

NYA VÅRDCENTRALER

VÅRDCENTRALEN I FLODA

Vårdcentralen, som invigdes 1976, planerades av landstinget men byggdes och uttyrdes av ett privat bostadsföretag. Upptagningsområdet motsvarade Skallsjö församling med då cirka 9000 invånare med relativt sett lågt antal äldre, cirka hälften av riksgenomsnittet.

I vårdcentralen inrymdes: Läkarmottagning med två distriktsläkare och en – två underläkare (AT eller FV), På mottagningen fanns två sjuksköterskor, en undersköterska, två biträden, en sekreterare och två kontorister. Man hade 1977 13.500 patientbesök varav cirka 1/3 var akuta besök.

Distriktsvård och Mödravård med distriktsköterskor och barnmorskor, Tandvård och Apotek var också inrymda i vårdcentralen.

Vårdcentralen blev redan från början en viktig del i Lerums primärvårdsområdes strävan att leva upp till sitt primärvårdsansvar och detta genom ett mångsidigt utvecklingsarbete som drevs av dess chef distriktsläkare Bengt-Ivar Nöjd och av distriktsläkare Hans Lundgren.

Hälsa och sjukvård vid Floda Vårdcentral

Ella Carlsson, undersköterska, minns:

"Under 60-70 talen hade ett antal bostadsområden växt upp i utkanten av Floda Centrum. Uddared i väster, Drängsered och Hästhagen i norr, Kyrkmossen vid kyrkan Berghult i söder dessutom Tollered, Ryggebol och Nordåsen. Antalet invånare hade under en ganska kort tid ökat väsentligt och befolkningen var i stort behov av en egen vårdcentral. I april 1976 stod den vackert belägna vårdcentralen färdig att ta's i bruk av människorna i Floda och Tollered. Vi som varit med i förberedelsearbetet och som senaste tiden levit med penna och anteckningsblock i handen, som plockat ur kartonger, prickat av varor som levererats, diskat, paketerat, steriliserat och ordningsställt undersökningsrum och laboratoriet kunde nu dra en suck av lättnad. Vi kunde nu glädjas med befolkningen över vår nya fina vårdcentral.

I samma plan som läkarstationen fanns även distriktsköterskornas mottagning samt mödra- och barnvårdcentralerna. Även apoteket fanns på detta plan. En trappa upp fanns folkvandvården och i bottenplanet fanns förutom personalutrymmen även Försäkringskassans kontor. Lokalerna var ljusa med vackra moderna textilier. De kom också att utrustas med konst där personalen fått vara med och välja. Läkarstationen var utrustad och tänkt för fyra tjänstgörande läkare och övrig personal anställd. För att täcka behovet vid en fyrläkarstation. Två sjuksköterskor, två kontorister, två läkarsekreterare, en heltid och fyra halvtider undersköterskor. Dessutom städerska och vaktmästare för hela vårdcentralen. Laboratorieassistent anställdes dock inte eftersom undersköterskorna redan hade viss utbildning i lab.arbete och kunde utföra de relativt enkla mikroskopiska uppgifter som behövs utföras på en läkarstation i akuta situationer. Övriga prover sändes varje dag till laboratoriet i Borås. Som heltidsarbetande undersköterska kom jag att en dag i veckan sköta blodtrycksmottagningen. Förutom erfarenhet av blodtryckskontroll från min elevtid på anestesivdelningen vid lasarettet i Alingsås, fick jag en mycket bra utbildning i hjärt- och kärlsjukdomar av en rad föreläsningar vid Östra sjukhuset i Göteborg. Till läkarstationen kom ofta studiebesökare från olika håll i vårt land. Trevligt och kändes inte alls belastande. Förutom AT- och FV- läkare hade vi även sjuksköterskeelever och undersköterskeelever av vilka även vi hade en del att lära. Under min tid på Floda läkarstation som undersköterska, deltog nästan alltid någon av personalen i projekt av olika slag, utvecklingsarbete eller forskning. Som "blodtryckssköterska" blev jag assistent i en omfattande forskning i medicinsk behandling av Blodtryck på äldre män och kvinnor. Dr. Lennart Hallerbäck var forskningsansvarig på vår läkarstation. Undersökningen startade som pilotprojekt vid -som jag minns- 25 läkarstationer runt om i vårt land. Projektet leddes av GBG:s universitet, Östra sjukhuset i GBG och sponsrades av olika läkemedelstillverkare.

Efter ett år tillkom ytterligare ett antal läkarstationer till blodtrycksforskningen på äldreblodtryck. Projektet var en s.k. dubbel/blind forskning, d.v.s. medicinen som patienten

blev tilldelad kunde vara verksam eller överksam. Dessbättre hände inget dramatiskt, eftersom patienterna blev mycket väl omhändertagna med täta kontroller och provtagningar. En del hembesök efter arbetstid blev det dock. Ansvar kunde kännas tungt ibland.

Jag tror jag vågar påstå att vi tillsammans gjorde ett gott arbete, inte minst därför att sammanhållningen och kamratskapet hade hög kvalitet och att vi var och förblev en homogen grupp. Vi träffades ofta efter arbetstid för interna möten då vi ibland lyssnade till aktuella föreläsningar då vi också kunde diskutera ev. frågor som uppstått. September -81 presenterade vi vår läkarstation och våra arbetsmetoder vid en stor konferens i Örebro. Detta väckte en del uppmärksamhet och vi fick besvara många frågor efter presentationen. I början av -77 anordnades en information om "Barnmisshandel" i Lerum där kommun och landsting deltog med personal. Så även personal från vår vårdcentral. En större katastrofövning ägde rum i vår kommun i nov. månad -79 där läkare och övrig vårdpersonal deltog. Mycket välbehövligt med tanke på den allt större tåg- och flygtrafiken. I maj -86 startades en kurs för vårdpersonal på kvällstid under ledning av Lill Molén - kurator på Östra sjukhuset - där vi talade om vården av döende människor. Efter ett antal kurstimmar återsamlades vi på höstkanten på Skara stiftsgård i Alingsås för genomgång och avslutning av kursen., som resulterade i att några av deltagarna blev kursledare för kommun och landstingsanställda i "Vård vid livets slutskede". Undervisning i lagen om medbestämmande gav mig personligen en fundering över hur en i grunden bra grupp kan fungera i vissa situationer. Efter en veckas utbildning vid Fristads folkhögskola i lagen om medbestämmande, där det även ingick pedagogik och psykologi (Arne Sjölungs välkända metodik), kom jag glad och positiv och med självförtroendet på topp för att starta undervisningen i min egen grupp. Detta trots att jag blivit varnad för att starta med den egna arbetsgruppen. Efter de stadgade 6 lektionerna var mitt självförtroende noll och mina arbetskamrater lättade över att undervisningen i MBL var avslutad. Inget hade väl egentligen gått snett, men den talande tystnaden avslöjade en del om den auktoritet som fanns i gruppen och som jag inte märkt tidigare. I de grupper där undervisningen senare skedde var "andan" en helt annan. Möjligtvis för att det var kvinnogrupper ??? Efter 1988 arbetade jag enbart fackligt, kunde på ett annat sätt se verksamheten i sjukvården både från personalens och arbetsgivarens sida, situationer som uppstod och måste förhandlas där det inte var så enkelt att se vem som var vinnare eller förlorare. Jag kom att sakna mitt tidigare arbete, arbetskamrater och inte minst alla de patienter som jag lärt känna under årens lopp."

En produktionsstudie vid Floda vårdcentral

En produktionsstudie gjordes vid vårdcentralen i november 1976 av Hans Lundgren i samverkan med Försäkringskassan (Jan-Erik Lundgren) och Apoteket (Gunnel Anderberg). Samtliga läkarbesök registrerades på läkarmottagningen under 4 veckor med hjälp av R/P-blankett. Av besöken var 506 på tidsbeställd mottagning och 369 jourbesök. Cirka 97% av patienterna slutbehandlades på den tidsbeställda mottagningen. De flesta remisser var jourbesök. Tillsammans behandlades och slutbehandlades 94% av patienterna på vårdcentralen. Besöksorsaker registrerades som visade stor bredd av diagnoser, vilket man ansåg vittnade om ett stort behov för allmänläkaren att få bred vidareutbildning.

På apoteket kontrollerades undersökningspopulationen med avseende på receptförskrivning. 215 recept noterades med totalt 313 utskrivna preparat. 90% av all receptförskrivning hämtades ut vid vårdcentralens apotek. Preparat mot luftvägsinfektioner inklusive antibiotika dominerade bland förskrivningarna.

Försäkringskassans register över sjukskrivningar användes vid studien. Totalt sjukskrev sig 492 patienter under undersökningsperioden. Av dessa hade 123 intyg och 369 var egensjukskrivning. De med sjukintyg från läkare svarade för cirka 70% av alla sjukskrivningsdagar. Egensjukskrivningarna var vanliga i åldersgruppen 20-30 år medan 30-40 åringar visade låga värden. Cirka hälften av sjukskrivningarna gjordes av läkare utanför vårdcentralen. Bland kvinnor i åldersgruppen 20-30 år svarade "annan läkare" för nästan all sjukskrivning. Gruppen 30-40 åringar utnyttjade i huvudsak vårdcentralens läkare för sjukskrivning. Andningsorganens sjukdomar svarade för 36% av alla sjukfrånvarodagar, Muskel och skelettsjukdomar motsvarade 33% och dominerades av läkarintyg, nästan 90%.

Undersökningen ansågs visa på behov av prevention och behandlingsstrategi av ryggproblem för att korta ner sjukfrånvaron. Vidare torde bland dessa patienter ryggproblemen kunna spegla en mer djupt liggande konflikt, vilket på ett ändamålsenligt sätt borde penetreras. Man efterlyste sålunda ett mer energiskt och kraftfullt handläggande av denna patientkategori. Jämför ”Rehabprojektet” som beskrivs senare.

Hypertonidispensär vid Floda vårdcentral

Hypertonidispens (HD) var en var en självständig enhet som handlades av en undersköterska en dag i veckan. Man använde löpande vårdplaneringens kallelsesystem. HD var avsedd att ge bättre underlag för diagnos, behandling och uppföljning av patienter med högt blodtryck med utnyttjande av annan personal än läkare. Dåvarande tak för blodtrycket var : 20 – 29 år 155/100, 30 – 49 år 165/105, 50 – 69 år 180/110 och äldre än 70 år individuellt , allt enligt direktiv från Medicinkliniken i Borås. Läkare skrev R/P-blankett med t. ex. önskan om tre kontroller på HD-dispensären med provtagningar vid nyupptäckt högt blodtryck. Uppföljning av medicineringen gjordes också på HD. Undersköterskan kompletterade anamnesen med ev. riskfaktorer som hereditet, rökning, övervikt, stress och gav rådgivning. Även rökavvänjning erbjöds.

En studie av hypertonipatienterna gjordes 1978. Vårdcentralens upptagningsområde, Skallsjö församling, hade vid årsskiftet 1977-78 8.405 invånare med många barn och få åldringar. Organisatoriskt fungerade hypertoniomtagningen bra. Med hjälp av vårdplaneringssystemet glömdes ingen patient bort. Av patienterna var 60% över 60 år, de flesta kvinnor. Övervikt dominerade bland kvinnorna, rökning bland männen. Man konstaterade att snittvärdena av blodtryck från tre mätningar kunde avvika markant från enstaka mätningar. Det fanns ett unikt tillfälle för friskvård och sjukvård att tangera varandra i HD-verksamheten.

Förebyggande och behandling av alkoholmissbruk – ett förslag till vårdprogram

Floda vårdcentral med distriktsläkare Bengt- Ivar Nöjd utvecklade ett förslag till vårdprogram för förebyggande och behandling av alkoholmissbruk, Spri rapport 183, 1984. Primärvården svarade för det dominerande antalet kontakter med alkoholproblematiker. Man borde därför vara den vårdinstans som hade huvudansvaret för alkoholbehandlingen, dock med konsult- och utbildningsinsatser från psykiatrin. Samordningen med såväl länssjukvård som socialtjänsten var väsentlig för att eliminera parallella vårdkedjor och minska ”rundgång” i vårdsystemet.

På vårdcentralen bildade man att en primär samordningsgrupp i missbruksfrågor (**PSG**). Gruppen bestod av en distriktsläkare, Bengt-Ivar Nöjd, sjuksköterska (samtliga mottagningssköterskor var engagerade – Gunnel Klofsten, Gunnel Johnsson och Rose-Marie Harrysson), alkoholpolikliniksköterska (engagerade var Carina Rapp, Ulla Wik och Berit Linder) samt en socialsekreterare, Kalle Walfredsson. Till gruppen adjungerades för kontakt och utbildning psykiaterkonsulten överläkare Bo Ivarsson samt docent Kennet Frankenberg från Socialhögskolan i Göteborg. Gruppen tog ansvar för missbruksvården inom primärvårdsområdet. Gruppen samlades varannan vecka ett par timmar och fungerade mycket bra i sammanhanget. Bl. a. kom många ”nyupptäckta” missbrukare under behandling.

Journalstudien

En journalgenomgång gjordes (nära 10.000 journaler) för att med hjälp av vissa kriterier i anamnes och undersökningsfynd finna för primärvården ”dolda” missbrukare. Man identifierade drygt 140 alkoholproblematiker. Man kunde ha förväntat sig minst 300 i upptagningsområdet om alkoholmissbruket var utbrett som i landet i helhet. Genomjournalgenomgången fann man således nära hälften av förväntade missbrukare. Praktiskt taget samtliga hade vid något tidigare tillfälle blivit föremål för ”alkoholdiskussion” men p.g.a. eget förnekande blivit ”bortglömda”.

Intervjuer

Målsättningen var att intervjua så många som möjligt av de identifierade patienterna. Som hjälpmedel hade man ett speciellt utvecklat klassificeringsformulär. Man penetrerade 11 olika områden (Karriär, Attityder, Medicinskt, Skador, Psykiatriskt, familj, Arbete, Fritid,

Omgivning, Vårdprofil samt Social profil). Patienten fick med ledning av denna utvidgade anamnes ett behandlingsprogram enligt en av grupperna: I – Behandling av mycket avancerade missbrukare; II – Behandling av missbrukare svårplacerade på arbetsmarknaden; III – Behandling av missbrukare med social svikt; IV – Behandling av ”dolda” missbrukare. Mycket få patienter tackade nej till ett behandlingsprogram. Speciellt viktigt var att de med primärt förnekande inte lämnades utan åtgärd.

Behandlingsresultat:

Subjektiv skattning (av projektledaren) efter journalgenomgång och diskussion i PSG

	Klart försämrad	Försämrad	Oförändrat	Förbättrad	Klart förbättrad
I		4	3		
II		2	3	2	
III		1	3	6	2
IV		2	8	12	2
Totalt		9	17	20	4

Resultatet av behandlingen var inte så dystert som man ofta antog. Speciellt resultatet i den ”dolda” gruppen kunde anses som gott. Tittade man bara på de avancerade missbrukarna var resultatet oerhört dåligt. Vad den senare gruppen egentligen behöver är medicinsk och social omvårdnad, som kan ges med relativt små resurser. Tar man inte hand om dessa på ett adekvat sätt blir det en kringvandrande grupp i vårdapparaten, som för patienten snabbt leder till försämring och som blir oerhört kostsamt för samhället.

Mer förebyggande arbete vid Floda vårdcentral

Hans Lundgren, distriktsläkare i Floda 1976 – 1987 var mycket intresserad av friskvård, förebyggande hälsovård och sekundärprevention. Hans FoU-intresse kom att prägla Floda vårdcentral från starten. Ett flertal projekt inom vårdcentralens upptagningsområde startades och genomfördes. Hans Lundgrens intresse för FoU resulterade i den första doktorsavhandlingen vid den nya Allmänmedicinska institutionen i Göteborg om diabetes och hypertoni år 1989. Här kort om några av projekten.

Ryggpatienter inom primärvården 1979

Studien av samtliga ortopedpatienter under en fyra veckorsperiod 1979, som registrerades på R/P-blanketter, visade att ortopedpatienter var kanske inte så många (8% av besöken hos läkare under perioden) men de hade en förgrundspå plats vad gällde sjukfrånvaro. Under de första 2 – 3 månaderna var spontanläkningen stor oavsett behandling, därefter kom de socialmedicinska övervägandena i förgrunden. Ett snabbt omhändertagande av dessa patienter var därför en stor och viktig uppgift. En flaskhals var att väntetiden till sjukgymnastbehandling var 6-8 veckor.

Diabetespatienter vid Floda vårdcentral 1977

De 75 diabetespatienterna vid Floda vårdcentral gjorde tillsammans 214 besök som var 3% av samtliga läkarbesök. 60 av diabetespatienterna gjorde regelbundna besök hos ordinarie läkare vid vårdcentralen. Hälften av patienterna var över 70 år endast 4 av patienterna över 60 år hade insulin. Man påbörjade vid vårdcentralen kostrådgivning genom sjuksköterska 1977. Det var svårt att få de äldre att följa dieten varför slutsatsen blev att tillägg av tablettbehandling var att föredra.

Ur en studie – fem år med Floda Vårdcentral

Lena Olsson, Helseplan Sverige AB redovisade en undersökning om Floda vårdcentral under fem år i början av 1990-talet. Ur denna hämtas följande.

Floda vårdcentral hade 10 000 invånare med stor andel barnfamiljer och få äldre.

I vårdcentralen fanns distriktsläkarmottagning, en distriktssköterskemottagning och en barnmorskemottagning. Dessutom folktandvård och apotek.

Resurser

Några nyckeltal som speglade verksamheten:

- 1 årsarbetande läkare/2000 invånare hos vilka gjordes 1,04 besök per inv. och år
- 2,7 övrig personal per årsarbetande läkare.
- 1,33 invånare per årsarbetande sjuksköterska + distriktssköterska hos vilka gjordes 0,7 besök per invånare och år

Samverkan med andra

Samverkan med andra aktörer funderade rimligt bra. Kontakterna med kommunens hemsjukvård och Försäkringskassan framhölls särskilt som god liksom med Alingsås lasarett.

Patienttillfredsställelse

Endast 15 patientintervjuer i väntrum gjordes. De patienterna var sammanfattningsvis mycket nöjda: med rimliga väntetider, god telefontillgänglighet, korta väntetider i väntrum, trevligt bemötande, nöjda med besöket. Någon patient var missnöjd för svårighet att komma fram på läkares telefontid.

Vad präglade/utmärkte Floda vårdcentral?

Tidbokningssystemet

Man hade ett konsekvent genomfört bokningssystem som innebar att ingen patient kom obokad om det inte var en akutpatient, ”direkt från gatan”. Även patienter till laboratoriet eller distriktssköterskan var bokade. Detta gav en struktur åt arbetsdagen med god kontroll över vad som kommer att hända. Det gav en jämn fördelning av arbetsuppgifter, lika för alla. Väntetiderna i väntrum blev korta. Man fick god tillgång till akuta tider hos läkare framför allt med den extra tid man hade under måndag till torsdag fram till kl. 18.

Tidbokningssystemet hade en styrande funktion med uppföljning av arbetsbelastningen på enskilda befattningshavare. Det krävdes god disciplin exempelvis att man journalför i direkt anslutning till patientbesöket och att man inte bokar patienter på telefontid.

Datoranvändning

Man hade kommit längst i konsekvent datoranvändning (det papperslösa kontoret) jämfört med andra vårdcentraler som undersökts av konsulten. Mail-funktionen användes t.ex. flitigt även intern. Distriktssköterskemottagningen använde inte datorjournal, endast bokningssystemet.

Rollfördelning

Rollfördelningen, som styrs av bokningssystemet, är mycket tydlig

Fördelningen mellan distriktsläkarmottagningens sjuksköterskor och distriktssköterskorna tycktes vara slumpmässig. Det var endast barnhälsovårdsuppgifter som skilde verksamhetsinnehållet. De fyra distriktssköterskorna delar på barnhälsovården, vilket gav ett lågt barnunderlag per distriktssköterska.

VÅRDCENTRALEN I GRÅBO 1978 -1989

Den nya vårdcentralen i Gråbo invigdes 1978. Byggnaden var en av de första i ett nytt koncept av utförande som utarbetats i samverkan mellan primärvårdsledningen i Södra Älvsborgs sjukvårdsdistrikt och centralförvaltningens byggnadsavdelning i Vänersborg.

Nya vårdcentralgenerationer

1970- talet innebar en kraftig standardhöjning av lokalerna för primärvården. Den första Vårdcentralgenerationen bestod av enplans byggnader med flyglar utgående från en central korridor. Gråbo vårdcentral är ett exempel på denna generation. Den var en av de första i en rad liknande i landstinget (I mittenälvsborg Vårgårda, Noltopr i Alingsås är exempel på dessa). De behövdes för utbyggnaden av primärvården och samlokaliseringen av primärvårdens verksamheter med apotek och tandvård.

Varje enhet fick en egen flygel, de större som läkarstationen och tandvården. ofta två. Apoteket lades i anslutning till entrén. Gemensamhetsutrymmen fanns i en annan flygel för omklädning, fikarum och arkiv/bibliotek. Ett ambulansintag fanns också. Mottagningslokalerna var ändamålsenliga. Den genomgående korridoren var bred, för bred för funktionen. Handikapptoaletter fanns det många och de samordnades inte med vanliga toaletter. En elak kommentar var att arkitekterna fick betalt efter ritad yta.

Bild.

Snart (1980-talet) kom en andra generation vårdcentralbyggnader, där man bantade ytorna för att få ner kostnaderna. Man byggde i två våningar. Exempel på denna generation är Vårdcentralerna i Herrljunga, Sollebrunn och Lerum.

Gråbo Vårdcentral utvecklade vårdadministrativa system

Gråbo vårdcentral kom att bli ett centrum för utveckling av informationssystem. Förutom att man tog upp och gjorde reklam för löpande vårdplanering i riket så utformades en variant av den Problemorienterade journalen. Spri och Gert Ljungkvist var medagerande.



Tillsammans med vårdcentralen Kronan i Sundbyberg utvecklades också den första heltäckande datorstödda journalen som fick stor betydelse för den fortsatta utvecklingen av datorstödet i primärvården. Till journalen, som gjordes problemorienterad, integrerades det löpande vårdplaneringssystemet. En läkemedels/receptmodul kopplades till det lokala apoteket på vårdcentralen. För att kunna använda datorsystemet för verksamhetsredovisning/analys beskrevs tillsammans med Spri och Kronans vårdcentral krav på Basdata i primärvården, Bengt Dahlin och Britt-Gerd Malmberg (Spri rapport 142/1983). Utvecklingsarbetet fortsattes av Rolf Linnarsson och resulterade i en doktorsavhandling vid Linköpings universitet: *Methods, design and components for a computer-based patient record to promote quality care in general practice*, 1993.

Mer om detta i avsnittet – Informationssystem och IT– i vården.

Gråbo vårdcentral före datoriseringen

Gråbo betjäningsområde

Gråbo vårdcentral betjänade 1985 cirka 7000 invånare i Stora Lundby och Östads församlingar inom Lerums kommun, som då hade 32.000 invånare. Medelåldern var låg, 33 år mot länets 38 år. inflyttningen i området var hög under 1960- och 1970-talen. Gråbo vårdcentralens betjäningsområde hade relativt mer social problematik än kommunen i övrigt. Rehabprojektet (se Rehabilitering – ett samverkansprojekt) visade att långtidssjukskrivningen var högre bland befolkningen i Gråbo jämfört med Lerum och Floda.

Ledningsorganisation

Den administrativa ledningen utövades inom en blockorganisation där primärvården var ett eget block. Blocket var uppdelat i fyra läkardistrikt. Gråbo vårdcentralens ledning fanns dels i Borås – blockledningen, dels i Alingsås – läkardistriktsledningen. Chefer var läkare i egenskap av blockchef och distriktsöverläkare. Lokalt leddes primärvården vid vårdcentralen av en vårdcentralchef och vid dennes sida en avdelningsföreståndare. Ledningen hade begränsade befogenheter. Beslutsnivåerna var många och beslut som krävde resursförbrukning utöver vardaglig drift var förenat med stor vända och byråkrati.

Distriktsvården på vårdcentralen var inte integrerad i läkarstationens administration utan ingick i läkardistriktets omfattande kostnadsställe (i Alingsås). Den fackliga organisationen var på motsvarande sätt starkt centraliserad vad gällde förhandlingsrätt med många informationsnivåer.

Arbetsorganisation

Verksamheten var organiserad i vårdlag. Distriktsläkare, distriktssköterska och undersköterska var vasen för vårdlagen, tre stycken, med begränsade geografiska ansvarsområden.

Barnmorska med undersköterska och en av distriktsläkarna utgjorde ett fjärde vårdlag med hela betjäningsområdets fertila kvinnor som ansvarsområde.


Läkarstationen fungerade också som ett övergripande vårdlag med ansvar för akutvården och serviceansvar för de övriga vårdlagen. Funktioner var ledning, vårdplanering, laboratorieservice och sekretariat. Avdelningsföreståndarens hade under betjäningsområdeschefen övergripande ansvar för samtlig primärvårdspersonal.

Arbetsfunktioner

Några av många arbetsfunktioner tas upp här. Själva vården av patienten liksom patient/läkarkontakten avhandlas inte här. Det var dock, som alltid, kärnan i arbetet.

Telefonservice i form av telefonpassning. Samtlig personal deltog utom läkare. De senare fick ringa upp patienter efter önskemål. Målet var att inge skulle behöva vänta för att få svar omgående i telefon.

Patientrådgivning. Tidbokning per telefon som innebar telefonkontakt med vårdsökande. Patientsamtal som utmynnade i ställningstagande till problemet och åtgärd enligt KÅR (kontaktorsaksåtgärdsregistret) R/P-blanketten fylls i. Besöksplanering/bokning görs. Uppgifterna utfördes av sjuksköterska, distriktssköterska eller barnmorska och ibland av läkare. För uppgiften behövdes oftast att patientjournalen togs fram ur journalarkivet, vilket tog tid med väntan i telefon.

				REGISTRERING/PLANERING nr Personnr: _____ Efter-, förnamn: _____ Adress: _____			
Kontaktpunkt År mån dag kl		Sign patmott. läkare		Tit. hem/arb			
Patientproblem/kontaktsak _____ _____ _____							
Kod: _____				<input type="checkbox"/> Aler patmott		<input type="checkbox"/> Text till journal	
Beslut Åtgärd <input type="checkbox"/> Besök läkare <input type="checkbox"/> Rådgiv. läkare <input type="checkbox"/> Tel läkare <input type="checkbox"/> Besök sjuksöt <input type="checkbox"/> Rådgiv. sjuksöt <input type="checkbox"/> Recept				Bokningsförutsättningar Brädskegrad Besök nr Läkartid Patientönskamål: läkare, tidpunkt etc		Bokad Tid Mån Dag Kl	
Önskade undersökningar/provtagningstid				<input type="checkbox"/> S-Kallium <input type="checkbox"/> S-Kreatinin <input type="checkbox"/> S-Urat <input type="checkbox"/> S-Leverstatus		Bokad för provtagning Mån Dag Kl Provsvar till läkar/besök	
<input type="checkbox"/> Pt-Längd	<input type="checkbox"/> 102	<input type="checkbox"/> B-SR	<input type="checkbox"/> Urinstest	<input type="checkbox"/> 202	<input type="checkbox"/> S-Kallium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pt-Massa	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> B-Hb	<input type="checkbox"/> U-Sediment	<input type="checkbox"/> 206	<input type="checkbox"/> S-Kreatinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pt-Ekg	<input type="checkbox"/> 113	<input type="checkbox"/> L Lhc	<input type="checkbox"/> U-Bakterier	<input type="checkbox"/> 310	<input type="checkbox"/> S-Urat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pt-BT	<input type="checkbox"/> 134	<input type="checkbox"/> B-Glukos	<input type="checkbox"/> Pt-Hörsekturva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S-Leverstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Receptionsfunktion. Med uppgift som att förbereda för ett patientbesök d.v.s. ta fram och komplettera journalhandlingar, ta emot patienten, ta upp avgift och ge kvitto. Kassaredovisning. Kanslisten hade huvudansvaret för de administrativa uppgifterna men patientmottagande kunde också göras av sekreterare, sjuksköterska och undersköterska.

Laboratoriefunktion. Vanliga enkla prover togs på mottagningen (ex. urinprover som sediment, Hb, SR, Blodsocker, Vita blodkroppar, EKG) andra sändes till Centrallaboratoriet i Borås efter förbehandling och packning. Undersköterska och sjukvårdsbiträdet utförde dessa uppgifter.

Remiss och provsvarshantering. Med lasarettet överenskommen remissblankett fylldes i för lab. Eller medicinsk remiss. Provsvarsrutiner fanns.

Dokumentation av patientkontakt. (R/P-blankett, journaldiktering). R/P-blanketten fylldes i under olika delar av kontakten med patienten. Kontakten registrerades/intalades på band för sekreterarna att skriva ut. Ev. labvärden infördes på lablistor i journalen. Samtlig personal med utredande eller vårdande uppgifter gjorde detta. Läkarna lade relativt mycken tid på journaldokumentationen.

Journal skrivning. Läkarsekreterare (ibland kanslist) skrev ut journalen på journalblankett efter diktat av respektive vårdgivare. Remisser, utlåtande och brev skrevs också ut enligt diktat. Någon gång skrev läkarna själv ut remisserna och utlåtanden. Övervägande delen av läkarsekreterarens arbete var arbete vid skrivmaskinen.

Arkivfunktion. Innebar framplockning av journaler vid patientkontakter, insättning av färdigregistrerade journaler, kontroll av arkivet enligt fastställda rutiner. Uppgifterna utfördes huvudsakligen av kanslist och läkarsekreterare. Arkiveringsfunktionen var tidsödande.

Besöksplanering. D.v.s. rutiner vid på förhand planerade kontakter innebar ifyllande av R/P-blankett, insättning av R/P-blanketter i låda eller pärmar för övervakning, kallelserutiner. Alla besök som överskred ”planeringshorisonten” 6 veckor kallades per brev, vilket sparade en mängd inkommande samtal. Kanslist och sekreterare hade huvudansvaret för att kallelserutinerna fungerade.

Vård- och resursplanering, statistik. Funktionen innebar Schemauppläggning, tidboksplanering och uppläggning, statistikinsamling. Vårdcentralchefen och avdelningsföreståndaren hade huvudansvaret men assisterades vad gällde färdiga rutiner av kanslist och undersköterska. I det manuella systemet tog rutinerna mycket tid.

Service till befolkningen

Ur en befolkningsenkät 1984 till sammanlagt 1229 invånare, 15 år och uppåt, slumpvis utvalda.

Service och bemötande:

”Hur anser Du att servicen vid vårdcentralen är?”

57 % svarade God; 35 % Tillfredsställande och endast 2% Dålig. 6 % angav ingen uppfattning.

”Anser Du att Du blir personligt bemött vid vårdcentralen?”

41 % svarade Ja, mycket; 69 % Tillfredsställande och endast 4 % nej.

”Har personalen ont om tid för Dig. Lyssnar de dåligt på Dina problem?”

60 % svarade Nej, aldrig; 17 % Ibland och endast 5 % Ja, oftast. 18 % hade ingen åsikt i frågan.

Tillgänglighet

Vårdcentralen var öppen vardagar mellan kl. 08 och 17. Under den tiden var målsättningen att alla skulle komma till tals med någon vårdgivare för att dryfta upplevda hälsoproblem. Övrig tid hänvisades befolkningen till en för Mellanälvsborg gemensam jourcentral i Alingsås med bemanning av distriktsläkarna i detta område.

Tillgängligheten mättes i nämnda befolkningsenkät:

”Är det svårt att komma fram per telefon till vårdcentralen?”

66 % svarade nej; 24 % Ja, ibland. Endast 2 % ansåg att det var svårt att komma fram per telefon. 7 % hade inte alls ringt till vårdcentralen.

”Anser Du att Du behöver vänta länge för att få en tid till läkare eller distriktsköterska?”

65 % svarade nej; 20 % Ja, ibland; 7 % Ja. Resten hade ingen åsikt i frågan.

Sammanfattningsvis ansåg man att befolkningen upplevde att Gråbo vårdcentral hade stor tillgänglighet.

Kontinuitet. ”Får Du träffa samma läkare vid Dina besök?”

43 % svarade Oftast; 32 % Ibland och 10 % Aldrig.

Man konstaterade att: ”Trots vakansläget och de senaste årens läkaromflyttningar upplevdes kontinuiteten tämligen god vid vårdcentralen”.

Sammanfattningsvis var befolkningen mest nöjd med att:

- Man fick ett trevligt bemötande
- Väntetiden var kort
- Man fick den hjälp man behövde
- Man fick snabb hjälp
- Det gick snabbt att få tid
- Läkaren/personalen hade tid att lyssna och förklara sig
- Man fick en kunnig behandling
- Man fick samma läkare vid varje besök

En tidningsartikel om kulturrevolution

I en artikelserie om vårdkulturen i Sverige i början av 1980 besökte Karin Thunberg Gråbo vårdcentral och intervjuade Bengt Dahlin:

Bengt Dahlin Gråbo vårdcentral:

Kulturrevolution på väg i vården

- Den kulturrevolution som förändrat flera storföretag kan genomföras också inom storsjukvården.
- Bryt ner verksamheten i mindre enheter som får ett ekonomiskt, funktionellt och administrativt ansvar.
- Det är tragiskt att City-akuten skulle behövas, men den tvingar oss att förändra vården.

— Det går att förändra svensk vårdkultur, även inom systemet. Den löpande vårdplanering, som jag varit med om att utarbeta, är nästan löjligt enkel — men den gör arbetet betydligt mer effektivt, till gagn för både personal och patienter.

Det säger Bengt Dahlin, chef för Gråbo vårdcentral och distriktsöverläkare i Lerums kommun. Enligt hans erfarenhet fungerar primärvården mycket bra på många håll i landet...

— ...all skillnad från storsjukhusen, som är de främsta offren för en besvärskravning. Beslut tas så långt från de berörda enheterna som möjligt för att undvika några av de stora problemen i hierarkin.

— Men så behöver det inte vara. Varje enhet, även på det stora sjukhuset, skulle kunna vara ekonomiskt, administrativt och funktionellt ansvarig för sin verksamhet. Den "kulturrevolution", som bl.a. genomförs på SAS, är möjlig att genomföra även inom sjukvården.

Men det förutsätter att läkare på olika chefsnivåer inte strider om sina positioner. För i och med att organisationen förändras kommer många chefsbefattningar att försvinna.

Vården ändras

Bengt Dahlin är, trots allt, optimistisk. Mycket håller på att ändra, hävdar han.

— Det är tragiskt att L ex.

City-akuten skall behövas, men den medverkar till att sjukvården förändras och förbättras. Genom privata initiativ får patienterna också alternativ, vilket är speciellt viktigt på en liten ort, där man kan behöva skydda sin integritet.

Bengt Dahlin ger ett exempel: en man har olika sjukdomssymptom, som botas i dolda alkohollin. Det är förfärligt att han drar sig för att gå till ortens vårdcentral, där han känner många av dem som arbetar.

Den konfrontation som uppstår mellan primärvården och den slutna vården är både olycklig och onödig, menar Bengt Dahlin. För båda alternativen behövs — förutom privata praktiker.

— Sjukhusen har specialiteter och bättre teknisk utrustning. Primärvården kan uppfylla människors behov av trygghet, kontinuitet, tillgänglighet — och bli deras möjliga bostad för att få kvarhållna.

Fördela tid

— Men all sjukvård måste ske på patienternas villkor. Man måste inte minst ta hänsyn till deras tid, för tid är kvalitet och en mottagningsbesök skall inte behöva ta mer än 45 minuter.

— Bristande service och långa väntetider är främst ett bevis på dålig organisation. Ett planeringssystem innebär att vi bokar in patienterna efter deras åkomster. Av erfarenhet

vet vi att L ex. en halvlass kan åtgärdas på 10 minuter medan förmodat högt blodtryck kräver dubbel så lång väntetid.

— Dessutom är det inte alltid nödvändigt att träffa en läkare, många gånger kan en sjuksköterska ge lika effektiv vård, berättar Bengt Dahlin. Genom att fördela uppgifterna ökar genomströmningen av patienter. fler kan få snabb service samtidigt.

För att sjukvården skall fungera krävs i läkare på 2 000 patienter, d v s 4 000 distriktsläkare i Sverige. I dag finns bara halva antalet.

— Många vårdcentraler ställs inför oräddhetskrav. För tjänster kostar pengar, men jag är övertygad om att de på sikt ger en samhällsekonomisk vinst.

Nytt system

Har kom Bengt Dahlin på idén till löpande vårdplanering?

— 1970 öppnades en vårdcentral i Lerum. Förväntningarna var höga och ganska snabbt hade vi långa köer. Människor aktrv arga beständare i tidningarna: "Vad hjälper det att vi får en vårdcentral när man aldrig kommer dit!"

— Vi insåg att det krävdes förändrade arbetarutbildning och sättet oss ner för att diskutera dem. Problemen var uppenbara: människor skulle inte behöva vänta i veckor på besöks-tid, telefonerna fick inte vara



— Att våga bryta mot regler är en chefs viktigaste uppgift, säger Bengt Dahlin chef för Gråbo vårdcentral.

Foto: BOG AUGUSTSON

blockerade, varje läkare måste ha avsatt tid för journaler varje dag o s v. Ganska snart hade vi kommit fram till ett nytt planeringssystem.

Samt förnuft

Finns det inte risk att göra misstag, när man senkt följer en upplagd planering? Kan det inte vara svårt att L ex. säga hur snabbt någon måste få gå för läkarbesök bara genom ett telefonsamtal?

— Personalens yteskänsligheter och sundt förnuft måste alltid gå först. Dessutom måste vårdprogrammet anpassas till individen — inte tvärtom. För att arbetet skall fungera krävs också en ledare, med övergripande ansvar.

Vilken är hans/hennes främsta uppgift?

— Att med fasthet hålla en linje, som han/hon får den övriga personalen att arbeta efter. Men cheden måste också bry sig om sina medarbetare och lyssna på dem — vilket bara är möjligt i en mindre arbetsgrupp.

— Men chedens viktigaste uppgift är att våga bryta mot regler, att låta sunt förnuft gå före den hierarkiska organisationen. Annars är det svårt att få en verksamhet att fungera.

Karin Thunberg

Vårdcentralen i Gråbo efter 1985

Arbets sättet på vårdcentralen förändrades helt efter införandet av datorstöd 1985.

Personalen fick ett radikalt förändrat innehåll i sin verktygslåda för informationsbehandling (informationssystemet). Även den verksamhetsmässiga. Arbetsorganisatoriska och personella situationen påverkades och blev föremål för förändringar.

Datorstödet omfattade översiktligt följande funktioner

- Patientregistrering* Funktion för sökning och uppdatering av lokalt patientregister innehållande demografiska data över samtliga invånare i betjäningsområdet samt tilläggsdata för individer som var patienter vid vårdcentralen.
- Vårdplanering* Funktion för underhåll av planeringsschema för vårdcentralen, där vårdcentralens resurser i form av personaltid och utrustning m.m. tidsmässigt avsattes för olika aktiviteter.
- Tidbokning* Funktion för inplanering för enskilda patientbesök och åtgärder samt rutinmässiga administrativa stödfunktioner typ lallelser.
- Kassa* Funktion för patientavgiftshantering och redovisning.
- Journaluppgifter* *Funktioner innefattande rutiner för registrering och presentation av journalinformation i form av fullständig datorjournal.*
- Remiss-, svarshantering* Funktion för registrering av beställda och besvarade prover samt remisser och därtill hörande bevakningsrutiner.
- Receptförskrivning* Funktioner innehållande stöd för läkare vid receptutfärdande, utskrift av recept på expedition eller apotek, registrering av läkemedelsinformation i journalen samt ett visst beslutstöd.
- Vidmeringsrutiner* Enligt patientjournalagens krav.
- Utskrifter* Funktioner för uttag av papperskopior av datalagrad information t. Ex. journalanteckningar och dagschema.
- Rapporter, statistik* Funktioner för verksamhetsuppföljning och medicinsk utvärdering i form av rapportgeneratorer.
- Brevlåda* Meddelandefunktion för kommunikation mellan vårdgivarna inom enheten.
- Systemunderhåll* Funktion för underhåll av datasystemet vad avser bl. . sekretess och behörighetskontroll, underhåll av begreppslexikon, driftsövervakning och säkerhetskopiering (back up) m.m.

Bengt dahlin och Björn Nilsson konfererar kring datorterminal.



Förändrade vårdadministrativa funktioner

En del av förändringarna tas upp här.

Vårdplaneringen De manuella rutinerna enligt "lerumsmodellen" med löpande vårdplanering hade överförs till datorstödda rutiner ofta i form av mallar som kunde hämtas fram och användas gång på gång. Grundscheman kunde läggas upp för obegränsat antal vårdgivare. Brådskegraderingar samt obegränsat antal aktiviteter kunde enkelt definieras. Dagschema planerades för varje vårdgivare med utgångspunkt från grundschema eller genom kopiering av färdiga "principscheman" för olika definierade veckotyper.

Telefonservice, rådgivning Ofta behövs journalen för rådgivning. Den fanns nu tillgänglig i datorterminalen vid sidan om telefonen. Persondata inlagda i datorns minne ökade säkerheten och förkortade telefonsamtalet.

Bokning Tidigare fanns en gemensam tidbok tillgänglig i receptionen. Datorstödet innebar att alla fick tillgång till tidboken vid sin terminal – alla kunde boka besök eller återbesök när så behövdes. Via "bokningsbild" i terminalen registrerades som på R/P-blanketten bokningsuppgifterna. Om besöket var utanför "planeringshorisonten" d.v.s. att det ej fanns upplagda dagschema sattes patienten på väntelista. Kallelsebrev skrevs ut av datorn enligt olika förvalda brevmallar som också innefattade anvisningar för föregående provtagningsbesök om sådant önskades. De datorstödda rutinerna ökade säkerheten och minskade tidsåtgången för bokning av patientbesök.

Patientbesöket När patienten kom till mottagningen registrerades detta i kassan genom att hämta uppgifterna från bokningsmodulen. Besöksregistreringen kompletterades med en betalningsregistrering då taxekoder noterades. Kassakvitto skrevs ut automatiskt. Allt detta innebar tidsbesparing och ökad säkerhet. Journalen fanns tillgänglig för alla behöriga i datorn och vid arbetsplatsernas skrivbord i datorterminalen. Besökslistor fanns på samma sätt i dagschemamodulen för alla vårdgivare. Tillgängligheten till informationen

var maximal och tid sparades.

Att läsa datorjournalen

Att patientjournalen fanns i datorn innebar ett ovant sätt att ta del av patientdata. Det var frustrerande för en del vårdgivare. Lämpligt var att ta del av journaldata innan patientsamtalet. Journalen var problemorienterad. Problemöversikten gav ingången till den.

Problem	Dns ADT	AVSLUTAT
060420 070522 (1) ROSTA	86 7	
071007 900220 (2) RASTLÄS/VENOM	87 3	
070510 071007 3	87 2	
070819 071007 4	87 4	
060420 071007 5	86 7	
060225 060225 6	88 1	
060225 900220 (7) KJARTYNSHVVICIERES (KJARTYFIET)	87 4	
070819 900220 8	87 4	
900309 900320 (9) FREDNORE	90 2	

Via den kunde man följa ett problem genom hela journalen. För problemet visades de undersökningar och andra åtgärder som registrerats kopplade till problemet eller kopplade till besöket generellt (problem 0).

Journalen kunde läsas på många andra sätt:

Besöksorienterat. Man kunde välja att läsa ett eller flera besöksdatums löpande journalanteckningar i omvänd kronologisk ordning som om man bläddrade besök för besök bakåt i journalen. Man kunde ange vid vilket besök man ville starta läsningen och hur många besöksanteckningar man ville läsa.

Möjlighet fanns att direkt via huvudmenyn begära senaste besöksanteckning, eventuell aktuell läkemedelslista och laboratorielista. Via en journalbild hade man möjlighet att se det viktigaste innehållet i journalen och via piltangenter och funktionstangenter följa vad som översiktligt fanns registrerat för de olika besöksdatum vad gällde diagnoser, åtgärder och mediciner. Från översiktsskärmen kunde man sedan läsa journalen både besöks- och problemorienterat med bläddringsmöjlighet.

Om man önskade kunde man söka och presentera enstaka begrepp med numeriska värden (bltr, hb, blodsocker) i tabellform eller som diagram.

Man kunde själv via systemunderhållet skapa sammanställningar av olika slag t.ex. diabeteslista, hypertenilista, Waranlista etc. Dessa faktalistor kunde man behålla för att återanvändas.

Läkemedels- och laboratorielistan var faktalistor som fanns förprogrammerade och kunde sökas via menyerna för att läsa journal.

Sekreteransvar och att skriva datorjournalen

Sekreterarna fick en betydelsefull roll i det datorbaserade vårdinformationssystemet. Huvuduppgiften var kvar – att dokumentera vårdgivarnas kontakter med patienterna – journalskrivningen. Att skriva in en datorjournal tog inte längre tid än en vanligt dikterad pappersjournal. Men det var viktigt att kunna ”begreppslexikonet” inklusive diagnostermerna. En fördel var att vårdgivaren själv vid sin terminal kunde själv skriva in en anteckning, fast detta användes sällan av läkarna.

Därtill hade kommit nya ansvarsområden. Dataarkivet måste skötas d.v.s. av säkerhetsskäl måste data lagras. Sekreterarna gjorde ”back-up”. Sekreterarna hade också ansvar för datasystemet och för maskinvaran. Sekreterarna fick en nyckelroll och blev helt oundgängliga för att datorstödet skulle fungera. Därmed ökades läkarsekreterarens yrkesstatus rejält.

Delar av journalen hade redan innan patientbesöket och fortlöpande under besöket registrerats av olika befattningshavare – i telefon, i kassan, på laboratoriet och kanske som receptförskrivning. Till sist med journalanteckningen efter läkarkontakten.

På samma sätt registrerades överenskomna Basdata (se detta avsnitt) för utvärdering av patient/vårdgivarkontakten, t.ex. initiativ till kontakten, kontaktsätt, brådskegrad m.m. Registrering av basdata innebar inte något större merarbete för sekreteraren eftersom de var en naturlig del av journalen och presenterades först i varje journalanteckning.

GRÅBO VC
445 04 GRÅBO
0307-41050

DEMO-011
WERNING, MILLA
MOSKALIE TORG 4
445 00 SEVASTEN
Tel: 0307-45478

Utdrag: 900403

Vårdnadsg. P.c.-T.T., se tid sjd.:

850615
Dok dat
Dk
Sökt ord

860901/JANG
DARLIS, B. DLNÖTT. STÄRKT PLANERINGSBAR PERIOD. VGL. 850325. NOTTAGNING
2778, 2719
SÄKER för tidigare häns diabetes och hypertoni.

2

DIABETES MELLITUS
kommer på sedvanligt återbesök. Inga betydande med
sökrät. när relativt väl. Håller diet som tycker detta
är svårt.

Staten

AT
Plyg och oövertad.
OGON
Kantata mikromsryggar.
PULS: -
Pulp u s.

Bedömning

1 Rehabiliteringsinsat.

Fian sja

Vill dietet för förnyad kost-

3

ESSENTELL SYM-

Sammanfattande erfarenheter av datorjournalförsöket i Gråbo

Patientens upplevelser

- Servicen, kontinuiteten och tillgängligheten var oförändrat god
- Bemötande och omsorg av patienten stördes inte av datorterminalen
- Informationsförståelsen påverkades inte
- Patientens tid med vårdgivaren påverkades inte

- Man var inte rädd för att sekretessen kunde hotas av datorjournalen.
- Man blev mer intresserad av att läsa sin datorjournal än pappersjournalen.
- Man undvek inte att söka vårdcentralen p.g.a. införd datorjournal.
- Man hade inget emot att vissa uppgifter om vården gick till närbeläget lasarett.

Arbetsorganisation och arbetsmiljö

- Datoriseringen innebar att ansvarsområden stramades upp och disciplinen vad gällde regler ökade.
- Teorin att det går bra att datorisera en vårdcentral med väl utvecklade manuella rutiner var inte tillräcklig. Man måste komplettera med insikten om att utveckling av verksamheten, organisationen och arbetsrutinerna samt personalen måste till för att åstadkomma effektivitetsvinster.
- Statusmässigt var det läkarsekreterarna som vann mest.
- Påtagligt kände man sig mer bunden vid arbetsplatsen än före datoriseringen.
- Utvecklingsarbetet ökade kunskaperna om ADB och om verksamheten och därmed självkänslan.

Yrkesrollerna

Läkarna

- De läkare som blev mest insatta i datasystemet fick en positivare syn på kvaliteten i informationshanteringen.
- Flertalet läkare upplevde ökad stress som delvis berodde på datasystemet. Man kände sig styrd av det strukturerade arbetssättet. Stressen ökade då det uppstod fel och oklarheter.
- Att inte ha journalen i handen vid patientkontakten kändes påfrestande för många och innebar ett förändrat arbetssätt.
- Att läsa en pappersjournal upplevdes lättare än en datorjournal.
- Datorn upplevdes av många som ”en svart låda” som man hade svårt att få ut de uppgifter man önskade.

Sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna använde de flesta funktionerna i datasystemet och blev mest beroende av systemet. Det var det positivt att slippa leta efter journaler. Men de var kritiska i en del avseenden,

- Det var krångligt att växla mellan rutinerna bokning och läsning av journalen i en bokningssituation.
- Överblicken vid läsning av journalen upplevdes minskad
- Att diktera journalanteckning var jobbigt för många sjuksköterskor då de inte hade en utvecklad nomenklatur för journalföring. De var inte vana att föra journal på ett strukturerat sätt.

Undersköterskor

Man behövde endast registrera lab.information och det lärde man sig snabbt. Man var positiv till datoriseringen utom en som inte klarade att ställa om sig till de nya arbetsformerna. Hon fick andra arbetsuppgifter.

Läkarsekreterare

Läkarsekreterarna var den yrkesgrupp som blev mest nöjd med förändringarna.

Arbetsmiljön

Sextio procent av personalen upplevde stress i arbetet under försöksperioden beroende på formell arbetsgång, inga genvägar, styrning genom systemet, information som upplevdes försvinna, små obegripliga fel, bristande överblick, bristande rutin och brister i utbildningen.

Därtill kom huvudvärk, ögon- och hudbesvär. Rödögdhet, grus i ögonen och sämre syn var besvär som uppgavs.

Rose-Marie Harrysson, vårdcentralföreståndare anförde:

”Frustration fanns i kassan, bland sjuksköterskor, bland läkare när systemet inte fungerade. Det höll på att ge oss hjärnblödning flera gånger i veckan det första halvåret. Alla driftstörningar. Det var urjobbigt när allting slocknade och vi inte visste vilka patienter som skulle komma. Pappersjournalerna fanns ju fortfarande kvar första året, vilket underlättade vid driftstopp. Men vi lärde oss att trycka ut manuella listor på tidböckerna under en period. Minns inte hur länge. Vi hade dagböcker där vi ofta skrev av oss frustrationerna.

En rolig episod var att anpassa sig att kunna skicka meddelande till varann via datorn: Minns att jag skickade ett meddelande till en AT-läkare men han svarade inte så när det gått några dagar så frågade jag honom... ”Jamen, jag har ju sprungit in och ut och letat i mina lådor på receptionen man kan ju inte hitta det” blev svaret...fniss... han hade bara sett att det stod på skärmen att han hade ett nytt meddelande och då trodde han att det låg i lådorna för posten i receptionen.”

Sammanfattande synpunkter

Om en datorjournal skall accepteras och ha en framtid i vården får den inte störa patient/vårdgivarmötet. Datorn/terminalen/systemet får inte uppfattas som styrande av människans handlande utan måste vara ett stöd och en hjälp i arbetet.

Detta betyder bl.a. att

- Inmatning av information måste kunna ske utan tillkommande stressfaktorer eller försämrade arbetsmiljö. Det nya verktyget måste innebära förbättringar i dessa avseenden.
- Uthämtande av information skall ha samma krav på sig som inmatningsrutinen. Presentation av informationen måste vara överskådlig, pedagogisk och självförklarande så att den skapar trygghet.
- Mötet människa maskin är ett känsligt möte.

Om Gråboförsöket

- Datasystemet och rutinerna fungerat bra sedan ett skede av rutindrift inträtt.
- Det var i slutet av försöksperioden sällan störningar i driften
- Servicen till patienten var oförändrat god.
- Vårdplaneringen underlättades
- Boknings- och kassarutiner underlättades

Datorjournalen gav

- Vinster i dokumenthanteringen som tillgänglighet, platsbesparande, ekonomiskt effektiv, underlättande vidimeringsrutiner.
- Stor möjlighet att söka information i journaldokumentationen och på olika sätt
- Möjlighet till kvalitetssäkring

Men också

- Svårigheter att anpassa sig till tekniken som bundenhet till terminalarbetsplats, ej blädderbar journal, känsla av ”svart låda”.
- Frustration när systemet inte fungerade.
- Behov av bättre utbildning och ändrade attityder till journalens informationsvärde.

Ur sjuksköterskornas processdagbok vid Gråbo Vårdcentral 1985 – 1986

Mycket registrerades under Gråboförsöket. Inte minst var det viktigt att ta fram svårigheterna under projektarbetets gång, och det gjorde man i en dagbok med motto:

*Tänk i varje nöd och fara varje motgång och besvär
Att det ändå kunde vara vida värre än det är.*

Lenah 850913 _ ”Som vikarie upplevde jag det som mycket jobbigt att vara på Gråbo VC i början av dataprojektets införande. Trots att jag arbetat här en hel del tidigare kände jag mig helt utanför. Jag kände ingen som helst motivation till att sätta mig in i överhuvudtaget något som rörde datan. Ett år

senare (fortfarande vikarie och mitt uppe i datorprojektet) känner jag mig accepterad. Jag förstår att det var en jobbig tid för den ordinarie personalen men jag är övertygad om att det hela hade gått lättare för alla parter om man pratat igenom vikarieproblemet innan man startade projektet.”

Rose-Marie 850920 ”Som vikarie i Gråbo upplever jag i mångt och mycket det som mina kollegor redan noterat. När datan utvecklas blir man mer och mer engagerad. Underbart är alla dessa ”datamänniskor”, tålmodiga, glada, snälla, uppmuntrande, vänliga och gulliga.”

Rose-Marie 851216 ”Hopplös måndag. Ingenting med datan fungerar. Buggcheck i ett. Ständiga samtal till Rolf Nikkula i Stockholm.”

Rose-Marie 198-v.3. 8:e veckan med tidboken. ”Fortfarande mycket stul med bokning och vårdplanering. Känns tungt och meningslöst ibland men hoppas på en ljusnande vår.”

Rose-Marie 19860707 ”På nytt datakrångel. Nu slänger jag snart ut den!”

Sammanfattande:

Personalen upplevde under försöket ofta att: Datorer är skit! Inte minst är förändringsarbete tungt och svårt. Det sliter ofta hårt på relationer och lojaliteter i laget. Speciellt upplevde vikarierna att de var utanför gemenskapen.

NYA VÅRDCENTRALEN I LERUM

Flytten från Brobackens vårdcentral i Hälsöhuset var efterlängtat. Man fick en egen välplanerad tvåvåningsbyggnad (det var en ny generation av vårdcentralbyggnader), där alla enheter skulle få välanpassade lokaler. I bottenplanet en reception i vars anslutning fanns sekretariat och plats för sjuksköterskors telefonrådgivning. Plats för två ”vårdlag” med läkare och sjuksköterskor (distriktssköterskor), ett laboratorium, en barnläkarmottagning, rum för specialistkonsulter av olika slag, mödravårdsenhet för barnmorskorna. En gemensam konferens- fikarumsenhet, bilbibliotek, vaktmästeri. I entréplanet också apoteket. En trappa upp (hiss var installerad) fanns sjukgymnastik och arbetsterapi med specialrum för deras behov. Tandvården hade också välutformade lokaler i andra planet. De valde att ha eget fikarum! I källarplanet fanns förrådsutrymmen bl.a. för hjälpmedelsredskap. Där var också personalens omklädningsrum belägna.

Gunnar Hedelin minns.

” I början av 80-talet blev vi alltmer trångbodda i Brobackens läkarstation. Planerna var då att bygga en ytterligare Vårdcentral i södra Lerum och i nästa steg bygga en ny Vårdcentral i centrum som skulle betjäna Lerum norr om motorvägen. Att det blev EN större Vårdcentral i centrum berodde dels på att man inte hittade någon lämplig plats i södra Lerum, dels på att man ville få färdigt Lerums centrum.

Vi blev en av de större Vårdcentralerna i regionen, en storlek som bl.a. kom väl till pass 1987 vid den svåra tågolyckan vid Lerums station då vi plötsligt blev katastrofmottagning för 60-70 skadade vid tågolyckan. Lyckliga omständigheter och en engagerad och kunnig personal gjorde att vi klarade den uppgiften på ett berömvärd sätt. Efterarbetet resulterade också i en videoinspelning för att dela med oss av våra erfarenheter till andra vårdenheter i landet.

Ulla Sandvall, vårdcentralföreståndare, berättar.

1988 började jag på Lerums vårdcentral som vårdcentralföreståndare och innehade denna tjänst till 1999.

Vårdcentralen som var nybyggd och invigd 1985 var en av de större i landet. Den nya vårdcentralen planerades för arbete i vårdlag. Den 13 maj 1985 stod vårdcentralen färdig att ta emot patienter. Vårdcentralen inrymde läkarmottagning, barnmottagning, mödravård, barnvårdscentral, sjukgymnastik och arbetsterapi. Receptionen med kassa var och växel bemannades av läkarsekreterare.

I hela huset, inklusive Tandvård med ca 20 personer, apotek med ca 12 personer och kansliet ca 10 personer, arbetade totalt ca 160 personer i huset. Vårdcentralens personal var 125 personer inklusive kvälls- och nattpatruller. Som föreståndare kändes ett chefskap för 125 personer som en uppgift att enbart administrera: lägga schema, bevilja/eller avslå ledigheter etc. Möjligheten att bl.a. utveckla och kvalitetssäkra vårdarbetet var mycket liten. Gunnar Hedelin och jag tog ett gemensamt beslut att försöka hitta en vettigare inre organisation och startade tillsammans med Solweig Kärrman ett projekt kallat Hjalmar som resulterade i att de "naturliga" avdelningarna fick var sin avdelningssföreståndare. Dessa avdelningar var sjukgymnastik, arbetsterapi, städ, distriktsläkare, barnläkarmottagning och sekreterare. Övrig vårdpersonal föll på min lott alltså distriktssköterskor, distriktundersköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, barnmorskor och lab-personal samt kvälls- o nattpersonal. En av min första uppgifter var att med all personal gå igenom "SPELPLANEN" ett program med ett antal punkter som syftade till att personalen skulle känna engagemang och delaktighet i arbetet.

ÅDEL-reformen som beslutades 1990 och började gälla f.o.m. januari 1992 hade länge engagerat oss. Lerums kommun övertog i sin helhet kvälls- och nattpersonalen samt distriktssköterskor och undersköterskor enligt växling. Inför denna reform var känslorna i gungning och protester framfördes fram för allt från distriktssköterskorna i Älvsborg mot att patienterna berövades kontinuiteten.

Beslutsfattarna i Älvsborg gav efter och gjorde undantag. Älvsborgs undantag blev: Sjuka barn under 7 år samt personer med behov av hemsjukvård mindre än 14 dagar får insatsen tillgodosedda av primärvården. Detta undantag förde med sig en hel del problem. I Lerums kommun valde sedan länge många föräldrar att vårda sina sjuka barn i hemmet. Den växling ± budgeten som redan gjorts vållade stora bekymmer och undantaget togs så

småningom bort så att gränsen går vid vårdcentralens dörr. Sjukgymnastik och Arbetsterapi som gav service till hela kommunen var fortsatt kvar i vårdcentralens lokaler fram till 199x.

Ulla Wessman fortsätter att berätta om.

Läkarsekreterare ett yrke i förändring

” Läkarsekreterarens uppgift i Primärvården, före införande av datorer, var att skriva patientjournaler på en elektrisk skrivmaskin efter diktat från läkare. Utvecklingen av skrivfunktionen var att skrivmaskinen fick "minne och suddband" under 1970-talet. Skulle en remiss skrivas i flera exemplar användes kalkerpapper. Självkopierande remissblanketter kom långt senare. Journalarkivet skulle skötas och fram till datajournalens inträde i början på 1990-talet var det tidsödande att ständigt "leta journaler" för sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare. På Brobackens läkarstation i Lerum var läkarsekreterarens arbetsplats helt skild från övrig sjukvårdspersonal, ett litet "kyffe" bakom kapprummet.

I den nya bemannades Receptionen med kassa och växel av läkarsekreterare. Dokumentation av patientjournaler och arkivarbete sköttes av läkarsekreterarna. Senare placerades läkarsekreteraren i "sitt" vårdlag med ansvar för arbetet i teamet nära läkare och övrig vårdpersonal. Statusen på vårt yrkeskunnande sågs och uppskattades.

Datoriseringen startade med kassafunktionen "Adapt" och 1992 infördes journaldatasystemet Profdoc. Datasystemets intåg skulle ersätta sekreteraren enligt diskussioner bland ansvariga politiker och tjänstemän. Några tjänster minskade, men för oss övriga öppnades en ny, spännande och utvecklande värld. Datorjournalen har krävt stora insatser och stimulerande arbetsuppgifter av läkarsekreterarna. Läkarsekreterarna fick utbildning som systemadministratörer. En stor del av arbetsuppgifterna innebär uppdatering och arbete med systemet kontinuerligt. Insatser behövs av systemadministratörer för att utbilda ny personal, lösa dagliga problem med datorer och skrivare bl a. Läkarsekreterarens yrkesroll förändrades mycket utifrån ständigt nya kunskaper och erfarenheter och ny utveckling av tekniken inom dataområdet. Idag, i början av 2000-talet, är läkarsekreteraren specialist på dokumentation och att utveckla dokumentationsdelen i datorn, att ha kunskap i statistik och ta fram uppgifter ur datorjournalen som underlag för beslut och att ständigt lära ny personal datasystemet. Under 1990-talet har flera dataprojekt genomförts för fortsatt datautveckling. 1998 genomfördes Projekt ROS, elektronisk remiss och svar mellan vårdcentral och röntgen på Alingsås lasarett. Lab-projektet är ett annat dataprojekt som har genomförts för att överföra remissvar elektroniskt. Nya satsningar för att utveckla datasystemen pågår ständigt.”

Öppen mottagning på Lerums vårdcentral

Lerums vårdcentral arbetade under många år med den s.k. ”löpande vårdplaneringen”, som tidigare beskrivits. I mitten på 80-talet ändrades synen på denna modell och på flera håll startade ”öppnmottagningar”, dit patienten under vissa timmar fritt sökte på vårdcentralen.

På Lerums vårdcentral infördes ”snabbmottagning” för patienter med snabbt åtgärdade medicinska problem. För mottagningen avsattes två timmar per dag för två läkare. Redan efter något år tvingades man att utöka resurserna med ytterligare läkare. I och med det nya husläkarsystemet utökades denna vårdform.. Alla läkare fick icke tidsbeställd mottagning cirka två timmar per dag. Detta i sin tur minskade de bokningsbara tiderna och fler patienter tvingades söka på öppnmottagningen fast de egentligen inte platsade där. Under sommaren 1996 tvingades man sätta en gräns på sju patienter per läkare och mottagning. Det var en riktlinje men ingen sökand patient blev utan vård eller behandling. Man ansåg att man trots alla förändringar kunnat förena en hög tillgänglighet på rätt vårdnivå med god kvalitet och bra arbetsmiljö.

Dock ansåg man att man borde titta över organisationen. Detta gjordes i ett projektarbete under ledning av Ulla Sandwall. Man gjorde först en probleminventering av den öppna mottagningen och ansåg att:

- Den öppna mottagningen krävde mycket resurser, alla personalkategorier sammantaget.
- När ”fel” patienter kom in på mottagningen blev det dålig kvalitet för både patient och vårdgivare.

- Arbetsmiljön blev dålig och stressig.
- Möjligheterna att utnyttja personals kompetens försämrades.

Man satte upp några förändringsmål.

- Rätt patient på rätt tid till rätt vårdgivare
- Bibehållen kontinuitet så långt det var möjligt.
- Bra/bättre service till patienterna.
- Ökat antal bokade patienter till läkarna.
- Arbete enligt LEON (lägsta effektiva omhändertagandenivå).
- Ökat antal bokade patienter till sjuksköterskorna – motsvarande 15 – 20 timmar per vecka.
- Utnyttja personalens kompetens maximalt.
- Bra arbetsmiljö.

Förändringar som genomfördes 1997.

Den öppna mottagningen ersattes av:

Snabbjourmottagning. Patienter vid denna mottagning skulle i 90% ha åkommor som snabbt gick att åtgärda (besöksorsaker listas). Övriga patienter bedöms av sjuksköterska och får bokad tid efter behov.

- Mottagningen var öppen dagligen 08 – 09.30. Två – tre läkare tjänstgör tillsammans med sjuksköterska och en undersköterska.
- Alla läkare schemalades till snabbjourmottagningen.
- De tillkommande bokningsbara tiderna används efter bedömning av sjuksköterska. LEON.
- Sjuksköterskorna telefonrådgivning ökades. LEON.
- Alla distriktssköterskor deltog i telefonrådgivningen.
- Alla distrikts-/sjuksköterskor skulle ha bokningsbara tider för att ge en god kontinuitet.

I samband med förändringen av öppen mottagning flyttades Hulanmottagningen in till vårdcentralen 1997. En del förändringar av lokalanvändningen på vårdcentralen gjordes. Handledning till sjuksköterskegruppen genomfördes.

Gunnar Hedelin berättar vidare.

”Mottagningens verksamhet under de gångna 20 år har präglats av vår strävan att genom olika förändringar förbättra verksamheten och tillgängligheten men också av våra politikers olika ambitioner, vilka tyvärr inte alltid går åt samma håll. Vi byggde i mitten av 80-talet upp en modell där vardera av de 4 vårdlagen ansvarade för var sin del av vårt upptagningsområde. När det väl hade satt sig beslutades från politiskt håll att alla skulle välja sin husläkare- så vårt geografiska områdesansvar sopades bort i ett enda nafs. Ett annat tydligt exempel: vi har arbetat mycket med prioriteringsdiskussioner i många år- men så beslutar politikerna att tid skall ges till patient inom ett visst antal dagar oavsett medicinsk prioritering...”

Läs mer om Lerums vårdcentralers aktiviteter i andra avsnitt som:

Samverkan en Lerumsideologi. Om utvecklingsprojekt under 1990-talet, se FoU-kapitlet. Där finner Du också FoU-enhetens i Lerum tillkomst och verksamhet. Barndistriktsläkarna, BVC och Distriktsvård har egna avsnitt. Så har också Äldrevården, Distriktssjukgymnastik och Distriktsarbetsterapi. Vårdlagsarbete beskrivs under Äldreomsorg och Husläkare. När Lerum var eget primärvårdsområde och ledningsorganisationen kan Du ta del av i avsnittet Från centralisering till decentralisering. I Primärvårdens resurser redovisas också Lerum vårdcentraler. Det finns ett avsnitt om Tågolyckan som Gunnar Hedelin nämnt i sin hågkomst.

Gunnar Hedelin avgår som chef efter 25 år

Tony Bergman porträtterar Gunnar Hedelin i Vårdsidor nr 3, 2001.

Avgående chefen för vårdcentralen: **”Chefrollen har ändrat karaktär”**

” Den ekonomiska och I personella situationen är alltmer pressad. Den satsning som politikerna i många år utlovat till primärvården ser vi inte i handling, säger chefen för Lerums vårdcentral. Det ska bli skönt att ägna sig åt andra saker än att vara chef.”

”Det skall bli skönt och stimulerande att få slippa chefsansvaret och ägna sig åt andra arbetsuppgifter. Till dem hör bland annat arbete som allmänläkarkonsult på lasarettet i Alingsås för att utveckla samarbetet ytterligare mellan lasarettet och vårdcentralerna Mittenälvsborg, säger Gunnar Hedelin, som efter nästan 25 år lämnar tjänsten som chef men fortsätter som läkare vid Lerums vårdcentral.

Redan under gymnasietiden i Göteborg stod det klart för Gunnar att han ville utbilda sig till läkare. En bidragande orsak till yrkesvalet var sannolikt att han hade inspirerats av en äldre bror som några år tidigare hade påbörjat sina läkarstudier. Värt att nämna är att även hans yngre bror längre fram satsade på samma yrkesbana.

Gunnar var klar med sina läkarstudier år 1969 och fick ganska snabbt en provinsialläkartjänst i Lerum.

Aldrig enformigt

- Jag har aldrig ångrat att jag valde att bli allmänläkare. Det är ett mycket stimulerande och varierande yrke som aldrig blir enformigt. Att kunna ha en långvarig kontakt med sina patienter och finnas till hands vid olika tillfällen för en mängd olika problem är mycket givande.

Gunnar berättar om en händelse förra året då en äldre dam insisterade på att få komma på besök en viss dag. Det visade sig att hon kom med en blomma och en tårta och ville tacka för de precis 30 år på dagen, som hon varit hans patient.

- Det kändes ganska speciellt, erkänner han.

Helt klart är att han visade intresse och fallenhet för arbetet på vårdcentralen och avancerade till att bli chef för verksamheten, vilket han nu har varit i cirka 24 år. I den rollen fick han vara med om att planera den nuvarande vårdcentralen, som invigdes 1985.

- Det var en spännande ti Tillsammans med mina mc arbetare skapade vi en väl fungerande arbetsplats för den tidens vårdlag.

Ändrat karaktär

Under sin tid som chef i Lerum har Gunnar kunnat se hur själva chefsrollen har ändrat karaktär.

- Tidigare handlade det främst om arbetsledning. Nu är vårdcentralen en mer självständig enhet med ett långtgående decentraliserat ansvar för bland annat inköp och anställning av personal. Tyvärr finns det en strävan från den politiska ledningen att decentralisera ut ännu mer administration till oss vilket jag inte tycker man är betjänta av. Mer administration ute på enheterna tar plats från vårdarbetet och det måste vara en felaktig prioritering.

Gunnar Hede/in, avgående chef i Lerum, fortsätter som läkare vid vårdcentralen.

Gunnar är nöjd och stolt över insatserna från de 70 anställda på vårdcentralen.

- De gör fina insatser och ja kan glädjas åt en stabil personalstyrka.

Under årens lopp har vårdcentralen och dess personal deltagit i flera väl dokumenterade utvecklingsprojekt. Till dem hör den mycket uppmärksammade så kallade Lerumsmodellen med dess inriktning på en mer systematiserad bedömning av brådskegraden hos de vårdsökande.

Som chef har Gunnar strävat efter att i största möjliga utsträckning fatta besluten tillsammans med sin personal, liksom han känt det naturligt att vara delaktig i besluten i sin ledningsgrupp i Mittenälvsborg.

Nu har Gunnar fyllt 60 år i maj och vill inte längre ha det fulla ledningsansvaret.

- Det har blivit allt tyngre under senare år. Den ekonomiska och personella situationen är alltmer pressad och den satsning som politikerna i många år utlovat till primärvården ser vi inte i handling. Av bland annat den anledningen skall det bli skönt att få ägna sig åt andra saker.

Till dem hör fler patientkontakter samt att vara allmänläkarkonsult på Alingsås lasarett för att ytterligare utveckla kommunikationerna mellan de olika specialiteterna. Införandet av elektroniska remisser hör också till de kommande arbetsuppgifterna.

Gunnar räknar även med att få mer fritid än tidigare och han kommer inte att få några problem med att fylla den. Familjen med barn och barnbarn tar sin tid och han spelar även tennis samt sjunger sedan många år i en Barbershop kvartett.”

BARNDISTRIKTLÄKARNA

Barnläkarna i omvärlden

Det förväntades bland barnläkarna 1970 att det skulle krävas 200 pediatriker ytterligare för att ta över de barn 952 provinsialläkare skötte. Antalet pediatriker var då knappt 300. Av de 300 barnläkarna inom öppen vård 1973 var 40 barnhälsoöverläkare. Totalbehovet i den nya organisationen (i Sverige) ansågs bära bli åtminstone 800. Barnläkarna förväntades då ägna 20 timmar åt mottagning och några enstaka hembesök och att man skulle ha tre barn i timmen på sin mottagning, d.v.s. 60 patienter/läkare i veckan.

Verksamheten för barnmottagningarna i Älvsborgslandstinget definierades aldrig. Det fanns inga politiska beslut, inga riktlinjer. Det blev brokigt. I södra Älvsborg kom barnmottagningarna i Borås, Skene och Alingsås att knytas till respektive lasarett medan de Ulricehamn och Lerum organiserades inom primärvården.

I Älvsborgslandstinget har det aldrig funnits någon strävan att barnläkarna skulle sköta alla barn.

Barndistriktläkarna i Mittenälvsborg

Till den öppna vården i Mittenälvsborg knöts två barnläkartjänster 1975. En placerades i Alingsås knuten till Barnkliniken i Borås. Den andra tjänsten tillhörande primärvården i Lerum placerades i den distriktsläkarmottagning som tidigare inretts för allmänläkare i en industrilokal på Pomonaområdet i centrala Lerum. I Alingsås var barnläkaren konsult på BB /barnbördsavdelning) tills den lades ned 1979. Verksamheten övergick till eftervård i ett BB-hem fram till 1992.

I slutet på 1990-talet tjänstgjorde 10 barnläkare i södra sjukvårdsdistriktet varav 2,25 tjänster i Lerum och 2,75 i Borås. På dessa mottagningar gjordes 1996 10.161 läkarbesök och samtidigt på Barnkliniken mottagning i Borås 11.336 besök. Barnmottagningen i Borås var den enda som var tillgänglig för jourfall dygnet om. Ute i primärvårdsområdenas barnläkarmottagningar tog man vanligen hand om akutvården dagtid upp till 4 års ålder i övrigt sköttes den av allmänläkarna.

Barnläkarverksamheten i Alingsås

Man startade 1975 i en ombyggd sexrumslägenhet på Södra Ringgatan 36. Den var tidigare en läkarvilla där bl. a. narkosöverläkare Fröström bott. När det huset revs 1988 för att ge plats för lasarettets tekniska försörjningscentral flyttade man till den gamla elevbostaden på Södra Ringgatan 34. Man fanns där tillsammans med BUP (barn- och ungdomspsykiatri) till år 2005, då man flyttade in i renoverade lokaler i lasarettet – den nya barn- och ungdomsmedicinska mottagningen, som fortfarande dock tillhörde primärvården i Mittenälvsborg

Barnmottagningen i Alingsås var de första 10 åren bemannad med en läkare (Christer Forsell), en sjuksköterska, 0,75 sjukvårdsbiträde och 0,5 sekreterare.

År 1986 överfördes barnläkarna i Alingsås, som då blivit två, till primärvården i Mittenälvsborg. Christer Forsell: ”För barnmottagningens utveckling blev övergången till primärvården det påtagliga lyftet vilket jag inte ångrar.”

År 2005 flyttade man åter och då till nyrenoverade lokaler inom lasarettet med mycket god standard.

Upptagningsområdet var Alingsås, Vårgårda och Herrljunga kommuner med årskullar mellan 500 – 800 nyfödda, cirka 14000 barn under 18 år. Under en femårsperiod gjorde 4000 barn 11.500 besök på mottagningen. Ytterligare 2000 familjer tog kontakt med mottagningen per telefon.

Barnläkarna skötte större delen av skolhälsovården och under samma 5 års period gjordes 10.000 besök hos skolläkaren. På BVC (7 Barnavårdscentraler i betjäningsområdet) gjordes 4000 läkarbesök vid specialistläkarmottagningar (5 timmar per vecka). Man ansvarade också för skolhälsovården inom särskolan och vid omsorgsstyrelsens elevhem.

Ansvar hade läkarna för barnbedömningarna vid förlossningskliniken vid lasarettet tills denna lades ned i april 1979. Därefter ansvarade man för BB-hemmet, som tillkom efter BB's nedläggning. Efter 12 år lades även detta ned 1991.

Samarbetspartners: Vårdcentralerna och övrig primärvård. BUP, som har funnits i samma hus. Barnhabilitering med tjänstgöring där som läkarkonsult. Barnkliniken i Borås och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg. Ungdomsmottagning och socialtjänst i kommunerna. Spädbarnsgrupp och ätstörningsenhet m. fl.

Datorisering

Övergång till datorjournal (ProfDoc) gjordes 1994. Man ansåg att detta innebar en del problem som: ökad arbetsinsats, minskad överblick över ärendeförloppen på arbetsplatsen, svårighet att snabbt jobba med flera ärenden samtidigt, tidskrävande signeringsrutiner, receptskrivningsproblem och värdering av provtagningsfynd. Fördelarna var att snabbt ha journalen tillhands, snabbt kunna skriva remisser och att kunna kvalitetsutvärdera verksamheten.

Christer Forsell ur verksamhetsplan år 1995 – Allmänna synpunkter på verksamheten:

"Barn och ungdomar utgör över 20% av befolkningen. Engagemanget inom sjukvård, hälsovård och omsorgsvård gör att vi har kontakt med 95 – 100% av samtliga barnfamiljer i området. När HSL och tillsynslagen ska tillämpas på unga individer så är kravet på empati, omtanke, helhetssyn om möjligt större än under vuxenperioden.

Den barnmedicinska vården har ändrats markant på 20 år. Tidigare var vårdtiderna dubbelt så långa p.g.a. utredningar som nu görs i öppen vård. Av slutenvårdstillfällena nu är 805 akuta inläggningar framför allt infektioner. 2/3 av vård dagarna konsumeras av barn under 4 år."

"Vi hoppas att barnmottagningen i Alingsås för framtiden ska fungera i nära samarbete med andra instanser runt barn och barnfamiljer och verka för att

- Bidra till att vi inte får ett 2/3-dels samhälle där en stor grupp redan från början har svårt att hävda sig*
- Motverka ökande klyftor i samhället*
- Vi inte pressas att ta ut för mycket av den grupp barnfamiljer som har de största behoven och ofta de svåraste problemen*
- Kunna förstärka den egna livsviljan och kraften hos familjerna och barnen och så att vi kan samverka i vårt framtida samhälle."*

"Vi ser tecken på att välfärdsstaten är i gungning. Detta drabbar alltid de svagaste, där ingår barnen med olika former av handikapp och psykosocial problematik. Mycket talar för att det är nödvändigt med en omprioritering av samhällets resurser där insatser för barn och gamla blir det centrala igen."

Barnfamiljernas situation vid sekelskiftet. (Christer Forsell, 2005):

"Barnfamiljerna har pressats hårt ekonomiskt främst i början av 1990-talet. Man räknade i början av 2000-talet med att antalet barnfattiga var cirka 15%. Särkilt gällde det barn till ensamstående. Med barnfattigdom innebär en familjeinkomst omkring eller under socialbidragsnorm. I Alingsåsområdet fanns 2000 barn i familjer som måste vända på slantarna. De hade svårt att finansiera dyra mediciner, glasögon, kläder, utflykter i skolan m. m. Cirka 10% av föräldrarna hade svårare alkoholproblem vilket motsvarade 1500 drabbade barn. 20% av föräldrarna var långtidssjukskrivna eller arbetslösa..."

Barnläkarverksamheten i Lerum

Barnmottagningen i Lerum med upptagningsområde Lerums kommun inrättades 1976. Bemanning blev som i Alingsås med Ingegerd Emrén som barnläkare, första sjuksköterska var Anita Harling/Glanz,

Anitas yrkesverksamhet började som sjuksköterska på barnsjukhuset i Göteborg och fortsatte som barnsjuksköterska i Lerum. Hon berättade hur arbetet i Lerum började: – Jag fick en knippa nycklar och en vägbeskrivning till byggnaden där jag skulle jobba. Det var en barack i närheten av gymnasiet. Ett ruffigt ställe som varit läkarstation tidigare förutom ett hörn som var alkoholpoliklinik (Pomona). Anita tog itu med att rusta upp. Hon ringde runt och tog reda på bl.a. vem som skulle vara läkare där. De andra arbetskamraterna fick hon skaffa själv, vilket efteråt blev svårare att få gehör för – facket var då för Anita en okänd faktor. Hon frågade på andra ställen vad man kunde behöva på en barnmedicinsk mottagning. Anita: – Och Emmaplantar – det lärde jag mig hur man skaffar. Men plötsligt en dag dök blockföreståndaren från Borås upp. Hon var chef och hade fått en massa räkningar – och det gick inte an. Allt måste beställas genom henne, fick Anita veta. Anita: – Jag lärde mig jättemycket på detta och kunde mottagningen utan och innan.

Personliga kontakter med allmänläkarna inskränkte sig i början till möten måndagskvällar. Fredag var det ingen mottagning alls. Det var svårt för allmänheten att komma till utan någon form av remiss, utom för de allra minsta.

Ytterligare en barnläkartjänst tillkom år ????. Först 1980 var båda barnläkartjänsterna besatta. Man hade då läkare tillgängliga 8 – 17 måndag till torsdag och varannan fredag till lunch. Vid konferenser, utbildning m.m. stängdes mottagningen, likaså under sommaresemestern.

1982, då Lerums gymnasium övertog Pomonafabriken, fick man flytta till en tillfällig barack. 1985 flyttade barnmottagningen, inte utan separatistiska protester, in tillsammans med allmänläkarna i den nybyggda vårdcentralen vid Göteborgsvägen. Umgänget med allmänläkarna blev nära och gott.

Krav på tillgänglighet ökade markant, vilket gick ut över samspelet med barnkliniken i Borås. Det var öppet alla dagar och de två barnläkarna fick åka på möten och konferenser varannan gång. Likaså fick man fördela semestrarna så barnmottagningen var öppen även på sommaren.

Kraven på tillgänglighet ökade 1994, inte minst för akuta konsultationer. Nu hade en tredje läkare tillkommit (år...). den tredje finansierades med patientintäkter. Därav blev det en medveten utökning av jourtiderna, vilket övrig primärvård önskade. Vissa planer på jourmottagning några timmar lördag och söndag förverkligades inte.

Barnläkarna i Lerum har aldrig arbetat full tid. Arbetsgivaren har varit mycket förstående för detta. Det innebar att läkarna aldrig behövt känna sig utarbetade. Det gav en oärlig flexibilitet. Under t.ex. infektionstider kunde man gå in och arbeta litet extra. Man har också kunnat ställa upp för varann vid ledigheter och sjukdom.

Ragnar Bergström, barnläkare i Lerum 1980 - 2004, har bidragit med fakta som delvis hämtats ur hans projekt: ”En barnmottagning i tiden”, 1995. I projektet diskuterar han bl.a. barnläkaren och allmänläkarens arbetsformer och relationer. Han sammanfattar:

- Det finns skäl att tro att en allmänläkare enbart för barn, ”barngeneralist”, inte har samma kunnande som en distriktsbarnläkare som arbetar med en selekterad patientgrupp.
- En trolig utveckling är att distriktsbarnläkarna kommer få ett snävare medicinskt arbetsfält och mer ansvar för psyko-sociala frågor, både för enskilda och för barn som grupp
- Såväl samhället som sjukvården är så föränderlig att man ständigt får anpassa sig till nya behov.

En Barnmottagning i tiden

Ragnar Bergström gjorde i ett projekt 1995 ”En studie om de dynamiska krafterna som styr barnsjukvården i Lerum”. Några utdrag ur studien.

"Barnmottagningen inrättades 1976 provisoriskt i en nedlagd kapsylfabrik och samsades första tiden med alkoholpolikliniken. Personliga kontakter med allmänläkarna inskränkte sig till möten måndag kväll. Det var svårt för allmänheten att komma till utan någon form av remiss, utom för de allra minsta. Först 1980 var båda barnläkartjänsterna besatta. Man hade då läkare tillgängliga 8–17 måndag till torsdag och varannan fredag till lunch. Vid konferenser, utbildning med mera stängdes mottagningen, likaså under sommarsemestern.

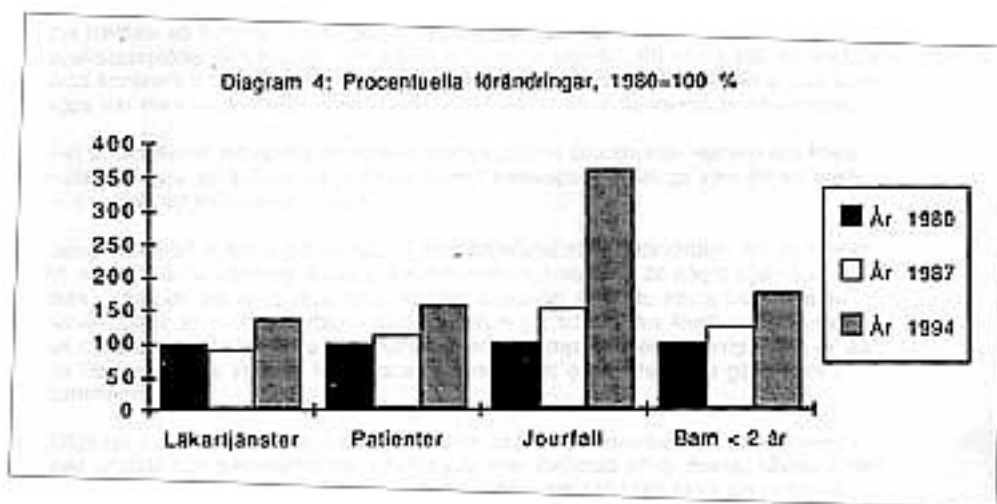
1982 trängdes den lilla barnmottagningen bort från kapsylfabriken av Lerums nya gymnasium och vistades under några få år i en tillfällig barack. Det låter spartanskt men byggnaden som bestod av ett antal sektioner var mycket ändamålsenlig. 1985 flyttade barnmottagningen, inte utan separatistiska protester, in med allmänläkarna i den nybyggda vårdcentralen. Detta medförde naturligtvis att umgänget med allmänläkarna blev nära.

Kraven på tillgänglighet ökade markant, vilket gick ut över samspelet med barnkliniken i Borås. Nu var det öppet varje fredag och de två barnläkarna fick åka på möten och konferenser varannan gång. Likaså fick man fördela semestrarna så att det fanns barnläkare tillgängligt även under sommaren, om än begränsad tid.

1994 var kraven på tillgänglighet, inte minst för akuta konsultationer, än mer uttalad. Nu var det dessutom tre läkare, den tredje finansierades med patientintäkter. Därav kom det att bli en medveten utökning av jourtider, vilket också var vad som önskades från övrig primärvård. För att öka tillgängligheten infördes kvällsmottagning till kl. 19 varje torsdag. Vissa planer på jourmottagning några timmar på lördag och söndag föddes till och med men förverkligades inte. Kontakterna med barnkliniken har glesat ut påtagligt och även barnläkarna på mottagningen ses så sällan att särskild tid fick avsättas för läkarmöte varje vecka.

Barnläkarna i Lerum har aldrig arbetat full tid. Efter ledighet för egna barn har ingen riktigt känt sig manad att återgå till heltid. Arbetsgivaren har härvidlag varit mycket förstående. Erfarenheterna av detta har genomgående varit mycket goda. Det har givit oanad flexibilitet i verksamheten.

Verksamheten



Kontinuitet och tillgänglighet

"Det är uppenbart att tillgänglighet och därmed kontinuiteten (i det svenska systemet) blir begränsad (av arbetstidsreglering bl. a.). Är detta ett problem för allmänläkarna så är det än större för en mindre grupp som distriktsbarnläkarna.

För att försvara bristerna med kontinuitet har det hävdats att kontinuitet inte skulle värderas högt av patienter jämfört med andra kvalitetsaspekter. Kontinuitet i vården kan vara när man skickar patienterna vidare om man även vidarebefordrar information.

Tillgängligheten i Lerum har varit god. Varje läkare har huvudansvar för ett geografiskt område och patienterna har i möjligaste mån fördelats enligt detta, såvida man

inte uttryckt andra önskemål. Även om man inte alltid fått tag i sin ordinarie läkare har det alltid varit samma ställföreträdare (enhetens kontinuitet).

Kontinuiteten har varit mycket god för barn med kroniska sjukdomar. Det måste också anses vara av värde att så många varit kända före det diagnosen satts.”

Genomsnittlig kontakttid i år för avslutade patienter

	Antal år	Antal avslutade	Totalantal
Retardation	7,6	16	51
Autism	-	0	7
Down	6,3	3	17
CP	7,5	2	14
EP	6,0	37	59
Diabetes	8,1	14	18
Hypothyreos	5,3	4	12
Coeliaki	6,3	13	52
JRA	7,5	9	20

Kommentar till patientsammansättning

”Ett argument som anförts mot husläkarna är att med 2000 listade patienter skulle antalet barn ligga under 200. En så låg siffra skulle inte möjliggöra tillräcklig erfarenhet för husläkaren när det gäller barn.

Ännu mer har detta resonemang använts när det gäller uppdelningen av barnvårdscentraler i typ 1 och typ 2, d.v.s. huruvida man skall ha sjuksköterskor som enbart ägnar sig åt barn eller distriktssköterskor som också tar hand om de vuxna. Tankarna är naturligtvis riktiga. Vad som glöms bort är att resonemanget går att tillämpa även på specialister.

Det blir givetvis också skillnad på en husläkare som ansvarar för 1.500 inkl. barn och en barndistriktsläkare som ser ett selekterat antal av 5000 – 10000 barn. Inte sämre nödvändigtvis men annorlunda. Skillnaden mot barnläkarkollegor på klinik blir naturligtvis ändå större.

Man bör således försöka hamna på rätt trappsteg, d.v.s. kompetensen och underlag skall vara rätt avvägd, för att kunnandet skall komma så många som möjligt till godo. Detta gäller i varje nivå i den trappstegspyramid som sjukvården kan sägas utgöra.”

Sammanfattande

- Det finns skäl att tro att en allmänläkare enbart för barn, ”barngeneralist”, inte har samma kunnande som en distriktsbarnläkare som arbetar med en selekterad patientgrupp.
- En trolig utveckling är att distriktsbarnläkarna kommer att få ett snävare medicinskt arbetsfält och mer ansvar för psykosociala frågor, både för enskilda och för barn som grupp.
- Såväl samhället som sjukvården är så föränderlig att man ständigt får anpassa sig till nya behov.

”Små patienter är också patienter”

Ragnar Bergström, distriktsbarnläkare i Lerum, skrev i december 1996 en artikel i Vårdsidan.

”Föräldrar vill träffa barnläkare på sin vårdcentral. Landstinget strävar efter att få ut patienterna i primärvård. Detta har kunnat tillgodoses under åren i Lerum, där barnmottagningen firar 20 års jubileum.

Barnmottagningen i Lerum svarar mot allmänhetens behov av barnmottagning på nära håll med Ragnar Bergström, distriktsbarnläkare, Gunilla Hellström, psykolog, Anita Jarl, sjuksköterska, Eivor Persson, undersköterska, Maj-Britt Jönsson, läkarsekreterare och Jonsi Widell, barnsköterska.

I oktober 1976 inrättades en barnmottagning i en nedlagd kapsylfabrik på industriområdet Pomona i Lerum. Det var under 70-talet som fyra barnmottagningar inrättades i Södra Älvsborg.

Målsättningen var att lätta trycket för de då tungt belastade barnklinikerna och erbjuda barnmedicinsk kompetens i barnens närhet. Meningen var alltså att barnläkarna skulle utgöra ett komplement till allmänläkarna på hemorten.

På många håll uppstod beklagligtvis en rivalitet mellan de två grupperna, särskilt under husläkarreformen, då det på flera håll i landet antydde att barnmottagningarna skulle försvinna.

Barnläkare för de minsta

I Lerum har samarbetet alltid fungerat fint. Det är de minsta, under 1 år, eller barn med kroniska sjukdomar och handikapp som i första hand är barnläkarnas ansvar. Allmänläkarna sköter de äldre. Till varje barnavårdscentral har det visserligen kopplats en barnläkare, men det är allmänläkarna som har den stora merparten av barn.

Under dessa 20 år har barnmedicin i öppenvård förändrats. Föräldrar har önskat att få träffa en barnläkare på hemorten. Sjukvården har strävat att utreda och behandla inom öppenvården. Detta har samverkat till att det inrättats fler distriktsbarnläkare.

Barnens välbefinnande i samhället

Samtidigt har barnklinikernas läkare blivit alltmer specialiserade inom mindre kunskapsområden. Det är på barnmottagningarna som det finns allmänpediatriker med ett brett kunnande.

Tyngdpunkten har också förskjutits från ett snävt medicinskt tänkande till att värna om barnens välbefinnande i samhället i stort. Det finns numera ett självklart samarbete med skolor, förskolor, sociala myndigheter, polis med flera, för att gemensamt minska risken för ohälsa hos barn. Särskilt gäller detta barn med kronisk sjukdom eller handikapp.

Förväntningar, åtminstone från en del av allmänheten att alla barn och ungdomar skulle få komma till barnläkare har varken barn- eller allmänläkare uppmuntrat. I så fall skulle det behövas mellan sju till tio barnläkare bara i Lerums kommun.

Allas delaktighet i sjukvården

Nu tycks omständigheterna likna dem som rådde för 20 år sedan. Åter är målsättningen att hänvisa dem som får sin vård hos barnklinikernas specialistmottagningar till primärvården och det är tack vare barnmottagningarna detta skulle kunna förverkligas.

Helhetssynen på sjukvårdens ansvar understryks av att 20-årsdagen firades genom att bjuda personal från primärvård och barnmottagningar till en utbildningsdag om - vårt åldrande.

Tanken med det kanske förvånande ämnet var att försöka belysa allas delaktighet i sjukvården i en tid, då det på grund av ansträngd ekonomi, finns risk för att grupp ställs mot grupp. Denna dag kunde man dock inte spåra några motsättningar mellan pediatrik och geriatrik.”

DISTRIKTSVÅRD OCH FÖREBYGGANDE VÅRD

Distriktsköterskeverksamheten

Distriktsköterskan Barbro Svalin berättade vid intervju den 22 april 2005 om distriktsköterskans arbete under 1970 – 80-talen.

”1970-talet

1975 fick Barbro tjänst som distriktsköterska i Lerum med placering i nya lokaler i bottenvåningen i Hälsohuset på Brobacken. På samma plan fanns barnmorskemottagningen med Evy Johansson som barnmorska. I andra våningen var läkarstationen. Lerum delades så småningom i betjäningsområden. Barbro S. tillsammans med Gunnar Hedelin hade södra Lerum från Slätthult ned till Hulan. Inger Wedenmark fick egen mottagning i Hulan och arbetade ihop med Olof Wik. Lerums norra områden betjänades av Margareta Ström med Thomas Nordenberg (västerut) och Gudrun Bengtsson med Inger Gallon. Arbetsuppgifterna var de vanliga: mottagningsarbete, tel. tid, hembesök och BVC. Föräldrautbildningen började så smått komma igång under denna tid.

Hemsjukvård och vård i vid livets slut i hemmet var distriktsköterskans uppgift. Man gav underlag för anhörigbidrag i hemsjukvården som administrerades av Ulla Dahlqvist och Långvårdskliniken i Alingsås.

Vi kunde få konstatera förväntade dödsfall i hemmet med samarbetspartnern, läkaren som skrev ut dödsbeviset. Av och till blev det tvunget med hembesök även nattetid. Första kontakten med begravningsbyrån var del i processen. På BVC hade vi egen mottagning och med läkarna. Hjälp hade vi med att väga de nyfödda. Rut Östlund var en av de första vad man kallade. ”vågbiträdena”.

Samarbetet med socialkontorets assistenter förekom – inte minst för Barbro, som hade tidigare arbetskontakter.

Distriktsköterskorna i Lerums kommun delade jourtjänst under lördagar och söndagar. En uppgift var att på morgonen fara runt i distriktet och ge bl.a. insulininjektioner, spola och byta katetrar. Sedan var det mottagning mellan kl. 9 och 11. Efter lunch blev det hembesök som de ordinarie distriktsköterskorna ordinerat. Det kunde gälla injektioner och omläggningar.

1980-talet

Hösten 1980 flyttade vi till mottagningslokaler i det nya Polishusets översta våningsplan. Det var mitt emot den nya Vårdcentralen i Lerum. Då kallades för första gången verksamhetsområdet – distriktsvård. Lokalerna var stora och fina. Varje distriktsköterska fick egen expedition med närgränsande behandlingsrum. Vi fick också mottagningsbiträden/undersköterskor som hjälp – s. k. dusk. Den först anställda var Britt Hurtig. Efter något år fick vi ytterligare en dusk, Anna Larsson. De var tillhörande hjälp på mottagningen och kunde ta över många arbetsuppgifter.

Fortfarande var man områdesindelad med var sin läkare som samarbetspart.

Barnhälsoöverläkaren, Jan Johansson, fanns i Borås liksom Inga-Maj Håkansson, ansvarig för distriktsvården i södra sjukvårdsdistriktet. Man ordnade utbildningar i Borås för distriktsköterskorna inte minst inom föräldrautbildningen, som satsades allt mer på. Det var oftast heldagsutbildningar som var mycket attraktiva och upplevdes värdefulla för verksamheten. Utbildningar ordnades också lokalt i Lerum.

BVC-mottagningar hölls tillsammans med samarbetsläkarna men också specialistmottagningar med de i Lerum stationerade barnläkarna, Ingegerd Emrén och Ragnar Bergström.

Man blev mer självständiga i de nya lokalerna. Varje morgon samlades alla för genomgång av post och gemensamma problem före de egna mottagningarna startade.

Föräldragrupperna utvecklades mer och mer efter utbildningsinsatserna. Vi hade också allt mer kontakt med förskolor och dagisverksamhet, där vi informerade om t.ex. barnolycksfall och hur man kunde förebygga infektioner. När dagis drabbats av streptococcer eller maginfluensa fick vi ta prover. Informationsmötena var välbesökta och ordnades också kvällstid för föräldrarna.

Kontakter med skolhälsovården ökade. Man samordnade BVC:s sexårskontroll med skolsköterskornas 1:a klass undersökning och överlämnade samtidigt BVC-journalerna till skolhälsovården.

BVC-verksamheten var omfattande. Första kontakten var oftast ett hembesök i nyföddhetsperioden. Då etablerades en god kontakt med familjen som var viktig bl. a. för det omfattande vaccinationsprogram som skulle genomföras. Framförallt var det viktigt att bygga upp en god relation för de fortsatta 6 – 7 åren BVC-kontakter. Olika screeningsprogram genomfördes vid olika åldrar. Några exempel är synkontroller, hörselkontroll med Boeltest, fyraårskontrollen. En viktig person i verksamheten var barnpsykologen, Gunilla Hellström. En annan kontakt i BVC var tandhygienisten som gav information om barns kostvanor och tandhygienens betydelse för tandhälsan.

Journaler enligt speciellt formulär fördes noggrant på BVC över allt som gjordes. För övrig mottagning och hembesök fördes särskilda journaler på s.k. distriktssköterskekort.

En viktig yrkesgrupp att samverka med var hemsamariterna för de äldre. De var distriktsindelade som distriktssköterskorna vilket underlättade samarbetet kring patienterna. Vi hade av och till träffar på mornarna med dem innan de gick ut till sina klienter/patienter.

Lerum får ny vårdcentral 1985

Som sista område i Lerums kommun fick Lerum 1985 en ny vårdcentral vid Göteborgsvägen mitt emot polishuset och distriktssköterskemottagningen. Den invigdes i maj månad. Då omorganiserade man till vårdlag med distriktsläkare, distriktssköterska och annan personal i vårdlag. Distriktssköterskornas områdesgränser kvarstod. Flera nya tjänster tillkom. Kerstin Grek ingick i det röda vårdlaget tillsammans med Barbro Svalin, Gunnar Hedelin och mottagningsköterskan Maria Thomasson. Margareta Ström och Maj Synneby, som får eget distrikt arbetar tillsammans med Thomas Nordberg och Andre' Stadelman. Gudrun Bengtsson har kvar sitt distrikt kring Stenkullen tillsammans med Inger Gallon. Ytterligare en distriktssköterska Inga den Hartog tillkom.

Varje morgon hade distriktssköterskorna en gemensam telefonrådgivning från en telefoncentral. Det utarbetades en rådgivningspärm för att man skulle ge ungefär enhetliga råd. Vår erfarenhet från den tidigare rådgivningen var en stor tillgång. Vi hade vår egen distriktssköterskemottagning med vår dusk, Anna Larsson men vi arbetade också tätt tillsammans våra respektive samarbetspartners i vårdlaget.

Gunilla Hellström från barnhälsovården i Borås gjorde att föräldraundervisningen intensifieras och utökades. Jan Johansson och Inga-Maj Håkansson från Borås var också inblandade. Kontakterna med förskolor och skolor fortsatte ungefär som tidigare, liksom kontakterna med hemsamariterna. Omorganisationerna under några år var ganska omfattande och lokaler byttes för att effektivisera verksamheten och minska utgifterna.

I vårdcentralen rymdes även sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnläkare och apotek.

Varje morgon samlades all personal i respektive vårdlag för genomgång av dagens verksamheter. En dag i veckan var några timmar avsatta för utbildning för vårdcentralens personal tillsammans med olika andra yrkeskategorier i anslutning till vården. Den lokala utbildningen leddes av Gunilla Hellström och barnläkarna i Lerum kompletterade en del av utbildningsaktiviteterna i Borås.

Kontakten med våra äldre var fortfarande stor och vi skötte all hemsjukvård tillsammans med hemsjukvårdsassistenter från Alingsås och sjukhemmet i Lerum där det finns avlastningsplatser. Samarbetet var gott. Hemsjukvårdspatienterna blev allt svårare, inte minst cancerpatienterna, en del i livets slutskede. Vi fick utbildning på Östra sjukhuset i Göteborg att sköta för oss ny utrustning och förändrade vårdinsatser.

En tätare kontakt mellan BVC och socialkontoret utvecklades under denna tid. Tillsammans med hemtjänstassistenter vårdplanerade vi som grund för individuell vård av hemsjukvårdspatienterna.

HIV aktualiserades i slutet på 1980-talet. Det gav nya rutiner i patientkontakterna. Bland annat började man använda plasthandskar vid omläggningar och injektioner.

1990-talet

1993, när Ädelreformen genomfördes, blev det stora förändringar för oss distriktssköterskor. Vi fick själva bestämma om vi ville gå över till kommunens äldreomsorgsorganisation eller stanna kvar på vårdcentralen och i huvudsak ägna oss åt arbetet på vårdcentralen med BVC-verksamhet som huvuduppgift. Barbro valde att fortsätta att arbeta med Gunnar Hedelin på vårdcentralen men kunde också ha kontakt med sina äldre patienter till pensioneringen 1996.

Kommunsköterskor tog över all hemsjukvård. Kontakten mellan primärvård och den nya hemsjukvården inklusive vården på sjukhem och ålderdomshem blev problematisk. Speciellt saknades läkaransvaret för den nya hemsjukvården.

De i primärvården kvarvarande distriktssköterskorna hade mottagningsverksamhet i nära samverkan med läkarstationen samt barnavårdscentral

Under det tidiga 90-talet kom också datorerna som ett bra hjälpmedel för vår verksamhet. Inte så mycket för oss distriktssköterskor som för övrig personal men ändå en tillgång vid kontaktplanering vid mottagning och BVC.

Mödra- och barnhälsovården, utvecklades starkt

Den förebyggande mödra- och barnavården byggdes ut under 1940-talet. Mottagningar fanns i Lerums mödra- och barnavårdsstation; i Sollebrunn, Långared, Olofstorp; Alingsås, Östadkulle, Töllsjö och Floda; Vårgårda, Ljurrhalla, Närunga, Bergstena; Herrljunga och Ljung.

Landstinget hade mödravårdscentraler av typ I i Borås och Vänersborg och av typ II i Trollhättan och Ulricehamn. Det fanns fyra barnavårdscentraler av typ I i Borås och en i Vänersborg och barnavårdscentraler av typ II i de uppräknade städerna och en odelad mödra- och barnavårdscentral i Alingsås. Till detta kom 31 mödra- och barnavårdscentraler, under vilka sorterade 64 mottagningscentraler. Barnavårdscentraler av typ II sköttes av distriktssköterskor oftast med provinsialläkaren som lokal BVC-läkare.

När den nya organisationen byggdes upp under 1970-talet tillsattes barn- och mödrahälsovårdsöverläkare knutna till centrallasarettet i Borås och Vänersborg för södra- respektive norra distriktet. Som ansvarsområde hade de samtliga mödra- och barnavårdscentraler vad gällde den medicinska utvecklingen av verksamheten och utbildningen av personalen. Ledningsansvaret för personalen kvarstod inom primärvården. Samarbetet med primärvårdens ledning på olika nivåer var gott.

Évy Johansson, barnmorska berättar:

"Påtryckning från kollegor i Lerums kommun: "Varför skall du arbeta i Göteborg när du bor här och behövs så väl" gjorde att det var lätt att fatta beslut. Efter vikariatet i Surte, blev det Alingsås BB fram till hösten 1963 då jag fick ordinarie tjänst i Lerums kommun, Lerum – Floda – Gråbo. Förvården var ganska bra etablerad här med mottagning intill provinsialläkarmottagningen och tillsammans med distriktssköterskan. Mottagningstiderna var kända hos allmänheten men barnmorskan hade då viss inställelseplikt på förlossningsavdelningen på Alingsås lasarett och Borås lasarett. Detta utnyttjades maximalt. Det förekom också hemförlossningar, vilket gjorde att patienterna ej alltid träffade barnmorskan när de kom till mottagningen. Mitt krav var att detta ändrades på om jag skulle acceptera tjänsten. Det gick igenom och inställelseplikten på förlossningsavdelning försvann men hemförlossningarna fortsatte ett par år till.

Jag startade genast förberedelse inför förlossning för blivande mödrar, då kallad mödragymnastik, samt studiebesök på Alingsås BB. Lokal för mödragymnastiken var barnvagnsgaraget under våra mottagningslokaler i det som sedan blev socialkontor. Jag gjorde hembesök så snart jag fick veta om graviditeten. Oftast fick jag veta det genom distriktssköterskan men också av den blivande mamman per telefon i bostaden. Jag hade en bestämd telefontid varje dag.

Regelbundna graviditetskontroller blev ganska snart ett krav från blivande mödrar och då var det dags för tidsbeställning för att ej få för långa väntetider på mottagningen. Graviditetstester var det stora problemet. Urin sändes per post till ett laboratorium på Guldheden i Göteborg och efter två veckor kom svaret. Det var marsvin eller möss som urinen sprutades in i, därefter avlivades de för att man skulle se på ovariereaktionen. Dessa två veckor var mycket jobbiga, särskilt för de som skulle ansöka om abort. Läkarbesöken för gravida gjordes hos provinsialläkaren (dr Nyman) med mottagning en gång i månaden.

När jag började i Lerum fanns ej gynekologstol men sådan inköptes efter ett par år. Varje gravid kunde då bli gynekologundersökt. Bäckmätningen blev lättare och vid tveksamma undersökningsresultat gjordes en bäckenröntgen, Patienten remitterades till röntgenavdelningen i Alingsås.

Arbetet var omväxlande med mottagning, hembesök, mödragymnastik med förlossningsförberedelse och hemförlossningar. Telefonrådgivning hade jag på hemtelefonen och patienterna fick ringa när som helst på dygnet. Nyss hemkommen från BB ringde de och ville ha råd och stöd samt hjälp med amning och urpumpning av bröstet. På nätterna ringde de som ville ha sällskap in till förlossningsavdelningen i Alingsås eller

Borås. Telefon vid sängen och kläder lätt tillgängliga och snabbt iväg för en taxi eller ambulanstransport till förlossningsavdelningen.

Fortbildning och barnmorskesammankomster fanns ej på 60-talet men byggdes upp undan för undan med barnmorskeförbundets och kvinnoklinikernas hjälp. Det är nu sedan år tillbaka välbesökta och innehållsrika studiedagar där man får ökad kunskap och kontakt med kollegor och klinikpersonal. Studiedagarna anordnades av mödrahälsoöverläkaren vid Borås lasarett och KK Östra i Göteborg.

Ultraljudsundersökning för gravida fanns ej de första åren. Man fick palpera livmoderns storlek med handen på patientens mage och så småningom höra hjärtljud från barnet med tråstetoskop. Med andra ord blivande mamman var ofta ej säker på att hon var gravid förrän hon kände fosterrörelser. I dag lyssnar vi på fosterhjärtat med en doppler i cirka 14:e till 15:e graviditetsveckan och då kan hela familjen höra hjärtljuden från den nya familjemedlemmen i livmodern. Därefter får de ultraljudsundersökning i cirka 16:e veckan av graviditeten. Då ser familjen barnet på en bildskärm och får information om vad de ser samt ett fotografi. Det är oftast en barnmorska som gör ultraljudsundersökningen.

Graviditetstestet idag är enkelt. Den nyfikna, förväntansfulla eller oroliga kvinnan kommer med morgonurin och får inom tre minuter veta om hon är gravid eller ej och får då samtidigt samtal. Är hon gravid får hon veta beräknat förlossningsdatum och planering för graviditeten. Vid abortönskan samtal och planering för gynekologbesök på kvinnokliniken.

Föräldrautbildningen har fungerat bra genom åren och sedan några år tillbaka deltar också den blivande pappan. Han som tidigare var helt förbjuden på förlossningsavdelningen och som fick se sitt barn genom en glasruta på vårdavdelningen är nu den som har en stor stödjande uppgift under graviditeten, förlossningen och BB-tiden. När familjen är samlad efter utskrivning från KK kan han få vara hemma från arbetet 10 dagar för att hjälpa och stödja sin hustru.

Nyblivna föräldrar är ofta ensamma. De bor långt från sin släkt och kan därför ej få stöd och råd. Därför är föräldragrupper nödvändiga under graviditeten och småbarnstiden. Där knyts också kontakter mellan mammorna för kanske många år framåt.

En av barnmorskans arbetsuppgifter sedan 20 år tillbaka är att ta cytologprov på kvinnor i viss åldersgrupp per år. Kvinnorna inbjuds per brev som en sekreterare på kvinnokliniken sänder ut. Dessa besök ger ju kvinnan tillfälle att diskutera problem och få råd i samlevnads- och preventivmedelsfrågor.

I samband med att denna verksamhet startade ordnade arbetsgivaren telefon på mottagningen och hemtelefonen fick inte användas som tjänstetelefon. Samtal från patienter kvällar och nätter försvann så småningom.

Mödravården i Floda och Gråbo lades in i distriktssköterskans arbete några år.

Barnmorskans nästa uppgift, några år senare, då kvinnans rätt till abort lagfästes, var preventivmedelsrådgivning. Socialstyrelsen ansåg att barnmorskan var den lämpligaste att ta hand om den uppgiften eftersom hon haft kvinnan vid cytologprovsundersökningen och var van att samtala och undersöka kvinnorna. Alla intresserade barnmorskor fick utbildning och förskrivningsrätt för preventivmedel. Jag deltog i den första kursen som anordnades i Göteborg. Lerum var en av de första kommuner där kvinnor, män och ungdomar kunde få rådgivning för att undvika graviditet och abort genom att lämpligt preventivmedel provades ut eller förskrevs.

I samband därmed blev det mer aktuellt att barnmorskan hade en gynekolog som stöd och rådgivare i frågor som barnmorskan hade svårighet att ta ställning till. Gynekolog Björn Gillbrand från Borås KK var vår trygghet i Lerums kommun. Han var vår mödra- och hälsovårdsöverläkare och kom till Lerums mödravård en gång i månaden för att undersöka och samtala med gravida kvinnor om det varit en komplicerad graviditet och förlossning tidigare eller någon frågeställning eller komplikation vid den aktuella graviditeten. I samband med dessa mottagningar kunde övriga frågor som preventivmedelsbarnmorskan hade tas upp.

De graviditeter som var komplikationsfria sköttes som tidigare av distriktsläkare fram till 1975 då vi fick Borås KK:s pensionerade överläkare, dr Rydén, som kom till oss en gång i veckan och tog hand om läkarbesöken av normala graviditeter och de preventivmedelspatienter som behövde få någon speciell frågeställning besvarad. Han var mycket omtyckt. Dr Rydén slutade hos oss 1985 och dr Gallon (distriktsläkare i Lerum) övertog hans arbete hos oss. I samband med att Lerums kommuns kvinnor fick förlösas på KK Ö i Göteborg och ej behövde åka till Borås övertog KK Ö läkarbesöken som Björn

Gillbrand tidigare haft men han hade kvar rådgivning vid komplicerade preventivpatienter och ansvaret för barnmorskans arbete.

De första åren förlöstes Lerums kommuns kvinnor på Alingsås BB eller Borås KK men år 1975 gjordes ett ekonomiskt och praktiskt avtal om att förlossningar, graviditetsövervakning vid komplikationer samt ultraljudsundersökningar fick göras på KK Ö i Göteborg och så är det fortfarande och fungerar bra.

Antalet barnmorskor ökade successivt i förhållande till patientökning liksom undersköterskehjälp.

Sammanfattning

Min uppgift som barnmorska på mödravårdscentralen i Lerum startade med att vara distriktsbarnmorska med inriktning på att förbereda gravida inför förlossningen och att ge dem råd och vård så att de kom till sin förlossning i god häls, fysiskt och psykiskt. Dessutom att eventuella komplikationer var väl förberedda och genomgångna genom samtal. Samt att vara tillgänglig dygnet runt per telefon för rådgivning och hembesök och att stödja familjen med att vara med kvinnan vid resan in till förlossningen om hon så önskade och att de som ville föda sitt barn hemma fick den hjälp som behövdes före, under och efter förlossningen.

Idag år 1994 är arbetsuppgifterna:

- att förbereda det gravida paret inför förlossningen och föräldraskapet genom undervisning, individuellt vid mottagningsbesök och i grupp, hälsokontroll av graviditet och kvinnan själv och studiebesök på KK;
- att genom graviditetstest konstatera graviditet och då avtala tid för det gravida paret för inskrivning på MVC;
- att svara på frågor, ge råd, planera för läkarbesök, ultraljud, föräldraförberedelse;
- att genomföra vanliga barnmorskekontroller;
- att ha preventivmedelsmottagningar där kvinnor och män får komma för samtal, rådgivning och utprovning alternativt förskrivning av lämpligt preventivmedel;
- att ge information till dem som önskar sterilisera sig;
- att vid cytologmottagning ge kvinnorna upplysning om provtagningens syfte och resultat och om självundersökning av bröstet samt hälsoupplysning och vart de kan vända sig vid ohälsa och problem;
- att ge hälsoupplysning till skolelever i årskurs åtta. Studiebesök och information om barnmorskans arbete, ge preventivmedelsupplysning. Uppmana dem att uppsöka ungdomsmottagningen vid problem;
- att även ge aidsrådgivning till årsklass nio;
- att vid infektionssjukdomar aktivt medverka med information och hälsoupplysning, t.ex. aids, clamydia, condylom, gonorrhé;
- att delta i studiedagar och kurser för att hålla kunskaperna levande och få ta del av nya rön och behandlingsformer;
- att ha god kontakt med personal på de kliniker våra patienter kommer till;
- att ha kontakt med kollegor för utbyte av erfarenheter som är till nytta för verksamheten.

Denna berättelse och redovisning skrevs år 1988. Detta år hade jag varit barnmorska i 35 år och jag har i stora drag berättat om utvecklingen under dessa år. Det är fantastiskt att ha fått arbeta inom detta yrke under dessa år då det varit en så stor förändring för blivande föräldrar, barnafödelskor, barn och ungdomar.

Från 1988 – 1994 (då jag gick i pension) blev kraven från allmänheten och blivande föräldrar stort och trycket stort på mödravårdspersonal för att med tanke på de resurser som de såg att förlossningskliniker har och att det gavs 100% säkerhet att allt skulle gå bra med förlossning och barn samt vara smärtfritt.

Viktigt för barnmorskans arbete och verksamhetens resurser var den regelbundna utbildningen med kursdagar, sammankomster, vårdcentralmöten anordnade av arbetsgivaren och läkemedelsföretag samt av mödrhälsoöverläkaren”

Barnhälsovården

Verksamheten på distriktscentralerna och stationerna vidgades under kommande årtionden. Främst återspeglas det i att den förebyggande barnavården i princip skulle omfatta barn från spädbarnsåldern upp till skolåldern. Läkarnas arbetsbörda utgjorde ett hinder för en

hundraprocentig hälsokontroll. Man fick i första hand ägna sin uppmärksamhet åt spädbarnen och ettåringar och därefter åt äldre barn som är klena eller hade defekter. Man samarbetade med andra grenar av sjukvården, t.ex. psykiska barna- och ungdomsvården och ögonavdelningar.

Barnhälsovårdsöverläkarna angav så småningom målsättningarna:

” Barnhälsovårdens mål är att

- *minska dödlighet, sjuklighet och handikapp hos barn*
- *söka minska skadliga påfrestningar för föräldrar och barn*
- *stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och härigenom skapa gynnsamma förutsättningar för en allsidig utveckling hos barnen*

Dessa övergripande mål kan uppnås genom att

- *Stödja föräldrar i ett aktivt föräldraskap*
- *Upptäcka och förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn*
- *Uppmärksamma och förebygga risker för barn i närmiljö och samhälle*

Barnhälsovården är förebyggande medicinsk verksamhet med starka psykosociala aspekter. Befolkningens tillit till verksamheten är utomordentligt stor är de väsentliga orsakerna till nära 100% anslutning av förskolebarnen och deras familjer. Barnhälsovården är en unik verksamhet i Sverige men också i internationella jämförelser.

Arbetsuppgifterna för sjuksköterskan har successivt ökat och ändrat karaktär. En förskjutning har skett från ett somatiskt mot ett alltmer folkhälsoinriktat och psykosocialt perspektiv. Detta p.g.a. att barnen fysiskt har blivit allt friskare medan de psykosociala och miljömässiga problemen har ökat

I och med att barnläkare kom att verka ute i primärvården stärktes den lokala läkarkompetensen. Allmänläkarna som var grunden i läkarbemanningen stöttades upp genom specialismottagningar på BVC. Samarbetet blev gott och man kom lätt överens om arbetsfördelningen.

Barnhälsovårdens basprogram

Barnhälsovårdens basprogram är grunden för verksamheten. Förutsättningen för att uppnå barnhälsovårdens mål är att det erbjuds och når alla förskolebarn. Basprogrammet kan ses som en miniminivå för barnhälsovårdens insatser (vilket i och för sig är tillräckligt för majoriteten av barn). Det kan och skall kompletteras efter individuella behov.

Barnets ålder	Personal/Metod Ssk = BVC-sjuksköterska	Innehåll exempel:	Vaccination/screening
0-7 dagar efter hemkomst	Hembesök	Förlösningsupplevelse, information om BVC, barnets hälsa, mor-barnkontakt, amningsstöd, skötsel, utrustning, rökning-alkohol, barnsäkerhet	Diskutera behov av senare BCG-vaccination (Riskbarn)
1-5 veckor	Ssk BVC 2-4 ggr/månad Ssk Föräldragrupp	Tillväxt hälsa, amning, föräldrabarnkontakt	
6 veckor-3 månader	Ssk-BVC 1-3 ggr/månad Ssk-läkare 1 gång BVC Ssk Föräldragrupp	Tillväxt amning, föräldrabarnkontakt, barnsäkerhet Hälsa, utveckling, stimulans	Vid 3 månader Difteri-Tetanus-Pernassis. Polio, Hib I
4-7 månader	Ssk BVC 1 gång/månad Ssk-läkare 1 gång Ssk Föräldragrupp	Tillväxt hälsa, utveckling, amning, mat, gluten, stimulans, föräldrabarnkontakt, barnsäkerhet	Efter 5 månader Difteri-Tetanus-Pernassis. Polio Hib II BCG-vaccination för barn i ökad risk från 6 månader
8-12 månader	Ssk BVC Varannan månad Ssk-Läkare 1 gång BVC Tandhälsovård Ssk Föräldragrupp	Tillväxt hälsa, utveckling, amning, mat, tandhälsa, stimulans, föräldrabarnkontakt, barnsäkerhet, barnomsorg	7-9 månader: BOEL-test 10-12 månader: Difteri-Tetanus-Pernassis. Polio Hib III
13-17 månader	Ssk BVC Var 3:e månad	Tillväxt hälsa, mat, språk, stimulans, barnsäkerhet, tandhälsa	
18 månader	Ssk(-Läkare)BVC	Hälsa utveckling, mat, tänder, språk, stimulans, barnsäkerhet	Mässling-Påssjuka-Röda hund
2½ år	Ssk BVC	Mat, språk, barnsäkerhet, utveckling, TV-Video.	Språktest
4 år	Ssk BVC	Syn, språk, utveckling, mat, barnsäkerhet	Synprovning, taltest
5½ år	Ssk-Läkare BVC	Skolförberedande us Barnsäkerhet	Koncentration, Motorik, Perception, Syn, Polio IV

Barndietist i Lerum

Ur Vårdsidan nr 2 1999 citerar vi en artikel av Ulla Wessman.

”Barnen lyssnar på mattanten”

Sju till tio procent av alla barn måste tänka på vad de äter. Tjugo procent av alla barn är överviktiga. Många förskolebarn har glutenintolerans, mjölkintolerans och andra födoämnesallergier. I primärvården i Mittenälvsborg finns en speciell barndietist.

Helena Grill-Holmberg har arbetat sedan 1977 med barns matrelaterade sjukdomar.

Vart femte skolbarn är överviktigt

Sju-tio procent av alla barn måste tänka på vad de äter!

- Många förskolebarn har glutenintolerans, mjölkintolerans och andra födoämnesallergier, säger Helena.

Om spädbarnet får utslag, svullnader och diarréer är den vanligaste orsaken att de inte tål mjölk. Oftast kan spädbarnet med mjölkintolerans vid två års ålder åter börja använda mjölk i sin kost. Diabetes är en sjukdom som ökar hos barn.

- 20 procent av alla skolbarn är överviktiga och detta är ett ökande bekymmer, anser Helena.

Dietistbesöken ökar

Antalet dietistbesök har successivt ökat. Under en treårsperiod har efterfrågan på Helenas tjänster nästan fördubblats.

Orsakerna kan vara att det finns tillgång till dietist på barnmottagningen och läkarna har lärt sig använda dietisten. Dietisten kan noga penetrera barnets matvanor.

Orsaken till de ökade allergierna är svåra att fastställa. Helena konstaterar att miljön inomhus och utomhus har förändrats under åren. I en nybyggd lägenhet kan det finnas 500 - 700 olika ämnen, plaster, klister, olika golvmaterial o.s.v.

Hur få föräldrar och barn att ändra kosten?

- De yngre barnen har svårt att tillgodogöra sig det jag säger, men är man fyra år kan man mycket väl gå med sin förälder till mig. Barnet kan bli mer motiverat när "tantan" säger att du ska inte dricka mjölk.

- Det blir då lättare för föräldrarna att motivera barnet att inte dricka mjölk. Det viktigaste är att vi från början "petar" så lite som möjligt. En mjuk övergång till rätt kost är receptet.

Uppföljning av besöket är helt frivilligt. Genom eget initiativ tar föräldern ofta kontakt med Helena och kan då få tips och råd att gå vidare via telefon eller besök.

Dietist behövs i primärvården

- Dietister behövs i primärvården, säger barnläkare Ragnar Bergström, dietistens arbete är viktigt. Läkarnas utbildning är i det närmaste obefintlig, när det gäller kosten, trots att hälsan så ofta är kopplad till mat.

Han fortsätter att konstatera att en del barn äter för mycket och andra äter för lite. En del äter fel och en del äter osunt, åtminstone enligt föräldrarna.

Det finns barn som inte tål mat, men detta kan betyda allt ifrån att barnet inte tycker om just detta födoämne, till att det kan röra sig om en livshotande allergi.

Överkänslighet kan alltså bero på helt olika orsaker och det krävs kunskap, tid och intresse att informera så att eventuell diet får rimliga proportioner.

Äta med glädje är receptet

Kunskap skall leda till att föräldrarna känner sig trygga med mathållningen och att man inte begränsar kosten i onödan. Måltiderna skall vara en källa till glädje och inte till oro. Dietisten bidrar till allt detta."

Ungdomsmottagning – en ny verksamhet

Anita Glanz var med och startade en Ungdomsmottagning i Lerum år ? .

I Vårdsidor nr 3 1998 hämtar vi ur ett arbetsplatsreportage av Ulla Wessman.

Under 1997 hade Ungdomsmottagningen 1.500 besök. Gruppverksamhet på mottagningen och utåtriktad verksamhet i skolor och på fritidsgårdar har barnmorska och kurator sammanlagt haft 130 grupper under samma år.

"De flesta unga kvinnor i Lerum gör sin första gynekologiska undersökning på ungdomsmottagningen. De kan söka för att de har problem med flytningar, ospecifika besvär från underlivet, mensvärk eller för att de bara behöva prata om sex.

- Mottagningen är öppen för ungdomar i åldrarna 13 till 25 år. Det är sällan någon som är över 20 år som söker, berättar Gun Rembeck, barnmorska. De som besöker oss mest går på gymnasiet.

- Personalen har olika yrken, vi är av olika kön och i olika åldrar. Det ser vi som mycket positivt i vårt arbete på Ungdomsmottagningen, berättar Gun. Våra erfarenheter av livet ser olika ut och det är en fördel för vårt samarbete i gruppen.

Den utåtriktade verksamheten sköter Gun, Gustav Jagner, kurator och Monica Gjertz, kurator. På gymnasiet träffar de hela klasser. I årskurs 9 delas klasserna, Gustav talar med killarna och Gun och Monica med tjejerna. Det kan se annorlunda ut, men detta är det

vanligaste eftermiddag och kväll till kl. sju. Vi diskuterar också tillsammans i hela klasser under olika teman som till exempel om manligt och kvinnligt, könsroller och könsmognad. I nionde klass tar vi upp frågan: Hur fungerar jag som tjej/kille?

Anna-Stina Cederbom, barnmorska, berättar att barnmorskorna arbetar på Drop In-mottagningen på måndagar mellan klockan tre och sex, men att hon har även tidsbeställda besök.

- Vi skriver ut p-piller. Om någon misstänker att hon/han har blivit smittad av någon könssjukdom, som skapar stor oro, tar vi hand om dem. Vi utför graviditetstester. Dagen efter piller (inom tre dagar efter samlag) kan vi också ordinera.
- Denna typ av besök har ökat det senaste året, konstaterar barnmorskorna.

Barbro Rothelius, läkare, har tidsbeställd mottagning en eftermiddag och kväll till kl. sju.

Boy-Zone - endast för killar

I Lerum finns också en mottagning endast för killar.

Tanken är att killar ska slippa bli uttittade av tjejerna på Ungdomsmottagningen. Det är flest tjejer som söker och det är inte så lockande för en kille att sitta bland ett gäng tjejer på mottagningen.

Kullarna söker oftast ensamma. Någon gång har fyra killar kommit tillsammans, men det är ovanligt.

- Det är viktigt att killar söker. För närvarande är det mest gymnasieungdomar som kommer, säger Gustav Jagner, kurator. Oftast kommer de till oss för att de tror att de har drabbats av någon könssjukdom.

- Jag tar hand om kroppen och Gustav den andliga delen, replikerar David Lidin, sjuksköterska.

- När kontakten är etablerad, är det naturligt att frågor kring sex- och samlevnad dyker upp. Då är det lätt att få en bra dialog med de flesta killar som söker.

- Vi ger råd och information och erbjuder flera besök, om de önskar.

Gustav säger att han når delvis ut till ungdomarna genom sitt arbete ute i skolorna, där han informerar klassvis i sex- och samlevnadsfrågor. Alla får upplysning om Ungdomsmottagningen och Boy-Zones verksamheter.

- Eftersom det är trögt för killar att söka, har vi börjat med mottagning på fritidsgårdarna. Det är viktigt att finna nya vägar för att kunna nå ut till dem.

Det är roligt och meningsfullt att jobba med killar. En av våra huvuduppgifter är att lära dem känna efter hur deras kroppar fungerar och hur de mår avslutar Gustav och David Lidin, sjuksköterska, instämmer.

Företagshälsovård i Vårgårda

En försöksverksamhet som skall beskrivas!

Hur primärvården engagerades i företagshälsovård – försöket vid Vårgårda vårdcentral

Företagshälsovården etablerar i Alingsås

Företagshälsovården flyttade in i Trollehovs nyrenoverade lokaler på Trädgårdsgatan 23 A, på andra våningen i augusti 1978. I första våningen var det Psoriasis-mottagning. Förre provinsialläkaren och medicinaren Bengt Ståhl blev förste företagsläkaren. Han hade som medarbetare sjuksköterskan Marianne Lindblad, undersköterskan Birgitta Schill och läkarsekreteraren Gunnel Jernström. Hälften av verksamheten skulle ägnas åt yrkesrelaterade sjukdomar hos sjukvårdspersonalen i Mittenälvsborg. Resterande tid var förebyggande hälsovård som kontinuerliga hälsokontroller, anställningsundersökningar, arbetsplatsbesök och skyddsronder.

Nytt regelverk för företagshälsovården

I proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering och därpå följande regeringsbeslut renodlades villkoren för företagshälsovården vad gällde funktion och kvalitet samt styrning och ledning.

PRIMÄRVÅRDEN ANPASSAS TILL NYA IDEAL – FOLKHÄLSOARBETE

En ramlag

En ny sjukvårdslag 1983 ersatte den från 1963. Bakgrunden till den nya lagen var alla de förändringar som skett under 1960- och 1970-talen, som vi beskrivit tidigare. Resurserna hade ökat mycket snabbt andelen av bruttonationalprodukten ökade från 3 till 8% mellan åren 1960 och 1975. Antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården hade tredubblats. Den nya lagen skulle omfatta helheten i hälso- och sjukvården. Behovet av samarbete mellan olika aktörer underströks. Patienternas egna behov ville man också lyfta fram – både medicinska, sociala och psykologiska. Alla i landet skulle ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor.

Lagen var målinriktad och gav utrymme för utveckling enligt lokala förutsättningar. Den blev en ledstjärna för den fortsatta primärvårdssatsningen.



Patienten i fokus

Enligt lagen 1983 har var och en ansvar för sin egen hälsa. Inställningen byggde på att man hade en positiv tro på människans egen förmåga. Varje människa ska själv bestämma om hon vill ha vård och också kunna påverka sin egen vårdsituation. Vården ska utformas i samråd med patienten. Mer konkret innebar detta att:

- få begriplig information om sitt hälsotillstånd.
- få begriplig information om en undersökning eller behandling.
- få upplysning om alternativ.
- få ta del av sin journal.
- kunna vägra vård och avstå från behandling.



Sjukvårdsbegreppet förändrades

Lagen ville stimulera till mer aktiv vård inte bara att behandla själva sjukdomen utan integrera förebyggande insatser och rehabilitering i den enskilda vårdplaneringen. En offensiv hälsovård skulle bli en del av sjukvården på alla nivåer och i alla vårdformer. Sjukvårdsansvaret utökades till ett folkhälsoansvar.

Folkhälsan blev landstingets ansvar



Landstingets hälsoplan 1977

Landstinget beslöt efter att ha fastställt en sjukvårdsplan, som omfattade åren 1975 till 1985, att även beskriva vilka förebyggande åtgärder man hade att genomföra. En hälsoplans första etapp fastställdes 1977. En andra etapp skulle tillkomma i samverkan med externt hälsovårdande instanser. Tillsammans skulle hälsoplanen med friskvårdsinslag omfatta åren 1980 – 1990.

I den första etappen ansåg man att hälsoplanen skulle begränsas att omfatta aktiviteter som redan fanns inom landstingets kompetensområde som: Vaccinationer, Hälsokontroller, Hälsouppläsning, Tandhälsovård, Kost- och motion och Företagshälsovård. Den senare för de egna arbetstagarna men försök med extern företagshälsovård igångsattes senare i vid Vårgårda

vårdcentral. Man pekade också på att verksamheten skulle riktas mot vissa riskgrupper som fetma, sockersjuka och högt blodfett. Allmänna hälsokontroller var man skeptisk till men förordade riktad hälsokontrollverksamhet för sjukdomsgrupper som primärvården behandlade som: Högt blodtryck, Högt blodfett, Diabetes, Högt ögontryck, Järnbrist, Kronisk bronkit och Livmoderhalscancer, samt en del som låg närmare sjukhusens ansvarsområde som: Bröstcancer, Lungtuberkulos och Lungcancer. Hälsokontroll av äldre togs inte upp ej heller det väsentliga förebyggande arbetet med tobak, alkohol och narkotika.

En försöksverksamhet med förebyggande hälsoarbete hade redan tre år tidigare inletts i Lerums läkardistrikt. Vid Lerums vårdcentral med kostrådgivning (dietist) i Floda vårdcentral med diabetes, alkohol, rökavvänjning och hälsoinformation i väntrum. Bengt- Ivar Nöjd var motorn vad gällde alkoholprojektet, Hans Lundgren, som också kom att verka centralt i landstingets hälsoplanearbete, med diabetesprojekt, friskvårdsprojekt och hälsoinformation i väntrum. Hans Lundgrens diabetesprojekt blev en del i hans doktorsavhandling.

Policyn i Lerum

För att förverkliga intentionerna i den nya lagen fordrades både information, utbildning och utvecklingsarbete. Primärvården satsade mycket på alla dessa aktiviteter. Utvecklingsenheten i Lerum ett av redskapen för detta. Man inrättade också en speciell hälsoplanerartjänst. Anita Glantz blev första innehavaren av tjänsten i Lerum. Hon startade många utbildningar med mål att få ett allmänt hälsomedvetande hos personalen. Anita var också knuten till Lerums FoU-enhet. Flera projekt genomfördes i hennes regi som ett arbetsmiljöprojekt, en Hälsokalender 1988, Fyllebanken – om alkohol för skolungdom, Tärningen är kastad – ett ledningspolicyprogram, chefsutbildningar, hälsotester. Allt dokumenterades i projektrapporter. Anita Glantz övergick i början av 90-talet till egen verksamhet som konsult. Hon avslutade med ett stort uppdrag – Rätt till hälsa år 1993.

Solweig Kärrman blev 1985 Lerums primärvårdsföreståndare dessutom med ansvar för äldreomsorgen i Lerum. Det senare avhandlas under rubriken Långtidsvårdens utveckling. Hon tog över hälsoplaneransvaret när Anita Glantz slutade.

Allmän hälsovård, kom utvecklades och avvecklades

Hälsovård är ett svårdefinierat begrepp. Enligt WHO är hälsa ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet”. Man kan tycka att det är en utopi att sätta upp ett sådant mål för hälsovårdande verksamhet.

Hälsovård bedrevs av många instanser i samhället som i:

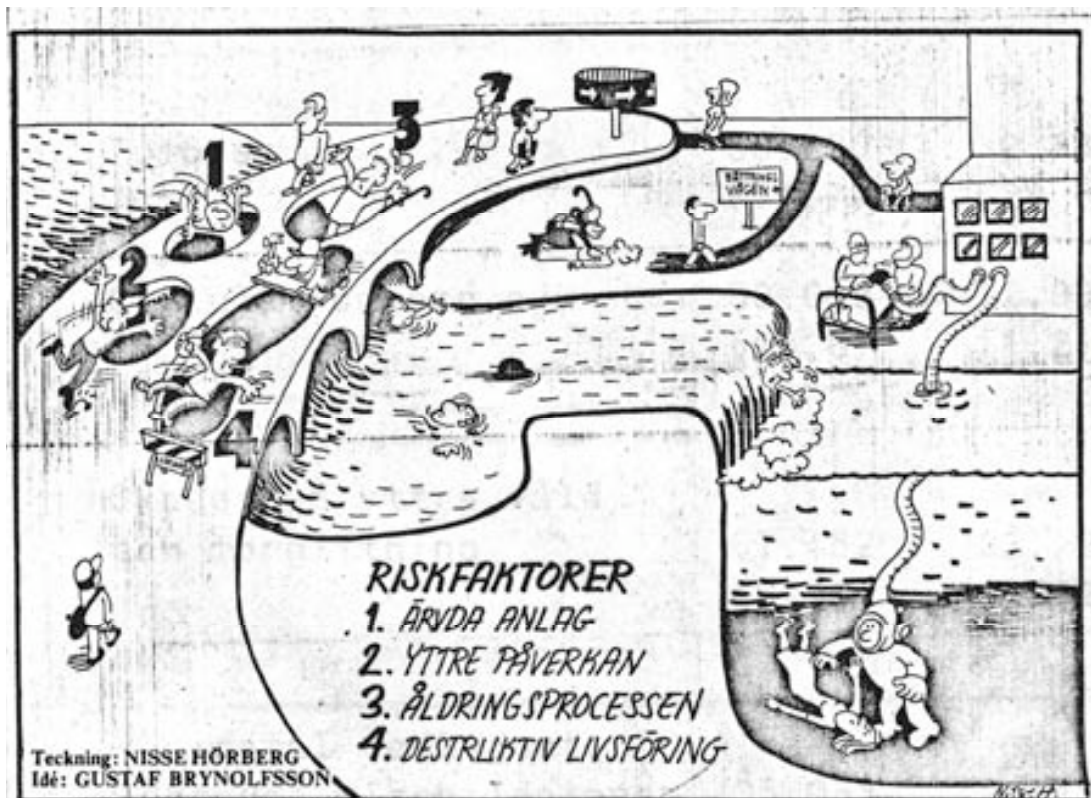
- Centrala verk som Socialstyrelsen, livsmedelsverket, naturvårdsverket, arbetarskyddsstyrelsen, yrkesinspektionen, statens planverk, bostadsstyrelsen, veterinärmedicinska anstalten, trafiksäkerhetsverket m.fl.
- Länsstyrelsen och länsläkarorganisationen
- Primärkommunen med hälsovårdsnämnd, byggnadsnämnd, socialnämnd, fritidsnämnd.
- Landstinget med framför allt mödra- och barnhälsovård.

Under 1970-talet och framåt skulle även distriktsläkare och annan personal i primärvården engageras i förebyggande arbete/prevention. Prevention kan vara primär eller sekundär.

Primärprevention är åtgärder som vidtas för att förhindra ohälsa och sjukdom. Vaccinationer är ett exempel på primärprevention.

Sekundärprevention är att tidigt fånga upp sjukdoms-, ohälsotecken och förhindra att sjukdomen fortskrider till större skada för individen. Det kan ske genom allmänna eller riktade hälsokontroller. Det kan också ske genom att människan söker tidigt i sjukdomen eller fångas upp av sjukvården när man söker den. Extra undersökningar som sockerkontroll, blodtryckskontroll eller riktade frågor till patienten är exempel på sådana.

En bild som antyder hur olika riskfaktorer påverkar hälsan och gör att människan blir sjuk och måste tas om hand av sjukvården. Tanken var att genom att förebygga sjukdom så kan man spara samhällsresurser, minska sjukvårdskonsumtionen.



Hälsoenheten i Södra Älvsborg

Hämtat ur LK nytt nr 4, 2005. Leif Hansson projektledare på Hälsoenheten berättade.

” Hälsoenhetens arbetsuppgifter är:

- Stödja andra verksamheter, vårdcentraler, patientföreningar, m.fl. att fördjupa sin kunskap och kompetens vad gäller livsstilsrelaterad ohälsa.
- Egenbehandlande förebyggande/efterbyggande Stödja bildandet av självhjälpsgrupper
- Hälsoupplysande
- Samlande/samordnare
- Samverka i utvecklingsarbetet med FYSS/FaR

Under andra hälften av 90-talet ökade sjukskrivningstalen allt mer i Sverige. Den livsstilsrelaterade ohälsan ökade. Våra vanligaste folksjukdomar såsom hjärtkärlsjukdomar, diabetes typ 2, lungsjukdomar och fetma orsakas till största delen av vår livsstil; rökning, fysisk inaktivitet, felaktiga kostvanor, stress etc. Till den här gruppen anslöt sig också den psykiska ohälsan i form av nedstämdhet, depression och ångest. Andra faktorer som påverkar hälsan är den enskildes sociala och ekonomiska situation. Dessa folksjukdomar leder ofta till kroniska sjukdomstillstånd med stort lidande som följd för de drabbade och dennes närstående. De åsamkar också samhället mycket stora kostnader i form av vård och behandling. Det är därför av största vikt att på bred front arbeta med sjukdomsförebyggande insatser, både primärt och sekundärt.

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Sjuhärad beslutade vid sammanträdet i oktober 2003 att avsätta 335 000 kronor ur folkhälsobudgeten för att starta och finansiera ett utvecklingsarbete med en egenvårdsenhet inom primärvården i Borås-Bollebygd.

Man ansåg att det fanns ett behov av att utveckla metoder och modeller för att möta och stödja människor i deras strävan att ta ansvar för sin hälsa och själva förändra och hantera sin livsstil och livssituation innan de har hunnit utveckla sjukdomstillstånd med risk för långtidssjukskrivning och förtidspensionering som följd.

Mot denna bakgrund beslutades om en hälsoenhet som skulle fungera som ett komplement och resurs till primärvårdens olika verksamheter i samverkan med kommunens folkhälsoenhet, brukar- och frivilligorganisationer och övrig hälso- och sjukvård.

Verksamhet

Hälsoenheten startade i mitten av februari 2004. Området psykisk ohälsa prioriterades, vilket innebar att lägga upp kurser för patienter med depression eller ångest samt området tobaksprevention genom rökavvänjningsgrupper. Tanken är att ge patienter ökad kunskap om sin sjukdom. Genom att ge patienten ökad information, får han/hon inte bara ökad och om Hälsoenheten i Södra Älvsborgkunskap utan också ett annat förhållningssätt till sin sjukdom. Sammantaget med kunskap och förhållningssätt gör att patienten själv tar ett större ansvar och förbättrar möjligheten att själv hantera sin sjukdom och sin livssituation.

Ett annat verkningsfullt instrument att arbeta med, är grupper, vilket ger än fler dimensioner. Dels är patienten inte ensam att ha denna tabubelagda sjukdom, dels känner patienten att övriga gruppmedlemmar förstår honom/henne på ett helt annorlunda sätt än vad andra gör, dels tar man del av andras erfarenheter och strategier såväl positiva som negativa.

Informationen till ångest- och depressionsgrupperna äger rum på Solhem och till grupperna kommer patienterna via remiss från vårdcentralerna. Intern remissadress är Hälsoenheten, Solhem plan 6, Borås.

Till rökavvänjningsgrupperna skickar patienter/deltagare själva in sin anmälan vilket kan vara ett led i motivationsarbetet. Blankett för anmälan erhålls bl.a. på vårdcentralen eller från Hälsoenheten.

Rökavvänjning

Rökavvänjningskursen pågår under cirka tre månader med sammanlagt nio tillfällen inlagda. Lite tätare i början, med två träffar i veckan, som sedan glesas ut allt mer. Kursen leds av distriktssköterska med specialkompetens inom KOL och rökavvänjning. Antalet deltagare på varje kurs är åtta. Cirka 40% av deltagarna är rökfria efter avslutad kurs. Uppföljning efter sex månader. Fyra kurser har arrangerats under året som har gått.

Depression

Hälsoenheten har under året haft tre depressionskurser med sammanlagt 27 deltagare. Målgruppen är patienter med depressionsdiagnos, förstagångs/recidiverande utan djupare personlighetsstörning eller missbruk. Informationen har varit upplagd på fem tillfällen. Innehållet har varit Depression utifrån en medicinsk respektive psykologisk synvinkel. Förutom projektledaren, har föreläsare (sjukgymnast, läkare, psykoterapeut, sjuksköterska) varierat från gång till gång, beroende på ämne och innehåll. Här har skett ett utbyte och en samverkan med den specialiserade psykiatrin.

Genom statistik och mätbara metoder har verksamheten utvärderats under året. Enkätundersökningar har gjorts vid kursens början samt vid avslutad kurs, dels på kursens innehåll, dels på patienternas hälsotillstånd samt specifika symptomskalor. För depressionspatienterna har man kunnat fastställa en klar förbättring gällande sjukdomssymptom och patienternas skattade hälsotillstånd, från första mättillfället vid kursens start till nästa mättillfälle i samband avslutad kurs. Man har också sett att information i grupp är väldigt viktigt för patienterna. Efter sex månader har två patientgrupper återigen fått skatta och besvara samma formulär. 88 % besvarade enkäten. Av dessa patienter, som skickade tillbaks, hade 80% förbättrats från första tillfället och hade färre depressionssymptom medan 13% var oförändrade. Patienter fick också skatta sitt hälsotillstånd enligt EQ-SD, där 0= sämsta tänkbara hälsotillstånd och 100-bästa tänkbara hälsotillstånd. Patienternas genomsnittliga skattning på sitt hälsotillstånd ökade från 48.5 vid kursstart till 59.2 efter kursens slut. Efter sex månader hade siffran stigit ytterligare till 67.5.

Ångest

Hälsoenheten har under året genomfört ångestinformation till tre patientgrupper. Sammanlagt har det varit 25 deltagare. Målgrupp har varit patienter med panikångest, social fobi och generaliserad ångestsyndrom utan djupare personlighetsstörning eller missbruk. Informationen har föregåtts av intervju/bedömningssamtal huruvida man skulle erbjuda patienten en kortare information på fem veckor eller en längre och mer djupgående variant på fjorton gånger.

Oavsett längd har följande teman ingått i ångestinformationen; Typer av ångesttillstånd, Kroppens olika sätt att reagera på ångesttillstånd, Vanliga tankemönster samt Orientering i olika avspännings- och andningstekniker.

Enligt de enkätuppföljningar som gjorts efter den kortare (fem gånger) ångestinformationen, har patienterna uttryckt mycket stor tillfredställelse att ha deltagit i grupp samt också uttryckt att de har haft en stor nytta av informationen. Patienterna fick

fylla i Becks Ångestskala (BA!) i samband med kursstarten och efter fyra veckor när kursen slutade. Enkäten uppvisade en klar förbättring och samliga patienter redovisade färre ångestsymptom när kursen var slut. Också det genomsnittliga skattade hälsotillståndet, enligt EQ-5D, höjdes från 58.8 till 74.3.

Artikelförfattaren är helt på det klara med att ovanstående siffror från depression- och ångestgrupperna inte på något sätt är en vetenskaplig studie men gläds ändå. Siffrorna visar nämligen helt klart, att med relativt små medel kan man åstadkomma en klar förbättring i hälsotillståndet för dessa patienter.

Hälsoenheten har utvecklat sådana metoder och modeller för att möta och stödja människor i deras strävan att ta eget ansvar för sin hälsa, så att man genom denna metodutveckling kan gå vidare till andra livsstilsrelaterade diagnosgrupper som övervikt, KOL, diabetes, stress etc. och då förmodligen nå liknande resultat.”

Egenvård och friskvård

Under 1970-talet blev också egenvård ett begrepp som dök upp i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten. Det rådde delade meningar om vad begreppet stod för och om värdet att satsa på en utveckling av egenvården. Hösten 1975 höll professor Gösta Tibblin en föreläsning med titeln ”Vad är egenvården värd och vem är egenvårdens värd?” Han ansåg att egenvården var ett viktigt komplement till primärvården och att en förbättring av egenvården skulle minska allmänhetens osäkerhet i hälsofrågor, dämpa sjukvårdskonsumtionen och öka människors välbefinnande.

Egenvård och friskvård lanserades också som viktiga faktorer för att hålla nere sjukvårdskostnaderna.

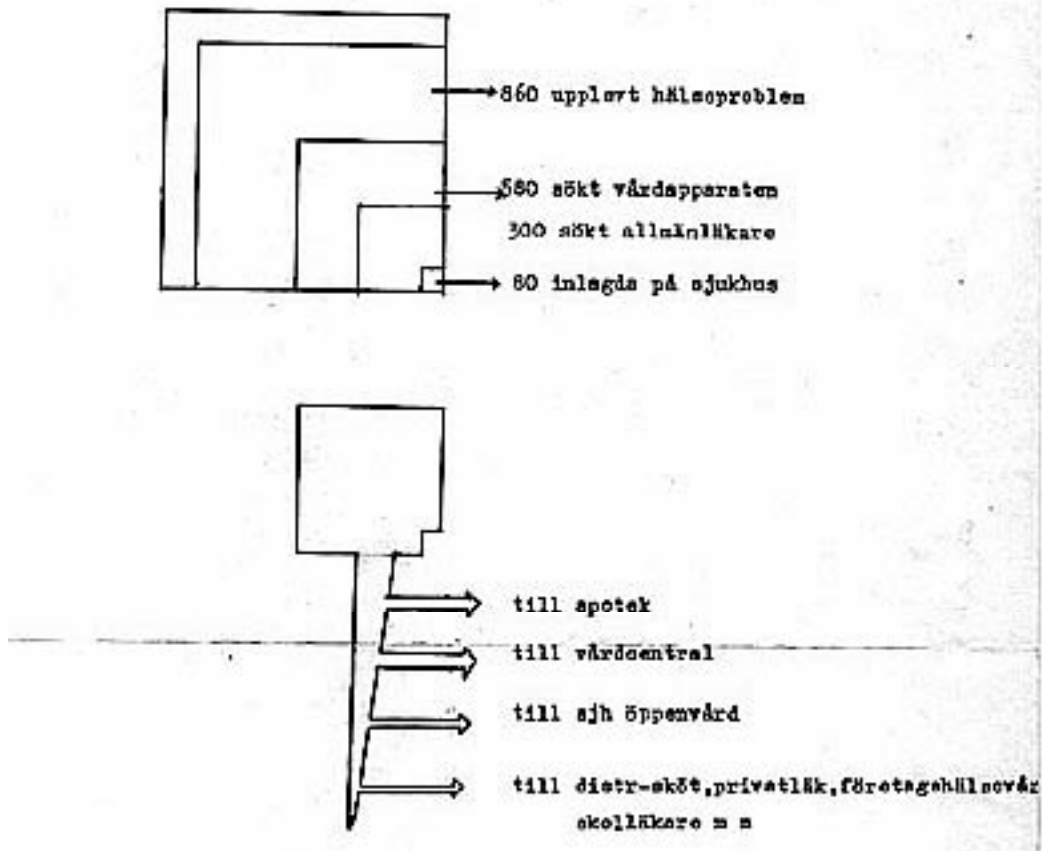
Tibblin definierade egenvård som: ”allt det en människa gör på egen hand utan att hålla de medicinska institutionerna i handen”. Hälsa ansåg Tibblin vara ett diffusare begrepp. Säkraste definitionen på hälsa var enligt honom när två medmänniskor tar varann i hand.

Det yttersta syftet med egenvården är att bevara och förbättra befolkningens hälsa. Egenvården förutsätter ett ökat hälsomedvetande, vilket i sin tur förutsätter kunskap. Många av de projekt man drev i primärvårdsregi innebar att öka kunskapen om hälso- och sjukvården, vad primärvården är bra på och vad den enskilde själv kan bidra med för att behålla hälsan.

Egenvård omfattar:

- Förebyggande, diagnostiska och behandlande åtgärder som människor utför på egen hand
- Kunskap om var, när och hur sjukvårdsapparaten brukas
- Vård av sig själv efter kontakt med hälso- och sjukvården

Hälsoproblem i en befolkning: 1000 pers/år (modifierad Esbjelte)



Friskvård, som är den förebyggande delen av egenvården, är ett område som omfattar både livskvalitet, hälsovård och egenvård och som engagerar både den enskilde och olika samhällsorgan. Friskvård är allt den enskilde kan göra för att hålla sig frisk. Det gäller främst kost- och motionsvanor, bruk av beroendeframkallande medel samt levnadssättet i övrigt. Även olika åtgärder för att undvika olycksfall i hemmet/närmiljön hör dit.

Primärvårdens roll i sammanhanget var/är att

- Arbeta mer aktivt för att spåra riskgrupper och riskpatienter.
- Samla epidemiologiska data som bearbetades av landstingets hälsoplanerare för att ge kunskap om ohälsan i kommunerna.
- Undervisa enskilt och i grupp – ge hälsouppllysning.
- Tillsammans med samverkansparterna i kommunen t.ex. fritids- social- och skolförvaltningar finna former för friskvårdsaktiviteter.
- Tillsammans med apoteket ge information om egenvård. Se om egenvårdsbroschyren

Medel för egenvård kan vara

- Hälsouppllysning
- Sjukvårdsuppllysning
- Patientutbildning
- Egenanvändning av läkemedel

Allt detta strävade primärvården i Lerum med att genomföra i olika projekt som redogörs för i denna skrift. Problem fanns dels i läkarnas ovana att arbeta med annat än sjukvård dels att resurserna knappast fanns att prioritera förebyggande arbete – se resurstrappan. Floda Vårdcentral med distriktsläkare Hans Lundgren intresserade sig särskilt för hälsovård, friskvård och uppsökande av riskpatienter i form av högt blodtryck och diabetiker i tidigt skede. Dessa projekt beskrivs på annat ställe. Detta resulterade också i en doktorsavhandling, se litt. listan.

Egenvårdsdebatten i Sverige på 1970-talet

Ur Göran Brodins "Egenvårdens ansikten", Uppsala 2006. Intresserade kan fördjupa kunskaperna om egenvård i Brodins gedigna avhandling och många citat i vårt projekt är hämtade ur avhandlingen.

Under mitten av 1970-talet dök det i Sverige upp en ny hälso- och sjukvårdspolitisk debatt som fördes i termer av "egenvård". Den resulterade i ett hetsigt meningsutbyte på den politiska nivån. Egenvården politiserades. Den blev "en het potatis" som massmedia tog fasta på..

Vi befann oss i mitten av 1970-talet. En expansiv samhällspolitik och inte minst hälso- och sjukvårdspolitik höll p. g. a. en vikande konjunktur att vändas till en mer återhållsam dito. Skillnaderna i de politiska partiernas ideologier blev tydligare mot den tidens krav på ekonomisk återhållsamhet och prioriteringar.

Hösten 1976 fick Sverige en ny regering. En borgerlig samlingsregering mellan centerpartiet, folkpartiet och moderata samlingspartiet. Efterträdde den socialdemokratiska regeringen som suttit vid makten i 44 år. Två ministrar drev egenvårdsfrågorna Rune Gustavsson (C) och sjukvårdsministern, biträdande socialministern Ingegerd Troedsson (M). Det var den senare som blev något av en centralfigur för den svenska egenvårdsdebatten. I ett av de första uttalandena gick hon ut tillsammans med den dåvarande Socialstyrelsens chef Bror Rexed och deklarerade: "Vi måste lära människorna att ta större ansvar för sin egen hälsa. Det skall främst ske genom hälsouppläsning, genom samhällsåtgärder mot tobak, alkohol och felaktig kost.... Men jag tror också att man skall uppmuntra folk att själva behandla enklare sjukdomar.... Att vänta några dagar med att besöka läkare kan vara bästa behandlingen mot förkylning eller influensa."

På Troedssons inlägg om ökade satsningar på egenvård replikerade Olof Palme (S) klart irriterad; "... Fru Troedsson lever i en förgången tid, då man lämnade de sjuka och utslagna och dem som hade slitit ut sig att klara sig själva, den tiden vill vi inte ha tillbaka."

Intressant är att Läkartidningen i en artikel varnade för denna "självvårdsrörelse". Man konstaterade också att "en folkets primärvård förutsätter också sjukvårdsteknologi på låg- eller mellanstadier" Längre fram gav Läkarförbundet egenvården sitt fulla stöd under förutsättning att dess professionella beroende starkt betonades.

Huvudkritiken mot egenvården som vårdform och vårdideologi var att den presenterades som en lösning på samhällets och sjukvårdens ekonomiska kris. De som reagerade starkast mot egenvården som vårdideologi var redaktionerna för Motpol och Vårdfacket (organ för SHSTF).

Definitioner av egenvård i debatterna

- Egenvård som vårdnivå 0
- Egenvård som hälsouppläsning, sjukvårdsuppläsning och patientutbildning
- Egenvård som att ta ansvar för sin egen och andras hälsa
- Egenvård skall komplettera den vanliga vården
- Egenvård som informell vardagsstruktur d. v. s. sociala resurser i befolkningen
- Egenvård ("självvård") som systemkritik av sjukvården

Vilka motiv hade man för en utökad egenvård

- Ekonomiska vinster
- Egenvård fanns redan men måste kvalitativt förbättras
- En aktivare patient – ett subjekt i vården
- Bättre kunskaper ger mindre ångslan och orao
- Avprofessionalisering av vardagsmedicinska problem
- En effektivare sjukvård
- Ett friskare folk – Vi behöver ett nytt folkhälsobegrepp.

Man presenterade förslag på egenvårdstödande åtgärder. Några exempel ur debatten

- Sjukvårdsupplysning
- Patientutbildning
- Hälsoupplysning
- Vårdorganisatoriska förändringar' Revidering av sjukvårdslagen
- Minskad detaljreglering och utökad förskrivningsrätt av läkemedel
- Läkemedelsinformation
- Massmedia bör satsa me på egenvård
- Skolan och folkrörelserna bör engagera sig mer i egenvården

Det kan väl konstateras 25 år senare att de flesta av dessa egenvårdstödande åtgärder har man satsat på – mer eller mindre.

Hälso- och friskvård i Gråbo

Primärvårdsnämnden 8 sept. 1986:

Behandlades ärende om ökad satsning på förebyggande vård inom primärvården i Gråbo
Projektet skall utveckla samverkan mellan distriktssköterska/mödrahälsovård, förskola och skola samt modeller för bl.a. äldrehälsovård och hälsotester med inriktning på livsstilsfrågor.

Primärvårdsnämnden beslöt att

- Godkänna projektbeskrivningen
- Fr.o.m. 1 oktober 1986 t.o.m. 30 september 1988, på anslaget för förebyggande vård, finansiera 0,5 distriktssköterska
- För kännedom överlämna projektbeskrivningen till socioialnämnden och skolstyrelsen i Lerum.

Folkhälsoarbetet 1994

Solweig Kärrman, hälsoplanerare i Lerum, sammanfattar i Prim Nytt nr 2, 1994.

"Lerums befolkning mår bra enligt de data som finns tillgängligt. Målet för foikhälsoarbetet är att bibehålla den goda hälsan hos befolkningen.

För att uppnå det målet ska foikhälsoarbetet verka för hälsofrämjande åtgärder bland befolkningen, i första hand barn och ungdomar inom områdena: Livsstilsfrågor med drog- och tobaksförbrukning, samlevnad och skadeförebyggande. Allergisjukdomar, kvinnors hälsa och barnfamiljer som har behov av psykosocialt stöd ska uppmärksammas.

Pensionärsorganisationerna i kommunen har framfört önskemål att man ska arbeta fram ett program för att förebygga ohälsa hos de äldre.

Vad har då hänt under 1994? Här följer några exempel:

Allergi

Under året har vi fått lära oss att allergi är vår nya folksjukdom och vad gör vi i Lerum för att förebygga detta dels för att lindra dem som drabbats och dels för att hindra att fler blir allergiska.

Folkhälsoinstitutet har under året anordnat konferenser där flera sjuksköterskor har deltagit.

Experter inom området hävdar att man kan minska allergiförekomst genom att ha väl ventilerade bostäder, undvika att predisponerade barn har pälsdjur innan 2 års ålder, att amma minst i 3 månader och att ha rökfria miljöer för våra barn.

En tvärssektoriell arbetsgrupp, kallad Alma, har blivit till under året. Målsättningen för gruppen är att samla kunskap och erfarenhet inom kommunen men också ta lärdom av andra i Sverige.

Inför allergiåret 1995 anordnade primärvården tillsammans med Byggnadsvård på Nääs och Vuxenskolan ett seminarium kallat Friska hus, vilket samlade drygt 100 personer från kommunala förvaltningar och primärvård i Västsverige.

I november hade vi besök av Jan-Olof Janson, projektledare för det allergiförebyggande arbetet i Sundsvall. Han redogjorde för hur arbetet organiserats upp tvärssektoriellt i kommunen vilket började med att göra en inventering av hur många allergiska förskolebarn, skolbarn och gymnasieelever som finns i Sundsvall. Arbetet blev en process där alla kommunens förvaltningar deltar idag. Inventering av antal allergiska barn

är ej en nödvändighet för att komma igång med det förebyggande arbetet, men i Sundsvall var det modellen för att komma igång.

De erfarenheter som man fått i Sundsvall står nu som en modell för andra kommuner och Folkhälsa i Sundsvall är nu knuten till Foikhälsoinstitutet och uppgiften är att hjälpa andra kommuner att komma igång med sitt allergiförebyggande arbete.

1995 planerar vi i Lerum att anordna föreläsningar för allmänhet och berörd personal i primärvården, kommunen och andra intressenter.

Aktiviteten

I början av januari öppnade allaktivitetshuset Aktiviteten, i gamla socialförvaltningens lokaler på Brobacken. Hit erbjuds fr.a. arbetslösa att delta i de olika verksamheter som erbjuds. Under året har det registrerats i genomsnitt 400 besök per vecka. Aktiviteter som erbjudits har varit studiecirklar av skilda slag, bland annat second handbutik och datautbildning. Flera ALU-projekt har genomförts och pågår som idrottsledarprojektet, hantverksprojektet och Aktiviteten som drivs av ALU-anvisade. ALU = arbetslivsutveckling.

Arbetslösheten har sjunkit i kommunen. Trots det är 800 personer öppet arbetslösa, d.v.s. de kan börja ett erbjudet arbete omgående, det är 4% av den arbetsföra befolkningen. Därför planeras att Aktiviteten ska fortsätta sin verksamhet under 1995.

Hälsofostran i skolan

Mikael Jansson har kommit tillbaka och träffar alla sexor och sjuor med målet att ingen ska börja röka. Men röker det gör man! En enkät som alla högstadieskolor har svarat på visar att det finns rökande ungdomar i alla årskurserna 7-9, men mest i årskurs 9.

Olycksfallsprojektet

Registrering har nu pågått drygt ett år. Alla har hjälpt till. Bortfallet är ändå ganska stort men vi har 1000 registrerade olyckor som bakgrund då vi ska arbeta fram en förebyggandeplan.

Lena Råstam träffade alla elever i årskurs 6 och visade vad som kan hända när man cyklar omkull- Om man använder hjälm kan det hindra många från att skadas svårt. Eleverna fick samtidigt erbjudande att köpa en godkänd hjälm till inköpspris. Uppföljning skedde i årskurs 7.

BUS-veckan

Barnombudsmannen gjorde ett utrop till alla som arbetar med barn till att delta i BUSveckan i oktober. BUS står för Barn och Ungdomars Säkerhet. Distriktssköterskor, skolsköterskor och barnomsorgens personal gick miljöronder i barnens utemiljö. Resultatet fotograferades och protokollfördes. Det hela blev posters som varit utställda på vårdcentralerna. Det som visat sig vara dåligt i miljön har anmälts till OFALIA och ska på så vis bli åtgärdat.

Trafiksäkerhetsrådet, som har funnits i kommunen sedan 11 år tillbaka är viktiga samarbetspartners i det förebyggande arbetet. Under hösten har busschaufförerna delat ut reflexer till passagerare som saknat sådan och ledamöter i trafiksäkerhetsrådet har under 4 kvällar stannat alla cyklister som saknat ljus och erbjudit dem att inhandla detta till reducerat pris. Det var många som var utan cykelljus!! en stor fara i trafiken.

OFALIA - se Dig omkring och se farorna. En uppmaning som gick ut till allmänheten i kommunen via annonsering i Lerums Tidning och affischering överallt i kommunen. Det har givit resultat, 2-3 samtal per vecka ringer till Tekniska kontoret och det är viktiga saker som man anmäler."

Apoteken – den stora motorn för egenvård

I del 1, Provinsiällkartiden, berättade vi att apotekspersonalen var förbjuden att ge råd och information till patienterna. Man till och med var tvungen att ta bort informationen som fanns i läkemedelsförpackningarna. När Apoteksbolaget tog över blev det en helt förändrad syn. Apoteken kom att få den största betydelsen för egenvårdsinformationen. Man producerade och spred mängder av egenvårdshäften inom olika områden.

Det var naturligt att Lerums apotek med dess chef Gunnel Anderberg och primärvården i Lerum tillsammans utformade och bekostade egenvårdsbroschyren ”Sköt om dig”. Läs mer om detta under apoteksavsnittet. Se ett senare avsnitt om apoteket och broschyren.

I broschyren kunde man finna telefonnummer till Din vårdcentral i Mittenälvsborg och till Jourcentralen samt hänvisningar till alla de upplysningskrifter som apoteken kunde ge dig gratis. Dessutom kunde man få egenvårdsråd för många problem och krämpor.

Olika delar av innehållet kom att regelbundet publiceras i lokalpressen med kommentarer av distriktsläkare och möjligheter för läsarna att ställa frågor.