

SAMVERKAN EN LERUMSIDEOLOGI

Ett av honnörsorden i verksamheten var samverkan. Här ges några exempel på samverkansprojekt och synen på samverkan med omvärlden.

Samverkan – ett honnörsord i Lerums primärvård

Ulla Sandvall, Lerums vårdcentral, berättar:

“Under åren har Lerums vårdcentral pga sin storlek varit primärvårdens representant i många samverkansgrupper både i kommunen, lasarettet och andra samhällsorgan

I slutet av 80-talet fanns en samverkansgrupp kallad LISA som står för landsting i samverkan med representanter från de fyra kommunerna samt lasarettet och primärvård. Denna grupp utvecklade bl.a. rutiner för vårdplanering inför hemgång från lasarettet. Samverkansgruppen blev också basen i det stora arbetet med ADEL-reformens genomförande och senare REHAB-300, ett projekt som syftade till att utveckla rehabilitering för äldre. Gruppen fick senare under 90-talet annan representation och bytte namn till KOLA som dessutom fick en förberedande grupp kallad LILL- KOLA. Psykiatrin ingår i båda dessa grupper.

En samverkansgrupp) med bred representation i hela samhället arbetad emed alkohol-drog- och våldsförebyggande. Denna hade barn- och ungdomsförvaltningen ansvaret för. Deltog gjorde tjänstemän från socialförvaltningen, polis, kyrkan, primärvården, ungdomsgårdar och rektorerna på respektive högstadium. Denna grupp arbetade mycket kreativt som bl.a. resulterade i "Lusserocken".

Pengar är ofta en drivkraft, särskilt när de minskar. Det fanns något som hette "gränslös vård" vilket innebar att patienter kunde välja att var inom regionen de ville vårdas. Det gällde i hög grad förlossningarna.

Förlossningen i Alingsås var borta sedan 1978 och Lerums föräldrar valde Östra i Göteborg före Borås. Älvsborg fick betala ca 18.000 kr för varje förlossning. Det blev mycket pengar eftersom det föddes många barn i början på 90-talet. För att vända trenden och spara pengar erbjöd vi gravida par att med buss åka till Borås för information och titta på förlossningsavdelningen. Många par åkte med och många tänkte om och valde Borås. Vi sparade pengar men snart gjordes reglerna om och det blev åter fritt fram att söka i Göteborg. Men det var mycket intressant att se hur relativt enkelt man kan vända strömmar.

Vi samarbetade med apoteket i flera olika projekt. Exempel på detta är egenvårdsbroschyren "Sköt om Dig" och utbildning av undersköterskor/biträde inom hemtjänsten för att ge rätt medicin till vårdtagarna. Tankar fanns att ha sjuksköterska några timmar/dag på apoteket för att svara på egenvårdsfrågor. Idag är det ju en fråga i ropet! Tyvärr kunde vi inte genomföra planerna Dels saknade vi sjuksköterskor men fram för allt var apotekets lokaler inte tillräckliga ur sekretessynpunkt-

Lab-projektet var ett projekt tillsammans med kem.lab vid Alingsås lasarett. Med patientnära analyser kortades läkarens och patientens väntan på analysvar. Marianne Fu har lovat skriva om detta.”

Socialtjänsten, en viktig samverkanspartner

Socialvårdens verksamhet, som omfattade den enskildes totala behov av omvårdnad och service, behovssamordnades alltmer med sjukvården under 1970-talet. Genom vårdcentralen skulle den enskildes behov av medicinsk service och vård tillgodoses på hemorten. Vårdcentralen skulle få ta ett betydande ansvar för den uppföljande vården och behandlingen av personer som skrevs ut efter medicinsk rehabilitering på länssjukvården. Varje utskrivning skulle därför förberedas genom kontakter och samråd med den sociala nämnd som skulle ta över ansvaret för den fortsatta omvårdnaden av patienten. En vårdplan skulle upprättas för patienten i samverkan mellan de ansvarande instanserna. SLAKO – Samverkan Landsting och kommun – principer för samplanering och samverkan på läns- och lokalnivå var en sådan organisation som beskrevs i kommunförbundets cirkulär 75/1969 om samordnad social åldrings- och långtidssjukvård.

POSOM

POSOM står för Psykiskt Och Socialt Omhändertagande. En viktig samverkansgrupp för anhöriga vid katastrofer som Tsunami-katastrofen 2005 och tidigare för olyckor och självmord vid skolorna..

Lena Råstam, distriktssköterska Gråbo var många år en av gruppmedlemmarna. Hon beskrev arbetet i PRIM Nytt nr 1 1994.

"POSOM skall finnas i varje kommun och är en kommunal angelägenhet. Enligt Räddningsverket och Socialstyrelsen skall gruppen bestå av representanter från: socialtjänst, skola, primärvård, kyrka, polis och räddningstjänst.

Detta är en ledningsgrupp. Den sammankallas vid olyckor, katastrofer och krig.

I Lerums kommun har vi sedan flera år en katastrofplan för samverkan mellan vårdcentralerna och räddningstjänsten. Sjukvårdsgruppen kan skickas ut till större skadeplatser och en plan finns för hur vi skall kunna ta emot ett större antal skadade inne på vårdcentralerna.

Vår katastrofplan har inte tagit upp samordning med andra verksamheter som socialtjänsten, skola m.fl. om hur vi tillsammans på ett smidigt sätt skall bemöta och ge ett bra psykiskt omhändertagande av drabbade personer.

Vi behöver en med kommunen gemensam plan som kan träda i kraft t.ex. vid trafikolyckor med ett flertal drabbade eller som mardröms exempel - ett flygplan som störtar under inflygning över Lerums kommun. Vid en sådan katastrof kan man räkna med att på en död finns cirka tio drabbade och sörjande. Ett dödsfall som inträffar plötsligt, räcker för att ge anhöriga både chock och djup kris. Då är det viktigt att få stöd i sin egen miljö med sina nära omkring sig.

Min förhoppning är att vi vårt primärvårdsområde skall bli bättre på att från vårdcentralerna stötta upp vid tillfällen då någon oväntat förlorar en nära anhörig.

Vi önskar att någon från vårdcentralen kan fungera som katalysator i sorge- och läkningsarbetet. Detta innebär att "biståndspersonens" uppgift inte primärt är att bota eller ta bort den krisdrabbades symptom, utan den främsta uppgiften blir att hålla kontakten, finnas till hands, lyssna, stötta och följa upp efter en tid. Lyckas vi med detta i de enstaka fallen får vi en beredskap att räkna till även i händelse av större katastrofer

En tvärsektorieell grupp med representant från räddningstjänst, ambulans, polis, kyrka och primärvård har bildats. Vi har träffats några gånger för att "inventera" vad vi redan är bra på här i kommunen och utifrån detta bygga upp en Lerumsmodell för omhändertagande av personer i akut kris, där fler än en är drabbad.

Vi har som mål att tillsammans med alla berörda enheter, utarbeta en grundmodell: Vad är det jag skall göra i mitt arbete vid möte med en krisdrabbad person.

För att sprida information om detta har jag träffat ett flertal av personalen på berörda enheter. En skrivelse om POSOM-arbetet är skickad till Kommunstyrelsen för att från tjänstemannanivå informera politikerna om vad vi håller på att starta upp.

Till vintern hoppas vi få möjlighet att samla berörd personal inom de olika arbetsområdena till ett par gemensamma utbildningstillfällen, så att ALLA strävar åt samma håll."

Kurator eller socialarbetare

I Gråbo gjordes tidigt (redan 1973) ett försök med samordnad sjuk- och socialtjänst, där socialassistenten skulle ha kuratorsfunktion. Någon kurator anställdes aldrig i Lerums primärvårdsområde.

I projektform påbörjades ett samarbete mellan socialtjänsten i Lerum och primärvården. Man fastställde "spelregler" som innebar att samarbetsteam som byggde på områdesansvar skapades med läkare, sjuksköterska (som kunde vara distrikts-, skol-, barnhälsovårds- eller mödrhälsovårdssjuksköterskan) och socialassistenten för området som oftast motsvarade rektorsområdena. Allt för formaliserat samarbete rekommenderades ej men möjlighet att lätt nå varann var en förutsättning. Dessutom rekommenderades att då och då ha gemensamma träffar för att ta upp samverkansmetoderna. I det enskilda fallet skedde kontakten helt informellt utan remissförfarande. Något som försvårade kontakterna fick inte förekomma utan man skulle i teamen arbeta som kollegor oavsett yrkestillhörighet och med utnyttjande av varandras yrkeskompetenser. Målsättningen var helhetssyn, ett socialmedicinskt tänkande där socialassistenten hade en kuratorsfunktion i teamet. Familjevårdsprincipen skulle gälla: en

familj, en läkare, en socialassistent, en sjuksköterska. Sekretessproblematiken penetrerades och löstes individuellt. Samarbetet sågs som ett försök till integration av sjuk-, hälso- och socialvården.

Rehabilitering – ett samverkansprojekt

Medicinsk rehabilitering fick 1969 ställning som specialitet inom sjukvårdsorganisationen. Det skulle finnas en sådan klinik i varje län.

Socialstyrelsen kom 1976 med ett förslag till principprogram för medicinsk rehabilitering (Socialstyrelsen redovisar 1976:5). På primärvårdsnivå angavs ”att en samordnad social och medicinsk närhetsservice var av stor betydelse för alla människor vid sjukdom, olycksfall och andra tillfällen med särskilda svårigheter. I en väl organiserad primärvård med samordnade och samverkande hälso-, sjuk- och socialvårdsresurser är vårdcentralen med sina behandlingsmöjligheter, det lokala sjukhemmet och dess rehabiliteringsresurser och hemsjukvården tillsammans en rehabiliteringsinriktad enhet med förutsättningar att – i samarbete med primärkommunala och andra organ – fånga upp och tillgodose huvuddelen av vardagens behov av såväl medicinsk behandling som av social service och omvårdnad.”

Primärvården i Lerum önskade verka i dessa former.

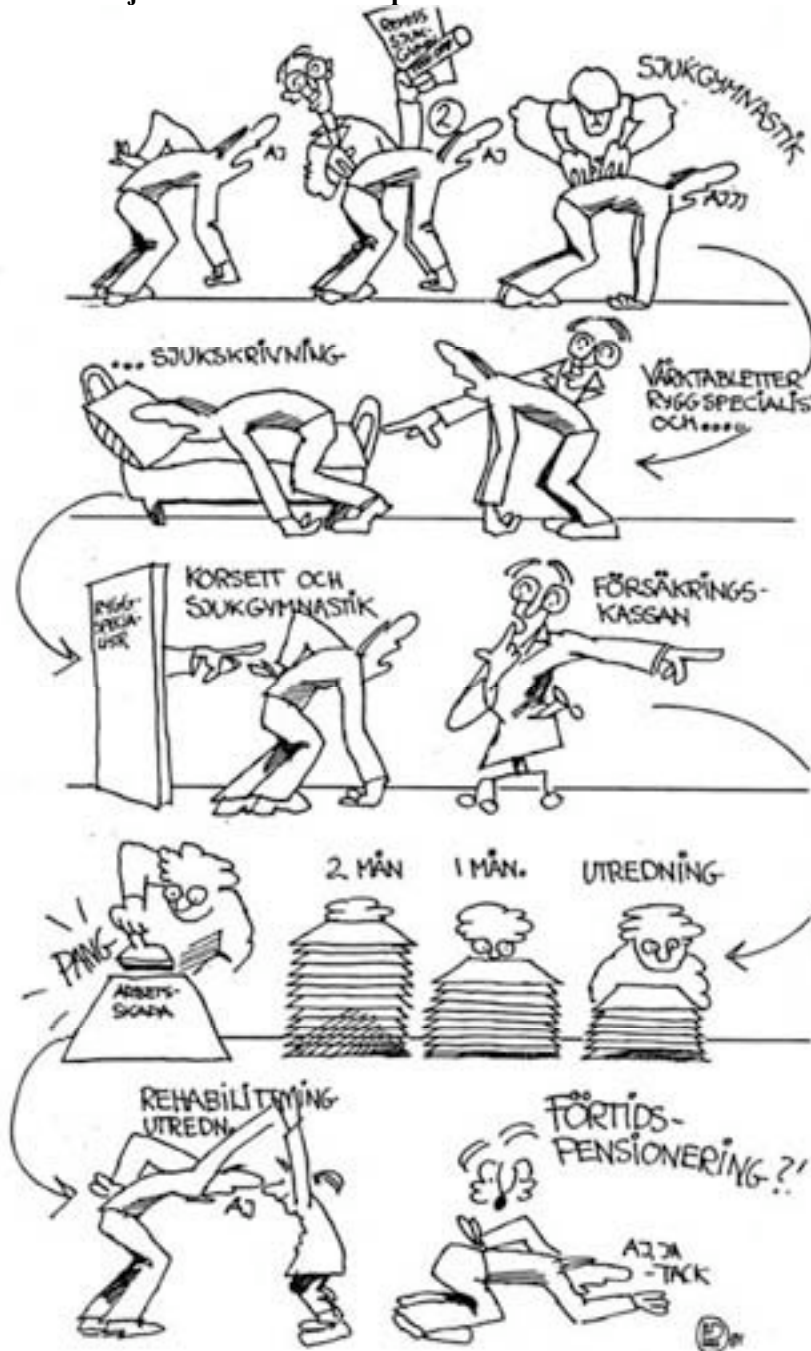
Södra sjukvårdsdistriktets rehabiliteringsklinik med dess chef Sven-Olof Krafft förändrade också verksamheten i denna riktning och inledde ett nära samarbete med primärvården..

Målsättningarna var bl. a. :

- En samordnad – individuellt anpassad och organiserad – behandlingsinsats, byggd på en helhetssyn på patienten och dennes situation.
- En för sjukvårdsområdet samordnad medicinsk rehabiliteringsorganisation
- En inom sjukvårdsområdet så långt möjligt decentraliserad rehabiliteringsservice med tyngdpunkten i primärvården.

Redan på 70-talet mötte man i primärvården ett ökat antal personer med uttalad funktionsnedsättning som hade ringa medicinsk bakgrund. Funktionsnedsättningen förstärktes oftast av ett traditionellt medicinskt diagnostiskt och terapeutiskt förfarande. Det gjordes omfattande utredningar med ett ”kringvandrande” mellan olika specialiteter. Detta var deletärt för patienten som utvecklade en kronisk sjukroll. – se bild nedan Denna manifesterades ofta som ett kroniskt smärtsyndrom med förtidspensionering som slutresultat. Försäkringskassans tillämpning av sjukpenningbegreppet och arbetsskadeförsäkringen förstärkte ofta den negativa utvecklingen. För att komma tillrätta med problematiken genomfördes ett samverkansprojekt mellan primärvården i Lerum och den medicinska rehabiliteringskliniken i Borås i början av 1980-talet..

Från sjukskriven till förtidspensionen



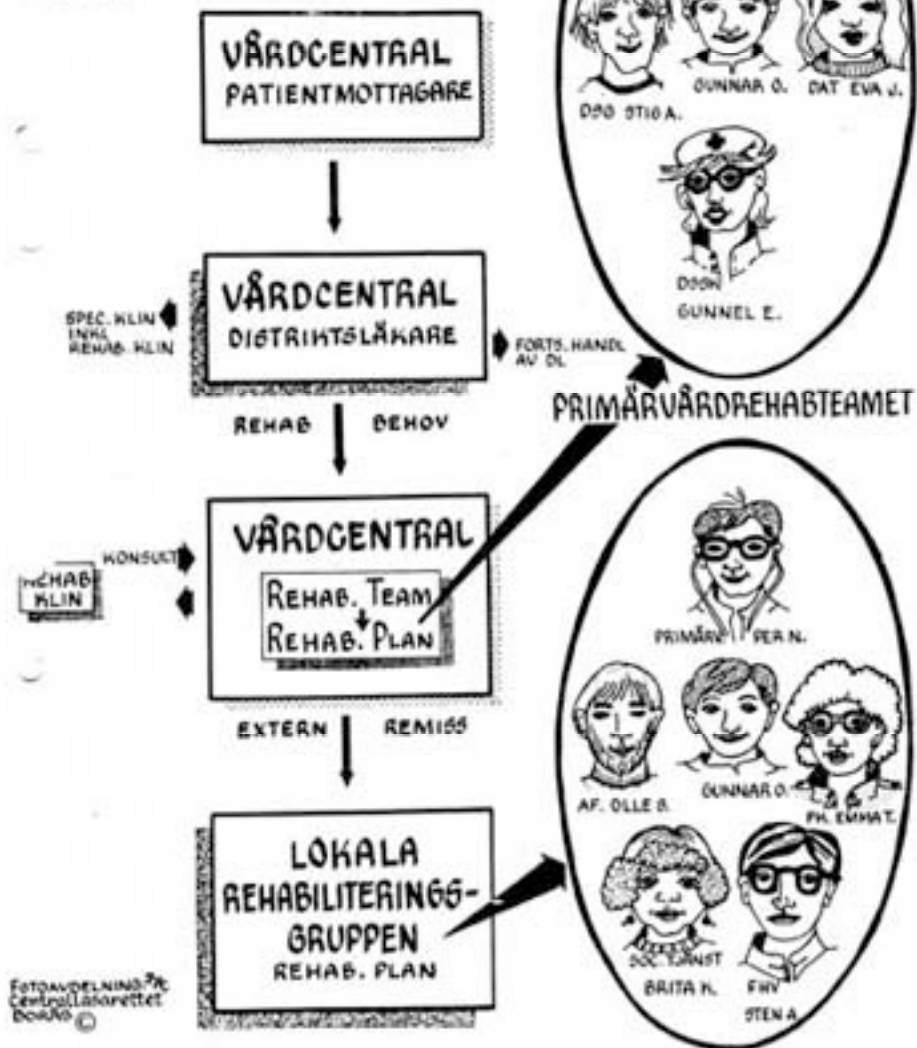
En rehabiliteringsmodell testades för befarat långtidssjukskrivna med problem i rörelseorganen. Modellen som visas i bild nedan byggde på:

- tidig aktiv intervention i problematiken
- problemlösning i samverkan mellan patient, primärvård, konsult från rehabiliteringsklinik samt lokala samverkanspartners från Försäkringskassan, Socialtjänsten och Företagshälsovården.
- utbildningsinsatser

Ett lokalt rehabiliteringsprogram

REHABILITERINGS-PROGRAM

Lokal överenskommelse om vårdnivå, organisation och samverkansmetodik



Resultatet av insatserna visade att:

- Problematiken oftast kunde lösas med de resurser som fanns i patientens närhet.
- Handläggningstiden kunde förkortas.
- Slutresultatet förbättrades

Tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder inom primärvården var synnerligen värdefullt för att förhindra utslagning som ofta manifesterade sig som s. k. Kroniskt smärtsyndrom. Samarbetet mellan distriktsläkare, distriktsjukgymnast och distriktsarbetsterapeut var synnerligen väsentligt då man skulle lösa rehabiliteringsproblematik inom primärvården. Att använda en adekvat rehabiliteringsmetodik kunde många gånger hindra att patienter i onödan remitterades till och kanske till och med "konserverades" i länssjukvården. Endast ett fåtal patienter behövde remitteras till specialistkliniker. Den lokala rehabiliteringsgruppen var ett viktigt samarbetsorgan och rekommendationen var att en sådan grupp borde finnas för varje vårdcentral. Resultatet av projektet blev också att konsultverksamheten från

rehabiliteringskliniken kom att omfatta i stort sett samtliga vårdcentraler i Älvsborgs läns södra sjukvårdsdistrikt.

Regelverk angående arbetsmiljö och rehabilitering

Försäkringskassan hade enligt lag om allmän försäkring (1962:381) tillsyns- och samordningsansvar över de utredande och andra insatser som krävdes för rehabilitering av enskilda försäkrade. Genom senare riksdagsbeslut fick försäkringskassorna det övergripande samordningsansvaret för rehabiliteringsverksamheten. I ansvaret ingick att ta initiativ till sådana insatser och att ge stöd åt den enskilde i kontakter med andra rehabiliteringsansvariga. I speciella fall skulle kassan kunna överta ansvaret för att en rehabiliteringsutredning kom till stånd.

Genom riksdagsbeslut (1990/91:103) fick arbetsgivaren ökat ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering. Det skulle på arbetsställena finnas en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Arbetsgivarna fick också ett förstahandsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Samtidigt hade företagshälsovårdens arbetsuppgifter renodlats från sjukvård mot förebyggande vård med krav på ökad kvalitet samt bättre styrning och ledning.

Samordning i missbruksfrågor

Floda vårdcentral med distriktsläkare Bengt- Ivar Nöjd initierade i början av 1980-talet till samverkan mellan olika instanser som kunde upptäcka, behandla och rehabilitera alkoholmissbrukare och narkotikamissbrukare. Man utvecklade ett förslag till vårdprogram för förebyggande och behandling av alkoholmissbruk, Spri rapport 183, 1984. På vårdcentralen rekommenderade man att en primär samordningsgrupp i missbruksfrågor (PSG) skulle finnas. Gruppen skulle bestå av en distriktsläkare, en sjuksköterska (distriktssköterska, mottagningssköterska eller alkoholpolikliniksköterska) samt en socialsekreterare. Gruppen skulle ha ansvar för missbruksvården inom primärvårdsområdet. Man pekade på att det var väsentligt att socialtjänst och primärvård hade samma områdesgränser. Den lokala rehab-gruppen, som tidigare beskrivits i Rehabiliteringsprojektet, var en viktig aktör i sammanhanget. Följande bild visar samverkanspartner .

Ur Spri rapport 183



Privatläkare i Lerum

En viktig resurs i Lerum var privatläkarna, mest representerad av Bengt-Ivar Nöjd, som slutade som chef i Floda och övergick till privat verksamhet 1983. Han berättar:

”Sedan 1983 har jag varit verksam som privatpraktiserande allmänläkare inom Lerums Primärvårdsområde. Dessförinnan hade jag tillsammans med kollegan Gunnar Hedelin haft en fritidspraktik där vi på kvällstid tog emot patienter och även gjorde hälsokontroller för företag. Trots att behovet funnits, och fortfarande finns, har endast ytterligare en privatläkare etablerat sig i kommunen, Per-Erik Melberg i ortopedi, men han har huvuddelen av sin verksamhet förlagd till Göteborg. Tidvis har funnits specialister som på fritiden haft privatmottagning (Håkan Mobacken, hudsjukdomar; Hasse Eijner- ÖNH, CE Hedström- invärtesmedicin). En av distriktsläkarna vid Gråbo (Lisbeth Lavér) VC har även fritidspraktik.

Inte någon gång under de 23 år jag varit privatläkare har jag haft sysslan på heltid. Under hela perioden har jag varit försäkringsläkare vid FK och under fem år var jag kommunens företagsläkare, Dock har den ”privat arbetstiden” ofta överskridit 40 timmar per vecka.

Jag ångrar inte mitt yrkesval. Det har varit, och är fortfarande, mycket stimulerande att vara familjeläkare. Jag har fått följa flera generationer i många familjer och åtskilliga patienter har gått kvar hos mig trots att de flyttat långt bort från kommunen, den som flyttat längst bor nu i Spanien men kommer på halvårsbesök till oss. Samarbetet med kommunens vårdcentraler och lasarettet i Alingsås är mkt bra, jag remitterar ofta till lokalt lab. Så långt det varit möjligt har jag tillgodosett mina patients behov av akutsjukvård men ofta har de, under min bortavaro, sökt vid vårdcentralerna som då inte varit avvisande på något sätt. Jag har känt att jag hela tiden tillhört primärvården och får t ex varje månad inbjudan att delta i efterutbildningen. Tyvärr har jag inte haft så många tillfällen att vara med. Många av mina patienter är gamla och jag gör ofta hembesök.

Jag driver nu som pensionär mottagningen tillsammans med min fru. Min förhoppning är att kunna få göra det under ytterligare några år. Tyvärr blir det svårt att finna någon som är villig att ta över när jag slutar och i dagsläget tillåter inte landstinget att mottagningen överläts. Den mobila tjänster som nu diskuteras skulle lämpligen kunna kombineras med privata mottagningar i de olika kommundelarna, även i Sjövik som nu försöker få ut läkare till sin centralort.”

Samverkan med lasaretten

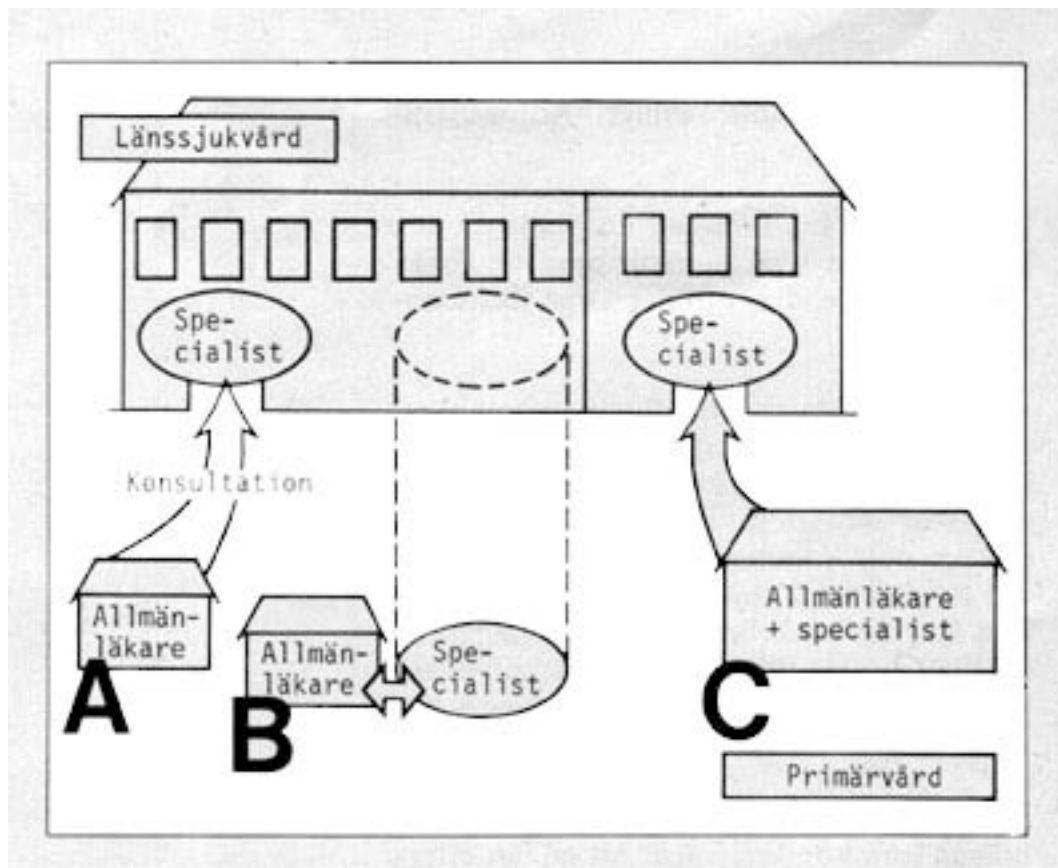
Den nya primärvården och sjukhusets kliniker hade till att börja med mest kommunikation via remissförfarande. Personliga kontakter var viktiga och man träffades minst en gång om året kring en gemensam måltid och något program på lasarettet i Alingsås. Det tog emellertid sin tid innan man fann gemensamma plattformar för samverkan. I den lokala efterutbildningen av distriktsläkarna anlätades sjukhusläkarna som kunskapsspridare. Genom den kanalen utformades också effektivare remissrutiner och gemensamma vårdprogram under 1980-talet. Trots allt när krubban börjar bli tom bits hästarna i stallet – resursbristen och det kärvare ekonomiska klimatet samt den till synes starkt expanderande primärvården kändes av länssjukvårdens företrädare hotande. Budgetprocessen var en destruktiv företeelse i sammanhanget. Inte heller primärvårdsföreträdarna kände sig gynnade. ”Till var och en som har, åt honom skall varda givet, så att han får övernog; men den som icke har, från honom skall tagas också det han har”, Matteus 25:29. Bägge parter tyckte att bibelordet passade in på deras situation.

Bengt Dahlin skrev en artikel i Läkartidningen nr 47, 1980 om Fyra huvudvägar till bättre samverkan mellan primärvård och länssjukvård. Här utdrag ur innehållet:

”I ett allt kärvare ekonomiskt klimat är risken stor för att utvecklingen mot bättre samverkan mellan primärvård och länssjukvård i stället återgår till starkare revirhävande och avståndstaganden När blockorganisationen infördes 1971 var en av målsättningarna att närma primärvård och länssjukvård till varandra. De organisatoriska förutsättningarna skulle bidra till bättre samverkan. Det visade sig inte så lätt som man trott. Fyra vägar till bättre samverkan beskrivs: Organisationsvägen, Administrationsvägen, Utbildningsvägen och Projektvägen. Vad vandraren behöver är en god vilja att nå målet.

Organisationsvägen kunde vara nära samverkan i primärvården med specialisterna från sjukhuset. Det fanns olika modeller även för detta. I bilden nedan beskrivs tre vägar. **A** visade den gamla traditionella vägen med remissförfarande. **B**-vägen tog Lerum under slutet av 80-talet

genom att få några specialister från Alingsås att ha mottagning på Lerums vårdcentral på eftermiddagarna någon dag i veckan. Under rehab-projektet så kom också rehabiliteringsläkare ut i primärvården som konsulter till rehab-teamen. Väg C var den som anvisades i utredningen om den öppna vårdens organisation 1970. Det innebar stora vårdcentraler med specialister och allmänläkare samlokaliserade, Den vägen valdes aldrig i Mittenälvsborg men väl i Mark där vårdcentralen lades vid lasarettet i Skena och ett flertal specialiteter fanns representerade. Det blev i det sammanhanget irriterade diskussioner om var specialistläkarna administrativt skulle vara hemmahörande, i primärvården eller vid moderkliniken.



Tre former för specialistmedverkan i primärvården enligt Ulf Nicolausson (föredrag 1978).

Vårdkedjearbete – en samverkansform för effektivare sjukvård

Thomas Nordberg, Lerums vårdcentral berättade för Vårdsidor i nr. 1 år 2000. Ulla Wessman var reporter.

"Om vårdkedjan fungerar finns det inte några nackdelar, konstaterar distriktsläkare Thomas Nordberg på Lerums vårdcentral.

- Vårdkedjearbetet ser jag som en process, ett skeende i tiden, säger Thomas. Det skall vara enkelt och självklart för patienten. Eftersom jag arbetar i primärvården, ser jag startrutan för patienten i "hemmet". Bedömningen av behovet av omsorg och sjukvård startar nästan alltid på vårdcentralen. Vid mötet med patienten skall jag kunna stötta, vårda, lindra och bota. Jag behöver också hjälp av sjuksköterska, undersköterska eller sekreterare beroende av behovet.

- Alla dessa aktörer skall befinna sig i kedjan med samma språk, regler och målsättning. Kanske det är en remiss till annan vårdnivå som krävs och dessa vårdkedjeaktörer skall också vara förtrogna med kedjan, vårdprogram eller vad som är basen i agerandet.

Dessa regler skall vara förankrade i ett nationellt program, t ex diabetes, som jag har arbetat mycket med. Det viktigaste är dock att omhändertagandet är professionellt och att det ryms massor med omtanke. Det får inte bli "vi och dom" inom sjukvården, som det är

alldeles för ofta. Patienten skall veta vem som styr båten och vart man är på väg. Helst skall patienten själv stå vid rodet.

Vilka samarbetspartners ska finnas med i vårdkedjan?

- Samarbetspartners finns inom min egen nivå, men naturligtvis även i samverkan mellan lasarett, kommun och primärvård. Något av det viktigaste i dag är att utveckla kontakter med kommunen. Det finns mycket brister i dialogen mellan kommun och primärvård. Här finns massor att uträtta! Andra viktiga samarbetspartners är givetvis patientens anhöriga och patientföreningar. Vid analys och beskrivning av en vårdkedja finns alla aktörer med och vad deras uppgifter är, konstaterar Thomas Nordberg.

Vilka är fördelarna?

- Då tänker jag bl.a. på diabetesvårdkedjan. I detta sammanhang ser jag tydligt fördelarna med att dela på ansvaret. Patienten i centrum och runt henne/honom fotvårdare, diabetessjuksköterska, dietist, läkare, alla inom sin specifika vårdnivå. Med min erfarenhet och kunskap om alla medlemmar i teamet kan jag lotsa patienten till rätt nivå. Den klassiska fördelen är "varannan gångs omhändertagande" som läkare och diabetessjuksköterska använder sig av. Patienten kan ställa frågor ur olika infallsvinklar och vi utnyttjar vår kompetens på bästa sätt. En annan fördel är att kunna "låna ut" patienten till en högre nivå, lasarettets diabetesmottagning, för att ytterligare utnyttja våra olika kompetenser för patientens bästa.

Några nackdelar måste väl finnas med vårdkedjearbete?

- Nästan aldrig om det fungerar, svarar Thomas övertygande. Om man är för fyrkantig och läser arbetsbeskrivningen för ordagrant, kan vi hamna i den gamla vanliga "vi och dom" situationen.

En perfekt vårdkedja, hur skulle den se ut?

- På sätt och vis har jag redan beskrivit min idealbild av vårdkedjan. Det finns givetvis mycket kvar att göra. Perfekt blir det, när vi förbättrat kommunikationen beträffande journalhanteringen. Nu är det trögt med olika journalsystem inom vården. Tänk om vi hade ett och endast ett system, där patienten ägde sin journal och där informationen var tillgänglig för den som behövde den. Det som diabetologen noterade under gårdagens besök, skulle vara tillgängligt direkt och inte efter sju veckor, säger en entusiastisk förespråkare för vårdkedjearbete."

Medicinsk katastrofberedskap

Hälso- och sjukvården hade under 1980-talet att i samverkan med kommunen göra upp beredskapsplaner för krig och katastrofer. En plan för medicinsk katastrofberedskap inom Älvsborgs läns landstingsområde fastställdes av hälso- och sjukvårdsnämnden 13 december 1984. Det övergripande ansvaret hade en central katastrofkommitté. I Lerums primärvårdsområde fanns en lokal katastrofkommitté bestående av: primärvårdschefen (Gunnar Palmqvist), personalchefen, en distriktsläkare (Gunnar Hedelin) och tre sjuksköterskor.

I Lerum tog man katastrofplaneringen på stort allvar och hade i speciella pärmar utarbetade rutiner för detta. Utrustning fanns. I utbildningen för de tre sjukvårdsgrupperna ingick organisation av räddningsarbete och medicinskt omhändertagande på skadepåsar. Praktiska övningar genomfördes, dock ingen katastrofövning.

Tågolyckan i Lerum

En realistisk övning på hur beredskapsplaneringen fungerade fick man 16 november 1987 då två persontåg, p.g.a. fel i en växel, i hög hastighet frontalkrockade vid Lerums järnvägsstation. Vårdcentralen, som ligger ett par hundra meter från stationen, fick under en kort period omhänderta ett 60-tal skadade. Totalt dödades 9 personer och skadades 129.

"Himmelen över Lerum förmörkades snabbt av kolsvarta rökmoln och några minuter efter katastrofen var olycksplatsen ett brinnande inferno."



SOS-alarmering fick larm om olyckan via 90000 15 sekunder efter krocken. Några minuter efter olyckstillfället var polis från Lerum på plats. Tillsammans med tillskyndade och medpassagerare hjälpte de passagerare att ta sig ur vagnarna. Lerums räddningskår kom några minuter senare och inriktade sig på att släcka och begränsa branden. När räddningskåren från Göteborg anlände efter cirka 30 minuter övertog en brandingenjör rollen som räddningsledare. Vad gjorde sjukvården

Primärvårdskansliets personal såg olyckan och larmade vårdcentralen i Lerum. En sjukvårdsgrupp från vårdcentralen anlände till olycksplatsen 14.45. Med helikopter kom kl. 14.58 en läkare och en sjuksköterska från Östra sjukhuset. Cirka 10 minuter senare kom från samma sjukhus ytterligare tre sjuksköterskor och en ledningsläkare. En provisorisk uppsamlingsplats för skadade upprättades i skadeområdets utkant. Primärvårdens personal, omhändertog, hänvisade och transporterade skadade till vårdcentralen. Den första ambulanstransporten till akutsjukhus påbörjades kl. 15.05. Många oskadade och lätt skadade gick upp till E3:an, som ligger intill spårområdet, och fick transport av förbipasserande bilister. Detta innebar bl.a. att registrering av avtransporterade skadade och oskadade inte kunde genomföras. Den medicinska beredskapen på olycksplatsen minskades från kl. 19 och all sjukvårdspersonal hade lämnat platsen kl. 21.

På vårdcentralen förstärktes personalen från Floda och Gråbo vårdcentraler samt från sjukhemmet i Lerum (fem sjuksköterskor). Tre av personalen från vuxenpsykiatriska mottagningen kom också till vårdcentralen liksom präster och diakonissor (10 personer). Totalt deltog cirka 115 personer i behandling/omvårdnad under eftermiddagens lopp. Kl. 18.30 åker sista patienten med en sjuksköterska till Alingsås lasarett.

Slutsatser

Olyckan hände vid en gynnsam tidpunkt och på en tillgänglig plats. Skadepanoramata var förvånansvärt lindrigt. Man klarade medicinskt väl av den stora patientanstormningen på vårdcentralen. Mest bekymmer hade man med den administrativa delen: registrering, kommunikation och överblick.

Man (Inger Gallon, Gunnar Hedelin, Thomas Nordberg och Gunnar Palmqvist) konstaterade att:

"En utveckling mot att i möjligaste mån utnyttja primärvårdens växande resurser i framtida medicinsk katastrofberedskap tycker vi verkar meningsfull med anledning av de erfarenheter vi gjorde i samband med olyckan."

Barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatri i Mittenälvsborg

Allmänpsykiatri i Borås – De allmänna vuxenpsykiatriska mottagningarna tillhör klinik 1.

I kranskommunerna finns allmänna vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar. De har ett aktivt fördjupnings- och utvecklingsarbete tillsammans med den specialiserade psykiatri och dess programområden.

Dessutom har de en ständig dialog och samverkan med primärvården och kommunerna. Det innebär att det finns mottagningar i Alingsås, Lerum, Skene, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn och Vårgårda.

Lars Egedius berättade: *Ska kompletteras*

Vuxenpsykiatri i dess modernare tappning kom till Lerum, lokalmässigt och personalmässigt sommaren 1985. Bakgrunden var den då pågående "sektorisering av psykiatri". Johan Cullberg i Stockholm hade tidigare tillsammans med psykiatern Bo Berggren, Clarence Crawford m.fl. utvecklat den nya approachen inom psykiatri, med mottagningar utlokaliserade och stor tillgänglighet för befolkningen inom det närgeografiska området. Cullberg hade ju också skrivit den lilla men lästlusa och kloka "bibel" i tidens anda "Kris och Utveckling", som blev tongivande för denna utveckling som sedan fortgick över hela Mittenälvsborg och i hela landet under drygt ett och ett halvt decennium framåt. Därefter upptäckte man att psykiatri under "krisperspektivtiden" till stor del missat de allra sjukaste patienternas behov, en återgång till den mer traditionella psykiatri avlöste det tidigare synsättet.

I mitten på åttiotalet, när vi bemannade vår mottagning i Polishuset (som ju kallades Akropolis i folkmun, Arbetsförmedlingen/ Kronofogden/Polisen var tidigare inhyrda där), flyttade vi in som ett s.k. enkelteam, dvs. En av vardera sorten psykiater, sjuksköterska, skötare, kurator, sekreterare och psykolog. Detta skulle täcka in det geografiska området, Lerum, Gråbo och Floda med resp. läkarstationer. Upptagningsområdet var ca 30000 och naturligtvis var ett s.k. enkelteam inte tillräckligt i längden. En uppdelning på ett team för Lerum och ett för Floda och Gråbo kom till 1995 då vi blev ett dubbelteam och det motsvarade också socialstyrelsens dåtida riktlinje (ett dubbelteam för ett underlag på 30000).

Före 1985, då vi hade ett enkelteam i Alingsås, där jag själv var först på plan som heltidsanställd redan 1976, hade vi servat de olika läkarterier i Mittenälvsborg, bl.a. med konferenser ute på stationerna, från Herrljunga i norr, Sollebrunn, Gråbo, Floda och Lerum i söder, förutom S. Ringgatan och Noltorp i Alingsås. Till detta ambitiösa program från ett litet men entusiastiskt enkelteam kom också kontakter och fallkonferenser på plats med arbetsförmedlingarna och socialkontoren på respektive orter. Syftet var, som sagt ovan, att åstadkomma, tidig intervention och handläggning, tillförande av synpunkter och råd från psykiatriens sida, möta upp till andra instansers behov, önskemål, m.m. Att avdramatisera den tidigare svåråtkomliga psykiatri, "humanisera" sjukdomsförlopp, m.m. spelade också en inte obetydlig roll i sammanhanget.

När det gäller barnpsykiatri i Lerum så vet jag att det fanns utlokaliserad sådan när vi kom till Lerum med fast mottagning 1985 och att det funnits BUP-mottagning sedan flera år tillbaka. Jag själv hade kontakter på plats i Lerum med Barnpsykiatri och skolpsykologer i en byggnad borta vid Bagges torg, en träbyggnad på baksidan av den gamla läkarstationen. Exakt år för när Barn och ungdomspsykiatrimottagningen kom till vet jag inte.

På det glada tidiga åttiotalet hade vi från Alingsåsteamets sida tagit initiativ till utbildning av primärvårdspersonal och socialtjänst i form av s.k. "kriskurser", dvs. att gå igenom, utifrån Cullbergs bibel, begreppen, förloppen och faserna (om inte faserna), behandlingsstrategier, m.m. i syfte att ge verktyg i deras dagliga arbete och möten med patienter/klienter. Dessa kurser bedrevs under några års tid och betades av hela det geografiska området från norr till söder inom Mittenälvsborg. Kul och lärorikt och ett utmärkt bra sätt att skapa kontaktytor utanför remissvägarna, oss handläggare emellan.

BUP

Nuläget är sådant att jag varit i kontakt med Barnpsykiatriska Kliniken i Borås för att få fram exakt årtal när man flyttade ut till den första lokalt bemannade mottagningen i Lerum. Jag skall få besked om detta via e-post bär chefssekreterare Flykt fått fram det, Hon var själv med om utflyttningen på sin tid, till Knappekulla gård ,borta i svängen mitt emot uppfarten till Tuvängens sjukhem, där vi från vuxenpsykiatriska mottagningen brukade inta förträfflig lunch dagligen då vi öppnat vår egen mottagning 1985. Jag minns att personalen på BUP i Lerum på den tiden hade Björn Magnér som medicinskt ansvarig läkare och vi samarbetade med Björn och skapade bl.a. en programkväll på Torpskolan riktad till allmänheten, föreningsledare och andra intressenter. Björn Magnér ansvarade för en teaterinledning med ungdomar ur den teatergrupp i Göteborg där han också var verksam som regissör . Vi gav kvällen namnet ”Istället för våld” ,hade annons i Lerumstidningen ,affischer,m.m. Teaterinslaget följdes av en paneldiskussion med politiker, idrottsledare(bl.a. karatetränare) kyrkan, psykiatrin, skolan, polisen, m.fl. Kvällen var välbesökt ,fullsatt sal.

Vi hade vid samma tid också ett annat gemensamt program, ” Prestationsångest”. ett program som vände sig till allmänhet, föräldrar, idrottsledare inom Lerums kommun i syfte att väcka kontakter kunskap och diskussion . Denna programkväll hölls i Missionskyrkan i Lerum, inleddes med Stefan Jarls film om Ricky Bruch, ”Själen är större än världen” , med efterföljande diskussion.

Jag nämner detta som ett exempel på den ambition vi på den tiden hade , att normalisera och bredda kontaktytorna med den befolkning och de samhälleliga organ vi var till för att serva . Det fanns. förutom de mer givna formerna för kontakter, remisser, självsökande, behandlingskonferenser ,etc. en klar strävan att nå ut ,att avdramatisera, att informera om ”själens krumbukter och spratt” , men också om psykisk ohälsa, orsak och verkansmekanismer m.m. Framförallt också att skapa gemensamhetstänkande hos handläggare, där det också skulle finnas linjer i vad som var den enes och den andres ansvar och uppdrag. Psykiatrin var bred i sin nya inriktning och utrymmet för initiativ av otraditionellare och expansivare slag stort.

Det fanns ett ackumulerat behov av denna ”islossning” och synliggörandet av den nya psykiatri som nu bestämt sig för att lämna de mer gömda och glömda tillhåll den tidigare vistats i stor avskildhet. Samhällets behov av en psykiatri som kunde vara också en dialogpartner ,förutom en mottagare och handläggare i redan klart uppenbara sjukdomsprocesser, spelade också in i ambitionen att nå ut till samhället, finnas på plats rent bokstavligt i det lokala sammanhanget där befolkningen och andra handläggare redan fanns.

APOTEKET EN VIKTIG FUNKTION I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Det svenska apoteksväsendet före 1971

Fram till 1971 var de svenska apoteken privatägda. Verksamheten byggde på en stark statlig reglering och apotekscheferna utsågs av Kungl. Maj:t (Medicinalstyrelsen) för att garantera att verksamheten bedrevs med hög kvalitet och säkerhet. Finansieringen byggde på grundlån hos Apotekarkårens kreditkassa samt banklån. Man använde sig av ett avgiftssystem som medförde utjämning av apoteksinnehavarnas inkomster och möjliggjorde inrättandet av apotek i glesbygd där lönsamheten var svag. Man betalade allmänna avgifter för gemensamma funktioner som information, statistik och ex tempore-framställning av läkemedel.

För de gemensamma funktionerna fanns vid Apotekarsocieteten ett kansli samt informationsavdelning, kamerlavdelning, personalavdelning, planeringsavdelning, sjukhusfarmaceutisk avdelning, produktions-, ekonomi- och marknadsavdelning och forsknings- och kontrollavdelning.

Det svenska apoteksväsendet efter 1971

I och med bildandet av Apoteksbolaget AB 1971 (från 1997-12-17 namnändrat till Apoteket AB) övertog bolaget apoteken och merparten av funktionerna som den tidigare Apotekarsocieteten haft. Bolaget fick i avtal med svenska staten ensamrätt att bedriva detaljhandel med läkemedel till allmänheten. De tidigare apoteksinnehavarna fick ekonomisk ersättning för sina apotek och många kom att fortsätta som apotekschefer i den nya organisationen. I och med att bolaget tog över ansvaret för apoteken samt funktionerna vid Apotekarsocietetens kansli förenklades lagstiftningen. Kvalitetssäkringen kom att bygga på dels egeninspektion, dels Läkemedelsverkets tillsyn. Bolaget fick ansvaret för utseendet av apotekschefer samt prissättningen av läkemedel, något som Socialstyrelsen tidigare skött genomförhandlingar med industrin. Den sistnämnda uppgiften överfördes senare till Riksförsäkringsverket och ligger nu på Läkemedelsförmånsnämnden. Viktigt var och är att Apoteket AB inte är försäljningsdrivande när det gäller läkemedel. Tvärtom strävar man efter att förmedla kunskap om hur enklare hälsoproblem kan åtgärdas utan läkemedel. Viktigt är således att Apoteket har ett ansvar att förmedla kunskaper om egenvård, friskvård och förebyggande insatser.

Apoteken i närsjukvården

Apoteket Granen i Lerum inrättades 1948. Lokal inrättades i ett hus intill provinsialläkarmottagningen strax norr om Lerums järnvägsstation. Dess förste innehavare var Folke Schmeling. Han efterträddes av Birger Krantz 1954. Samtidigt som Brobackens vårdcentral flyttade in i Hälsohuset i Lerum flyttade apoteket över dit i bottenvåningen mot Brobacken. 1980 tog Gunnel Anderberg över apoteket som 1985 flyttade till den nya vårdcentralen vid Göteborgsvägen.

I närsjukvården är apoteket en viktig länk. På många platser i Mittenälvsborg samlokaliseras apotek och vårdcentral. Vid Lerums kommuns tre vårdcentraler inrättades apotek som en viktig närservice för den lokala befolkningen. Apoteken kom att bli viktiga hälsoinformatörer. Personal fick allt större kunskap och ansvar att informera patienterna om användningen av medicinerna som utskrivits av läkare eller som köpts för egenvård. Samarbeta i olika förändrings- och utvecklingsprojekt förekom också. Så i Lerum kring en egenvårdsbroschyr, i Gråbo kring datorstödd information med överföring av recept elektroniskt från läkarmottagningen till apoteket och med sjukhemmet för dosdispensering av läkemedel (se dessa projektbeskrivningar).

Apotekens uppgifter

De svenska apoteken, apotekens huvudkontor och tillverkningsenheter ansvarar för en rad arbetsuppgifter som inte ingår i arbetsuppgifterna för apotek utanför Sveriges gränser.

Uppgifterna utgör ett viktigt stöd för såväl myndigheters om hälso- och sjukvårdens samt äldreomsorgens verksamhet ner på individnivå. De är följande:

- a. Ansvar för läkemedelsstatistiken som utgör ett viktigt instrument i kvalitetssäkerheten av läkemedelsanvändningen.
- b. Den individbaserade receptregistreringen som idag finns för ett urval i Jämtland och som är på väg att introduceras i hela Sverige. Den möjliggör uppföljning av hur läkemedlen används, deras nytta, risker och kostnadseffektivitet.
- c. Uppföljningen av läkemedelsprofiler som för den enskilde konsumenten är viktig för säker läkemedelsanvändning.
- d. Extempore- tillverkningen av läkemedel
Följande punkter var speciellt viktiga i samverkan mellan primärvården och apoteket:
- e. Dosdispensering av läkemedel för att underlätta korrekt läkemedelsanvändning.
- f. Läkemedelsgenomgångar i de särskilda boendena samt hemsjukvården i syfte att förebygga såväl över- som underbehandling och behandling med olämpliga läkemedelskombinationer.
- g. Spridning av Socialstyrelsens, Folkhälsoinstitutets m.fl. myndigheters och organisationers information till allmänheten i frågor som gäller hälso- och sjukvård samt läkemedel.
 - i. Satsning på egenvård som alternativ till läkemedelsbehandling.
 - ii. Uppgiften att inte vara försäljningsdrivande när det gäller läkemedel.
 - iii. Ansvar för en betydande andel av hjälpmedelsarsenalen.
- h. Ansvar för producentobunden läkemedelsinformation.

När det gäller egenvårdsmedel och andra hälsovårdsprodukter skall Apoteket AB konkurrera på lika villkor med annan handel. Apoteket AB har genom sina insatser lyckats sänka priserna på varor som tandborstar och sanitetsbindor något som haft effekt på hela marknaden. Apoteket AB har också ett ansvar för att förmedla producentobunden information om läkemedel både till hälso- och sjukvårdspersonal och allmänheten. Genom prisjämförelser mellan jämförbara produkter har allmänheten fått möjlighet att välja den mest prisvärda produkten.

Skäl som anförs för att värna om det svenska apoteksmonopolet

De svenska apoteken, apotekens huvudkontor och tillverkningsenheter ansvarar för en rad arbetsuppgifter som inte ingår i arbetsuppgifterna för apotek utanför Sveriges gränser. Uppgifterna utgör ett viktigt stöd för såväl myndigheters om hälso- och sjukvårdens samt äldreomsorgens verksamhet ner på individnivå.

Man kan genom resultaten av olika opinionsundersökningar konstatera att apoteken toppar listan över samhällsinstitutioner som allmänheten är nöjd med. Man kan konstatera att apoteken genom sin information till allmänheten söker skapa respekt för dagens läkemedel, vilka vid användning kan medföra både nytta och risker. Man ser också att Apoteket AB, trots de besparingskrav det åläggs, söker sörja för en bra läkemedelstillgång i alla landets delar. Man kan inte se några fördelar med en avmonopolisering. Däremot ser man allvarliga nackdelar genom att privatägda apotek sannolikt inte kan ta över många av de uppgifter som nu åligger Apoteket AB. I ett sådant läge måste tillstånd att driva apotek kombineras med bindande avtal/licens att ansvara för dessa uppgifter och en central organisation skapas som ansvarar för de uppgifter som inte kan läggas på enskilda apotek.

Apoteket Strutsen i Göteborg blev Kronans droghandel

Det hela började 1718. Apotekare Luth, innehavare av Apoteket Strutsen, fick i uppdrag att balsamera Karl XII:s kropp. Betalningen uteblev – det var ju ett hedersuppdrag – men i gengäld förärades han titeln ”Kunglig Hovapotekare” och fick dessutom rätten till namnet Apoteket Kronan. 1814 började företaget importera och handla med droger och medicinalier, och hundratalet år senare, i januari 1907, bröt Gustaf Bernström loss den del som sysslade med läkemedelsdistribution. Han grundade Kronans Droghandel, KD som blev en viktig distributör av läkemedel i Sverige.

Ur årsredovisning 1999:

Branschen har i alla tider varit föremål för politiskt intresse och har ständigt ifrågasatts; sedan 1930-talet har den svenska läkemedelsförsörjningen i princip varit under konstant utredning. Dessa 70 år av turbulens har resulterat i en värdefull förändringsberedskap inom företaget, och det är en del av förklaringen till att KD har kunnat utvecklas från ett litet familjeföretag till en av Europas modernaste och effektivaste läkemedelsdistributörer. Kronans Droghandel hade fått sin nuvarande form.

Idag är det ett heltäckande logistikföretag, och man arbetar uteslutande på den nordiska hälso- och sjukvårdsmarknaden. Rent konkret innebär det att man ser till att hälso- och sjukvården i Norden snabbt, enkelt och säkert får tillgång till läkemedel, vacciner, bindor, kompresser, kanyler och annat som behövs för effektiv vård. Till funktionen kan företaget beskrivas som en "logistikväxel"; man är en oberoende tredje part, en länk mellan tillverkning och konsumtion, och huvuduppgiften är att förmedla information, varor och pengar mellan uppdragsgivarna och deras kunder. Koncernens omsättning uppgick 1999 till cirka 10,5 miljarder kronor. Man kan således konstatera att expansionen fortsatt; under den senaste femårsperioden mer än fördubblades omsättningen.

Egenvårdsprojektet

Det var naturligt att Lerums apotek med dess chef Gunnel Anderberg och primärvården i Lerum tillsammans utformade och bekostade egenvårdsbroschyren "Sköt om dig".



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

Ur innehållsförteckningen:

Innehållsförteckning

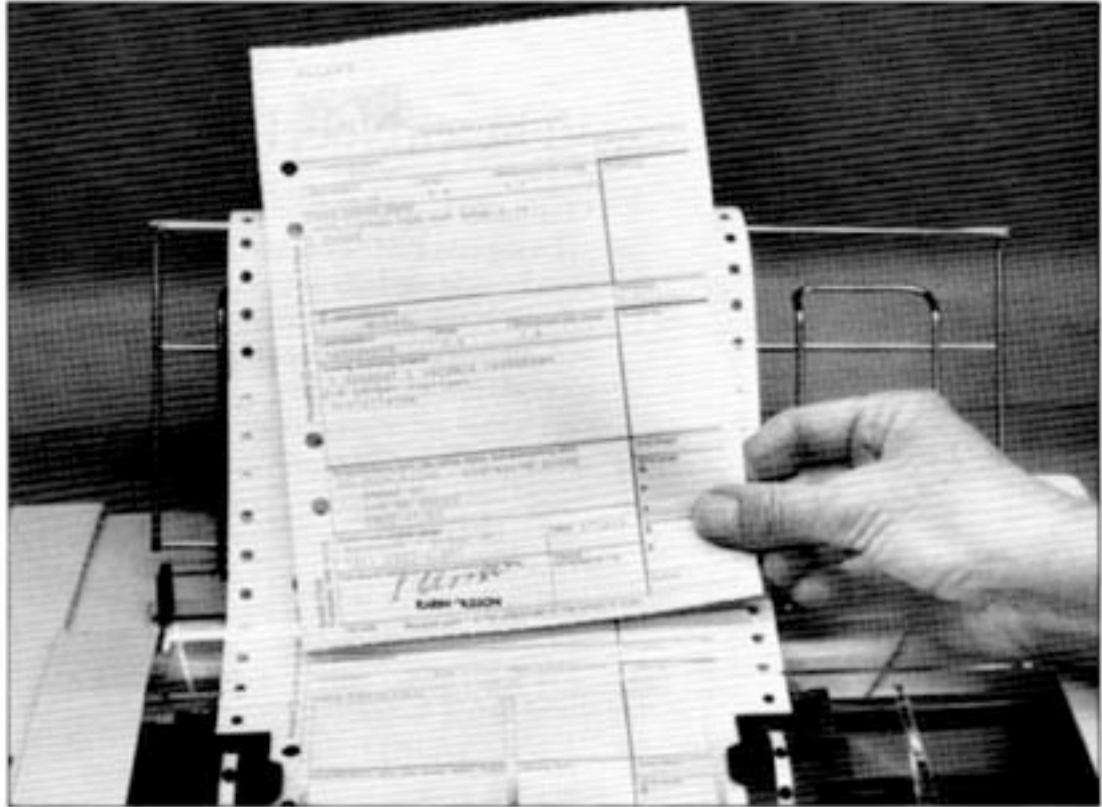
Primärvården inom Lerums kommun	sid. 2-3	Övre luftvägsbesvär	sid 34-37
Inför läkarbesöket	sid. 4	Feber	
När du medicinerar själv	sid. 5	Förkylning	
Husapotek	sid. 5	Heshet	
		Hosta	
Barnavård	sid 6-10	Övrigt	sid 38-42
Barnsjukdomar – översikt		Flytningar	
Blöjutslag – röd stjärt		Masksjukdomar	
Diarré hos barn		Näsblödning	
Mjölkskorv		Urinbesvär	
Torsk		Vaxpropp	
		Ögonirritation	
Hälsoråd	sid 11-14	Adresser	sid 43
Alkohol		Alfabetiskt register	sid 44
Rökning			
Trötthet			
Tänder			
Förgiftning	sid 15-17		
Bi- och getingstick			
Huggorm			
Hudbesvär	sid 18-24		
Akne – finnar			
Brännskador			
Fotsvamp			
Huvudlöss			
Mjäll			
Pigmentfläckar			
Sårbehandling			
Sår i och runt munnen			
Vårtor			
Magbesvär	sid 25-30		
Diarré och kräkningar (hos vuxna)			
Förstoppning			
Gasbesvär			
Halsbränna – sur mage			
Hemorroider			
Smärta	sid 31-33		
Smärta – värk			
Smärtor i ländryggen			
Nackspärr			
Stukning – sträckning			

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

Datarecept på Gråbo vårdcentral 1985.

I journaldatorförsöket vid Gråbo vårdcentral 1984 – 1990 utvecklades tillsammans med apoteket i Lerum/Gråbo och Apoteksbolaget en läkemedelsmodul. Läkarexpeditionernas bildskärmsterminaler anslöts till skrivare på Gråbo vårdcentralens apotek.

Vid receptutskrivning började läkaren med att välja en patient i journaldatabasen. En läkemedelslista presenterades, om patienten tidigare fått mediciner utskrivna. Ur den kunde man sedan välja att förnya ett eller flera läkemedel. Om läkaren skulle skriva ut en ny medicin fanns många hjälpfunktioner inlagda i systemet: Synonymregister, Diagnos/preparatregister, Standardföreskrivning, Apotekets lokala register, Landstingets läkemedelslista, Anvisningar. Själva receptet, som ett pappersrecept, fylldes i med hjälp av en bildskärmsdialog enligt i stort sett samma ordningsföljd som en vanlig receptblankett. Dialogen avslutades med en bekräftelse av vilka preparat som förskrivits och en fråga om man ville ha receptet utskrivet på plats eller på apoteket. Föreskrivningen signerades med ett personligt lösenord.



Nr	Preparat/styrka	Dos	Tid mängdGG	Utdrag: 860627 Förskrivet
1	Lanacrist	1+0+0	100	4 860603
2	Salures-K	1+0+0	98	1 860603
3	Propavan	1 tn	20	1 860603

Ange läkemedel 1, 2

LANACRIST förskrevs senast 860603

LANACRIST
 Beredning: TABL Styrka: .25 Förp.: 100
 Dosering: 1+0+0 Beh.tid: Ant. uttag: 4
 Fritt
 Anvisning: för hjärtat
 Lågra), E(ditera) eller I(gnora) L RETURN
 SALURES-K förskrivs senast 860603

SALURES-K
 Beredning: TABL Styrka: 0 Förpackning: 98
 Dosering: 1+0+0 Beh.tid: - Ant. uttag: 1
 Rabatterat
 Anvisning: för blodtrycket
 Lågra), E(ditera) eller I(gnora) L RETURN
 Telefonarvode N RETURN

REGISTRERINGEN KLAR?
 Följande preparat har registrerats.
 1 LANACRIST
 2 SALURES-K
 Är detta korrekt? Ja RETURN
 Vill du ha receptutskrift J
 Bekräfta receptet med ditt lösenord LÖSEN
 Utskrift på apotek Ja RETURN

Fig 3.
 Exempel på bildskärmsdialog vid förnyelse av recept. Preparaten anges med siffror (1, 2) från läkemedelslistan, tidigare förskrivning presenteras och med några knapptryckningar (RETURN) bekräftas dessa och receptet skrivs ut.

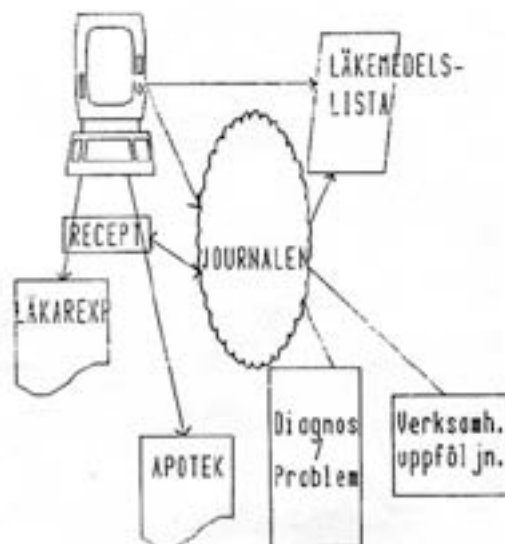


Fig 1. Datorstöd läkemedelsförskrivning.

Svensk farmaceutisk tidskrift 1987 – se referenser:

”Sammanfattningsvis kan sägas att Swede*Star läkemedelsmodul har visat sig användbar på en vårdcentral. För att erhålla rationaliseringsvinster fordras dock kommunikation mellan de båda systemen Swede*Star och ATS. Apoteket måste kunna ta in receptet direkt i ATC-systemet utan att behöva göra egen manuell registrering och läkaren bör få bekräftelse på att receptet kommit fram till apoteket.

För apoteket bör det i framtiden också finnas möjlighet att kommunicera med vårdcentralens dator. Uppdatering av systemen som varje månad görs både på apotek och vårdcentral bör i så fall kunna samordnas. Apoteket skulle då också kunna delta i vårdcentralernas meddelandesystem.”

Förhoppningsvis hade man användning av erfarenheterna i Gråboförsöket när Apoteksbolaget vidareutvecklade läkemedelshandling via datorstöd. Det tog mer än 10 år till innan det var vanligt med överförande av recept från vårdcentral till apotek.