fortfarande är jag dock något tveksam till om en sådan här uppläggnings skulle kunna fungera i Sverige. Vi har ju en annan skoltradition där inte föräldrar deltar i de egentliga skolarbetet i lika hög grad som i USA. Men onekligen vore det önskvärt att ett sådant här program skulle kunna gå att genomföra i Sverige, bland annat eftersom programmet i sig ger så många merksamheter – till exempel lästräning tillsammans med föräldrarna och diskussion samt gemensamma aktiviteter hemma – borde det ju vara ett lämpligt program även för vår skola (4).

För att det skall kunna fungera hos oss, tror jag dock att uppläggningsen måste bli en annan. I stället för att tävla individuellt är det nog bättre att tävla klassvis eller ännu hellre mellan olika skolor. Nackdelen med ett sådant system blir dock att de individer man helst vill nå fram till, nämligen de svagmotiverade, då har möjlighet att glida undan i gruppen. Frågan är ju också vem som skall betala förstapriset. Och vart resan skall gå (4).

The Planet Strongheart News

The Planet Strongheart News är en

uppföljning av Hearty Heart and Friends, ämnad för elever i årskurs 5. Programmet består av sexsidiga tidningar, en för varje vecka under en sexveckorsperiod. Varje tidning är rikt illustrerad med de seriefigurer (Hearty Heart, Dynamite Diet och så vidare), som barnen mött tidigare i läromedlet Hearty Heart and Friends. Tidningen är i enfärgstryck med olika färger för varje vecka.

Förutom kost och motion handlar programmet också om rökning. Det är meningen att eleverna ska samarbeta med hemmet, när de gör de uppgifter som de olika tidningarna innehåller. En förälder, eller annan vuxen person, ska sedan intyga att de har utfört de olika aktiviteterna tillsammans. I slutet av veckan tar eleven med sig tidningen till skolan igen. Programmet har utvecklats tillsammans med scoutrelsen.

Utvärdering

Lärarna ges stor frihet att utforma lektionerna i "Strongheart" som de själva vill. De flesta använder sig av ett stationssystem vilket bland annat innebär att eleverna jobbar individuellt med materialet. När de är klara med en viss skoluppgift får de börja med "Strongheart". De börjar läsa igenom hela tidningen i skolan till exempel en fredag och fortsätter sedan att jobba hemma, så att även föräldrarna kan delta. Samma veckodag i följande vecka tar eleverna med sig tidningen, för att visa att någon förälder har skrivit under och för att diskutera hur de har genomfört de olika uppgifterna i tidningen.

De lärare som är verkligt engagerade i hälsofostran föredrar däremot klassundervisning. De börjar med att gå igenom varje nummer av tidningen under en 45-minuterslektion.

Utvärderingen efter första året visade att signifikanta förändringar ägt rum enbart när det gäller matvanor, däremot har inte programmet påverkat motions- och rökvanor. Kanske beror detta på åldersgruppen man vänder sig till.

Under hösten 1986 ska återigen programmet testas. Tretton skolor (500 elever) ska nu ingå i undersökningen. Lärarna får även fria händer att utforma undervisningen som de själva vill. Materialet har omarbetats något, bland annat har några frågor och recepten ändrats efter lärarnas och föräldrarnas rekommendationer. Dessutom har ett "facit" utarbetats för läraren så att han/hon kan avgöra om svaren på frågorna i materialet är riktiga (4).

The Class of 1989 Study

Slice of Life är det sista steget i "The Class of 1989 Study", ett skolbaserat program som bedrivs i en av interventionskommunerna. Studien genomförs för att testa olika metoder att förändra beteendemönstret hos tonåringar mot

ett mera hälsoriktigt levnadssätt. Alla delprogrammen bygger på social learning theory i en samverkan mellan omgivning och individ (genom att till exempel förändra kamrattryck och vuxna rollmodeller).

Studien startade med en baslinjestudie när eleverna var 11 år och gick i årskurs 6. Varje år under fem år genomförs minst ett utbildningsprogram, nämligen (årskurs inom parentes):

- Lunch Bag Program (6)
- Keep it Clean (7)
- Health Olympics (7 och 8)
- FM 250 (8)
- Shifting Gears (9)
- Slice of Life (10)

Lunch Bag Program

Eleverna fick i årskurs 6 en timmas kostundervisning av collegestuderande vid ett närbeläget universitet och de fick lära sig att komponera en egen lunch. En förutsättning för programmet är det faktum att amerikanska elever har möjlighet att från dag till dag välja om de vill äta skollunch eller ta med sig egen "brown bag". Speciella "lunchbags" kunde emellertid också köpas i skolmatsalen. Eleverna gav även ut en tidning, "Get ready for the 21:th Century".

Keep it clean

Ett antitobaksprogram som bestod av sex lektioner för årskurs sju. Det avser att lära ut hur man kan undvika att börja röka.

Health Olympics

Anknöt till den pågående olympiaden 1984. Eleverna skrev och skickade vykort, som handlade om motion och om konsten att låta bli att röka, till jämnåriga i Australien, Norge och Sverige. Dessa krev tillbaka på likaledes egen designade vykort och visade på så sätt hur likartade uppfattningar man kan ha världen över.

FM 250

Ett motionsprogram för årskurs 8.

Shifting gears

Sex lektioner i nian ägnades åt rökning och alkohol. Framför allt belystes ratt-onykterhet. Körkortsåldern i Minnesota och North Dakota är 16 år och de yngsta nyblivna förarna är mycket olycksdrabbade. I programmet ingick utläring av strategier för att analysera massmediabudskap, genom att eleverna själva fick producera tv-program som sändes över det lokala kabelnätet. Vanligtvis finns i varje lokal en uppsättning av kabelkanaler med en speciell skolkanal där denna typ av information kan sändas tillsammans med skollagets sista match.

"Slice of life"

Programmet, som bygger på behovsrelaterade studier, skall "etablera goda hälsovanor hos ungdomar för att förebygga hjärt-kärlsjukdom". Det omfattar

tar tio lektioner i årskurs 10. Framför allt vill man åstadkomma:

– minskat intag av salt och mättat fett
– ökat intag av komplexa kolhydrater
– ökad fysisk aktivitet, särskilt "aerobics"

– upprätthållande av lagom kroppsvikt

Slice of Life skall lära ut färdigheter, som eleverna behöver för att kunna välja rätt i kost- och motionsfrågor. De skall också lära sig hur de kan motstå kamratpåverkan. För att uppnå detta syfte får de bland annat träna sig i "självbedömning" och att sätta upp mål.

Genom att låta klasskamraterna välja "elevlärare" (peer leaders) som specialutbildas vill man föra fram nya "förebilder" för hälsosammare kost- och motionsvanor. Man vill ändra på gällande normer och skapa nya. Kamrater, familj och skolpersonal skall stödja eleverna i kost- och motionsfrågor. Eleverna skall bli medvetna om omgivningens påverkan, bland annat i form av reklam.

Vid sidan av den lektionsbundna aktiviteten genomfördes också i gruppform olika projektarbeten.

Skolans påverkan på matvanorna studeras till exempel på detta sätt i skolmatsalen och cafeteria och inneållat i matautomaterna undersöks. Eleverna får till uppgift att intervjua och diskutera med matberedningspersonal. Man diskuterar då uppläggningsen av olika matsedlar. De intervjuar också sina kamrater om deras lunch- och mellanmålsvanor. Resultatet av dessa intervjuer presenteras inför storgrupp, då också representanter för matsal, restaurang och administration deltar.

Genom hela programmet har man möjlighet att få poäng för olika uppgifter. Målet är att nå upp till en maximal poängsumma. På ett plakat i klassrummet kan man följa poängräkningen, vecka för vecka. Den grupp som uppnått den högsta poängen erhåller pris i slutet av programmet.

Elevläraren har ett direkt inflytande i klasserna genom att de skall fungera som positiva förebilder för ett hälsosamt kost- och motionsmönster. De skall också leda de gruppdiskussioner, som följer efter visningen av videoprogrammen samt organisera rollspel och andra aktiviteter.

Utvärdering

Programmet genomfördes och utvärderades i en senior high school i en förort till Minneapolis under hösten och vintern 1984–85 (15). Sex, slumpvis utvalda niondeklasser med totalt 173 elever deltog. Fyra klasser om 97 elever tjänade som kontrollgrupp och undervisades enligt den vanliga läroplanen.

Flickorna tycktes när det gäller kostvanorna ha tagit mest intryck av Slice of Life. Trots att de uppvisade hälsosammare matvanor redan i förtestet hade skillnaden ökat avsevärt vid eftertestet. Flickorna i interventions-

gruppen valde i högre grad "nyttiga" livsmedel (litet fett, salt och socker) jämfört med dem i kontrollgruppen. Någon liknande förändring observerades inte hos pojkarna. Användandet av salt minskade emellertid hos båda könen. Bland annat att studera en varus innehållsbeskrivning var något som interventionsgruppens flickor gjorde i mycket högre grad än kontrollgruppens.

Pojkarna rapporterade att de ägnade mer tid per vecka åt olika typer av motion än vad flickorna gjorde. Flickornas kunskaper om olika typer av motion hade ökat. De följde oftare ett regelbundet motionsprogram efter skolan och planerade också att öka antalet motionstillfällen.

Det framgick tydligt att flickorna tyckte mer om att delta i programmet än vad pojkarna gjorde. Till exempel rapporterade 83,3 procent att de hade "ändrat på sina matvanor" mot pojkarnas 45,5 procent. Att undervisas av elevlärare var också populärare bland flickorna.

Lärdomar för Sverige

Många av de aktiviteter som beskrivs i programmen från USA finns redan i det svenska skolsystemet. Det som saknas är ett systematiskt hälsoprogramarbete som börjar i förskola och sträcker sig till och med gymnasieskolan.

Programmen är till stor del möjliga att utveckla i den svenska skolan. Det finns dock en hel del hinder av såväl strukturell, som organisatorisk och ekonomisk art som är värda att beakta.

Några aktiviteter som skulle vara av stort värde att pröva systematiskt i den svenska skolan är "Hearty Heart Home-Team" med ett utvecklat engagemang av föräldrar. Möjligen är tävlingsmomenten inte tillämpbara i Sverige, men gemensamma matlagingsaktiviteter för att diskutera kosten mellan eleverna, föräldrar och till exempel hem- och skolaföreningar skulle vara värda att pröva.

Dessa program för andra och tredje klassare skulle också kunna vidareutvecklas i samarbetsprogram mellan skola och fritidshem. Exempel på "kursverksamheter" för barnen i dessa åldersgrupper med skola och fritidshem i samverkan finns redan och skulle kunna omsättas i systematiskt programarbete inom ramen för ett hälsoprogram.

Elevledda aktiviteter kan också vidareutvecklas utifrån de erfarenheter som gjordes av till exempel ANT-kurser under 1970-talet. Eleverna kan utbildas i grupper eller enskilt. En stor organisatorisk flexibilitet behövs.

Programmen "Shifting gears" och "Slice of Life" har en viktig ansats vid genomförandet. Ungdomarna ses som potentiella konsumtionsobjekt. Genom att detta budskap ständigt upprepas ser sig ungdomar som konsumenter. I de nämnda programmen, där ungdomarna till exempel producerar ett

videoprogram, vänds perspektivet och ungdomarna blir istället producenter, med den ökande självkänsla detta medför. Samtidigt utvecklas kunskaper om ett hälsoriktigt levnadsmönster.

Referenser:

1. Ivarsson R, Kahla LJ, Evolution of the national disease prevention and health promotion strategy: Establishing a role for the schools. *J School Health* 1983;5: 53.
2. Conell DB, Turner RR, Mason EF, Summary of Findings of the School Health Education Evaluation: Health Promotion Effectiveness, Implementation, and costs. *Journal of School Health* 1985;55: 318–21.
3. Tillgren P, Kanström L, Haglund BJA. Att ge färdigheter för hälsa – erfarenheter från Nordkarelen. *AllmänMedicin* 1987;2: ??
4. Råstam AS, Hälsoundervisning i amerikansk skola. Fyra projekt vid School of Public Health, University of Minnesota, USA. Stockholm: Landstingets Hälsovård 1986. (Röd serie nr 127.)
5. Haglund BJA, Hedberg P, Holm LE, Hydén E, Mårdsjö G, Svanström L. Att förebygga hjärt-, kärl- och cancersjukdomar. Rapport från studier i USA, januari 1984. Stockholm: Landstingets hälsovård 1984; (röd serie nr 3).
6. Haglund BJA, Kanström L, Tillgren P, Wirfält E. Hälsoutbildningsprogram på samhälls nivå i USA. Erfarenheter från studiebesök hösten 1985. Sundbyberg: Landstingets hälsovård (under publicering).
7. Bolin A, Haglund BJA, Lagergren U, Tillgren P. Hälsoarbete i skolan. Kunskapsunderlag och möjliga framtidsvägar. Sundbyberg: Landstingets hälsovård (under publicering).
8. Blackburn H, Luepker, RV, Klinch FG, The Minnesota Heart Health Program: A research and demonstration projekt in cardiovascular disease prevention. In *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (Matarazzo JD et al [Eds], New York: John Wiley and Sons, 1984).
9. Omberg L, Pettersson B. Minnesota Heart Health Program – intervention among youth. Paper presented at the mastercourse of Community medicine: Prevention september 1986; Sundbyberg: Inst för Socialmedicin 1985 (stencil).
10. Youth Education Group. Hearty Heart and Friends: A third grade nutrition program. Minneapolis: Division of Epidemiology, University of Minnesota 1985.
11. Perry CL, Mullis R, Maile M. Modifying the eating behavior in young children. *J School Health* 1985;55: 399–402.
12. Perry CL. Community-wide strategies: Conceptualization and design. Paper presented at the conference on community-wide health promotion and drug abuse prevention (Kaiser Family Foundation) Menlo Park 1986. (Reprints from the author, School of Public Health, University of Minnesota, USA.)
13. Nader P, Baranowski T, Vanderpool W, et al. The family health projekt: Cardiovascular risk reduction education for children and parents. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1983;4: 3–10.
14. Murray DM, Perry CL, Davis-Hearn MA. Cardiovascular risk reduction in children. (Submitted.)
15. Perry CL, Klemp K-I, Halper A, et al. Slice of Life. Promoting Healthy eating and physical activity pattern among adolescents. (Manuskript under utarbetande.)

Hälsoutbildningscentra i samhället – hälsoäventyr för barn och vuxna

PER TILLGREN · BO JA HAGLUND · LENA KANSTRÖM

Traditionell undervisning om vår hälsa har inte engagerat barn- och ungdom. I USA har nya vägar prövats och utvecklats vid särskilda hälsoutbildningscentra som vuxit fram sedan slutet av 1970-talet. Verksamheten har i flera fall sitt ursprung i tidigare hälsomuséer. Genom en hälso-pedagogisk ansats försöker lärarna aktivera och engagera besökarna. Detta bland annat med hjälp av olika tekniska hjälpmedel och orsakssammanhang. Idén med hälsoutbildningscentra är väl värd att pröva och utveckla här även i vårt land. Inom Stockholms läns landsting har nyligen initiativ tagits i denna riktning.

Nyckelord: Hälsoundervisning, hälsoutbildningscentra, hälso-pedagogik, prevention, USA, The Health Adventure.

Sedan slutet av 1970-talet har det i USA vuxit fram Health Education Centers för hälsoundervisning till främst barn och ungdom. Gemensamt för flera av dessa centra är att de tidigare varit hälsomuséer. Verksamheten bygger i stor utsträckning på ideella krafter som svarar för insamling av pengar men också medverkar i olika programaktiviteter.

Genom att knyta hälso-pedagogiskt intresserade lärare till verksamheten och att använda olika former av tekniska hjälpmedel presenteras komplicerade frågor på ett lättbegripligt sätt. Pionjärer i detta hälsoupplysningsarbete är Robert Crown Center for Health Education i Chicago och The Health Adventure (Hälsoäventyret) i Ashville (1).

ROBERT CROWN CENTER FOR HEALTH EDUCATION

Robert Crown Center är beläget i en stadsdel utanför Chicago. Nuvarande verksamhet startade 1974 och tidigare hade det funnits ett hälsomuseum i anslutning till ett medicinskt centrum. Verksamheten omfattar:

- hälsoundervisning för förskole- och grundskoleelever
- eftermiddagsverksamhet för olika grupper
- fortbildning av lärare och andra yrkesgrupper
- talarförmedling



The Health Adventure.

Sedan starten 1974 har över 1,3 miljoner skolelever besökt centrat och årligen kommer det över 110.000 besökare. Undervisningen bedrivs efter ett veckoschema. Programmen för förskolan och elever i årskurs 1 är 60 minuter, medan lektionerna för de äldre eleverna är cirka 90 minuter.

Hälsoundervisning för förskole- och grundskoleelever

Före de olika årskurserna erbjuds ett brett utbud av olika program inom områdena:

- allmän hälsoundervisning
- drogfrågor
- kost- och näringsutbildning
- miljöfrågor
- sex och samlevnad

Till varje utbildningsprogram finns särskilda arbetshäften och lärarhandledningar som ett stöd för planering och uppföljning av besöket.

Samarbete sker med en lokal medicinsk högskola vad avser nya rön inom hälsoområdet. Vid centrat utbildas även personal från nämnda högskola i patientutbildning.

Lokaler och utrustning

Robert Crown Center är särskilt byggt för sin verksamhet. Byggnaden innehåller ett flertal permanenta undervisningssalar som är utrustade för olika teman, till exempel livets uppkomst, drogförebyggande, miljön, hälsan, familjeliv, hjärnan och nutrition. Salarna är inredda som teaterlokaler där deltagarna sitter på en trappstegsuppbyggd läktare. På scenen och längs väggarna

finns olika typer av undervisningsmaterial. Oftast är det spännande demonstrationsmodeller med elektroniska funktioner. Dessutom finns det miljöbeskrivningar som sätter de olika teman i sitt rätta sammanhang.

Centrat bedrivs som ett ideellt icke vintsgivande bolag med egen styrelse. Totalt finns 11 personer anställda. Sex personer arbetar som instruktörer för hälsoutbildningen. Dessa personer har ofta en grundutbildning som lärare med en Mastersexamen i Public Health Education. Besökarna får betala en avgift motsvarande 1,5–1,75 dollar. Därtill kommer en miniavgift för varje årskurs.

Eftermiddagsverksamheten som sker efter skoltid kan till exempel vara föräldra- och ungdomsgrupper. I samarbete med National College of Education erbjuds olika former av fortbildning på högskolenivå. Detta sker dels som kvällskurser och dels som sommarkurser.

Exempel på hälsoundervisning – drogprogram för årskurs 7

Läraren frågade inledningsvis eleverna vad de tänkte på när man talar om droger. Utifrån de framförda förslagen diskuterades skillnaden mellan olika droger. Med hjälp av en bildskärm gjordes ett försök till definition.

Läraren gick snabbt över till att diskutera vad som händer med kroppen när olika typer av droger används. Här gällde det att komma med argument för att förhindra droganvändning, till exempel att inte alls dricka alkohol och att det går att ha roligt utan droger.

Undervisningen konkretiserades med praktiska exempel från trafikolyckor där alkohol förekommit. Läraren framhöll att det kan hända någon du tycker om och att dricka alkohol och köra bil hör inte ihop.

Nästa avsnitt belyste hur droger direkt påverkar människokroppen. Med ett exempel från sniffning beskrevs hur kroppen via näsan tar upp gifterna och vilka organ som sedan berörs. Ett annat exempel tog upp vad som händer när något injiceras direkt i blodet och hur de aktiva beståndsdelarna påverkar bland annat hjärnan.

Läraren diskuterade inläring utifrån Pavlos hundexempel. Syftet var att beskriva hur snabbt det går att bli beroende av droger. Därefter belystes kroppsutveckling i samband med pu-



För förskolebarn har man ett program om hur man visar känslor och umgås i grupp. Foto: Bo Haglund

berteten. Presentationen följdes upp med en diskussion om vad som händer om vanebildande preparat används när kroppen inte är färdigutvecklad.

Ett viktigt inslag i hälsoundervisningen är framförandet. I detta fall var läraren en mycket duktig skådespelerska. Hon varvade informationen med olika historier och använde sig av kroppsspråket genom att gå och spela upp olika scener som väckte både skratt och allvarskänslor. Hon lät eleverna vara aktiva genom att dels ställa frågor och dels låta dem komma med egna exempel. Läraren tillämpade en repetitionsteknik, där eleverna fick svara högt i talkör och i vissa fall också samtidigt knäppa med fingrarna när de svarade.

I stor utsträckning användes olika former av tekniska hjälpmedel som till exempel planscher och modeller. När budskapet diskuterades fanns på väggen en overheadbild med olika definitioner. Med hjälp av naturliga kroppsbilder visades vad som händer med kroppen när olika typer av beroendeframkallande medel absorberas.

Efter cirka 20 minuter skedde en förflyttning till hjärnrummet. Med ljus-tekniska effekter beskrevs nervsystemet, hjärnans uppbyggnad och funktion. Presentationen var mycket effektiv och tankeväckande. På en filmduk visades diabilder på spindel-nät som vävts av en spindel som fått olika doser av ett beroendeframkallande medel.

Eleverna fick kommentera de olika spindelnäten och det diskuterades vad som hänt i motsvarande situation om det i stället gällt ett mänskligt beteende. Därefter gick man tillbaka till ursprungslokalen.

Följande 20 minuter var delvis en repetition av kroppens reaktion inför olika former av beroendeframkallande medel. Framför allt diskuterades vad

olika legala preparat innehåller samt vad som händer när olika preparat kombineras. Bland annat nämndes det att hostmedicin kan innehålla alkohol.

För att beskriva hur legalt tillverkade mediciner framställs, visades på en väggtafla bilder hur hygienisk denna framställningsprocess är. Genom att mycket snabbt vända på väggtaflan kom en helt ny miljö fram som visade ett illegalt laboratorium för knarkframställning som funnits i verkligheten. Denna miljö var mycket skrämmande och gav ett ohygieniskt intryck. Barnen reagerade starkt.

Nästa exempel beskrev med overheadbilder vad som händer med en persons namnteckning vid ölkonsumtion. Syftet var att beskriva kroppens reaktion vid konsumtion av ett beroendeframkallande medel. Namnteckningen exponerades stegvis på duken från att försökspersonen inte druckit alls till det sjunde glaset. Detta avsnitt väckte många tankar och reaktioner.

Avslutningsvis togs tobakskonsumtionen upp och återigen beskrevs vad som händer i kroppen vid detta drogbruk. Nikotinets väg i kroppen belystes och hur detta ämne påverkar olika kroppsdelar. Ett annat exempel visade vad som händer med tobakstjära och gaser i kroppen. Här avbröts undervisningen med en cirka 10 minuter lång film som belyste tonåringar och rökning. Genomgående i filmen ingick en intervju med en äldre man med strup-tumör. Filmen var mycket suggestiv, främst genom återkommande bilder på tonåringar som rökte. Efter filmen talades det också om tuggtobak.

Undervisningen avslutades med en snabbrepetition av lektionen. Framför allt belystes vad man skulle tänka på och hur man i framtiden skall motstå användandet av droger. Läraren slutade med att säga att alla kan ta ett positivt beslut för sin hälsa och avstå från droger.

Lektionen genomfördes på ett mycket professionellt och aktiverande sätt som uppskattades av eleverna. För att

denna typ av utbildning skall ha någon mera långsiktig effekt är det synnerligen angeläget att en uppföljning sker i klassrumsmiljö vid upprepade tillfällen. Lektionstiden som varade i en och en halv timme var inte heller något problem då det inte förekom några döda punkter i programmet och alla deltog under lektionen. Lektionen skulle mycket väl kunna genomföras för svenska elever (1).

THE HEALTH ADVENTURE, ASHVILLE, NORTH CAROLINA

Den ursprungliga verksamheten började 1966 som ett barnens hälsoupplivningsmuseum vid Memorial Hospital. Bakgrunden till initiativet var främst att några mammor funnit att barnen inte visste mycket om sin kropp och var rädda för doktorn och sjukhus. Det fanns alltså ett stort behov hos barn att lära känna sin kropp. Den nuvarande verksamheten startade 1978 när man flyttade in i nya lokaler (2, 3).

Syftet med Health Adventure i Ashville är att få barnen aktiva att söka kunskap om sin kropp och hälsa. Det praktiska arbetet sker i små grupper och barnen får känna, söka och tänka hela tiden av det budskap som förmedlas och i samspel med ett pedagogiskt utvecklat material. Strävan är att få besökarna medvetna om eget ansvar för sitt handlande och för att bevara hälsan.

Under 1983 hade man 24.000 besökande. Alla åldrar kan ta del av undervisningen och utställningarna, men huvudvikten läggs på barn och ungdom.

En stor del av arbetet sker genom olika frivilliga insatser. Den fast anställda personalen består av åtta personer. En rektor leder det praktiska pedagogiska utvecklingsarbetet. Fyra lärare med specialkurser i hälsoupplivning och med lärare- eller sjuksköterskebakgrund svarar för genomförandet av programmen.

Lokalen är belägen i en källarvåning i anslutning till sjukhuset och upptar en yta på cirka 150 m². Den är uppe-



Inom vuxenundervisningen diskuteras bland annat våra sinnen. Foto: Bo Haglund



Nervsystemet och dess funktion vid drog-påverkan illustreras. Foto: Bo Haglund



Hörsel- och bullerskador diskuteras också. Foto: Bo Haglund

lad i ett antal mindre avgränsade rum för olika aktiviteter. Utrustningen finns i väggarna, ofta bakom dörrar som kan öppnas och nytt material kan plockas fram. Modeller på kroppsdelar finns i olika storlekar och i genomskärning, så att man kan se alla detaljer. Genom att trycka på olika knappar framträder genom belysning de olika delarna tydligare.

I lokalens fond finns TAM, en transparent anatomisk modell av en kvinna. Organsystemet kan upplysas och kommenteras med en bandad röst. Denna undervisningsmodell finns också på Robert Crown Center i Chicago och andra utbildningscentra. Modellen används i flera av de program som erbjuds vid centrat.

Det finns dessutom en mängd olika filmer, videofilmer och diablids-serier som kan kombineras på olika sätt. Datautrustning används också i stor utsträckning i utbildningen.

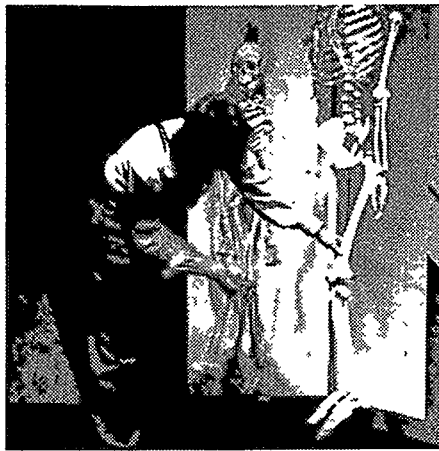
Ett varierande utbud av program för alla åldrar

För närvarande erbjuds 17 olika program från förskola till gymnasieskola. Programmen är inriktade dels efter olika kroppsfunktioner och dels efter livsstilsfaktorer. Programmen omfattar: skelett, kost, tänder, matspjälkning, andning, sexualundervisning, att avstå från droger, komispåverkan – grupptrösk, säkerhet, miljö, idrott och hälsa, cirkulation, att leva och dö, att bli äldre samt cellen. För varje område finns det olika nivåer beroende på målgruppens ålder. Programtiden varierar mellan 15 till 45 minuter.

Under året genomförs också särskilda temadagar, till exempel kring hjärtat och tänderna. Särskilda utbildningsprogram för skolan har utvecklats i samarbete med lärare och skol elever. Dessa program täcker förskola, grundskola och gymnasieskola. Principen för programmen är att ett arbetsmaterial sänds till lärarna någon månad före besöket som där efter kompletteras med ett uppföljande arbetsmaterial.

Hjärt- och kärlprogrammet – ett exempel

Besökarna undervisas utifrån ett sta-



Led- och muskelapparaten, dess funktion och betydelse av motion. Foto: Bo Haglund

tionssystem med olika skärmar. I programmet koncentreras budskapet kring fett och salt. Maten illustreras som stora plastmodeller. När det gäller rökvanor försöker man avslöja myterna kring rökreklam och redovisa fakta (2).

Vid en station visades drastiska bilder på aortavägar i formalinlösning från olika åldersgrupper. Genom illustrativa bilder beskrevs också hur blodkärlen förändras till följd av arterioskleros och påverkan från bland annat rökning och hur koloxid påverkar och kan förändra blodfettfraktionerna. Vidare presenterades hjärt- och kärlsystemets försvarsfunktioner och i en annan monter beskrevs betydelsen av fysisk aktivitet och stress med genomgång av funktionerna av blodtryck och avslappning som motvikt till blodtrycksförhöjning. Deltagarna besöker de olika stationerna som kommenteras och diskuteras.

Lärarna arbetar hela tiden med direkta frågor från elev till lärare och från lärare till elev genom en dialog. Intressanta svar och frågor fångades upp och som leder faktainhämtningen vidare på basis av vad gruppen redan kan. Ett inslag är att eleverna och besökarna får möjlighet att ta på, undersöka och spela roller, vilket gör undervisningssituationen aktiv, roande och spännande. Det förekommer mycket litet skyltar med skriven text, och eleverna får aldrig några broschyrer eller frågeformulär (3).

Hälsoutbildningscentra också något för Sverige?

Någon motsvarighet till "Health Education Centers" som vuxit fram sedan 1970-talet i USA finns för närvarande inte i Sverige. Däremot finns flera exempel på hur museer och vetenskapliga institutioner utvecklat ett samarbete för att nå ut till framför allt barn och ungdom. Denna idé med "Science Centers" är hämtad från USA.

För att bland annat främja barns kontakter med forskning har bland annat Forskningsrådsnämnden varit engagerad i olika försöksverksamheter. Syftet har främst varit att få en uppfattning om museernas intresse för populärvetenskap och deras ambitioner att

gå bland annat skolan till mötes. Under åren 1983–85 satsades 2,85 miljoner kronor till ett närmare fyrtiotal projekt. Erfarenheterna finns publicerade i rapporten "Öppet museum – några försök med populärvetenskap för barn" (4).

Bland annat genomförde Naturhistoriska Riksmuseet i samarbete med Karolinska institutet vintern 1984 och våren 1986 en uppmärksam utställning; "Sinnenas värld" (5). En annan utställning som rönt stort intresse är "Tom Tits experiment – vetenskapliga förströelser", som är ett samverkansprojekt mellan Södertälje konsthall och högskolan för lärarutbildning i Stockholm (6, 7).

Hittillsvarande insatser i Sverige har främst inriktats på naturvetenskap och teknik. Det är angeläget att också pröva och utveckla en verksamhet som knyter an till "Health Education Centers". Tyngdpunkten ligger här på att belysa hälsa och olika faktorer som påverkar denna. Inom Stockholms läns landsting pågår för närvarande ett arbete med att undersöka möjligheterna till att etablera ett länsbaserat hälso- och undervisningscentrum för barn och ungdom.

Den svenska modellen av ett "Health Education Center" skulle kunna bli ett viktigt komplement och stöd till den undervisning som sker i bland annat förskolan och grund- och gymnasieskolan. Samverkan skulle även kunna ske med ideella organisationer som verkar för hälsofrågor samt studieförbund. Ett centrum skulle förutom utbildning även kunna svara för information och spridning av hälsoupplysningsmaterial/litteratur till intresserad allmänhet, företag etc. Ett svenskt "Hälsoäventyr" är väl värt att pröva och utveckla.

Referenser:

1. Haglund BJA, Kanström L, Tillgren P, Wirfält W. Ett hälsoupplysningscentrum. Erfarenheter från Robert Crown Center for Health Education Center i Chicago, USA. Sundbyberg: Landstingets hälsovård. (Röd serie, under tryckning.)
2. Haglund B, Hedberg P, Holm L-E et al. Att förebygga hjärt-, kärl- och cancersjukdom. Rapport från studieresa i USA, januari 1984. Sundbyberg: Landstingets hälsovård. (Röd serie nr 3, 1984.)
3. Westrin K. Studier av hälsoupplysningsverksamhet i USA. Oktober-november 1984. Sundbyberg: Landstingets hälsovård. (Röd serie nr 112, 1986.)
4. Forskningsrådsnämnden. Öppet museum. Några försök med populärvetenskap för barn. Stockholm 1986. (Rapport 86:4.)
5. Sinnenas värld. Fakta och forskning. Naturhistoriska riksmuseet. En utställning i samarbete med Karolinska institutet. Kumla: 1984.
6. Fresk K. Science Center. Några data kring HLS:s medverkan i utvecklandet av naturvetenskaplig och teknisk fortbildningscentrum. 1986. (Stencil.)
7. Tom Tits experiment. Vetenskapliga förströelser. Utställningsfolder. Södertälje konsthall, 1985.

Barnolycksfall i Sollefteå kommun

MARGARETA BERGLUND · ÖRJAN NILSSON · LEIF PERSSON

Rapporten beskriver en metod att under ett år registrera barnolycksfall i en glesbygdskommun. Svårigheten med studien har varit ett alltför stort bortfall. Cirka 10 procent av barnen har sökt vård för sina skador. Ett oväntat stort antal skadades på skolan. Cykelskador var en vanlig orsak till inläggning. Antalet allvarligt skadade var lågt.

Nyckelord: Barnolycksfall, register.

Olycksfall är i vårt land den vanligaste orsaken till dödsfall bland barn över ett år. Ärligen skadas vart sjätte till sjunde barn så svårt att sjukvård blir nödvändig. Olycksfallen utgör ett av de största hoten mot barns hälsa. För att påverka barnens fysiska och psykiska miljö och förbättra barnskyddet ställs krav på nya rutiner och arbetsmetoder inom barn- och skolhälsovården.

Syfte

I flera kommuner i landet har registrering av barnolycksfall ägt rum. Barnolycksfallsutredningen har i SOU 1979:28 rekommenderat kontinuerlig olycksfallsregistrering. I syfte att ge en överblick över olycksfallens utbredning och omfattning, samt omständigheter kring dessa i Sollefteå, har vi registrerat barnolyckor under perioden 1984-06-03-1985-06-02. Syftet var också att få underlag för förebyggande åtgärder i samarbetet med primärkommunala myndigheter.

Metod

Vi har registrerat olyckor som medfört att barn i åldrarna 0-16 år sökt hjälp hos skolsköterska, distriktssköterska, distriktsläkare, på sjukhusmottagning eller hos folkhälsovården. I kommunen bor cirka 25.000 personer, varav 4.500 utgörs av barn i åldrarna 0-16 år. Vi har utarbetat en barnolycksfallsjournal, som distribuerats till samtliga vårdgivare. Efter inträffad olycka har uppgiften registrerats i denna journal, som därefter sänts till vårdcentralen i Sollefteå för sammanställning.

Resultat

Vi fick in uppgifter om 429 inträffade olycksfall. Det motsvarar under ett år att ungefär 10 procent av barnen råkat ut för olyckor av den omfattningen att de behövt vända sig till hälso- och sjukvården. Fördelningen mellan olika ål-

dersklasser var jämn med undantag för spädbarn, där olyckorna var färre. Liksom vid andra undersökningar är det en sned fördelning mellan könen så att i 65 procent av fallen är det pojkar, som råkar ut för olyckorna (1). Barn över spädbarnsåldern skadar sig oftare vid aktiviteter utomhus, medan spädbarnen oftare får sina skador inomhus.

Mer än 40 procent av de skadade har sökt vid sjukhusets akutmottagning, medan 35 procent sökt vid vårdcentraler. 17 procent kom i första hand till folkhälsovården, vilket för oss var en överraskande hög siffra.

Folkhälsovård

Vi delade in de barn som sökt för tandskador i åldersklasser. Därvid fann vi att i åldrarna 0-5 år hade 21 procent av skadorna med tänderna att göra. I åldersgruppen 6-10 år var motsvarande siffra 16,5 procent, medan den för åldersgruppen 11-16 år endast uppgick till 7 procent.

Skadetyp

Skallskador dominerar bland de yngsta. Där utgör de två tredjedelar av samtliga fall. I åldersgruppen 6-10 år utgörs ungefär 50 procent av skallskador. I gruppen 11-16 år dominerar däremot extremitetsskador med 70 procent av inträffade skador (figur 1).

Svårighetsgrad

De inträffade skadorna bedömdes i 82 procent av fallen vara av lindrig natur. Medelsvåra skador inträffade i 15,4 procent och svåra i 2,6 procent. Av de 429 inträffade olycksfallen ledde 47 (11 procent) till slutet sjukhusvård.

Allvarlighetsgraden tenderar att öka med ökande ålder. Skador som bedöms som medelsvåra eller svåra utgjorde 10 procent i åldrarna 0-5 år, 19 procent i åldrarna 6-15 år och 23 procent för 16-åringar. Det är pojkar som oftare råkar ut för allvarligare olyckor. De yttre orsakerna till medelsvåra och svåra skador utgjordes i 44 procent av fall från samma plan eller från ett plan till ett annat.

Sjukhusvård

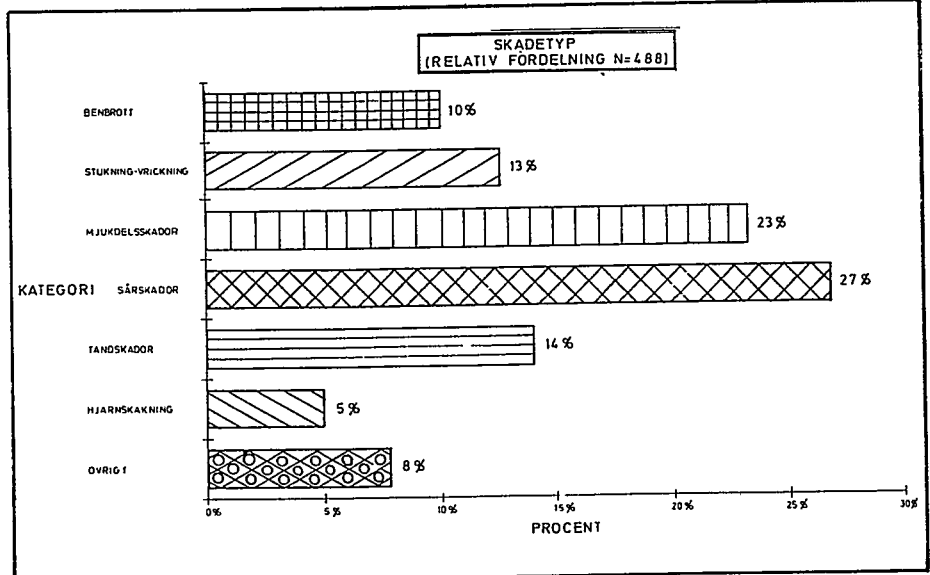
Den yttre orsaken till skadorna hos de 46 barn som behövde inläggning på sjukhus var vid elva tillfällen fall i samma plan. Åtta av barnen hade fallit från ett plan till ett annat. Åtta hade blivit skadade vid cykling och fem vid slag eller stöt av föremål (figur 2.) Den vanligaste intagningsdiagnosen utgjordes av hjärnskakning med drygt 30 procent av fallen. Mjukdelsskador utgjorde 28 procent och sårskador 9 procent.

Idrottsskador

80 rapporter om idrottsskador inkom, vilket motsvarar 19 procent av totala antalet. Bland idrotter som dominerar i skadeutfall märktes slalomskidåkning i 27 procent, fotboll 20 procent och ishockey 12,5 procent. Av idrottsskadorna var ingen svår. Av de 18 medelsvåra var elva orsakade av slalomåkning.

Skolskador

I skolan, på skolgården eller på väg till eller från skolan skadades 80 barn, vilket motsvarar 19 procent. Göres också tillägget skadade på sportanläggning klockan 8-16 blir siffran 93, vilket



Figur 1.

motsvarar 22 procent av totala antalet skadefall. Båda dessa uppgifter visar högre procentandel än vad man ser i andra undersökningar (2). (Figur 3.)

Cykelskador

44 barn skadades vid cykelåkning. 36 procent av dessa hade sårskador, 27 procent mjukdelsskador och 14 procent frakturer. (Figur 4.)

Bortfall

Under det år registreringen har ägt rum har vi varje månad gjort en sammanställning av inkomna rapporter och skickat ut till respektive registreringsställe. Vi har gjort detta för att försöka hålla bortfallet så lågt som möjligt. En bortfallsanalys har utförts på rapporterna från sjukhusets akutmottagning, som ju svarar för mer än 40 procent av antalet rapporter. Vi har jämfört liggare på akutmottagningen med inkomna rapporter för dag 5, 15 och 25 i varje månad. Därvid framkom ett bortfall på 45 procent. Detta visar på svårigheterna att hålla igång en registrering över en lång tidsperiod.

Diskussion

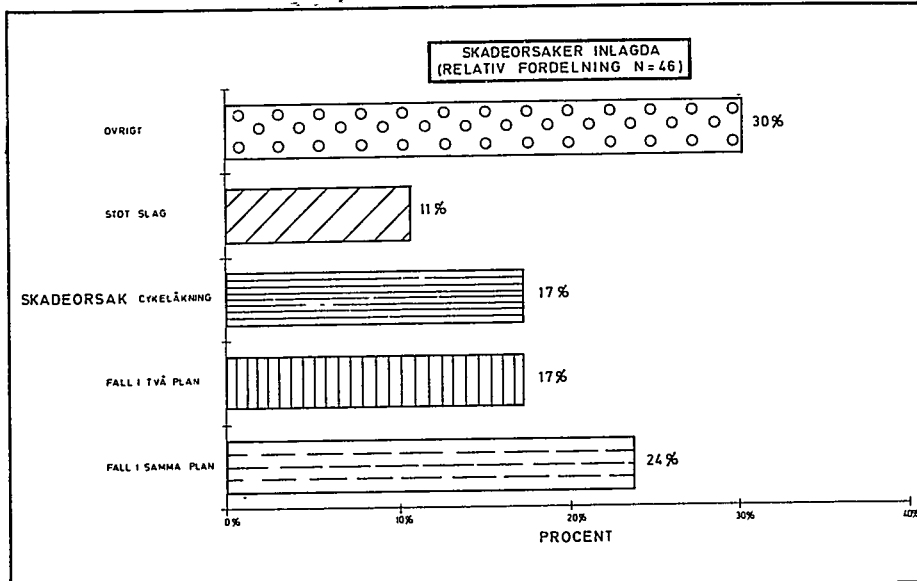
Vår undersökning visar likartade resultat som undersökningar gjorda på andra håll i landet. Olyckor är en vanlig orsak till ohälsa bland barn. Vi behöver ökad kunskap för att om möjligt kunna förebygga svåra olyckor. Små barn skadar ofta huvudet. Hjälpm vid cykelåkning och pulkåkning borde kunna förebygga en del av dessa skador. I biltrafiken är det viktigt att barnen i baksätet, lika väl som vuxna, sitter fastspända med säkerhetsbälten. I skolan skadades fler än väntat. Detta skall vi arbeta ytterligare med.

I många fall uppstår olyckor i samband med barnens naturliga aktiviteter i den vanliga lekmiljön. Många olyckor inom till exempel idrott beror på omständigheter, som aldrig går att förebygga. *Målet skall dock inte vara att förebygga alla olyckor; detta är en omöjlig uppgift. Målet skall istället vara att så långt det är möjligt förebygga och förhindra svåra och allvarliga olyckor.* Dessa står ofta att finna i trafiken, men samhället är många gånger planerat på ett sådant sätt att barn tvingas ut i biltrafiken. Då finns olycksriskerna inbyggda från början.

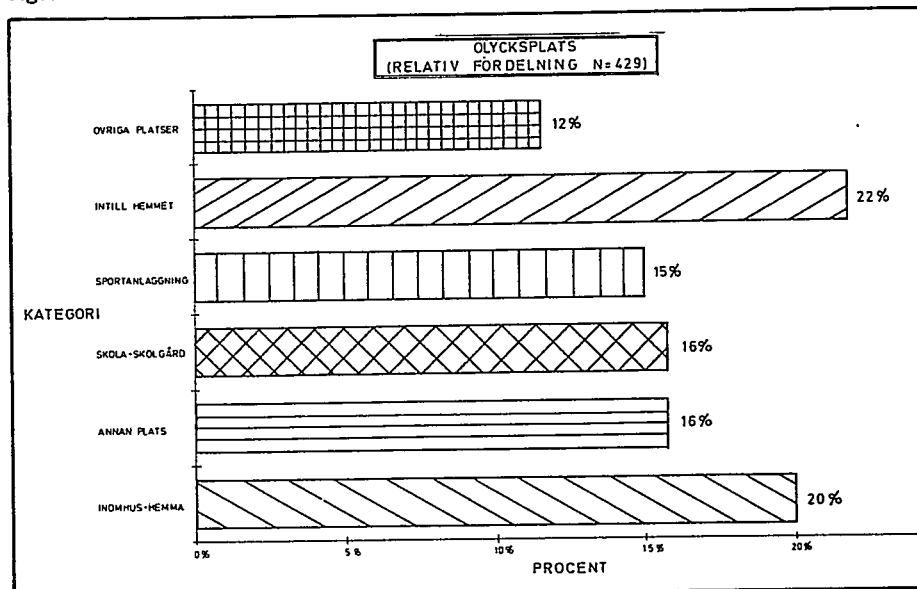
Arbetet med denna studie har engagerat många olika befattningshavare. Vi kommer nu att föra tillbaka resultaten till dessa. Med denna lokala registrering har vi fått en ökad känsla och ett ökat engagemang för det förebyggande arbetet. Vi kommer att använda resultaten vid vårt samarbete med olika grupper inom barnhälsovården, skolan och andra primärkommunala myndigheter.

Litteraturförteckning:

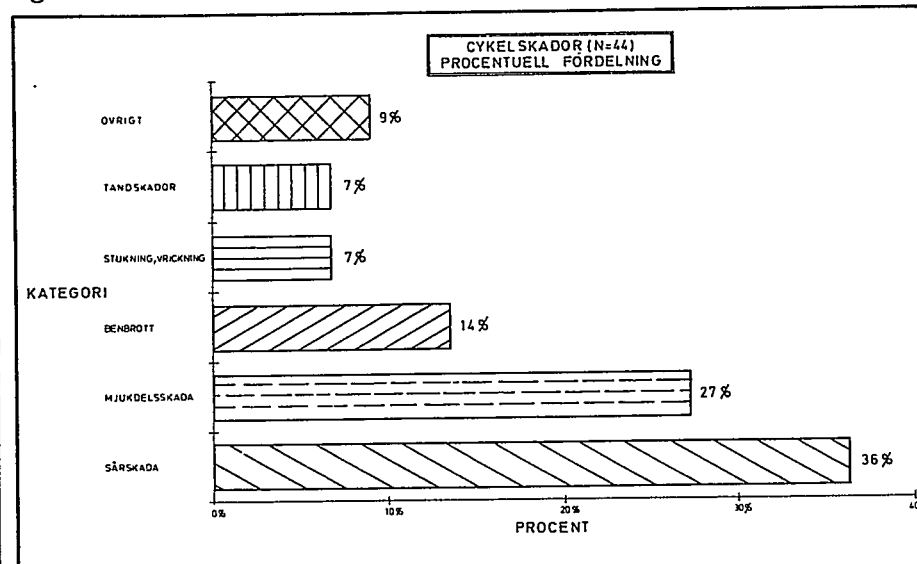
1. Barnolycksfall SOU 1979:28.
2. Barnolycksfall i Hofors kommun. Utvecklingsenheten i Hofors. Rapport nr 17.



Figur 2.



Figur 3.



Figur 4.

Författarpresentation:

Margareta Berglund, överläkare, Barnkliniken, Sollefteå

Örjan Nilsson*, distriktsläkare, Sollefteå vårdcentral

Leif Persson, distriktsläkare, Sollefteå vårdcentral

*Postadress: Sollefteå vårdcentral, Sollefteå sjukhus, Box 4201 881 04 Sollefteå

Att arbeta förebyggande med missbruksproblem – några erfarenheter från Vännäs, Västerbotten

GUNILLA FORSGREN · CURT HÖRNQVIST · NANCY JOHANSSON
THURE JOHANSSON · KARIN JONSSON · ÅKE MIKAELSSON · GÖRAN WESTMAN

Missbruk av narkotika har ökat bland ungdomar under 70- och 80-talet. Från att i början varit en storstadsföreteelse kom missbruket snabbt att spridas även till mindre orter. I Vännäs, Västerbotten, bildades en arbetsgrupp mot narkotika i början av 1980-talet med representanter för kommunens polis, socialtjänst och skolhälsovård. Gruppens medlemmar gjorde en jämförelse av en missbruksgrupps och en kontrollgrupps vårdutnyttjande. Några dömda missbrukares dokumenterade primärvårdskontakter analyserades också avseende handläggning. Undersökningen visar ett högt läkarvårdutnyttjande av missbruksgruppen jämfört med en kontrollgrupp. Medlemmarna av arbetsgruppen ansåg sig ej kunna ha handlagt kontakterna annorlunda än vad som hade gjorts trots det nu i efterhand kända resultatet. Erfarenheter från denna uppföljning har lett fram till nya riktlinjer för föräldrar, lärare, fritidsledare och sjukvårdspersonal i bemötandet av ungdomar misstänkta för narkotikabruk.

Nyckelord: Droger, missbruk, ungdom, prevention, community involvement, skolhälsovård, primärvård, socialtjänst, samverkan.

Missbruk av droger och narkotiska preparat har växlat under åren. Alkohol och tobaksrökning har varit de vanligast förekommande formerna men under 1970-talet tilltog missbruket av cannabispreparat med rökning av hasch och marijuana. En ökning har också skett av tyngre narkotika med injektion av heroin, amfetamin samt andra läkemedel (1).

De senare missbruksformerna var till en början en storstadsföreteelse men missbruket kom snabbt att sprida sig även till mindre orter.

Vännäs, som ligger i Västerbotten, är en kommun med cirka 8.000 invånare belägen 30 km från Umeå. I Vännäs är Vännäs kommun, SJ och Landstinget de största arbetsgivarna.

I slutet av 1970-talet noterades ett stigande narkotikamissbruk bland ungdomar. Våren 1980 påbörjade polisen en omfattande utredning av missbruksförhållandena och ett flertal ungdomar hördes av polisen. Ett tiotal dömdes senare för narkotikabrott. Under de här åren utvecklades också samarbetet mellan socialtjänst, polis, skola och landstingets primärvård. I centrum stod skolhälsovården när det gällde att samordna individriktade åtgärder för skolungdomar med problem. Från och med 1982 formaliserades kontakterna så att regelbundna möten, två-tre gånger per termin kom till stånd mellan representanter för ovan nämnda vårdinsatser.

Gruppens arbete koncentrerades på "barn som inte mår bra". Som riktlinje för verksamheten användes den modell för uppkomst av narkotikamissbruk, som utvecklats av kurator Elsa Larsson tidigare verksam vid Vällingbys rådgivningscentral, PBU Stockholms läns landsting. Grunden för etablerat missbruk beskrivs som en depression (djup besvikelse hos individen) som karaktäriseras av det känslomässiga förloppet: övergivenhet-tomhet-öalskad-inte värd att älskas (2).

Syfte och frågeställningar

I samrådsgruppen för missbruksfrågor i Vännäs strävade man till att börja med att försöka samordna lokalsamhällets insatser kring barn och ungdomar, som verkade vara på glid. Det gjordes dels genom att klargöra svarsfrågor och dels genom att diskutera behandlingsmål för enskilda ungdomar. Efter hand ökade också intresset för att granska den egna verksamheten.

Vi antog att genom att följa upp vårt eget arbete skulle vi kunna förbättra vårt fortsatta framtida bemötande av barn och ungdomar i kris. För uppföljningen fanns några hypoteser:

– Missbrukarna var inte mer kända av lokalsamhällets vårdinsatser än andra människor.

– Missbrukarnas nyttjande av primärvård och socialtjänst skiljde sig inte från andra människor.

Ytterligare en frågeställning blev aktuell när kända missbrukares tidigare vårdkontakter granskades. Kunde vi inom respektive vårdorganisation handlägga kontakterna annorlunda

om vi redan då hade känt till, att ungdomarna skulle utveckla ett etablerat missbruk?

Material och metod

Undersökningen bestod av två delar. För det första en fall-kontrollstudie, där kända missbrukare jämförs med kontrollfall. De båda gruppernas vårdutnyttjande jämfördes i form av besök vid olika vårdinrättningar (barnavårdscentraler, skolhälsovårdsmottagningar, läkarmottagningen, distrikts-sköterskemottagningar och socialbyrå). För det andra gjordes en retrospektiv kartläggning av fem missbrukares samtliga kontakter med lokalsamhällets vårdinrättningar och vi analyserade respektive inrättnings handläggning.

Arbetsgruppen gjorde 1981 med hjälp av polisen en sammanställning på 27 mer eller mindre aktiva missbrukare. En tredjedel var dömda för missbruk medan de återstående ansågs som aktiva missbrukare men "säkra bevis" saknades. Kontrollgruppen utgjordes av personer av samma kön och med samma eller närmast liggande födelse-data. Urvalet gjordes ur folkbokföringsregistret. Kontrollpersonerna skulle också ha minst lika lång vistelse-tid i kommunen som de misstänkta missbrukarna.

För fall-kontrollstudien hämtades från läkarmottagningens journal uppgifter om ålder, diagnos och antal kontakter och från distriktssköterskornas besökskort antal kontakter och kontaktorsaker. Från socialakterna hämtades uppgifter om antal kontakter, typ av kontakt och vidtagna åtgärder. Förreträdare för de olika vårdinstanserna slutförde datasammanställningen på respektive arbetsplats innan de presenterades i tabellform för hela gruppen.

Fem fall utvaldes för en fullständig analys av det totala vårdutnyttjande på orten. Värderingen av olika instansers handläggning baserades på en tolkning av den sökandes problem, familjens problem, vårdinstansens uppfattning av problemet och vidtagna åtgärder enligt modell tidigare beskriven (2). Tillstånd att sammanställa data på det planerade sättet inhämtades från de berörda personerna.

Arbetsgruppen träffades tre till fyra gånger per termin. Merparten av mötena var på arbetstid. Förutom diskussio-

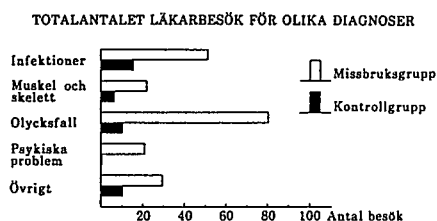
nen av enskilda elevärenden användes några av mötena till penetration av de sammanställningar som gjorts. Alternativ till de redovisade åtgärderna i fallbeskrivningarna diskuterades också.

Statistisk analys av skillnader mellan missbruksgrupp och kontrollgrupp gjordes med en icke parametrisk metod enligt Wilcoxons rank/summatonstest.

Resultat

Alla 27 personerna i missbruksgruppen hade sökt läkarmottagningen någon gång före deras missbruk blev känt medan åtta av 27 stycken i kontrollgruppen aldrig hade gjort något läkarbesök. Totalt sett hade missbruksgruppen ett högre läkarvårdsutnyttjande (i genomsnitt 7,2 besök per person) än kontrollgruppen (2,0 besök per person) ($p < 0.01$). I figur 1 visas hur stor andel av besöken som gjordes för olika sjukdomsgrupper. En uppdelning gjordes för besök före respektive efter 17 års ålder. Missbruksgruppen hade i genomsnitt 2,0 läkarbesök per person före 17 års ålder och 5,4 efter. Motsvarande siffror för kontrollgruppen var 1,8 besök per person respektive 0,4. Olycksfall var mycket vanligare i missbruksgruppen jämfört med kontrollgruppen men också sjukdomar i muskler och leder och infektioner förekom oftare.

Figur 1.



Besök hos distriktssköterska är också dubbelt så vanligt i missbruksgruppen jämfört med kontrollgruppen. 1,7 besök/person respektive 0,7 besök ($p < 0.05$), se tabell I. Det var 19 i kon-

trollgruppen och 12 i missbruksgruppen som aldrig hade gjort något distriktssköterskebesök.

Tabell I.

Totalantalet besök hos distriktssköterska (exklusive BVC).

	Missbruksgrupp	Kontrollgrupp
Skador	25	4
Infektioner	4	10
Övrigt	18	4
Totalt	47	18
Medeltal besök/individ	1,7	0,7

19 av 27 hade aldrig besökt distriktssköterska (kontrollgruppen)

12 av 27 hade aldrig besökt distriktssköterska (missbruksgruppen)

I tabell II görs en sammanställning av missbruksgruppens och kontrollgruppens kontakter med socialbyrån avseende antal kontakter, typ av kontakt respektive åtgärder. I missbruksgruppen hade 24 av 27 individer haft kontakt med socialtjänsten. Endast tre personer var okända. I kontrollgruppen var förhållandet det motsatta – endast tre individer hade gjort besök på socialbyrån.

Vanligaste kontaktorsaken var ekonomiska problem. I dessa fall hade personerna själva sökt kontakt med socialtjänsten. När det gällde problem med alkohol, narkotika eller kriminalitet hade socialtjänstens personal oftast varit initiativtagare till mötet. I fem av 27 narkotikaproblem och i två av 54 alkoholärenden föranledde kontakten någon åtgärd. I tre övriga fall avskrevs ärendena eller så saknades dokumentation.

Sammanställningen i tabell III visar på dokumenterade kontakter i ett av de fall som ledde fram till ett narkotikabrott. BVC-journalen var inte tillgänglig i detta fall.

Framför allt skolsköterskan kom ihåg mötena med personen väl och påpekade att endast ett fåtal av alla kontakter hade dokumenterats. Av det som do-

kumenterats framgick att i de allra flesta fall hade bedömningar och åtgärder riktats mot individen. Sällan eller aldrig hade problemet vidgats till att gälla hela familjen.

Ytterligare fyra fall analyserades på ett likartat sätt. Samtliga i gruppen var överens om, att med de resurser som då fanns, kunde man inte ha gjort så mycket mer än vad som hade gjorts. Möjligen skulle ett ökat personligt engagemang och en vidgning av problemet till familj och hemmiljö kunnat leda vidare.

Några av de som utvecklade ett narkotikamissbruk var ofta utsatta för olyckor men långt ifrån alla. Vid eftergranskning framfördes tanken, att man borde vid till exempel ökad olycksfallsfrekvens försöka vidga perspektivet så att inte bara själva olyckan och dess konsekvenser analyserades utan också under vilka omständigheter den olycksdrabbade levde. I det presenterade fallet gjordes det också (1974-03-20 och 1975-03-17) men utan att det kunde förhindra en utveckling till etablerat missbruk.

Diskussion

Merparten av missbrukarna var således kända av lokalsamhällets vårdinsatser och de hade ett högt vårdutnyttjande av läkarvård, speciellt då i form av olycksfall men också skador och problem i rörelseapparaten och infektionssjukdomar. Två tredjedelar av missbrukarna hade besökt distriktssköterska och hade mer än dubbelt så många besök än kontrollgruppen. Nästan hälften av missbrukarna hade emellertid ej kontaktat distriktssköterskan under skoltiden. Vid merparten av läkarbesöken berördes aldrig den sökandes missbruksproblem även om det fanns klara tecken på det (till exempel gulsot eller provtagning för misstänkt alkoholförtäring i kombination med bilkörning). Båda våra hypoteser kunde således inte bekräftas utan fick förkastas.

Tabell II.

Kontakter med socialtjänsten. Anledning, antal, åtgärd. (Siffrorna inom parentes anger kontrollgruppens värden.)

Anledning till kontakt	Antal kontakter - 1978	Antal kontakter 1979	Antal kontakter 1980	Antal kontakter 1981	Antal kontakter, antal 1982-84	Totalt kontakter	Åtgärder
Narkotika	3 (-)	- (-)	5 (-)	4 (-)	15 (-)	27 (-)	Samtal/Avskrivning/Ingen åtgärd 16. Ingen åtgärd 16. Behandlingshem 3. Familjehem 2. Dokumentation saknas 6.
Alkohol	27 (2)	7 (-)	3 (2)	3 (-)	14 (-)	54 (4)	Samtal/Avskrivning/Ingen åtgärd 45. Övervakning 2. Dokumentation saknas 7.
Ekonomi	23 (1)	3 (-)	5 (-)	11 (2)	107 (2)	149 (5)	Utbetalt bistånd: 145. Avslag: 4.
Kriminalitet	31 (3)	5 (-)	- (-)	- (-)	1 (-)	37 (3)	Samtal/Avskrivning/Ingen åtgärd 28. Varning enl BvL 2. Dokumentation saknas 7.
Övrigt	36 (3)	4 (-)	1 (-)	2 (-)	10 (-)	53 (3)	
						320 (15)	

I sammanställningen i tabell II från socialbyrån har så kallade sammansatta brott – till exempel rattfylleri samt andra brott som skett under alkoholpåverkan registrerats som en kontakt föranledd av alkoholkonsumtion. Även en kontakt föranledd av sniffning har i tabellen förts till gruppen "alkohol".

I vissa fall saknades dokumentation av de vidtagna åtgärderna för de olika kontaktorsakerna till socialkontoret. Detta förekom framför allt fram till slutet av 1970-talet. Antalet avslag på framställningar om socialbidrag kan ha varit större än vad som redovisats i tabellen. Detta berodde på att avslag tidigare inte registrerats lika noggrant.

Flera till socialbyrån tätt på varandra inkomna rapporter ledde inte var för sig till någon åtgärd utan en samlad bedömning gjordes i stället efter en lång tidsperiod. Därför saknades i vissa fall dokumentation om vidtagna åtgärder i direkt anslutning till några utredningar eller inkomna polisrapporter. Rapport om till exempel narkotikabrott kan ha kommit in till socialförvaltningen, när klienten redan påbörjat behandling och därför saknades några dokumenterade åtgärder.

Vad som framför allt framkom vid analysen av fallbeskrivningarna var den osäkerhet många kände inför misstanke om missbruk. Några menade att man behövde säkra bevis innan man kunde göra något. Härav följde en stor osäkerhet, inte minst i bemötandet av misstänkta missbrukare. Någon specialistvård, vårdhem eller annan inrättning, fanns inte heller direkt tillgänglig till vid den tiden.

Vi kunde också konstatera att endast ett fåtal BVC-journaler gick att få fram. Många hade överförts till elevhälsovårdsjournalen, som sedan följt med eleverna till olika gymnasieskolor. De hade sedan förstörts efter några år. På grund av gallringsbestämmelserna i 60§ SoL kunde endast ett begränsat antal socialakter återfinnas i socialbyråns arkiv. Vi visste också från vår egen erfarenhet att endast en liten del av alla formella och informella kontakter

kring en elev hade dokumenterats i hälsovårdsjournalerna. Om man lokalt vill följa hälsovårdsinsatserna måste man ha andra rutiner för att spara hälsokort än de som vi hade.

Vad som framför allt saknades i kontakten med misstänkta missbrukare var ett genomtänkt handlingsprogram och kanske också ett personligt engagemang i arbetet med eleverna. Det har också påpekats av andra (3). Vårt fortsatta arbete kom därför att inriktas på olika aktiviteter, för att ge stöd och handledning åt alla som möter ungdomar med problem.

I Vännäs kommun har man enats om ett drogpolitiskt program. Ett lokalt anpassat program med förslag på en åtgärdsstege vid misstanke om missbruk har tagits fram (4). En lathund för skolan (5), föräldrar (6) och fritidsledare (7) finns också. Studiedagar för lärare och elevvårdspersonal har genomförts. Information och utbildning har också lämnats till sjukvårdspersonal, eftersom hälso- och sjukvården hade en ökad kontakt med dessa ungdomar och många gånger långt innan ett etablerat missbruk blev känt. Via skolan informerades också föräldrar och föreningen Hem och Skola.

Grunden för alla aktiviteter var att ge stadga i kontakten med ungdomar där misstanke om missbruk förelåg. Alla som fick information om *misstanke om missbruk* stöttades i att snabbt konfrontera vederbörande med denna information, "det sägs att... är det så"? Eleven uppmanades att tala om hemma vad man misstänkt. Föräldrarna informerades om att deras barn misstänktes för missbruk och att det var vår skyldighet att informera. Nästa steg blev att träffa föräldrarna. De som önskade kunde få hjälp via Skolhälsovården eller Socialtjänsten. Om ytterligare åtgärder måste vidtagas skedde det genom någon form av kontroll med mer regelbunden kontakt med elevvårdspersonal. Om detta inte hjälpte påbörjades en utredning enligt socialtjänstlagens 50§.

Denna åtgärdsstege skall ses som en speciell anpassning till de barn och

ungdomar som riskerar att utveckla ett missbruk. I botten ligger emellertid en värdering av, att det alltid är viktigt att reagera på barn som inte verkar må bra. Just i den gruppen finns många som kan behöva stöd och stimulans, så att en hälsosammare utveckling kan komma till stånd än den som leder till bruk av droger och narkotika. Åtgärder som bara riktar sig mot enskilda individer är inte tillräckliga utan perspektivet måste vidgas till familj och samhälle och den interaktion som råder mellan dessa nivåer.

Referenser:

1. Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle (RNS). Cannabis, ett växande problem. Stockholm: Ordfront, 1983.
2. Larsson E. En modell för uppkomst av narkotikamissbruk. Ur: Behandling av narkotikamissbrukare. Stockholm: AB Allmänna Förlaget 1973. (Socialstyrelsen redovisar.)
3. Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle (RNS). Så arbetar Upplands Väsby. Narkotikafrågan 1983;(28): 13-25.
4. Vännäs kommun. Drogpolitiskt program för Vännäs kommun. Vännäs: Vännäs kommun 1984.
5. Vännäs kommun. Lathund för skolan mot narkotika. Vännäs: Vännäs kommun 1984.
6. Vännäs kommun. Lathund för föräldrar mot narkotika. Vännäs: Vännäs kommun 1984.
7. Vännäs kommun. Lathund för fritidsledare mot narkotika. Vännäs: Vännäs kommun 1984.

Författare:

Gunilla Forsgren, skolsköterska,
Vännäs kommun
Curt Hörnqvist, socialchef,
Vännäs kommun
Nancy Johansson, skolsköterska,
Vännäs kommun
Thure Johansson, fritidsledare,
Hammarskolan Vännäs
Karin Jonsson, distriktssköterska,
Vännäs
Åke Mikaelsson, polisinspektör,
Vännäs
Göran Westman, distriktsläkare,
Vännäs vårdcentral

Adress för korrespondens och särtryck:

Göran Westman, distriktsläkare
Vännäs vårdcentral, 911 00 VÄNNÄS
Telefon 0935-10945

Tabell III.
Fallbeskrivning.

Vårdsökandes problem	Vårdinstans	Vårdinstansens problem	Vårdinstansens åtgärd	Effektvärdering
710113 Fallskada hö hand	Läk mottagn	Misstänkt fraktur	Remiss röntgen	
720131 Slagsmål handskada	Läk mottagn	Misstänkt fraktur	Remiss röntgen	
730306 Skidolycka slalombacke	Läk mottagn	Misstänkt underbensfraktur	Remiss Ort klin	
730319 Kontroll skidolycka	Skolhälsov S	Kontroll underbensfraktur		
730810 Skrubbsår vä hand	Skolhälsov S		Förband	
731120 Knäskada, fall i trapp	Skolhälsov S		Vila, ev till läkare	
740115 Värk i knä efter skidåkning	Skolhälsov S		Rådgivning	
740315 Synproblem	Skolhälsov S	Misstänkt synnedsättning	Synkontroll	
740320 Knävärk	Skolhälsov L	Knävärk	Rådgivning + elevvårdskonferens	+ ofta skadad
750317 Huvudvärk, snuva, feber	Skolhälsov S	Förkylning	Vila hemma + elevvårdskonferens	lära mer om eleven
760702 Knävärk vä knä, akut skada	Läk mottagn	Ledbandskada	Sjukskrives, 1 v vila	
770302 Axelsmärtor	Läk mottagn	Muskelsträckn	Sjukskr 3 v. Smärtst. Recept avsväll	
780717 Knäskada i arbete	Läk mottagn	Direkt smäll. Mjukdelssk	Stödförband. Sjukskr 4 dagar	
780828 Knäskada i arbete	Läkt mottagn	Direkt smäll (kontusion)	Elastisk binda. Sjukskr 1 v	
790218 Berusad, LOB	Socialbyrån	Inga alkoholproblem	Samtal	
8012 Anhållen	Polisen	Narkotikabrott. Egenmäktigt förfarande	Utredning, 27 dagars häktn. Åtal Dom -81. 2 mån fängelse. Skadestånd 1.500:-	

Förhoppningar och farhågor – om utvärderingen av försök med närvårdsnämnder inom Örebro läns landsting

CARL-GUNNAR ERIKSSON · GUNILLA FAHLSTRÖM · LENNART HOLMQUIST
STIG MOTIN · INGRID PINCUS · ANNA SWIFT-JOHANNISON

Försök med närvårdsnämnder sker på fyra platser inom Örebro läns landsting. I ett femte område (Vivalla-Lundby) bedrivs ett försök med primärkommunalt driftansvar för viss hälso- och sjukvård. Inriktningen och omfattningen varierar. Genomförandetiden är utsatt till 1986-88.

Huvudsyftena med försöksverksamheten är att vitalisera landstingsdemokratin, ytterligare förstärka de patient/kundnära verksamheterna samt vitalisera hela landstingsorganisationen. En utvärdering skall göras av försöket med närvårdsnämnder och denna har till målsättning att möjliggöra ett erfarenhets- och kunskapssamlade som kan tjäna till att successivt förbättra och vidareutveckla försöket med närvårdsnämnderna. Den föreslagna uppläggningsen är alltså en processinriktad studie med inslag av både kvantitativa och kvalitativa delundersökningar. Utvärderingen planeras i samarbete mellan landstingets socialmedicinska avdelning och institutionen för politik och förvaltning på Högskolan i Örebro. Sju områden är tänkta att belysas närmare i utvärderingen:

- *Närvårdsnämndernas roller*
- *Förhållandet lokal – central nivå*
- *Förhållandet förtroendevalda och personal*
- *Personalens arbetsmiljö, uppgifter och tillfredsställelse under förändringsprocessen*
- *Samverkan mellan olika sektorer*
- *Servicen till och behoven hos befolkningen*
- *Hälsoekonomisk uppföljning*

Nyckelord: Hälspolitik, demokrati, utfärdning, metoder, hälsovårdsnämnder, primärvård, Community involvement.

Tabell I.
Försöksverksamhetens omfattning och inriktning.

Lokalisering	Verksamhetsområde
Ljusnarsberg (hela kommunen)	Primärvård Långvård/rehabilitering Omsorgsverksamhet Tandvård
Haga	Primärvård
Brickegården (Karlskoga)	Primärvård
Kumla (hela kommunen)	Primärvård Omsorgsverksamhet
Vivalla-Lundby	Primärvård på entreprenad till primärkommunen

Bakgrund

De senaste decenniernas kommunaldemokratiska debatt har väckt idéer om nya typer av organisation, verksamhet med mera inom både primärkommuner och landsting. Hitintills har det huvudsakligen varit primärkommunerna som utvecklat försök med bland annat lokala organ som till exempel kommunaldelsnämnder och institutionsstyrelser. Inom Örebro kommun har nu under flera års tid försök med kommunaldelsnämnder pågått (1). På senare år har emellertid också landstingskommunerna inlett motsvarande verksamhet, bland annat genom att inrätta primärvårdsnämnder. Tre landsting deltar dessutom i försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation, de så kallade frikommunförsöken.

Lagen om särskilda organ i landstingskommunerna (2) syftar till att ge landstingen ännu större frihet att själva utforma sin nämndorganisation. Avsikten med detta är enligt civilministern att öka den kommunala självstyrelsen, att fördjupa den kommunala demokratin, att ge människorna flera möjligheter till inflytande och deltagande samt att ta fram underlag för att minska den statliga detaljregleringen (3).

Försöket med närvårdsnämnder inom Örebro läns landsting varierar i omfattning och inriktning. Dessutom är försöken lokaliserade i kommuner eller kommundelar med olika struktur. Detta innebär att försöksverksamheten omfattar en rad olika geografiska områden med skilda verksamhetsfält involverade (tabell I). I Vivalla-Lund-

by kommun del i Örebro övertar kommunen försöksvis driftansvaret för viss hälso- och sjukvård inom kommundelen. Detta experiment ingår inte i landstingets försök med närvårdsnämnder utan utgör ett speciellt samarbete med Örebro kommun. Det ingår därför primärt inte i utvärderingen. Av kunskapsmässiga skäl kommer dock Vivalla-Lundby i möjligaste mån beaktas i utvärderingen. Socialstyrelsen samordnar utvärderingen av den primärkommunala primärvården, i vilken bland andra socialmedicinska avdelningen medverkar.

Landstinget beslöt vid möte i november 1985 att på försök införa närvårdsnämnder. Med hänsyn till försöksverksamhetens karaktär av ett praktiskt utredningsarbete föreligger ett behov av ett genomförande i projektform, som kan följa försökens utveckling i olika avseenden och ta initiativ till förändringar, som inte kan lösas inom den ordinarie driftorganisationen.

Basen för denna genomförandeorganisation utgörs av lokala arbetsgrupper i respektive försöksområde. I arbetsgruppen skall ingå dels fackliga företrädare och dels representanter för den lokala driftsledningen inom de verksamheter som ingår i försöksverksamheten. Denna arbetsgrupp utser en representant som adjungeras till en central arbetsgrupp.

För försöksområdena i Örebro kommun (Haga och Vivalla) gäller speciella förutsättningar. Här har lokala arbetsgrupper konstituerats redan i ett tidigare skede. I dessa arbetsgrupper finns företrädare för såväl den lokala driftsledningen inom primärvården

som de berörda kommunalförvaltningarna.

I begreppet försöksverksamhet ligger en förväntan om en utvärdering som kan ligga till grund för det slutliga ställningstagandet om förtroendemanna- och tjänstemannaorganisationen inom landstingets verksamhet ute i olika delar av Örebro län. Det har poängterats att det under försöksperioden även skall vara möjligt att gå ett steg tillbaka beroende på händelseutvecklingen.

SYFTE

Syftena med en försöksverksamhet med närvårdsnämnder inom Örebro läns landsting har angivits till följande:

1. Vitalisera landstingsdemokratien, i första hand genom att

- låta flera få möjlighet att delta i landstingspolitiken,

- arbeta med ett helhetsperspektiv och att närmare anknyta till befolkningens samlade behov,

- underlätta samverkan med primärkommunerna.

2. Ytterligare förstärka de patient/kundnära verksamheterna (basenheterna) genom att

- öka deras självständighet: basenheten skall inom ramen för tilldelade medel ha ökade befogenheter, högre kompetens och ökade resurser att vidta de åtgärder som åvilar enheten,

- öka basenheternas servicegrad,

- låta i första hand basenheten, i andra hand blockförvaltningen (motsvarande), inom ramen för landstingets övergripande policy själv organisera och/eller utveckla de administrativa stödresurser som krävs.

3. Vitalisera hela landstingsorganisationen, genom att

- starta ett processinriktat förändringsarbete,

- öka de anställdas engagemang,

- öka målmedvetenheten,

- stimulera och stödja utvärderings- och uppföljningsarbeten och

- satsa på chefsutveckling på alla nivåer i organisationen.

Ett generellt problem med målformuleringar är att dessa ofta är diffusa i den mening att det är svårt att översätta dem till operationella termer och därmed tydliggöra dem. En del av de angivna syftena med försöksverksamheten med närvårdsnämnder är helt uppenbart av denna karaktär.

Det är också en skillnad mellan olika typer av mål, även om dessa är väldefinierade. Kortsiktiga, konkreta mål, som till exempel fler förtroendevalda, kan nås relativt snabbt, medan långsiktiga och kanske mer abstrakta mål, som att öka samordningen, tar längre tid att uppnå. Det är också vanligt att de ursprungliga målen förändras genom de erfarenheter man vinner under den tid en verksamhet pågår. I detta speciella fall ingår dessutom som förutsättning att arbetet skall bedrivas som "ett praktiskt utredningsarbete", vilket kan innebära att själva grundför-

utsättningarna för utvärderingen fortlöpande förändras.

Målsättningen med utvärderingen är att under resans gång ge de lokala arbetsgrupperna samt den centrala arbetsgruppen ett förbättrat underlag för beslut om den fortsatta utformningen av försöksverksamheten. Dessutom är avsikten att belysa de olika försöksverksamheternas verkningar på lång sikt, vilket kräver att försöken följs under längre tid än vad som föreslagits i utredningen bakom försöksverksamheten. Detta utgör en av de väsentligaste begränsningarna. Genom att för kort tid ges åt försöket hinner inte den nödvändiga lokala erfarenheten och kompetensen byggas upp för att verksamheten skall drivas på ett ur såväl demokratiskt som landstingskommunalt effektivt sätt.

Utvärderingen är tänkt att ske i processform och bedrivas kontinuerligt och parallellt med försöksverksamheten. Detta för att möjliggöra ett erfarenhets- och kunskapssamlade som kan tjäna till att förbättra och vidareutveckla försöket med närvårdsnämnderna. Den inom landstingets organisationskommitté (LORG) och centrala arbetsgruppen för försöket förda diskussionen har givit vid handen att utvärderingen i första hand bör ta sikte på att kartlägga om och i vilken utsträckning närvårdsnämnderna har påverkat

- den demokratiska beslutsprocessen,

- samverkansmöjligheterna på olika nivåer,

- den yttre effektiviteten i närvården och

- den inre effektiviteten i närvården.

Inom vart och ett av dessa områden kan ett antal förväntningar respektive farhågor redovisas. Utvärderingsdiskussionerna så här långt har visat på följande förväntningar och farhågor när det gäller försöksverksamheten med närvårdsnämnder:

Demokratieffekter

- *Förväntningar* -

Landstingets roll som servicegivare på det lokala planet blir begripligare.

Befolkningen får ett minskat avstånd till landstingets förtroendevalda.

De politiska partierna får lättare att delta i utformandet av landstingets politik.

Fler medborgare får tillfälle att medverka i landstingets verksamhet.

Hälso- och sjukvårdslagens intentioner om ökat patientinflytande underlättas.

- *Farhågor* -

De förtroendevaldas ställning i förhållande till experterna försvagas på grund av att de har för liten kunskap och erfarenhet av landstingsfrågorna.

Det medicinska (lednings-)ansvaret urholkas på grund av ökad risk för förtroendemannainblandning i individuella vårdfall.

Underlaget av "naturliga" nämnds-

ärenden är för litet. Man riskerar att politisera enklare rutinärenden.

Riskerna för olika kvalitet i servicen ökar, det vill säga likställighetsprincipen sätts i fara.

Samverkans effekter

- *Förväntningar* -

Samverkan med primärkommunerna underlättas i frågor om gemensam planering och gemensamt resursutnyttjande.

Kontakterna med brukarna och deras organisationer underlättas.

Sektoriseringen inom den samlade landstingsverksamheten minskar med bättre resursutnyttjande som följd.

- *Farhågor* -

Samordningen med länsdelsnivån försvåras.

Strukturförändringar försvåras.

Möjligheterna till snabba omDispositioner över kommunalgränserna försvåras.

Många av fördelarna med en samlad blockorganisation går förlorade. Man får en minskad tyngd vid resursfördelningar. Gemensamma policy-, utvecklings-, utbildningsfrågor etc blir svårare att driva.

Komplicerat kontaktnät för de servicefunktioner som av naturliga skäl ej kan decentraliseras.

Ansvarsfördelningen mellan lokal förvaltning, sjukhusförvaltning och central förvaltning blir oklar.

Yttre effektivitet

- *Förväntningar* -

Det blir lättare att anpassa organisationen till lokala förhållanden.

Serviceinriktningen ökar och hela organisationen blir mer serviceinriktad.

Det blir lättare att identifiera befolkningens behov och anpassa vård- och omsorgsutbudet med hänsyn till en sådan kunskap.

- *Farhågor* -

Arbetstiden omfördelas från patientinriktat arbete till administrativ service åt nämnden.

Vårdorganisationen och vården påverkas lättare av ovidkommande och tillfälliga hänsynstaganden.

Inre effektivitet

- *Förväntningar* -

Kortare beslutsvägar, rationellare beredning.

Effektivare resursutnyttjande genom lokal beslutskompetens.

Närvårdsnämnderna påskyndar en utveckling mot självständigare basenheter med tillgång till egen handläggarkompetens i rutinfrågor.

Arbetsdemokratien kan utvecklas genom möjligheter till direkt dialog mellan arbetstagare och beslutsfattare.

- *Farhågor* -

En decentraliserad organisation blir totalt sett dyrare. Många av samordningsvinsterna i nuvarande organisation försvinner.

Det är inte möjligt att upprätthålla administrativ specialkompetens i en rad frågor på grund av för lite underlag. Dessa förväntningar och farhågor blir styrande för utvärderingen.

ALLMÄNNA METODÖVERVÄGANDEN

Den samlade erfarenheten inom utvärderingsforskningen säger att val av uppläggning, datainsamlingsmetoder och så vidare måste anpassas till karaktären på det program/den försöksverksamhet som skall utvärderas samt vilken typ av utvärderingsfrågor som skall besvaras (4-6). Tanken att finna *den lämpligaste* modellen för utvärdering av sociala program har de flesta utvärderingsforskare släppt. Detta var ett ideal som fanns under 1960-talet bland de som hävdade att förändringar i samhället borde utformas som experiment. Om förändringar utformades på detta sätt skulle man kunna utvärdera dessa på liknande sätt som en fysiker experimenterar i ett laboratorium (6).

Både experimentella och de flesta kvasi-experimentella uppläggningar ställer ett antal krav på studieobjektet som oftast inte kan uppfyllas. För utvärdering av närvårdsnämnderna skulle dessa krav innefatta följande:

- Försöksområden och kontrollområden är slumpmässigt utvalda så att alla externa faktorer kan kontrolleras.
- Målen är få, klara och entydiga. Det går relativt lätt att operationalisera målen i mätbara enheter. Dessutom förändras inte målen över tiden för försöket.
- Verksamheten måste vara utformad på samma sätt i samtliga områden.
- Det krävs ett "objektivt" mätinstrument som mäter samma saker i samtliga områden, det vill säga standardiserade och kvantitativa mått.
- Få organisationsförändringar eller andra typer av reformer uppfyller dessa krav. Försöket med närvårdsnämnder uppvisar helt andra karakteristika, bland annat följande:

- Försöket varierar i omfattning och inriktning mellan de olika områdena.
- Försöket har karaktären av förändringsprocess som innebär att utvärderingens förutsättningar förändras över tid.
- Mål- och aktörssituationen är komplex, det vill säga det finns många inflytelserika aktörer med olika mål och förväntningar. Försöket skall bedömas utifrån flera mål.

Vid utvärdering av en verksamhet med ovanstående karakteristika anser flera utvärderare att *processutvärdering* är lämpligare än den traditionella programutvärderingen (4, 7, 8). Processutvärderingen är inte mindre "vetenskaplig" än någon annan uppläggning. Tvärtom ger den bättre möjligheter att både beskriva och förklara de fenomen som observeras i utvärderingen eftersom den betonar flexibilitet i metodvalet. I korthet går processutvärde-

ringen ut på att dels följa försöksverksamheten, dels göra punktvisa studier under försökets gång. Ett centralt inslag i processutvärderingen, som skiljer den från traditionell programutvärdering, är *närheten* till den verksamhet som studeras. Uppläggningar med inriktningen att studera verksamheten före och efter en viss tid och inte följa vad som händer dessemellan innebär en distans till studieobjektet som äventyrar validiteten (9). I processutvärderingen gäller det att identifiera vem som gör vad, utifrån vilka mål och med vilket resultat. Processutvärderingen kännetecknas vidare av flexibilitet i metodanvändningen. I vissa delstudier kan det vara lämpligt att använda flera metoder för att få svar på en och samma fråga, till exempel både enkät och ärendestudier (9-11). Rent generellt kan man säga att utvärderingens kvalitet bestäms lika mycket av utvärderarnas kunskaper och omdöme som av de tekniker som används (6).

UTVÄRDERINGENS OMFATTNING OCH GENOMFÖRANDE

Projektet planeras löpa fram till sommaren 1988. Under denna period följs arbetet inom närvårdsnämnderna mer kontinuerligt och en rad riktade studier genomförs (figur 1). På grund av arbetskonflikten har vissa studier planerade för våren 1986 blivit fördröjda och genomförs efter "arbetsfreden". Detta gäller befolkningsenkät till Brickegården och enkäten till personal. Utvärderingen kommer att göras av en grupp bestående av forskare från Högskolan i Örebro och socialmedicinska avdelningen samt ekonomisk expertis. Den centrala arbetsgruppen kommer att vara referensgrupp för utvärderingen enligt det förslag som har lagts av landstinget. Till projektet kommer också en vetenskaplig referensgrupp att knytas.

Utvärderingen finansieras av Örebro läns landsting med externt stöd från Trygghetsfonden.

Figur 1:
Aktiviteter inom projektet.

1/2 -86	1/7 -86	1/1 -87	1/8 -87	1/1 -88	1/7 -88
----- ► Följa nämndernas arbete och verksamhet i övrigt, ärendestudier ----- ►					
Orienteringsfas					
Enkät till arbetsgrupperna I			Enkät till arbetsgrupperna II		
Enkät till förtroendevalda I		Studier av samverkan			
Befolkningsenkät Brickegården			Befolkningsenkät		
Minienkät till personalen			Personalintervju		
Intervjuer med aktörer på lokal och central nivå		Ekonomisk insatsanalys		Ekonomisk kostnad/intäktanalys	
Studier av budgetprocessen					
Ansökan till trygghetsfonden		Ansökan till DSF		Slutrapport	
Delrapport					

Kontinuerlig rapportering/information.

UTVÄRDERINGENS KONKRETA INNEHÅLL

En utvärdering av ett försök med närvårdsnämnder kan läggas upp på många olika sätt. Den valda modellen avser att innehållsmässigt belysa sju olika problemfält, vilka dock är nära relaterade till varandra.

Utvärderingsprojektets statsvetenskapliga inriktning fokuserar tre problemområden: närvårdsnämndernas roller, förhållandet mellan lokal och central nivå samt förhållandet mellan förtroendevalda och personal på lokal nivå. Dessa tre problemområden är centrala för att beskriva och förklara den nya politiska och administrativa situation som införandet av närvårdsnämnder medför. Denna analys ligger en grund för bedömningen av hur förändringar i den konkreta verksamheten åstadkoms.

Projektets socialmedicinska inriktning fokuseras på tre problemområden: personalens arbetsmiljö, uppgifter och tillfredsställelse under förändringsprocess, samverkan mellan olika sektorer samt service till och behov hos befolkningen.

Projektets hälsoekonomiska del avser att söka utveckla en metod för att dokumentera NVN-försökets resursutnyttjande och effekter.

Som helhet betraktad försöker utvärderingen ge svar på frågan: Vilka kvalitets- och verksamhetsförändringar åstadkoms och på vilket sätt/med vilka kostnader sker dessa förändringar?

Utvärderingens statsvetenskapliga, socialmedicinska och hälsoekonomiska del är därför intimt kopplade till varandra.

Denna utvärdering kommer att i görligaste mån ha ett jämförande perspektiv. Allmänt sett kommer följande jämförelser att ske:

1. *Jämförelse med resultat från studier av försök med primärvårdsnämnder i andra landsting.* Vid statsvetenskapli-

ga institutionen, Umeå universitet, planeras för närvarande en utvärdering av försök med primärvårdsnämnder i Norrbottens och Västerbottens län. Vår utvärdering kommer att koordineras med denna studie. Även andra försök kommer att uppmärksammas, till exempel i Skaraborg.

2. *Jämförelse med en kontrollgrupp.* I medborgarundersökningen som är gemensam för samtliga inriktningar inom utvärderingen kommer kontrollgrupp (områden som inte är med i försöket) att användas som jämförelsepunkt.

3. *Interna jämförelser.* I flera frågeställningar, framför allt när det gäller närvårdsnämndernas roller och förhållandet mellan förtroendevalda och personal är det viktigt att jämföra mellan de fyra (fem) försöksområdena.

4. *Jämförelse över tid.* Vid flera delundersökningar, av förtroendevalda och personal, sker datainsamling vid två tillfällen; en i början och en i slutet av försöksperioden. Denna jämförelse över tid ger viktiga kunskaper om förändringar.

5. *Jämförelse med studier av andra typer av lokala nämnder.* Det har gjorts

flera utvärderingar av verksamheten med lokala nämnder i primärkommunerna. Flera av de demokratiaspekter som fokuseras i dessa utvärderingar är gemensamma med vår utvärdering. Detta gäller till exempel medborgarkontakter, medborgarnas attityder och kunskaper med mera.

6. Slutligen är det viktigt att *teoretiskt och empiriskt lyfta fram och analysera faktorer som främjar/hindrar viss utveckling* (teoriinriktad utvärdering). Denna analysmodell är framför allt relevant i samband med den organisatoriska studien av förhållandet mellan

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄNMEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄNMEDICIN

kostar 300 kronor för år 1987. Avgiften insättes på postgiro 37 5440-5.

Ange prenumeration för 1987 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

ta fasta på vad olika aktörer bedömer vara en "bra" organisation för att ta hand om de i försöken ingående verksamhetsområdena.

En mer utförlig projektplan finns för den särskilt intresserade (12). Som vi ser det är det av vikt att organisationsförändringar kritiskt dokumenteras och granskas för att vården och servicen skall kunna bli så god som möjligt. Decentralisering och lokalt beslutsfattande kan skapa förutsättningar för en mer målinriktad verksamhet. Det kan också bli ett sätt för de centrala företrädandemännen att låta de obehagliga besluten fattas på lokal nivå.

Referenser:

1. Amnå E m.fl. Kommunal decentralisering. Utvärdering av försöken med kommundelsnämnder i Eskilstuna, Umeå och Örebro. Stockholm: Bygghälsningsrådet, 1985.
2. SFS 1985: 127; Lag om särskilda organ i landstingskommunerna.
3. Proposition 1984/85: 98; Om en friare nämndorganisation i landstingskommunerna.
4. Patton M.Q. Utilization-Focused Evaluation. Beverly Hills: SAGE, 1978.
5. Wholey J.S. Evaluation: Promise and Performance. Washington; The Urban Inst, 1979.
6. Brewer G.D. & de Leon P. The Foundation of Policy Analysis. Homewood, Illinois: The Dorsey Press, 1983.
7. Weilenmann A. Evaluation Research and Social Change. New York: UNESCO, 1980.
8. Rein M. Comprehensive Program Evaluation. Levine R.A. Et al (eds). Evaluation Research and Practice. Beverly Hills: SAGE, 1981.
9. Patton M.Q. Qualitative Evaluation Methods. Beverly Hills: SAGE, 1980.
10. Patton M.Q. Practical Evaluation. Beverly Hills: SAGE, 1982.
11. Cook T.D. & Reichardt C.S. Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research. Beverly Hills; SAGE, 1979.
12. Eriksson C-G, Fahlström G, Holmquist L, Montin S, Pincus I, Swift-Johannison A. Utvärdering av försök med närvårdsnämnder inom Örebro läns landsting. Örebro: Örebro läns landsting - Högskolan i Örebro rapportserie, 1986.

Författarpresentation:

Carl-Gunnar Eriksson*, Gunilla Fahlström, Lennart Holmquist, Stig Montin, Ingrid Pincus och Anna Swift-Johannison, Socialmedicinska avdelningen, Örebro läns landsting och Institutionen för politik och förvaltning, Högskolan i Örebro.

*Postadress: Örebro läns landsting, Socialmedicinska avdelningen, Storgatan 33, 703 60 Örebro

Norsk allmänmedicin på hög nivå

CARL EDVARD RUDEBECK

Mitt i Dovremassivet på en fjällgård håller Norsk Selskap for Almenmedicin sitt årliga Kongsvoldseminarium. Debatt och omprövning präglar seminariet, som denna gång hade resursförbrukningen och den nya allmänläkarrollen som huvudrubriker. Svensk representant var Carl Edvard Rudebeck, som här avger sin rapport.

Nyckelord: Allmänmedicin, Norge.

Under några dagar i slutet av april höll Norsk Selskap for Almenmedisin sitt årliga seminarium i Kongsvold. Kongsvold är en fjällgård i Dovremassivet. Tåget slingrar sig upp i en dalgång med gröna fält kantade av karga fjällstup, denna blandning av vildmark och odlingsbygd, som är så påtaglig i Norge. När tåget stannar vid Kongsvolds station, ser man förutom det lilla stationshuset bara fjäll och himmel och spåret som försvinner i en ravin. Kisande mot solen ser man så småningom fjällgården, som består av låga längor, som smyger in i landskapet.

På avstigningsplatsen möter jag en norsk kollega. Som en flicka på ett par år passerade hon Kongsvolds fjällstation. Det var krig och husen låg brända i Gudbrandsdalen. Hon var på flykt med sin familj. Man hade hoppats på härbärge och mat i Kongsvold, men det var upptaget. På gården trängdes tyska kanoner och fordon.

Min ankomst till Kongsvold blev på detta vis också en landning i historien. Ett kliv från svensk aningslöshet till ett grannland, där många sår ännu blöder under snön.

Det är lätt att förstå valet av denna plats för ett möte, som skall präglas av reflexion och tankeutbyte. Höjden, storheten och stillheten ger rymd åt medvetandet.

Första dagen ägnades åt resursförbrukningen i allmänmedicin, dess etiska, ekonomiska, sociala och medicinska aspekter. Åse Schröder från Bodö menade att ekonomisk medvetenhet är en viktig ingrediens i läkarnas etik. Med vardagliga exempel från diagnostik och behandling beskrev hon dryga och onödiga överkostnader. Hon tog också upp det globala perspektivet. Det är vår skyldighet att undvika teknologiskt slöseri i välfärdens sjukvård. Resursbehovet är

skriande på många andra håll i världen.

Per Sundby är professor i socialmedicin i Oslo. Han har varit en flitig debattör bland annat i alkoholfrågor och en tillskyndare av en stark offentlig sektor till skydd för de svaga i samhället. Han hade nu börjat vackla i denna position. Välfärden konsumeras mest av de redan resursstarka, och andra medel måste till för att en verklig förskjutning skall ske. Han beskrev också sjukvårdens vanmakt och ineffektivitet när det gäller patienten som har besvär som inte den traditionella medicinen kan förstå. Hans term "somatiforma" tillstånd kan vi från vår svenska debatt känna igen som "existentiell smärta" eller "alexithymi". Sundby presenterade sig också som nymoralist. Den svällande hälsosektorn tar över för mycket ansvar från människorna och underminerar samtidigt de sämst ställdas ekonomiska position. När vardagsetiken försvagas i samhället kommer ropen på ökad kontroll. Detta har blivit särskilt tydligt i USA, där det personliga ansvaret alltmer ersätts av en förstärkning av polismakten.

Olov Helge Førde är kollega till Sundby vid universitetet i Tromsø. Han har tagit aktiv del i de preventiva projekten i Tromsø. Med exemplet screening av blodvärde hos unga och medelålders män visade han tydligt hur fel er sådan här undersökning kan slå. Inga dolda sjukdomar upptäcktes. Det pre-diktiva värdet av ett avvikande prov svar är i allmänhet mycket lågt i normalbefolkningen. Rutinprov, som är en form av screening, bör utgå. Deras viktiga effekt är patientupppoffringar och kostnadsdrivande undersökningar. Förhoppningsvis är detta en kurs som slagit igenom på de flest vårdcentraler vid det här laget.

Allmänläkarrollen

Andra dagen ägnades åt allmänläkarrollen, myter och realiteter. Thor Øyvind Jensen, samhällsvetare från Bergen, berättade om metoder att ta reda på patientens uppfattningar om läka och sjukvård. Han tyckte att läkare och ta var amatörer på detta område. Han anbefallde en bok som han själv varit med om att författa, "Handbok i publikumsundersøkelser". (Skriftserien c forbrukes-spørsmål Petter Bomann Thor Øyvind Jensen, Forbruker- og administrasjonsdepartementet, Universitetsforlaget, ISBN 82 00-07069-

Han redogjorde för en undersökning, som gällde patienter som sökt för psykiska problem hos norska allmänläkare. 40 procent tyckte att de inte hade fått någon hjälp, 75 procent fick medicin. Vi kan inte uttala oss om allmänläkarens dygder förrän vi undersökt dem.

Som nästa talare hade jag själv förmånen att få försöka beskriva allmänläkaridealet, både som utopi och rimlighet. Lika viktigt som att kunna det vi skall kunna är att klargöra för oss själva, vad vi inte ska kunna. Allmänläkaren måste inrikta sig på effektiv kunskap, som han eller hon kan använda i mötet med patienten. Kunskapsjakten för kunskapens egen skull och en straffetik, när det gäller misstag, försvårar en sådan koncentration. Allmänläkaren måste också göra upp med den ständiga balansgången mellan sjukhusmedicinen och befolkningens hälsoproblem och upplevelser. Tar man sig an helhetsidén tar man sig och också an hela människan och kunskapens tyngdpunkt blir därför i humanvetenskapen.

På eftermiddagen redogjorde Kirste Malterud för sitt mycket intressanta och fint upplagda forskningsprojekt om medelålders kvinnor som söker allmänläkare. Under besökets gång, ställer hon en fråga, som hon menar ger kvinnan en möjlighet att formulera en "konkret utopi": "Vad skulle du egentligen allra helst önska att jag kunde hjälpa dig med i dag?". Med denna fråga, ställd på rätt tidpunkt, öppnas en värld av erfarenheter, upplevelser och farhågor. Nyckeln till det rika utfallet är sannolikt att frågan ställs på alldeles rätt tidpunkt. Kirste Malterud arbetar med en kvalitativ metod, som direkt hänger samman med klinisk känsla. Det hon gör, är allmänmedicinsk forskning i dess bästa bemärkelse.

Bra mötesform

Seminarier samlade 50 deltagare. Eftersom diskussionerna hela tiden var öppen hjärtiga och intensiva upplevdes gruppen aldrig som för stor. Till formatet låg seminariet någonstans mitt emellan en vanlig kurs och ett föreningsmöte av SFAM's höstmöteskaraktär. Med den informella inramningen förefaller den här storleken gynna ett kreativt debattklimat. Viktigt var säkert också, att inbjudan särskilt lockade allmänläkare, som är beredda att ompröva och utveckla sitt arbete.

Norsk allmänmedicin präglas av att många allmänläkare är kommunalmedicinärer med god förankring i primärkommunerna, som ekonomiskt och politiskt står starkare än i Sverige. Samhällsperspektivet blir därför självklart och väl förankrat. Samtidigt är förankringen i kroppsmedicinen stark, vilket till en del säkert hänger ihop med geografiska

förhållanden. Svårigheter att komma till sjukhus gör att allmänläkaren måste ha en mycket god organomedicinsk beredskap.

I den avslutande "idébanken" berättades det om arbetet på att utveckla en standardjournal för norsk primärvård, som hämtat viktig inspiration från Spris svenska version. Vidare redogjordes för specialistutbildningen, där man kommit långt i utbildning av handledare. Den norska allmänläkarutbildningen innehåller fyra år i allmänmedicin och ett år på sjukhus. Individuell handledare har man inte utan i stället ett ambitiöst och väl genomtänkt utbildningsprogram för grupper av blivande allmänläkare. Denna grupputbildning, ledd av en handledare, täcker två av de fyra allmänmedicinåren.

Vidare planeras en norsk lärobok i allmänmedicin. Dags för samarbete med det svenska projektet?

Att vara bröstcanceropererad

Djupaste intryck under dagarna i Kongsvold gjorde Ellen Fancke. Hon är författarinna och har fått sitt ena bröst avlägsnat på grund av cancer. Alldeles nakt berättade hon om sina upplevelser. Om döden som växte inom henne och om sjukvården som inte förmådde möta henne på en mänsklig nivå. Om sorgen över att hon var drabbad och att hon inte längre hade kvar sitt bröst. Hennes upplevelse av att vara definivt förändrad blev henne nästan övermäktig och hon fick också svårt att visa sig oklädd för sin man. Hon kände sig sviken av patientföreningen, som bara ville tala om protés, när hon i stället ville få hjälp att acceptera sig själv med sin förändrade kropp. Så småningom, när hon vistats i dödens närhet och i sorgens botten i en för henne själv mycket lång tid, började en ny befriad livslust spira.

Hon tyckte sig nu efter det som hänt leva i större intensitet och öppenhet än förr. Hennes diktbok, "Den dubbla kysen" handlar om detta. När hon läste ur den, koncentrerad och med gråten i halsen blev jag och kropp, ord och handling ett och detsamma. Poesin framstod som den sanna realismen. I sin strävan efter det osägbara saknar den respekten för det vanemässiga gränsdragningar, som gör verkligheten mer hanterlig men samtidigt mer förvanskad. Rapporten från Kongsvold får därför sluta i en appell för mera poesi i allmänläkarutbildningen!

Författarpresentation:

Carl Edvard Rudebeck, distriktsläkare.

Postadress: Mariehems vårdcentral, Morkulllevägen 9, 902 37 Umeå

Svensk Förening för Allmänmedicin

håller sitt höstmöte med årsmötesförhandlingar i nya IDUN-teatern/Folkets hus, Umeå, under tiden 1-2 oktober 1987. Konferenstemata är "Familjen". Två symposier angående "Klinisk diagnostik" och "Famijemedicin" kommer att genomföras. För den som så önskar anordnas lördagen den 3 oktober en studieresa till Vindeln Hälso- centrum med separat program. Till mötet inbjuds föredrag/posters som fria föredrag där ämnesområdena "förebyggande arbete", "konsultation" och "företagshälsovård" kommer att prioriteras. Abstrakt (en A4-sida med 40 mm marginal runt om) skall vara organisationskommittén tillhanda före den 20 juni 1987.

Adress: Allmänmedicinska sektionen, Umeå vårdcentral, Box 10093, 90010 UMEÅ.

Inbjudan till Sydsvenska Allmänläkarklubben vårmöte i Helsingborg

Program

24 april 1987

14.30-15.00

Samling med kaffe i personalmatsalen Närlundahemmet, Närlundavägen 30-32, Helsingborg. "Närlundahemmet vårdideologi". Distriktsöverläkare Arne Wiinberg.

15.00-15.30

Rundvandring på Närlundahemmet som bland annat innehåller fyra lägenheter för yngre långtidssjuka med behov av snabba, medicinska insatser.

15.30-16.00

Samling på Hotell Horisont, Gustaf Adolfsgratan 47, Helsingborg. Utställning anordnad av dagens sponsorer Janssen, Pharma och Leo Rodia.

16.00-16.40

"Hur kan vi förverkliga primärvårdens ansvar för förebyggande insatser?" Distriktsöverläkare Arne Wiinberg och hälsoinformatör Ann-Kristin Ekberg. Hälsoplanen för Helsingborgs sjukvårdsdistrikt lämnas till intresserade.

16.40-16.50 Paus.

16.50-17.30

"Psykosomatiska frågeställningar inom allmänmedicinen." Distriktsläkare Jan Lidbeck, Helsingborg. Sammanfattning lämnas till intresserade.

17.30-17.40 Paus.

17.40-18.20

"Utredning och behandling av fluor vaginalis." Distriktsläkare Bjarne Wathne, Helsingborg. Detaljerad beskrivning lämnas till intresserade.

18.40

Middag på Hotel Horisont.

Välkommen till Helsingborg!

Att lära sig se bortom symtomen

Intryck från Balint-kongress i Budapest

ROLF WAHLSTRÖM · TOMAS HAVLAND

Vid Internationella Balint-federationens kongress i Budapest berättades om Michael Balints liv och verksamhet. I föredrag och vid grupp-sessioner belystes Balint-metodens betydelse för att öka förståelsen för sjukdomars oorganiserade förstadium och för att utveckla förmågan att förhålla sig till psykosomatiska sjukdomstillstånd. Ett av målen är att lära läkaren att se bortom symtomen för att bättre kunna hjälpa patienten. Sammanträffandet med allmänläkarkollegor från länder med andra strukturella förhållanden gav upphov till givande erfarenhetsutbyten rörande de yttre ramarnas betydelse för läkare-patientrelationen.

Nyckelord: Balintgrupper, psykosomatiska sjukdomar.

Att åka på kongress till Budapest visade sig samtidigt innebära ett fascinerande möte med centraleuropeisk kultur. Bidragande till detta var, förutom staden själv, det faktum att majoriteten av kongressdeltagarna var centraleuropeer från såväl öst som väst.

Internationella Balintfederationens "Minneskongress" (28-31 maj 1986) hade samlat ca 300 deltagare från 19 länder varav 16 europeiska (England, Holland, Belgien, Sverige, Finland, DDR, Västtyskland, Tjeckoslovakien, Ungern, Rumänien, Jugoslavien, Österrike, Schweiz, Italien, Frankrike, Portugal) och tre utomeuropeiska (Israel, Kanada, USA). I den svenska "delegationen" var vi ett femtontal aktiva balintarbetare från Malmö i söder till Umeå i norr. Den ungerska gruppen var ojämförligt störst trots att balintgruppverksamhet börjat komma igång i större skala först under de senaste två åren. Om någon trodde att balintgrupper inte förekommer i Östeuropa kan detta härmed dementeras. Intresset var stort i Ungern och spirande i Tjeckoslovakien och Rumänien medan man i DDR hade kommit betydligt längre med ett flertal verkamma grupper.

När denna regelbundet återkommande kongress för första gången skulle hållas i Östeuropa var det naturligt att till Michael Balints minne förlägga den till hans födelsestad. Där arbetade han som läkare och psykoanalytiker fram till 1939 då han emigrerade till London på grund av att han inte fick verka fritt. Det fanns alltid en observatör från säkerhetspolisen på plats när man hade gruppterapeutiska sessioner

(den tidens föregångare till dagens balintgrupper), berättade en av de ungerska arrangörerna, dr Endre Schnell, som själv hade deltagit i dessa sammankomster.

Konferensen hade fyra huvudsessioner och dessutom förekom "storgupper" inför auditoriet och smågrupper med cirka 10 deltagare. Kongresspråken var engelska, tyska, franska och ungerska. Tyvärr fungerade inte simultantolkningen perfekt, vilket för vår del medförde att föredragen på franska och ungerska var mycket svåra att följa.

De fyra huvudämnen var "Michael Balint in memoriam", "Det oorganiserade förstadiet till sjukdom", "Psykosomatiskt arbetssätt" och "Balintmetoden som ett hjälpmedel för professionell utveckling och vidareutbildning".

Michael Balint in memoriam

Michael Balint föddes i Budapest 1896. Fadern var allmänläkare i staden och sonen fick ofta följa med på sjuksök. Balint dog på nyårsaftonen 1970 efter att under drygt 30 år ha levt och verkat i London. Där träffade han också sin andra hustru Enid, som nu var hederspresident för kongressen och som berättade om sin makes person och arbete.

Michel Balint var först verksam som bakteriolog och publicerade en del arbeten inom detta område. Han utbildade sig emellertid samtidigt till psykoanalytiker och intresset för detta tog så småningom helt överhanden. Efter flyttningen till England var han verksam vid Tavistock Clinic i London.

Vid slutet av 1940-talet uppmärksammades alltmer de svårigheter engelska allmänläkare (GP:s) hade att klara av alla patienter med mer eller mindre svåridentifierade problem. Balint blev intresserad av detta och satte in en annons i en engelsk GP-tidskrift där han inbjöd till studium av psykologiska aspekter på diagnostiska och terapeutiska problem för allmänläkaren. Ett antal numera i balintsammanhang välkända GP:s hörsammade inbjudan och därmed hade den första balintgruppen bildats. Läkarna var unga och ambitiösa men tyngda av den börda som utgjordes av alla dessa patienter utan läroboksdias. De var beredda att pröva varje möjlighet att komma ur sin till synes tröstlösa situation.

Arbetet fick snart en annan inriktning än vad Balint själv hade tänkt sig. Han fann nämligen att det inte alls var möjligt för honom att komma med expertkunskaper och tala om för dessa GP:s hur de skulle göra utan att det faktiskt förhöll sig så att de tillsammans fick hjälpas åt för att försöka förstå vad det var som hände mellan lä-

kare och patient och vad det var som gjorde att läkaren ibland kände sig alldeles förtvivlat hjälplös. Arbetsmetoden var alltid densamma. En av läkarna presenterade en patienthistoria och därefter studerades läkare-patientrelationen för att ur denna hämta uppslag till förståelse av patientens problematik.

Balint själv upplevde samarbetet mellan psykoanalytiker och allmänläkare som mycket fruktbart och han ansåg att båda tillsammans bedrev både forskning och träning. Erfarenheterna från dessa första balintgrupper sammanfattades i boken "The Doctor, His Patient and the Illness", som kom ut redan 1957 (på svenska som "Läkaren, patienten och sjukdomen" 1978). Man fann att diagnostiserandet hade blivit för statiskt. Karaktären av process måste betonas. Läkaren måste låta sig bli använd av patienten. Det är patienten som ska visa läkaren vad som behöver göras och läkaren måste vara lyhörd nog att uppfatta detta.

Senare fortsatte arbetet i nya grupper och med utvidgade frågeställningar. Bland annat studerades något som kom att kallas "the flash technique" och som finns beskrivet i boken "Six Minutes for the Patient. Interactions in General Practice Consultation" under redaktion av Enid Balint. Boken utkom 1973 långt efter Michael Balints död, men han är trots detta representerad i boken och detta visar på hans omvittnat stora arbetskapacitet och hans aldrig sinande nyfikenhet som drev honom att ständigt vara inbegripen i forskningsaktiviteter för att öka sitt och andras vetande och om möjligt göra nya upptäckter.

Jack S Norell var en av dem som deltog i de allra första balintgrupperna han kunde berätta om den inspiration som utgick från Michael Balint. Han tecknade en bild av vad Balint hade betytt för honom personligen och för engelska GP:s i allmänhet. Han betonade nödvändigheten av ödmjukhet inför de ofta komplicerade sammanhangen. Det går inte att förlita sig på "aha"-diagnostik, att en diagnos plötsligt ska ge nyckeln till patientens problem som ett "Sesam, öppna dig!". Det går inte heller att prata bort problemen utan läkaren måste bemöda sig om att försöka åstadkomma det som kallas "tuning in", det vill säga komma på samma våglängd som patienten. Den medicinska modellen är ofta otillräcklig. Det som har betydelse är doktors sätt att uppträda, inte så mycket vad han säger.

Tillspetsat sammanfattade Norell den första tidens erfarenheter på följande sätt: "What we learnt and what was thereto completely unknown or

munen", "Vårdprogram för onda ryggar", "Hemsjukvård": Samarbete landsting-kommun", "Vårdprogram och preventionsprogram för höftfrakturer" samt FV-arbete som beskriver metodik för framtagande av kommunaldprofil. Programpunkterna framfördes i kulsprutetakt kompletterade med stenciler, vårdprogram och personliga särtryck.

Undertecknad kunde såsom mötets koordinator konstatera ett stort intresse från auditoriet, som dock befann sig i ett trängt läge på de icke ortoped-ergonomiskt nöjaktigt utformade missionshusbänkarna.

Eftermiddagen ägnades åt digestion av laxen samt åt två korta inlägg från Öland angående fallbeskrivning av förmodad selenbrist samt angående pricktestrutiner vid allergiutredning på vårdcentral. Livlig diskussion följde varpå dagens inbjudne och tillresande allmänmedicin auktoritet och resursperson Mats Ribacke från Utvecklingsenheten i Hofors intog podiet och utförde en livligt uppskattad altartjänst i syfte att sporra och inspirera till FoU-arbete på varje vårdcentral, där det gällde dels att kunna "halvsula" undersköterskor, dels att våga tänka, undra, ifrågasätta, beskriva och ändra på och gärna sätta det på pränt i form av interna rapporter, artiklar eller forskningsprojekt. Han vidrörde också den dagsaktuella frågan angående befolkningsoro och primärvårdsroll i beque-reldiskussioner i Gävleborg. Tack Mats!

Stärkta till kropp och själ återvände församlingen över havet till Västervik en upplevelse rikare och återsamlades efter ett par timmar på en av hamnkrogarna för att via video vidareutbildas i Parkinsons sjukdom samt för att inta rådjursadel åtföljd av sång till tvärflöjt i folkviseton, allt medan solen sänkte sig över Gamlebyviken och Regionsmötet i Västervik 1986.

Inguar Herovius
Distriktsläkare, Hälsocentralen,
St Trädgårdsgatan 39, 593 00 Västervik

NLV-kurser i allmänmedicin – dags för nya idéer?

ANNA-KARIN FURHOFF · GUNILLA HOFFSTEDT · ESKIL JOHANSSON

För närvarande ingår 6 veckolånga kurser som obligatorisk del i läkares fortsatta vidareutbildning. Socialstyrelsen har ansvaret för denna kursverksamhet. Av det totala utbudet på omkring 280 kurser är cirka 80 kurser per år avsedda för blivande allmänläkare. Tolv av dem är nu (hösten 1986-våren 1987) kurser i ämnet allmänmedicin. Sådana kurser har funnits sedan början av 1970-talet. En idémässig vidareutveckling av dessa kurser startade med två konferenser, anordnade av socialstyrelsen, på Billinge hus 1980 och i Höör 1981. Vid dessa konferenser utarbetade man en målsättning för kurserna i allmänmedicin. En obligatorisk kurs i allmänmedicin för blivande allmänläkare borde

- presentera allmänmedicinens ansvarsområde och dess avgränsningar,
- visa hur allmänmedicinen arbetar med ett kunskapsinnehåll och en kunskapsstillämpning som är specifik för primärvård och
- visa hur allmänmedicinen utökar och fördjupar sin kunskap för att kunna svara för hälsotillståndet i ansvarsområdet.

Under de år som gått har allmänmedicinen utvecklats betydligt. Detta har också avspeglats i de allmänmedicinska kursernas innehåll, vilket från att ha varit tämligen likartat alltmera kommit att skilja sig från varandra. Denna utveckling har skett i samma takt som det blivit svårare att under en veckolång kurs få med allt som uppfattats som väsentligt i allmänmedicinen.

Mot denna bakgrund beslöt socialstyrelsen – Byrå FAP 1:2 i samarbete med ämnesexpertgruppen i allmänmedicin – att anordna en konferens för allmänläkare som varit eller kommer att vara kursledare för kurser i allmänmedicin 1986–1987. Målsättningen var att deltagarna – kursledare i allmänmedicin, socialstyrelsens ämnesexpertgrupp i allmänmedicin och andra representanter för socialstyrelsen – skulle utbyta erfarenheter av den hittillsvarande verksamheten, och med detta som grund diskutera det framtida kursutbudet i allmänmedicin.

Samtliga inbjudna kursledningar var representerade med minst en person. Som särskild gästföreläsare inbjöds förste amanuensis Steinar Westin, Institutet för samfunnsmedicinske fag, Universitetet i Trondheim.

BAKGRUNDSMATERIAL

Det framtida kursutbudet hade tidiga-

re diskuterats inom ämnesexpertgruppen i allmänmedicin, vilket resulterat i PM där man gjort ett försök att bestämma NLV-kursernas roll i vidareutbildningen, och utifrån denna deras målsättning.

Inom socialstyrelsen gjordes våren 1986 en enkät bland femtio tidigare deltagare i NLV-kurser med rubriken allmänmedicin. Avsikten med denna enkät var att söka få en samlad bild av hur kursdeltagarna värderade kursen efter en viss tid.

Kursgivarna i allmänmedicin hade vidare före konferensen uppmanats att skicka in en kort beskrivning över sin senaste givna kurs. Ovanstående material tillställdes samtliga konferensdeltagare i förväg.

KONFERENSEN

Konferensen var planerad så att man första dagen huvudsakligen skulle diskutera målsättningen för kurser i allmänmedicin för blivande allmänläkare, och andra dagen det praktiska genomförandet.

Första dagen

Efter presentation och introduktion indelades deltagarna i grupper för att diskutera vilken plats kurserna i allmänmedicin bör ha i specialistutbildningen med utgångspunkt från den sannolika utvecklingen av allmänmedicinarnas arbetsuppgifter.

Ur den följande diskussionen framkom följande:

Det är rimligt att FV-läkarna erbjuds åtminstone två typer av kurser i allmänmedicin. Den ena, som kanske är mest relevant för FV-läkare i början av sin utbildning, skulle koncentrera sig på allmänläkarnas mottagningsarbete (1:1), och den andra, som borde ligga senare i utbildningen, skulle vara mer befolkningsinriktad (1:1.000).

Deltagarna var ense om att patientarbetet i primärvården skiljer sig avsevärt från det i sjukhusvården. Allmänläkaren ser mycket symptom, färre sjukdomar. Man är mera beroende av basala kliniska färdigheter än av apparatur. Kontinuitet, inte bara under en vårdepisod utan under flera år, personligt förhållande läkare – patient och avsaknad av organ – eller åldersbetingade begränsningar i arbetet är andra välkända karaktäristika för allmänläkarens arbete. Mycket av detta är välkänt, och finns beskrivet, annars återstår att utforska, synliggöra.

Den andra kursen (1:1.000) skulle omfatta bland annat vårdcentralens

organisation och arbetssätt, läkarens förhållande till medarbetarna, preventivt arbete, allmänläkarens uppgifter i lokalsamhället etc. Många av de nuvarande kurserna i allmänmedicin har redan nu sin tyngdpunkt inom dessa ämnesområden.

På sikt bör kurser i allmänmedicin för blivande allmänläkare också innefatta områden som hemsjukvård, långsiktigt socialt arbete, public health, administration, ekonomi och FoU-arbete. En sådan utvidgning av ämnesinnehållet låg emellertid enligt de flestas mening utanför det 5-årsperspektiv, som utgjorde en informell gräns för diskussionen.

Det framhölls som viktigt att kurserna får en solid grund både av dokumenterad kunskap och av upplevd erfarenhet. Under sådana förhållanden kan kursledarna fungera som förebilder för FV-läkarna, och därmed underlätta den personliga process som leder fram till att kursdeltagarna utvecklar en egen yrkesidentitet som allmänläkare.

Deltagarna ansåg inte att kurserna skulle profileras till exempel med tanke på tätort eller glesbygd. Det är efterutbildningens sak att detaljanpassa läkarens kunskaper och färdigheter till den lokala verksamheten. Likaså var alla måna om att behålla möjligheten för FV-läkare att gå kurser var som helst i landet. Att träffa kollegor med skiftande bakgrund ger extra stimulans under kursveckan.

Det framhölls som nödvändigt att ge kurserna i allmänmedicin en bättre marknadsföring. Enbart texten i NLV-katalogen är inte tillräckligt.

Sedan 1980 har utbildning av distriktsläkare till handledare pågått. Fortfarande fungerar inte denna handledning fullt tillfredsställande på alla ställen, även om kvaliteten synes förbättras år från år. Det är sannolikt ännu ovanligt, att FV-läkarna får någon form av rådgivning beträffande vilka NLV-kurser de bör gå.

Deltagarna upplevde det som stimulerande att diskutera NLV:s kursverksamhet just nu, samtidigt som utredningen om läkarnas specialistutbildning arbetar. Man önskade ett system där behoven avgjorde kursverksamhetens omfattning, och om att blivande allmänläkare behöver ett rejält kursutbud, sannolikt större än blivande sjukhusläkare. På sjukhusklinikerna finns en omfattande interntutbildning i form av falldiskussioner, ronder, konferenser etc. aktiviteter som saknar motsvarighet i primärvården.

Andra dagen

Under den andra konferensdagen delades deltagarna in i grupper efter region. Linköpingsregionen var tyvärr inte representerad, och uppsalaregionen företrädde endast av en person.

De övriga regionerna hade däremot så många företrädare, att en seriös diskussion om det praktiska förverkligandet av den första dagens planer kunde föras.

Inom samtliga regioner ansåg man att tiden var mogen att börja planera för två typer av kurser i allmänmedicin, i enlighet med första dagens diskussioner. Man var också beredd att verka för att sådana kurser kom till stånd i behövligt antal, i proportion till antalet FV-block i allmänmedicin i regionen. Från samtliga representerade regioner framfördes också att man inte såg några svårigheter att rekrytera nya kursgivare. De deltagare som företrädde Malmö-Lundregionen avsåg att verka för sex kurser, deltagare från göteborgsregionen för sju kurser, stockholmarna för åtta och umeåregionens företrädare för sex kurser per år. I samtliga fall skulle man ha lika många av de två kurs typerna.

Med ett ökat åtagande följer ökade krav på stabilitet i verksamheten. Kurserna kunde till exempel knytas till vissa vårdcentraler eller andra institutioner, i stället för till en viss person, som nu ofta är fallet.

Från flera håll påpekades behovet av en regional samordning, liksom en samordning på riksplanet. Många trodde att landstinget skulle ställa sig positiva till att distriktsläkarna engagerade sig i den här typen av kurser, inte minst därför att kurserna kan verka rekryteringsfrämjande.

De allmänmedicinska institutionernas roll i kursverksamheten diskuterades. Det stod klart, att dessa har en stor uppgift som kunskapsamlare och kunskapsförmedlare, och att de betyder mycket för att stimulera och understödja de allmänläkare som är kursgivare.

Från flera håll framfördes en önskan om att socialstyrelsen skulle stödja en work-shop för kursgivare i allmänmedicin. Man behöver hjälp med att få fram ett basprogram inklusive litteratur och övriga hjälpmedel. Kursernas pedagogik behöver utvecklas.

Ur diskussionen framgick också hur viktigt kurssekreterarnas administrativa arbete är. Det framfördes som önskvärt att även detta utvecklades, till exempel genom att de kurssekreterare som ej är läkare träffades till regelbundna konferenser på riksplanet.

SAMMANFATTNING

Under konferensens två dagar diskuterades den framtida utformningen av kurserna i allmänmedicin för blivande allmänläkare. Det rädde enighet om att FV-läkarna nu bör erbjudas två typer av kurser i allmänmedicin: en som tar sikte på patientarbetet (1:1) och en med tyngdpunkten på läkarens arbete på vårdcentralen och i lokalsamhället (1:1.000). Det föreligger sannolikt inga svårigheter att rekrytera ytterligare kursgivare. En förutsättning är dock att dessa kan erbjudas stöd och utbild-

ning. Detta bör sannolikt dels omfatta ett regionalt samarbete, dels åtminstone en work-shop med deltagare från hela landet, med syfte att utveckla pedagogik och innehåll för kurserna.

Stockholm oktober 1986

*Anna-Karin Furhoff,
Gunilla Hoffstedt,
Eskil Johansson*

Författarpresentation:

Anna-Karin Furhoff är distriktsöverläkare vid Sollentuna vårdcentral,
Gunilla Hoffstedt är förste byråsekreterare vid byrå FAP 1:2, Socialstyrelsen
Eskil Johansson är distriktsöverläkare vid vårdcentralen i Falkenberg.*

*Postadress: Sollentuna vårdcentral, Box 164,
191 23 Sollentuna.
Telefon 08-96 81 00.

neglected was, first, that patients have feelings and, second, that doctors have feelings too".

Det oorganiserade förstadiet till sjukdom

Allmänläkaren H-D Büttner från Minden i Västtyskland talade om den välkända situationen när patienten söker med så vaga och diffusa symtom att någon egentlig sjukdomsbild endast med svårighet låter sig anas eller inte alls synes vara förefintlig. Han menade att läkaren själv i hög grad bidrar till att detta organiseras till sjukdom och att risken är större om drogen doktorn administreras för ofta. Vi måste vara mycket uppmärksamma och besinna att all kunskap om den enskilda patienten finns hos patienten och att patienten i den meningen blir vår enda verkligt sanningsenliga lärare.

Engelske allmänläkaren Philip Hopkins från London utropade att vi har sagt "Nothing wrong!" alldeles för ofta. Det gör bara patienten konfunderad och förhindrar djupare kontakt och förståelse och därigenom möjligheten att hjälpa patienten. Psykoanalytikern Janos Paal från Västtyskland menade däremot att en negativ diagnos leder till en krissituation för patienten, vilket i sin tur kan vara inledning till en utvecklingsprocess. Han betonade också att läkaren vad han än gör kommer att känna en inre otillfredsställelse inför vissa patienter eftersom det inte är möjligt att för *varje* patient skapa sig förståelse för vad detta oorganiserade tillstånd egentligen innebär.

Kan det inte vara så, undrade Jack Norell, att vi faktiskt bidrar till att likrikta våra patienter i alltför stor utsträckning genom att sätta på dem diagnosetiketter. Han ansåg också trösterikt att vi kan hjälpa våra patienter utan att förstå dem fullständigt. Slutligen tecknade han framtidsvisionen att vi kommer att lämna både begreppet sjukdom och därmed även det oorganiserade förstadiet för att i stället tala om interaktion människor emellan som huvudsaklig grundorsak till många former av illabefinnande.

Psykosomatiskt arbetssätt

Invärtesmedicinaren professor Wolfgang Wesiack från Österrike betonade vikten av att förena "organpatologi" och "beteendepatologi". Symtomen måste sättas in i en psykosocial helhet. Vårt eget motstånd mot ett förändrat arbetssätt kan endast lösas genom ökad insikt. Genom deltagande i en balintgrupp kan vi "sensibiliseras" för patienternas budskap och lära känna våra egna reaktioner. Men för att vi "ser" mer behöver vi inte nödvändigtvis agera utan måste ta hänsyn till begränsande förutsättningar.

Dr E Hunyadi-Buzás från Schweiz talade om psykosomatiska behand-

lingsmetoder och uppehöll sig huvudsakligen vid den specifika avslappningsmetod som kallas autogen träning. Denna metod används betydligt mer på kontinenten än i Sverige och man anser resultaten vara mycket positiva. Det finns två komponenter i behandlingen, dels den direkta avslappningen som är av bio-feedback-karaktär, dels den suggestion som kan utövas av patienten själv och/eller av läkaren. Metoden har använts sedan lång tid och är väl beprövad och dokumenterad.

Dr H H Dickhaut från Västtyskland talade om doktorn som drog. Det är viktigt att uppmärksamma de toxiska effekterna av läkardrogen ("Zu kränken macht krank", "Ratschläge sind Schläge"). För mycket somatisk utredning leder till kronisering av patientens symtomatologi. Vi måste som läkare försöka hjälpa till att väcka självläkningskrafter. Det första mötet med patienten är oerhört väsentligt liksom att både samtala och göra kroppundersökning, den unika möjlighet till kontakt som endast är förunnat läkaren.

Dr Jaques Dufey från Schweiz, ordförande i Federationen, berörde begreppet "the flash". Det kan beskrivas som ögonblick av ömsesidig förståelse mellan läkare och patient på ett i första hand känslomässigt plan och där läkaren utnyttjar denna möjlighet att omedelbart komma i kontakt med en del av patientens djupare problematik. Läkaren måste vara maximalt uppmärksam på sina egna reaktioner för att kunna fånga upp dessa i det vanliga mottagningsarbetet annars snabbt förbiglidande ögonblick. Dufey menade att "the flash technique" var nödvändig åtminstone för de allmänläkare som har många och korta konsultationer.

Dufeys anförande föranledde Michael Courtenay, engelsk GP och en av författarna till boken "Six Minutes for the Patient", att göra ett engagerat inlägg. Han sa ordagrant: "The flash technique was an accident but it taught us a great deal". Han menade att vi inte får stirra oss blinda på "the flash" eftersom det är något som knappast kan läras ut. Det är egentligen inte en teknik utan snarare något som råkar hända och som därför inte kan sökas upp. Genom att utveckla sin känslomässiga lyhörighet kan man lättare känna igen dessa tillfällen och ta dem till vara. I en balintgrupp finns unika möjligheter att ta del av andras erfarenheter av "the flash" och även om läkaren själv aldrig upplever detta kan han därigenom få hjälp till ökad förståelse för vad som händer i doktor-patientrelationen.

Balintmetoden som ett hjälpmedel för professionell utveckling och vidareutbildning

Rubriken för denna session lovade mer än vad som presenterades. Men ämnet

är också svårt. Det är kanske bara möjligt att som här ge korta glimtar av erfarenheter från olika länder.

I England har man på senare år, enligt Jack Norell, kunnat konstatera att det inte alls alltid är nödvändigt att ledaren för en balintgrupp är psykoanalytiker utan att det också har fungerat alldeles utmärkt med erfarna GP:s som gruppleddare. Målet bör enligt Norell vara "more research than training" och man bör inte ägna sig för mycket åt psykologisk teori eller allmänt felfinleri. Det vi behöver är förnuftigt praktiskt tänkande om läkare-patientrelationen. Vi ska inte förvänta oss att finna färdiga svar utan ständigt pröva nya infallsvinklar för att undvika stagnation.

Dr Alfred Drees från Duisburg redogjorde för delvis annorlunda och motsatta utvecklingstendenser gällande balintarbetet i Västtyskland. I många grupper fokuserar man på kroppsupplevelse, "Stimmung" och fri fantasi. En deltagare redovisar en patienthistoria och därefter får övriga deltagare beskriva sina upplevelser av detta. Han betonade tre viktiga områden: att läkaren låter sig "användas" av patienten, att utveckla teori och teknik samt att studera känsloupplevelser och kroppsliga reaktioner hos läkaren.

I Heidelberg hade professor W Jacob använt Balints metod för att utveckla förmågan att samtala med cancersjuka. Han ansåg att spegling och resonans var viktiga gruppdynamiska arbetsätt för att bland annat öka förståelsen för den cancersjukes svårigheter och möjligheter att anpassa sig till och nyorientera sig i den förändrade livssituationen. Han berörde också den existensiella fråga som varje cancerpatient ställer mer eller mindre uttalat och som finns kvar även om tumören är bortopererad. Den medvetna formuleringen av frågan och även förmågan att acceptera ett svar eller avsaknaden av svar kan dröja flera år.

Storgrupper och smågrupper

En balintkongress utan balintgrupper vore otänkbar. Därför ordnades dels så kallade storgrupper i konferenslokalen, dels smågrupper för samtliga deltagare. Till storgrupperna, som hölls på respektive franska, tyska och engelska, skedde spontan anslutning. Arbetssättet var sedan som i en vanlig balintgrupp, det vill säga en av deltagarna presenterar en patienthistoria och därefter diskuteras denna.

Det var mycket intressant att ta del av storgruppernas arbete med ledare och deltagare från tre sinsemellan något olika balint-"kulturer". Vi fick ytterligare belysning av en del av de skillnader i synsätt och metoder som tidigare kunnat iakttas i föredrag och diskussionsinlägg. Den "franska" gruppen var kanske den som fungerade mest konventionellt medan den "tyska" gruppen tenderade att bli väl teoretisk och psykologiserande. Det var inte

oväntat den "engelska" gruppen som attraherade oss svenskar mest. Vi har ju huvudsakligen hämtat våra impulser från England under de senaste årens uppsving för balintarbetet i Sverige. Och här i storgruppen visades prov på det friaste, mest respektlösa och därigenom mest inspirerande arbetssättet.

I smågrupperna hade vi sedan möjlighet att närmare stifta bekantskap med flera av engelsmännen i deras egenskap av gruppleddare och deltagare. Det var en glädjande erfarenhet att vi faktiskt har kommit en bra bit på väg med balintarbetet också i vårt land. Det överensstämmer med vår inriktning att verkligen fokusera på patient-läkarrelationen och inte låta intresset för patientens (eller doktors) eventuella psykopatologi få ta överhanden. Däremot är det viktigt att uppmärksamma läkarens känslomässiga reaktioner och vilka känslor hans presentation väcker i gruppen, därför att dessa oftast speglar patientens problematik. Det som händer i läkare-patientrelationen är i allmänhet en upprepning av vad som händer i patientens relationer till sin egen sociala omvärld. Om läkaren känner sig överväldigad av krav, kanske patienten också är det. Om läkaren inte vet vad han ska göra, kanske inte heller patienten vet det. Patienten kanske får andra att känna på samma sätt som doktorn. Gruppens reaktioner kan många gånger vara känsligare än doktors och gruppen kan därigenom hjälpa honom att se förbi symtomen. I gruppen kan läkaren få ha den ångest som patienten förmedlat till honom utan att behöva agera. Han och övriga gruppdeltagare kan fritt förmedla och pröva tankar och infall. Vad som sen verkligen ska göras måste övervägas noggrannare. Eller som Michael Balint lär ha sagt: "Tänk fräckt och handla försiktigt!"

En speciell metodik som användes i en del grupper var att, efter den inledande fallpresentationen, låta gruppdeltagarna formulera hypoteser om läkare-patientrelationen i stället för att, som oftast kanske görs, direkt fråga ut den presenterande läkaren. Detta gav möjlighet till uppövat av förmågan att uppfånga känslomässiga nyanser och dessutom eventuellt få hypoteserna direkt bekräftade eller avslagna. Förfarandet bidrog till att deltagarnas aktivitet och inlevelse ökade samtidigt som den presenterande läkaren inte bara blev en svarsmaskin. Samtidigt är det förståelsen av den enskilda patient-läkarrelationen väsentligt att inte förglömma att det är just den här doktorn med sin personlighet och sin yrkesmässiga förmåga som har just den här relationen med sin patient.

Vårdorganisationens betydelse för arbetssättet

Under föredrag och diskussioner, i stor- och smågrupper men kanske framför allt i de på en internationell

kongress ovärderliga informella kontaktarna blev det ofta påtagligt i vilken hög grad de organisatoriska förutsättningarna påverkar arbetssättet. De flesta centraleuropeer och engelsmän kan inte förstå en allmänläkarverksamhet utan flera dagliga hembesök. De kan inte heller förstå vår avskärmande position bakom patientmottagande telefonrådgivare och hembesökande distriktsköterskor. Å andra sidan kan vi inte utan vidare förstå hur det är möjligt att bedriva ett tillfredsställande arbete med kanske 30-40 besök på en förmiddag, vilket verkar vara regel i de flesta länder.

Skillnaderna mellan olika strukturella förutsättningar blev tydligt belysta när några av oss utanför programmet gjorde ett studiebesök hos en av de allmänläkare som deltog i kongressen. När vi kom till hennes mottagning klockan 11.30 på måndagsförmiddagen hade hon just klarat av sin 60:e patient, förutom de tre hembesök hon också hade hunnit med. Hon sa urskuldande att i dag blev det inte precis något arbete i Balints anda, men hon hade extra mycket eftersom hennes kollega inte var i tjänst.

Det finns många förklaringar till varför flertalet allmänläkare i andra länder har betydligt fler besök, men faktum kvarstår att den tidsmässiga kontakten med patienten blir ytterligt begränsad. Många av oss kan uppleva att vår situation var liknande för cirka 10-15 år sedan och vi vill väl uppfatta det så att vi har vidareutvecklat verksamheten. Det finns dock anledning att inte vara alltför säker. Kanske har vi, som många också kan uppleva, förlorat i närhet till patienten och det kan vara ett för högt pris.

Samtidigt som vi åkte hem med nya, delvis osorterade och oavslutade tankar i huvudet var det uppenbart att vi också hade lämnat efter oss frågor och funderingar hos våra europeiska allmänläkarkollegor. Här är inte rätt plats att utveckla detta vidare men det kan tveklöst konstateras att en av de största betydelseerna en kongress av detta slag har, är att ge möjlighet till stimulerande tankeutbyte mellan kollegor från olika länder och olika samhällssystem. Det finns tydligen så många förutfattade meningar om vad den svenska "socialiserade" medicinen egentligen innebär att vi inte bör underlåta att utnyttja de tillfällen som finns att sprida mer nyanserad kunskap om vårt arbetssätt. Därigenom får vi möjlighet att både ge och ta emot impulser till nytänkande och utveckling.

Författarpresentation:

Rolf Wahlström, distriktläkare,
Vårdcentralen, 15400 Gnesta

Tomas Havland, distriktläkare,
Vårdcentralen, 15200 Strängnäs

Kongressrapport

från regionsmötet i allmänmedicin för Kalmar, Östergötlands och Jönköpings län den 19 september 1986 på Hasselö

Det gamla missionshuset på skärgårdsön håller på att fyllas till sista plats. Höstsolen strålar in genom ett fönster högt uppe på gaveln och likt strålen från Betlehems stjärna faller ljuset på altaret. Altartavlan, där Frälsaren hjälper den skeppsbrutne ur havets skum, är täckt av en vit duk och solljusets reflexer på denna omöjliggör visionära kommunikationer till församlingen. På en gisten stege, i all hast upphittad bakom vedbon, klättrar en ung samarit för att med hjälp av en rutig yllefilt från intilliggande skola skärma av solstrålen genom missionshallens gavelfönster. Församlingen är lätt nedkyld efter en färd över fjärdarna i öppna båtar, om än den ännu värmande septembersolen väl-signat sjöfararna med ovanlig generositet.

Det är den 19 september 1986 och det är Regionsmöte i allmänmedicin på Hasselö i Västerviks skärgård för Kalmar, Östergötland och Jönköpings län. Årligt återkommande regionsmöte i allmänmedicin för Linköpingsregionen är ett resultat av Distriktsläkarföreningens Lundsbrunnkurser i FoU-arbete 1984. Regionsmötet motsvarar i stort sett liknande tillställningar i Mellansverige där benämnda distriktsläkarklubbar, till exempel Mälardalens distriktsläkarklubb och Gävle-Dala distriktsläkarklubb. Linköpingsregionen saknar sin allmänmedicininstitution och professor varför ansvaret för Regionsmöten nu vilar direkt på länens distriktsläkare representerande Lundsbrunn-gruppen.

Efter inledande möten 1984 och 1985 i Jönköping respektive Linköping var det nu Kalmar län som stod i tur att arrangera distriktsläkarsammankomsten. Ett 90-tal allmänmedicinare samt ett 20-tal så kallade ledsagare hade hörsammat inbjudan och via Västerviks Fiskehamn så småningom nått ut och tagit plats i föreläsningssalen, där ett allmänmedicinskt heldagsprogram skulle avnjutas. Det vetenskapliga och produktionsdeskriptiva programmet varvat med korta diskussionsstunder avbröts endast för lunch från en närbelägen laxodling. Regionsmötet skall vara ett forum för FoU-arbete i regionen samt förmedla kontakt både allmänmedicinskt och socialt. Förmiddagen ägnades åt korta inlägg om Primärvården i Västerviks kommun med presentation av idéer, utvecklingsarbete och samarbetsprogram inom sjuk-, hälsovård och socialvård.

Således presenterades rubrikerna "Närradion i hälsoupplýsningens tjänst", "Friskvårdssatsningar i kom-

Den endelösa barndommen

Mary Theophilakis. Oslo, Universitetsforlaget, 1986. Pris Nkr 135.

Mary Theophilakis vill få oss att komma ihåg vår barndom för att bättre förstå de barn vi träffar i vårt vårdarbete – och hemma. I sin bok beskriver hon sin egen barndom. Inte strukturerat eller kronologiskt utan vill förmedla stämningar, bilder och känslor från fest och vardag i den jordbruksbygd i Namdalen, Norge, där hon är uppväxt. Här finns sommaren med sätergång, höskörd, dotter och frihet. Här finns den svarta och den blå vintern med fuktiga ylkleäder med doft av får, instängdhet och vargar. Vintervägen med sin guldbruna hästskit, de olikstora kissgula hålen i snön efter hundar, hästar och människor.

Boken ger en fin skildring av en liten flickas barndomsupplevelser från krigsåren men skulle sannolikt gett ett starkare intryck om inte det vuxna jaget i form av chefspsykologen då och då tar sig oskicket att gå in och analysera händelserna. MT arbetar på ett barnpsykiatriskt sjukhus i Oslo och tar också exempel och fall från den enda verksamheten. Detta gör boken onödigt pekpinneaktig i mitt tycke.

Samma tid sedd ur en liten flickas perspektiv skildras i den fina norska filmen "Löperjenten" av Vibeke Løkkeberg. Om ni har tillfälle – se den i stället.

Eller ännu enklare. Läs Tora Dahls enastående första del i självbiografiska Gunborgserien – Fosterbarn, Tidens förlag. Oöverträffad barnskildring i svensk litteratur.

Gunilla Hegardt
Distriktsläkare, Haga vårdcentral,
700 14 Örebro

Fosterdiagnostik – ny bok från socialstyrelsen

Blivande föräldrar måste få stöd och information i sitt svåra val

"Fosterdiagnostik – Om att informera och stödja föräldrar" (Socialstyrelsen redovisar 1986:16), heter en ny bok från socialstyrelsen. Boken vänder sig i första hand till personal som i sitt arbete möter blivande föräldrar som av olika orsaker genomgår – eller står inför valet att genomgå – en fosterdiagnostisk undersökning.

Fosterdiagnostikens utveckling har inneburit stora förändringar inom graviditetsövervakningen. Man kan numera med hjälp av vissa metoder upptäcka skador och sjukdomar hos fost-

ret under graviditetens förlopp. Denna utveckling ställer allt större krav på den personal som ska ta hand om de blivande föräldrarna under graviditeten.

Fosterdiagnostiken är ingen okontroversiell verksamhet och blivande föräldrar har olika inställning och önskemål i dessa frågor. Detta innebär att personalen måste vara lyhörd så att informationen som ska vara saklig ändå anpassas efter de olika föräldrarnas behov. I socialstyrelsens bok betonas också vikten av att undersökningen är frivillig och utgår från föräldrarnas egna önskemål.

När en fosterskada har konstaterats måste föräldrarna tas om hand. Den information föräldrarna får vid detta tillfälle blir av avgörande betydelse för deras uppfattning om diagnosens innebörd och konsekvenser.

Författare till boken är docent Nils Uddenberg. Boken är i första hand skriven som information till berörd sjukhuspersonal men kan också användas till fördjupad föräldrainsformation, där så bedöms önskvärt.

"Fosterdiagnostik – Om att informera och stödja föräldrar". Socialstyrelsen redovisar 1986:16. Pris: 22 kronor. Liber Kundtjänst, 16289 Stockholm.

Information: Docent Nils Uddenberg, Karolinska institutet, telefon 08/34 05 06/1770, föredragande gynekolog Gunilla Lindmark, socialstyrelsen, telefon 018/1660 00 eller byråsekreterare Marianne Wedin, socialstyrelsens byrå för primärvård, telefon 08/783 33 39.

Mor och Amor

Mor-dotterförhållandets betydning för vuxne kärlighetsförhålland.

Tone S Borchgrevink og Mildred E Valvik. Oslo, Universitetsforlaget, 1986. Pris 130 Nkr.

Författarna, som båda är psykologer, ställer sig frågan varför det är så svårt att behålla ett gott kärleksförhållande över lång tid? Varför grälar vi ofta om samma saker? Varför blir vi så sårade när det ändå bara handlar om bagateller? Varför är somliga kvinnor så arga på sina mödrar?

Just för att mor och dotter är av samma kön uppstår avgränsningsproblem. Mor står för tillit, trygghet och hon har stor makt över detta lilla barnet. Den process som startas redan vid födseln, individueringssprocessen, påverkar dotterns val av framtida partner. I denna process lär sig det lilla barnet skilja sina egna känslor, tankar och behov från de reaktioner det möter hos sina närmaste. *Graden* av individuering bestämmer om förhållandet till modern dyker upp igen i det vuxna parförhållandet.

Detta visar de bägge författarna på ett mycket fascinerande sätt. De har intervjuat 40 kvinnliga studenter om de-

ras modersbild och om deras nuvarande parförhållande.

Modersbilderna kunde vara antingen mycket positiva, där förhållandet upplevts som nära, beroende och tillfredsställande, eller negativa, distanserade och med liten behovstillfredsställelse. Däremellan fanns mer nyanserade bilder. Det visar sig till exempel att äldsta döttrarna oftare har negativa modersbilder!

Sammanfattningsvis så har de döttrar med positiva modersbilder täta, nära förhållanden präglade av stort beroende. Döttrar med negativa modersbilder, parförhållande som präglas av distans, uttalat oberoende och en önskan att partner skall ge dem det modern aldrig gav.

Exemplen i boken är spännande och livfullt, empatiskt skildrade. Risken, när man dissekerar kärleken på det här sättet är ju att man avlivar den. Så icke här. Snarare blir man än mer fascinerad av mödrar, döttrars och mäns villkor, deras möten, deras kärlek och det som styr den. Kvinnor och män i relationsvården – läs boken!

Gunilla Hegardt
Distriktsläkare, Haga vårdcentral,
770 14 Örebro

Nytt utskick av Haschboken till 110.000 tonårsfamiljer

Det finns gott om hasch i Sverige – det går att få tag på i nästan hela landet. Det bästa sättet att hejda missbruket är att stoppa efterfrågan och här kan tonårsföräldrar göra stora insatser genom ett engagemang för sina barn så att de förstår riskerna med hasch. Det säger socialstyrelsen i ett brev till Sveriges saamtliga 110.000 familjer med barn som fyller 13 år i år.

Tillsammans med brevet skickar socialstyrelsen ut "Haschboken – man måste veta vad man talar om". Avsikten är att ge föräldrarna kunskap om hasch så de ska kunna diskutera dessa frågor med sina barn, helst innan de kommit i kontakt med hasch. Socialstyrelsens haschbok innehåller bland annat fakta om hasch. Den talar också om vad föräldrar kan göra och vart de kan vända sig om de behöver hjälp.

Boken finns även på finska – Hasis Kirja. Såväl Haschboken som Hasis Kirja kan i enstaka exemplar beställas gratis från socialstyrelsens byrå för alkohol- och narkotikafrågor, 10630 Stockholm.

Information: Byrådirektör Gunborg Brännström, telefon 08/783 37 83, socialstyrelsens byrå för alkohol- och narkotikafrågor.

WELLCOPRIM
trimetoprim

ÅRET RUNT

Inte kan naturen vara så svekfull!? I samma stund som den inbjuder till friskt uteliv och skön, stärkande avkoppling utsätter den oss för risken för akut cystit.



ORIGINALPREPARATET VID AKUT CYSTIT

Wellcoprim lindrar symtomen och stoppar infektionen vid akut cystit. Ges som endos 300 mg till natten — lätt att komma ihåg och enkel att dosera.



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

PIVAMPICILLIN

PIVMECILLINAM

MIRAXID
pivampicillin + pivmecillinam

Penicillinkombinationen med synergistisk effekt

- Hög antibakteriell aktivitet på de flesta grampositiva och gramnegativa bakterier.
 - Snabbare baktericid effekt än med enkelkomponenterna var för sig.
- Den ringa påverkan på tarmens normalflora innebär mindre risk för super- och reinfektioner.
 - God tolerans jämfört med andra bredspektrumantibiotika.

Miraxid® — när effekt och tolerans får avgöra preparatvalet.

Miraxid: pivampicillin + pivmecillinam
Grupp 7B 4020

Tabletter. En tablett Miraxid innehåller 200 mg pivmecillinam + 250 mg pivampicillin. En tablett Miraxid mite innehåller 100 mg pivmecillinam + 125 mg pivampicillin.

Indikationer: Infektioner orsakade av mikroor-

ganismer känsliga för Miraxid, tex övre urin-
vägsinfektioner och komplicerade nedre urin-
vägsinfektioner.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner.

Förpackningar: Miraxid, Miraxid mite 30, 100 st.



Lövens Läkemedel • Box 404, 201 24 Malmö • Telefon 040-75630