

Att arbeta förebyggande inom primärvård

— Fem års erfarenheter från Vara i Skaraborgs län

Anders Bolin

Vara-projektet är ett utvecklingsarbete av hälsoupplysning och förebyggande verksamhet inom en primärvårdsorganisation. Projektet har varit stilbildande för uppbyggnaden av hälsoupplysning i länet och har därför diskuterats livligt. Artikeln försöker ge en kritisk granskning av de fem första årens erfarenheter från Vara, där både svårigheter likaväl som lyckade resultat redovisas. Artikeln beskriver på så sätt villkoren för utvecklingsarbete inom primärvården.

Anders Bolin är utredningssekreterare vid Hälsovården i Skövde.

Artikeln är en bearbetning av ett föredrag hållet vid Svensk socialmedicinsk förenings höstmöte 1982.

I februari 1978 startade "Vara-projektet" — ett utvecklingsarbete av hälsoupplysning och förebyggande verksamhet inom primärvården. Intresset från allmänheten blev omedelbart stort. Aktiviteterna kom snabbt igång.

Hälsovårdsenheten — länets utvecklingsenhet för prevention — tog initiativet till projektet. Vid vårdcentralen anställdes 0,5+0,75 distriktssköterska, 1,0 undersköterska, 1,0 biträde (senare omvandlad till fritidsledare) som hälsoinformatörer i projektet. Hälsovårdsenheten representerades av en samhällsvetare som tillsammans med hälsoinformatörerna utgjorde projektets arbetsgrupp.

Vara-projektet har allt sedan starten varit mycket omdiskuterad i länet. Arbetet har väckt både positiva och negativa reaktioner. Uttalanden som "vi skall i alla fall inte göra som i Vara" och "Vara-projektet, det är framtidsmodellen!" visar spänningen i åsikterna. Faktum kvarstår att Vara-projektet varit stilbildande för uppbyggnaden av hälsoupplysning och förebyggande verksamhet i de övri-

ga 15 primärvårdsområdena i länet. Idag har nämligen varje område resurser för att anställa en hälsoinformatör/distriktssköterska, hälsoledare/fritidsledare och hälsoplanerare/samhällsvetare. Det finns därför all anledning att granska de fem första årens erfarenheter från Vara-projektet.

Vara kommun och primärvården är en utpräglad jordbruksbygd. Landskapsbilden domineras helt av den uppodlade slätten. I kommunen bor ca 24 000 invånare. Huvudorten Vara är liten och uppfattas inte av alla i kommunen som ett naturligt centrum. Ganska följdriktigt har därför kommunen delats from årsskiftet 1982/1983. Medelåldern i befolkningen är relativt hög. Näringslivet är inriktat på jordbruk och tyngre industri.

Fördelarna med att genomföra projektet i Vara var bl.a. att verksamheten kunde startas ungefär samtidigt som den nya vårdcentralen öppnades. Det bedömdes vara ett bra tillfälle att föra in nya tankar och idéer i verksamheten innan eventuellt revirtänkande skulle göra sig gällande. Det fanns däremot också förhållanden som talade emot projektet. Vid vårdcentralen har det sedan invigningen endast funnits en till två ordinarie distriktsläkare. Visserligen har samtliga distriktsskötersketjänster varit besatta men p.g.a. läkarbristen och en krävande satsning på kvalificerad hemsjukvård har också denna grupp varit mycket ansträngd.

Vara-projektet planerades under 1977. Projektet, vars korrekta benämning är "Integrerad hälsovård", syftar just till att integrera det preventiva utvecklingsarbetet i största möjliga mån inom primärvårdens ordinarie verksamhet. Distriktssköter-

Arbetet har väckt både positiva och negativa reaktioner.

Distriktssköterskor, distriktsläkare och även annan primärvårdspersonal engagerades därför i planeringsarbetet.

skor, distriktsläkare och även annan primärvårdspersonal engagerades därför i planeringsarbetet. Hälsovårdsenheten fick ett övergripande ansvar för utvecklingsinsatserna, men genom att hälsoinformatörerna underställdes distriktsöverläkaren försökte man skapa garantier för att primärvårdsorganisationen skulle uppleva resurserna som "sina". Alla som engagerades i planeringsarbetet var dock medvetna om svårigheten att anställa hälsoupplysningspersonal i en organisation där både distriktssköterskor och distriktsläkare har förebyggande uppgifter. Mot detta vägdes nödvändigheten av att få igång utvecklingsarbetet av prevention inom primärvården.

Under planeringsarbetet var det därför viktigt att utveckla en rollfördelning så att hälsoinformatörerna skulle betraktas som utvecklings- och stödresurser och inte som en konventionell specialistgrupp inom primärvården. I praktiken har det däremot varit svårt att hålla denna rollfördelning klar.

- Mål**
- Planeringsarbetet resulterade i ett principprogram för projektet samt en målsättning. I denna anges bl a att målet för projektet "integrerad hälsovård" är:
- att bidra till att människor kan uppnå och bevara ett gott hälsotillstånd
 - att höja hälsomedvetandet bland befolkningen
 - att mobilisera resurser i det hälsovårdande arbetet
 - att bidra till utvecklandet av det förebyggande arbetet inom primärvården

Arbetsmetoder

Grovt uttryckt har projektarbetet bedrivits enligt principen "trial and error". Målsättningen och ett principprogram har i huvudsak varit vägledande. I det praktiska arbetet har de lokala förhållandena fått avgöra vilka vägar som varit framkomliga och vettiga. Ansatsen har därför varit mycket bred. Pro-

jektet innehåller ett stort antal olika aktiviteter som vuxit fram utifrån arbetsgruppens egna initiativ eller samarbetet med andra grupper. Där det har funnits bra kontakter och möjligheter har man helt enkelt sökt få igång utvecklingsarbete.

Det praktiska arbetet har bedrivits med tre huvudinriktningar:

- hälsoupplysning och förebyggande aktiviteter i hälsoinformatörernas regi
- aktiviteter i samarbete med organisationer ute i kommunen
- samarbete inom primärvården kring utveckling och hälsoupplysning och förebyggande verksamhet.

Att starta aktiviteter av den typ hälsoinformatörerna har bedrivit i egen regi går snabbt. Det väcker intresse bland allmänheten och upplevs som en konkret hälsovårdsservice. För att engagera människor kring hälsofrågorna i en kommun har verksamhet av denna typ stort värde, särskilt inledningsvis.

Samarbete med organisationer ute i kommunen kom också igång relativt snabbt. Särskilt har kontakterna med skolan och frivilliga organisationer som Korpen och Friluftsrådet varit fruktbara. Naturligtvis tar det tid att lära känna varandra och förutsättningarna för samarbetet. Intresset bland olika organisationer att bedriva prevention är ofta stort. Det som ibland kan hämma goda initiativ är en osäkerhetskänsla inför mer utvecklade former för hälsoupplysning och prevention. Arbetsgruppen har ofta mötts av reaktionen: "Visst vill vi jobba förebyggande, men hur skall vi göra?". Hälsoinformatörerna har därför ofta spelat en viktig roll vid starten av nya aktiviteter.

Att utveckla det förebyggande arbetet inom primärvården har däremot varit mer komplicerat. Kanske förväntningarna har varit alltför högt ställda, särskilt med tanke på bristen på distriktsläkare och att distriktssköterskorna varit hårt an-

Intresset bland olika organisationer att bedriva prevention har däremot varit mer komplicerat.

strängda. Det positiva är dock att kontakten mellan arbetsgruppen och primärvården hela tiden har fungerat och att inga låsningar i relationen har uppstått. Arbetet har alltså gått framåt, men sakta.

Av de aktiviteter som bedrivits i Vara skall vi närmare granska några exempel.

Rådgivning och gruppaktiviteter

Enskild rådgivning och gruppaktiviteter har varit det dominerande arbetet som hälsoinformatörerna bedrivit i egen regi. Distriktsläkare och distriktssköterskor har haft möjlighet att "rekommendera" patienter att söka sig till hälsoinformatörerna för att ändra kostvanor, sluta röka, lära avspänningsteknik, börja motionera eller på annat sätt förbättra sin livsföring. Kommunens invånare har också haft möjlighet att söka sig hit direkt.

Arbetsrutinen har varit att varje besökare först har erbjudits ett enskilt samtal med hälsoinformatören och därefter har man i regel fortsatt kontakten, i de flesta fall i någon grupp. Gruppverksamheten syftar till att förbättra kunskaper, ge praktiska färdigheter och träning samt utrymme för diskussioner. En kostgrupp inriktas både på teori, praktisk matlagning, motion samt samtal om hur man kan förändra sin livsföring, vad det är som hindrar, vad kan vi göra tillsammans, etc.

Ca 200–300 personer anmäler sig varje år för enskild rådgivning och gruppverksamhet. Endast en fjärdedel av deltagarna kommer på rekommendation från distriktssköterska och distriktsläkare. Kvinnorna dominerar besöksgruppen liksom de yrkesverksamma och medelåldern är lägre än bland de vuxna i kommunen i genomsnitt. Ca hälften av samtliga kommer i första hand för kostfrågor.

Rådgivnings- och gruppverksamheten har hela tiden varit hårt belastad. Genom att de sökande deltar i gruppverksamhet eller återkommer för enskild rådgivning blir det totala antalet besök mellan 2000–3500 per år. Inledningsvis var rådgivning och gruppverksamheten ganska dominerande men successivt har detta arbete fått en mer begränsad roll till förmån för samarbete inom primärvården och med andra organisationer. En del av gruppverksamheten bedrivs idag av ledare från andra organisationer.

Distriktsöverläkaren vid vårdcentralen konstaterade efter första året att:

"En del individer har tidigare varit medicin- och sjukvårdscentrerade i sin förväntan på landstingets insatser. Dessa har istället fått upp ögonen för arbetet med sin egen kropp och närmiljö för att försöka lösa stressproblem, rökproblem, dåliga matvanor och övervikt. Jag har inget statistiskt belägg för detta, men jag har en klar uppfattning av nedsatt medicinkonsumtion, kombinerat med ökat självförtroende och välbefinnande hos en del individer med ovan nämnda problem. Jag har också en klar uppfattning av att dessa individers sjukvårdskonsumtion har minskat."

En slutgiltig utvärdering av rådgivnings- och gruppverksamheten pågår och resultat kommer att presenteras under 1983.

Samarbete frivilliga organisationer

Samarbete med frivilliga organisationer har bl a omfattat

- drogförebyggande verksamhet inom idrottsrörelsen
- utbildning av idrottsledare i hälsovård och social aktivering
- samverkan kring utbildningsprogram (exempelvis att "förebygga idrottsskador")
- uppföljning av gruppverksamhet, vilket varit det dominerande samarbetet med frivilliga organisationer, i detta fall Korpen och Friluftsrådet.

Redan på ett tidigt stadium framkom behov från gruppdeltagare att få fortsätta aktiviteterna tillsammans. Ofta uppstår en "vi-känsla" i grupperna. Deltagarna lär sig att stötta och backa upp varandra inför ett gemensamt mål som exempelvis att sluta röka, gå ner i vikt eller lägga om sin livsföring i allmänhet. Därför har de frivilliga organisationerna "övertagit" dessa grupper. Varje termin brukar ca 10–15 sådana uppföljningsgrupper ägna sig åt löpning i skogen, promenader, vattengymnastik, avspänning och social samvaro. Gamla deltagare fungerar sedan oftast som hälsoupplysare i sin dagliga miljö och har därför blivit en mycket viktig grupp för att föra ut hälsofrågorna i kommunen.

Kommunens fritidsnämnd har fungerat som en förmedlande kontakt och underlättat samarbetet med föreningslivet. Hälsovården har också via fri-

.....
*Gamla deltagare fungerar sedan oftast som
hälsoupplysare i sin dagliga miljö och har där-
för blivit en mycket viktig grupp för att föra ut
hälsofrågorna i kommunen.*
.....

tidsnämnden kunnat utbilda fritidsledare i hälsofrå-
gor.

Samarbete skolan

Tidigt inleddes ett samarbete med skolan. Under
årens lopp har man tillsammans haft utbildningsträf-
far och konferenser för lärare, skolsköterskor, skol-
läkare i hälsofrågor. Hälsoinformatörerna har prio-
riterat föräldraträffar, samarbete hem och skola,
temadagar etc men framför allt försökt utveckla
metoder för att stödja skolan i dess strävan att byg-
ga upp en mer genomarbetad och långsiktig hälso-
fostran.

1978 inleddes ett försök med tobaksinformation i
en fjärdeklass i kommunen. Tanken var från början
att tillsammans med skolan försöka utforma ett
lämpligt informationsprogram men av olika skäl
kom hälsoinformatören att själv i stor utsträckning
stå vid katedern.

Erfarenheterna kändes fruktbara och program-
met utvecklades till ett "Må bra-program" för års-
kurs 4 (8×60 min) där kost, tobak, alkohol, motion,
hygien och vissa miljöförhållanden samt livsstil i
allmänhet togs upp. Programmet genomfördes på
försök i ett antal klasser. Numera inbjuds lärarna
från årskurs 4 till en utbildning i hälsofrågor där
programmet spejar en central roll. Därefter arbetar
man antingen med programmet som helhet eller ut-
vecklar aktiviteter efter egna idéer. Motsvarande
initiativ görs nu i årskurs 1 och 6. Samarbetet med
högstadiet har haft en annan utformning. Här har
syftet varit att stödja skolan i dess strävan att inte-
grera hälsofrågorna i resp ämne. Hälsoinformatö-
rerna har också medverkat i temadagar, studiebe-
sök i förhoppning om att vidga elevernas perspektiv
på hälsofrågorna och stimulera dem till att mer ak-
tivt ta ställning till frågor avseende livsstil, sociala
relationer, miljöförhållanden etc.

Arbetsprinciperna har följaktligen varit att inte

"överta" lärarnas eller skolsköterskornas roller
utan stärka deras förmåga att mer långsiktigt och
genomtänkt ta upp hälsofrågorna. Ibland har det
varit lämpligt för hälsoinformatören att inlednings-
vis gå in aktivt och visa exempel på hur arbetet kan
genomföras. Sådana insatser har alltid betraktats
vara av tillfällig natur. Ambitionen med hälsoarbe-
tet är att inte utöka primärvårdens domäner utan
istället stärka och stimulera andra att ta sig an häl-
sofrågorna. I detta fall tycks resultatet vara lyckat.
Det är viktigt att vara medveten om detta problem
då det tycks föreligga risk att primärvårdspersonal
– hälsoinformatörer genom sina erfarenheter och
kunskaper betraktas som lokala "orakler" i hälso-
frågor, vilket kan innebära att andra organisationer
gärna vill hänga upp sina initiativ och aktiviteter på
dessa personer.

Arbetsgruppen har också haft ett samarbete med
Vara folkhögskola avseende en fritidsledarutbild-
ning med friskvårdsinriktning. Detta har inneburit
att man deltagit i planeringsarbete samt ansvarat för
vissa lektioner. Under sin praktik fick kursdeltagar-
na arbeta som informatörer i ett antal butiker i kom-
munen i en kampanj riktad till kunderna.

Utvecklingsarbetet inom primärvården

Sedan 1980 leds primärvården av en primärvårds-
nämnd. Dess möjligheter att engagera sig i det lo-
kala utvecklingsarbetet har hittills varit begränsade.
Förhoppningen är dock att man på sikt skall kunna
bidra till en bättre organisation och samordning av
primärvårdens förebyggande arbete. Helt naturligt
har distriktsöverläkaren haft små möjligheter att gå
in i utvecklingsarbetet. Däremot har arbetsgruppen
fått ett starkt moraliskt stöd.

Samarbete med distriktssköterskor och övrig
vårdpersonal har i första hand inriktats på utbild-
ning. Föreläsningsserier och temadagar har genom-
förts med både hälsoinformatörerna och inbjudna

.....
*Arbetsprincipen har följaktligen varit att inte
"överta" lärarnas och skolsköterskornas
roller utan stärka deras förmåga att mer lång-
siktigt och genomtänkt ta upp hälsofrågorna.*
.....

som föreläsare. Vid något tillfälle har all primärvårdspersonal och vissa grupper av primärkommunalt anställda kunnat delta i en utbildningsdag uppbyggd kring ett stationssystem inom vårdcentralen där fem eller sex teman presenterats vid olika stationer vid jämna klockslag. På så sätt har merparten av personalen kunnat gå ifrån vid lämplig tidpunkt och lyssna på föreläsningar som varit av intresse. Sådana satsningar har på ett positivt sätt skapat debatt inom organisationen och höjt intresset påtagligt under en period.

Distriktssköterskornas önskemål att få enklare och mer överskådliga material för hälsoupplýsning har bl.a. resulterat i en informationspärm och ett informationslager i vårdcentralen öppet både för allmänhet och primärvårdspersonal samt särskilda rutiner för rekommendation av patienter till gruppverksamhet etc.

Däremot har det varit svårt att förbättra distriktssköterskornas möjlighet att bedriva ett mer offensivt hälsoarbete. Idén om en socialmedicinsk uppsökande verksamhet i förebyggande syfte bland äldre stupade på svårigheten att få med läkare i arbetet. Det exemplifierar svårigheterna att gå från utbildning och policydiskussioner till konkreta förändringar av arbetsuppgifter. Vid diskussionerna med distriktssköterskorna har bl.a. deras yrkesroll kontra hälsoinformatörernas diskuterats. Visserligen har arbetsgruppen och distriktssköterskorna varit överens om att de tillsammans med distriktsläkarna är "fronten" inom primärvården och bör ha de direkta relationerna till allmänheten och ta de första kontakterna, men i praktiken har man inte alltid upplevt det på det sättet. Bristen på resurser, ett utvecklat samarbete mellan distriktsläkare och distriktssköterskor och oklara relationer till specialkonsulter som finns inom primärvården har uppfattats som en utveckling som pekar åt ett annat håll. Projektarbetet har därför försvårats. För att gå vidare är det nödvändigt att primärvården har en klar ledningsorganisation, målsättning och utvecklade samarbetsformer där exempelvis distriktssköterskor, distriktsläkare, undersköterskor samarbetar i form av vårdlag eller på annat sätt kring gemensamma upptagningsområden och arbetsuppgifter. Först då är det möjligt att profilera hälsoinformatör-

erna som en service- och utvecklingsfunktion.

Att många inom primärvården idag är oklara på sin yrkesroll och känner viss otrygghet är följdaktligen förståeligt. Man kan därför knappast förvänta att man skall kunna gå in i ett mer förtroendefullt samarbete som förutsätter förmåga att både ta och ge.

Övriga aktiviteter

Arbetsgruppen har fått ägna mycket tid åt att ta emot studiebesök, hålla föredrag och informera. Det har naturligtvis varit viktiga uppgifter men likväl ansträngande. Vårdhögskolor, folkhögskolor och många andra har haft auskultanter bland hälsoinformatörerna. Inom kommunen har önskemålet om att hälsoinformatörerna skall medverka i studiecirklar, föredrag, hem och skola möten etc. successivt ökat. Ofta är det tidigare besökare som i egenskap av föräldrar, föreningsmedlemmar etc. återknyter kontakter med hälsoinformatörerna. Denna typ av medverkan är viktig då det ofta utgör startpunkt för lokala föreningars egna hälsovårdande aktiviteter. På detta sätt kan man mobilisera resurser i kommunen och få allt fler att engagera sig i hälsoarbete.

Arbetsgruppen brukar också arrangera hälsoaftnar för allmänheten, en gång varje vår och höst. Dessa träffar är välbesökta och viktiga för att man skall kunna ha en bred kontakt med allmänheten och stimulera till diskussion inom kommunen.

Att mycket tid och arbete krävs för att utveckla primärvårdens förebyggande arbete är uppenbart. Därför måste förväntningarna på utvecklingstakt och resultat kombineras med realism. Att förbättra folkhälsan förutsätter tålmodigt och långsiktigt arbete.

Vara-projektet visar fördelarna att på ort och ställe utveckla ett projekt utan alltför hårt strukturerade planer. Genom att Hälsovårdsenheten varit ansvarig för utvecklingsarbetet men arbetet bedrivits utifrån lokala förutsättningar hade det troligen varit en fördel med en klarare lednings- och samordningsfunktion. Det kunde möjliggjort ett smidigare avvägande mellan Hälsovårdsenheten och de lokala primärvårdsorganisationernas intressen. I praktiken har uppbackningen av många initiativ inte skett

genom gemensamma möten utan via direktkontakter med nyckelpersoner. Projektgruppens lyhördhet har därför ibland satts på svåra prov.

Idag betraktas hälsoinformatörernas arbete som en del av primärvårdens ordinari verksamhet i Vara. I Tibro, Mullsjö, Habo bedrivs motsvarande preventiva verksamhet och i övriga primärvårdsområden i länet har man just startat. Därför blir nästa uppgift att studera och jämföra hur utvecklingsarbetet genomförs i de olika primärvårdsområdena.

REFERENSER

Bolin A o a: Projekt integrerad hälsovård 1978 – det första året. Landstingets Hälsovård, Skaraborgs läns landsting 1978.

Bolin A, Haglund B: Inför satsningen på förebyggande arbete inom primärvården. Socialmedicinsk tidskrift 58:302–307.

Eriksson, C-G: Hinder för preventivt arbete. H-byrån, Socialstyrelsen 1981.

Haglund, B: Hälsoprofil Skaraborg 1977. Landstingets Hälsovård, Skaraborgs läns landsting.

Isacsson, S-O: Hälsovårdens uppgifter och organisation i Skaraborgs län. Ur boken: Göteborgarnas hälsa. Underlag för Göteborgs friskvårdsberedningsrapport, sid 62–71, 1979.

Svanström, L: Vårdlaget och områdesgruppen – basenheter i primärvården. Läkartidningen 77:1745–1747, 1980.

”Opposition” och diskussion, referat

”(ATT) VARA ELLER INTE VARA, DET ÄR FRÅGAN”

”Opponenten”, Carl-Gunnar Eriksson, uppehöll sig främst vid fyra mer specifika frågeställningar;

Den första frågan handlade om ”vems ansvar” det är som kommer till uttryck i det förebyggande arbetet. Han anger själv tre parter som gemensamt har ansvar för hälsofrågor:

1. individen själv
2. det professionella systemet och
3. samhället som helhet genom sina politiska strukturer/maktbefogenheter.

Därefter ställer han frågan i mer preciserad form om hur det direkta inflytandet över verksamheten i Vara manifesterat sig:

- hur sker det demokratiska inflytandet från befolkningen?
- hur sker det administrativa inflytandet från de med ekonomiskt och driftmässigt ansvar?
- hur kommer det professionella kunnandet och inflytandet in?
- hur tillfredsställa de företagsdemokratiska intressena för personalen?

I den andra frågan behandlades organisationsmodeller; om man som i Vara skulle ha en separat organisation för hälsovård, eller om resurserna skulle integreras. En nackdel med Vara-modellen

skulle kunna vara att särresurserna blir ett alibi för den övriga verksamheten att underlåta att ta del i hälsoarbetet. En fördel är den påtagliga injektion det innebär, att resurser och kunnande tillskapas sammanhållet. En alternativ modell, där hälsovårdsresurserna tillförs det ordinarie arbetet och den ordinarie personalen, dvs integrerad hälsovård, riskerar att bli *inte* hälsovård, genom att sjukvården tenderar att ta all tid i besittning. Frågan gällde alltså vilken modell man bör välja: Vara eller inte Vara?

Den tredje frågeställningen belyste de olika hinder som kan föreligga då det gäller att utveckla förebyggande arbete inom primärvården, och vilka av dem man mött under de fem åren. C-G E. utvecklade fyra olika aspekter på frågan:

1. Legitimitet: Centralt innebär den nya hälso- och sjukvårdslagen att landstingen har ansvar för förebyggande arbete, men är uppfattningen lika fast förankrad lokalt hos de som arbetar inom primärvården?
2. Faktakunskaper: Finns det tillräckligt sakunderlag inom olika områden?
3. Metoder: Vi känner de önskvärda målen – tex minskad rökning och minskat alkoholbruk – men metoderna att nå dit kanske sviker oss.
4. Trygghet: Förändrat arbete och utveckling stäl-

ler nya och annorlunda krav både vad gäller den egna professionen och förmågan att kunna samarbeta inom och utom organisationens gränser.

Den fjärde frågan berör innehållet i de förebyggande åtgärderna inom primärvården. Ska man satsa på en förbättrad hälsovårdsservice med riskidentifikation och tidig behandling av symtom och risker? Hur mycket ska satsas på hälsouppllysning? Skall samhällsarbete med inriktning på att ge socialt stöd och makt bedrivs? Hur ska miljöförändringar fås till stånd eller med andra ord hur ska vi kunna åstadkomma hälsofrämjande strukturella åtgärder?

I sitt svar angående inflytandet påpekade Anders Bolin att de *informella* relationerna med olika organisationer, kommunala tjänstemän osv hade en mycket viktig funktion, medan däremot den representativa demokratin i form av primärvårdsnämnd och primärkommunala nämnder i början varit mindre betydelsefulla, då de varit mer osäkra på vilka krav man skulle ställa på hälsoarbetet. Däremot har det administrativa inflytandet blivit starkare i takt med den ekonomiska resursåstramningen. Vad gäller det *professionella* inflytandet framkom det att huvuddelen av impulserna utgick från Hälsovårdsenheten i Skövde, ibland på sådant sätt att det störde relationerna till distriktsläkarna på orten. Än mer påtagligt blev den problematiken, då man kom in på det företagsdemokratiska inflytandet, där framför allt kontakterna med distriktssköterskorna initialt blivit provocerande, då de menat, att preventiv hälsovård redan fanns i deras befattningsbeskrivning, och där Hälsovårdsenhetens initiativ ibland dominerat på ett sätt som hotat distriktssköterskornas identitet.

Den fortsatta diskussionen kom till stor del, mot bakgrund av ovanstående, att handla om för- och nackdelar med särskild hälsovårdsorganisation i primärvården respektive integrerat preventivt hälsovårdsarbete. Anders Rommelsjö, Olofström, gav exempel på det senare där projekt angående egenvård, alkohol och tidig upptäckt av hypertoni integrerats i vårdcentralens verksamhet. Carl-Gunnar Eriksson påtalade distriktssköterskans preventiva arbete och angav exempel på hur distriktssköterskekåren motvilligt accepterat en uppsplättning av sin roll, där tex socialt arbete överförts till andra

befattningshavare.

Ett flertal deltagare förde fram argument som förrespråkade en integrering av det preventiva hälsoarbetet, med distriktssköterskan som basresurs. Mot detta menade Anders Bolin att distriktssköterskans förebyggande hälsoarbete är alltför individuellt inriktat, och inte möjliggör verksamhet på mer övergripande strukturell nivå, vilket en specialiserad hälsovårdsorganisation kan. I detta fick han stöd från Leif Svanström, Sundbyberg, som påpekade att den integrerade modellen inte är så självklar vid internationella jämförelser, och tog exempel från Jugoslavien, som har en omfattande separat hälsoorganisation. Ytterligare ett argument framfördes av Lars Himmelman, Göteborg, som menade att den nya primärvården måste få en stadga först i sina andra verksamheter innan man ytterligare ska belasta den med det omfattande och resurskrävande arbete som preventivt hälsoarbete innebär.

Meningsskiljaktigheterna var inte bilagda i och med detta och framtiden får väl visa vilka vägar som är framkomliga. Att segrarna inte är lättköpta illustreras av en lista av punkter som har betydelse för att hälsoprojekt *inte* lyckats (1) och som tillfördes debatten som bränsle av Carl-Gunnar Eriksson:

1. Beteende-diagnosen missas
 - bidragande faktorer kartläggs inte i tillräcklig omfattning.
2. Antagandet att kunskap ensamt ger beteendeförändringar
 - många beteenden styrs av sociala och situationsbetingade faktorer.
3. Övertro på viss påverkansstrategi
4. Ansträngningarna var för begränsade för att nå en minimitröskel
5. Alltför individualiserad insats
6. Hälsoupplysningsaktiviteten inte koordinerad med andra program.

Envar läsare får väl bedöma huruvida Vara-projektet och hans/hennes eget arbete står sig i den ekluten.

(1) Bartlett, E. A. The contribution of consumer health education to primary care practice: A review. *Medican Care* 18 (8): 862–871, 1980

Jan Stålhammar