

Distriktssköterskans hälsoarbete i lokalsamhället

Inga-Britt Lefvert

I artikeln diskuteras tumregler för ett framtida hälsoarbete. Arbetet skall bedrivas av ett vårdlag med sammansatta kunskaper om lokalsamhället och dess invånare. Resurser utanför vårdlaget bör identifieras och förtecknas. En arbetsmodell som identifierar problemet, anger mål och medel att nå målet samt beskriver vilka prioriteringar man gjort samt hinder för genomförande diskuteras. I arbetssättet ingår strävan mot en gemensam syn på det problem man vill attackera.

Prioritering sker med stöd av beskrivning av aktuella arbetsuppgifter. Själva genomförandet sker enligt flerstegsmodellen och innehåller därutöver metod för uppföljning av effekter.

Inga-Britt Lefvert, distriktssköterska och fil kand med samhällsvetenskaplig utbildning, arbetar sedan 1975 som handläggare vid socialstyrelsen, byrån för primärvård.

Det finns idag 3 400 yrkesverksamma distriktssköterskor, av dem är 1/3 över 50 år. De äldre har utbildats efter en modell som satsade på hälsoupplysning till individer, medan de yngre har en utbildning, som är mer lämpad för hälsoupplysning i grupp. Båda kategorierna skall fungera i en verklighet där individarbete måste gå hand i hand med arbete i grupp tex föräldrautbildning och i ett samhällsinriktat arbete där det gäller att både identifiera gruppen, hälsoupplysa och följa upp resultat med slutmålet att förebygga ohälsa.

Alla tecken tyder på att man i en framtid i tex omvårdnadsforskningen kan hitta modeller för hälsoarbete som är vetenskapligt prövade. I väntan på det behöver vi dock enkla tumregler för hur arbetet kan bedrivas.

Bakgrundsdata

Distriktssköterskan utbildades ursprungligen av Statens Institut för Folkhälsan som startades 1920. Före detta, omkring sekelskiftet fanns hon vid mjölkdroppens barnmottagning eller som dispensersköterska verksam i hälsoarbete.

Distriktssköterskan står för kontinuitet i lokalsamhället.

Distriktssköterskan är sannolikt också den som har bäst utbildning när det gäller hälsoarbete.

I normalinstruktion för distriktssköterska, senaste lydelse (1) står det att:

– "Distriktssköterska skall bedriva upplysande och rådgivande verksamhet i hälsovårdsfrågor till förmån för såväl hela befolkningsgrupper som familj och enskilda individer – barn i alla åldrar, vuxna och åldringar. Härvid skola även mental-hygieniska synpunkter beaktas. Verksamheten bör, där så lämpligen kan ske, bl a bedrivas i form av gruppundervisning".

Motsvarande instruktion finns för i Skolhälsovården verksamma sjuksköterskor (2).

Det är alltså klart att distriktssköterskan skall och kan bedriva arbete för att förebygga ohälsa.

Sjuksköterskans arbete inom mödra- och barnhälsovård har i stort sett redan funnit sin form. Detta gäller också beträffande vaccinerings-, gynekologisk hälsokontroll och tandhälsovården. Dessa områden har utförligt beskrivits i Förslag till Principprogram, (3), remissbehandlats och förbereds nu till ett program för området vari sjuksköterskans insatser inom verksamhetsgrenarna Mödrahälsovård, Barnhälsovård, Hälsoupplysning, Föräldrautbildning och Hälsovård i förskolan beskrivs.

Arbetsuppgifter inom den framtida primärvården

har beskrivits i "Primärvård – innehåll och utveckling", (4). Distriktssköterskans funktion i hälsoarbetet föreslås gälla:

- Förebyggande arbete och planering i samverkan med andra samhällssektorer
- Hälsoupplysning till patienter och anhöriga
- Föräldraundervisning
- Handledning av elever, fortbildning

Den undervisande funktionen har som underförstått syfte att skapa ett hälsomedvetande och att bidra till beteendeföreningar och egenvård där så är möjligt.

I förslag till Hälso- och sjukvårdslag (5) anges som mål för hälso- och sjukvården främjande av god hälsa hos hela befolkningen. Normalinstruktion för distriktssköterskor nämner barn, mödrar, tuberkulossjuka, skolbarn, sjuka, konvalescenter, handikappade, alkoholskadade och äldre, psykiskt sjuka, olycksdrabbade och smittförande.

Dessa grupper kan brytas ner till att röra personer med sjukdomar i rörelseapparaten, hjärta och kärl, luftvägar, matsmältningsorganen etc. Ett överordnat begrepp kan brytas ner till riskgrupper t.ex. överviktiga, invandrare, dubbelarbetande kvinnor, tonåringar, sörjande, nyskilda, arbetslösa, flyktingar etc. På så sätt vidgas kretsen av personer som kräver distriktssköterskans uppmärksamhet och lägger således en utvidgad dimension till hennes roll, den som identifierare. Många sådana lovvärda initiativ tas i dag i landet varför vissa exempel här kan upplevas som att slå in öppna dörrar. Initiativen sker dock mera slumpvis och efter intresseinriktning. En strukturerad uppspårning i varje distrikt måste diskuteras och prioriteringar göras. Här har distriktssköterskan en viktig roll.

Som exempel på initiativ kan nämnas hälsogrupper vid distriktssköterskemottagningen i Årjäng som startades av två distriktssköterskor. Andra exempel på hälsogrupper finns i Hede där initiativ

.....

Som exempel på initiativ kan nämnas hälsogrupper vid distriktssköterskemottagningen i Årjäng som startades av två distriktssköterskor.

.....

.....
Sjuksköterskan i primärvården 1985 kommer undantagsvis att arbeta ensam.
.....

tagits av läkare, men där sjuksköterskor är aktivt deltagande eller i Robertsfors, där man bedriver hälsovård för äldre.

Hälsoarbetet består av individ- och grupporienterad primärvård och sekundär prevention.

Primär prevention, (6) kan tänkas ske i den föräldrautbildning i grupp som riksdagen fattat beslut om 1979. Inom socialstyrelsen bedrivs för närvarande ett projekt för uppläggning och utformning av den fortbildning som personalen behöver. Socialstyrelsens arbete kommer slutligen att utmynna i ett förslag till olika alternativ för fortbildning för all berörd personal.

Vårdlaget

Inledningsvis nämndes att *distriktssköterskan* skall bedriva hälsoarbete tillsammans med andra. I vårdlaget kan finnas ett tiotal olika kompetenser inklusive patienter som det gäller att känna till och utnyttja.

Sjuksköterskan i primärvården 1985 kommer undantagsvis att arbeta ensam. Det blir därför av största vikt att hon i utbildningen bibringas en riktig föreställning om sitt framtida arbete som en person som kommer att ingå i ett lag.

Ett mål är att ge patienten eller hellre den blivande konsumenten av vård en möjlighet till utökat deltagande i vårdprocessen. För att delta måste man veta vad som skall förväntas. Det är här patientinformationen kommer in, den som tex ges av sjuksköterskan i telefonrådgivning men också av läkaren i behandlingsrummet. Flera landsting har sammanställt material rörande vårdinformation. I en katalog utgiven av LIF (Läkemedelsindustriföreningen) och RUFI (7) finns ca 250 exempel på broschyrer vid olika sjukdomstillstånd, röntgenundersökningar och antikonception. Av dessa 250 handlar sju stycken om kost, hälsa och motionsråd. Katalogens exempel speglar förhållandet att doktorn hittills ägnat sig åt symtomcentrerad hälsoupplysning när ohälsan ger symtom, mer åt bot och

Undersköterskan i vårdlaget tar över mer och mer av traditionella sjuksköterskeuppgifter.

behandling än åt prevention.

Undersköterskan i vårdlaget tar över mer och mer av traditionella sjuksköterskeuppgifter. Man bör diskutera avgränsningar och hur undersköterskan skall använda behandlingssituationen, tex i hemsjukvården, till att förebygga nytt insjuknande.

Arbeterapeutens funktion i hälsoarbetet kan vara tex ledskyddsundervisning, deltagande i analys av hem och arbetssituation och förebyggande rörelsebehandling att tillsammans med läkare och sjukgymnast bevaka när patienten är i riskgrupp. Uppräkningen gör inte anspråk på fullständighet.

Socialstyrelsen har i sin kursverksamhet (8) för bla terapeuter och sjukgymnaster koncentrerat arbetet kring samarbetsträning och ämnesfördjupning. I framtiden hoppas man att dessa rikskurser skall bli regionala eller lokala. Sådana kurser är utmärkte forum för diskussion om på vilket sätt arbetsterapeutens och sjukgymnastens specifika kunskaper kan tillvaratas i hälsoarbetet.

Hur sjukgymnastresurserna kan tillvaratas ytterligare ges exempel på längre fram. Studerande av olika kategorier kan göra insatser om man begagnar inlärningsituationen i ett vidare syfte till nytta såväl för den studerande som vårdkonsumenten. Vårdlaget omfattar kanske tidvis dietist, psykolog eller lärarpersonal eller skolelever alltefter problemets art.

Hemhjälpens pedagogiska funktion i hemsjukvården har påpekats i Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst (9). Mer allmänt inriktade insatser svarar socialtjänsten för genom att arbeta förebyggande med insatser som kan förhindra att det uppstår problem, (10).

När man inför ett problem inventerat alla tänkbara resurser inom vårdlaget, inom offentlig verksamhet utanför vårdlaget återstår att inventera tänkbara frivilliga resurser eller icke offentliga. Här gäller det att "hjärnstorma och spåna". Man kan sedan ta fram en lista på frivilliga organisationer i lokalsamhället, riksorganisationer som studieför-

bund, idrottsorganisationer, nykterhetsorganisationer, kyrkliga organisationer, biblioteksföreningar, politiska föreningar, teatergrupper, lokaltidningar etc.

Samhällsförhållanden som bakgrund för distriktssköterskans arbete

En kommun är en social grupp, som bestäms av geografiska gränser och/eller gemensamma värderingar och intressen. Dess medlemmar känner varandra och umgås. Den fungerar inom en särskild samhällsstruktur och uppvisar och skapar vissa normer, värderingar och samhällsinstitutioner. Individen tillhör samhället i vidare mening genom sin familj och genom kommunen (11).

Den sociala grupp som här beskrivs är väl känd av distriktssköterskan genom hennes socialmedicinska utbildning och många gånger långa tjänstgöringstid.

I all samhällsplanering gäller det att sätta sig in i hur det lokala området fungerar, vilka brister och problem som finns. Distriktssköterskan har den kunskapen. Vad som krävs är att hon för en dialog med andra som också har kännedom om området men ser det utifrån andra infallsvinklar och referensramar. Tillsammans kan man analysera sambanden och därefter välja vilken väg man skall gå mot det mål man satt upp för sig, exempelvis minska alkoholförbrukning bland tonåringar.

"Om man betänker att sjuksköterskan som arbetar i hälsovårdsprogram måste ha gruppen mer än individen i fokus och att epidemiologiska metoder är goda instrument för att identifiera problem i gruppen är det att rekommendera att sjuksköterskan använder epidemiologiska metoder i sitt arbete i kommunen för att bidra till diagnos av behov av service och i utvärdering av dessas effektivitet. Epidemiologiska begrepp och metoder måste ingå som en integrerad del av såväl teoretisk som praktisk utbildning". (12).

Till det citatet vill jag bara tillägga: Metoder kan läras in efter hand och ingen av oss kommer i sin grundutbildning att ha all den uppsättning verktyg som krävs i en framtid.

Vi har således en samhällsinformerad, för hälsoarbete väl preparerad distriktssköterska beredd att arbeta såväl på individ- som gruppnivå. Hon

ingår i ett vårdlag där medlemmarna är intresserade och välpreparerade. Laget har också en förteckning över frivilliga organisationer och andra resurser utanför vårdlaget. I lokalsamhället finns ett problem. Låt oss anta att det är alkoholens utbredning. Man bör sträva mot en gemensam syn på det problem man vill attackera.

Man kan tex börja diskutera kring frågor som: Varför dricker man alkohol?

Vad vet vi om alkohol?

Vad vet andra om alkohol?

Vilka attitydändringar vill vi åstadkomma?

Vilka beteendeförändringar vill vi åstadkomma? och hos vilka grupper?

Antag att gruppen enas om att man dricker alkohol för

- att ha roligt
- att lösa problem (tröst)
- att uttrycka känslor
- att känna självuppskattning (13)

Det blir då logiskt att diskutera hur lär man sig att ha roligt utan alkohol, hur löser man problem, hur vågar man uttrycka känslor och hur kan man känna självuppskattning utan hjälp av alkohol.

Redan nu står det klart att det rör sig om ett arbete på längre sikt, att vårdlagets samlade kunskap sannolikt inte finns hos gemene man och att vårdlagets samlade kunskaper inte räcker till för att bidra varken till attitydförändringar eller beteendeförändringar. Man måste enas om vårdlagets kunskap bör delges vissa grupper eller spridas på bred front. Vem vet något om "att ha roligt" fritidsorganisationer, kyrkan, studieförbunden? Bäst att kolla förteckningen över resurser utanför vårdlaget. Det underlättar också arbetet om man tillsammans konstruerar checklistor.

Tabell 1 Checklista efter hälsouppllysning om alkohol

1. Vad innebär det för dig att ha roligt?
2. Känner du till andra sätt att ha roligt?
3. Hur kan man umgås med alkohol med minsta risk?
4. Hur löser man sina problem utan alkohol?
5. Finns det andra sätt att våga uttrycka känslor än genom att "styrka sig" med alkohol?

Redan nu står det klart att det rör sig om ett arbete på längre sikt.

6. Känner man ökad självuppskattning efter alkoholförtäring?
7. I så fall varför är det så?

Checklistor utgör ett kvitto på att informationen gått in och frågeställningarna kan bidra till att höja motivationen och fortsätta den valprocess som måste föregå attityd- och beteendeförändringar eller vilja till förändring hos den enskilde. Hur sådana verkliga förändringar skall registreras blir nästa fråga att diskutera. Socialstyrelsens nämnd för hälsouppllysning har givit ut en rapport för värdering av hälsouppllysning med statistiska undersökningar (14).

Hur löser man problem utan alkohol? Genom jagförstärkning. Det här kanske måste tas upp i föräldrautbildningen? Vad säger psykologen eller det psykiatriska arbetslaget? Finns det materiella problem som behöver attackeras? Hur uttrycker man känslor? Barnmorskan, psykologen, arbetsterapeuten och sjukgymnasten kanske kan göra ett program kring kroppsupplevelse, avspänning och andningsteknik. Att känna självuppskattning kan diskuteras i föräldrautbildningen, på ungdomsmottagningen, i kvinnoorganisationer, företagshälsovården. Männerna i samhället, hur når man dem? I fotbollslaget, jaktlaget, Rotary, Lions club. Idrottsrörelsen når tex män under 25 år. Inget uppslag bör förkastas på det här stadiet.

Här kan man stanna upp och diskutera om friheten att förstöra sig själv kanske är en demokratisk rättighet. Man återförpassas då till jorden och tillåts inte att växa upp i himlen. Eller också diskuterar man utifrån frågeställningen om skuld-känslor, känslor av vi i motsats till "de andra". Var ansvaret för varandra börjar och slutar. Sådana diskussioner bidrar till förståelse av egna värderingar och exponerar den människosyn man har. Exemplet pekar på modellen att i flera steg sprida ideer och kunskaper från en liten grupp vidare ut i samhället till olika kategorier av människor eller till enskilda. En sådan flerstegsmodell används i gotlandsprojektet (15) (16).

Hur skall man hinna med?

Hinder för genomförande bör identifieras. Det återstår att diskutera, en metod för uppföljning. En sådan bör ingå redan från början även om effekten kanske inte kan skönjas förrän långt senare.

Slutord

Den aktiva distriktssköterskan som sannolikt av sin fritid tagit sig tid att följa med så här långt i framställningen måste nu fråga sig, hur skall man hinna med. Fördelningsproblem uppstår ju när det är mer arbete som skall utföras än resurserna tillåter. Varje distriktssköterska måste redan idag prioritera sitt arbete – i morgon blir det ännu viktigare.

Att "hinna med" blir ytterst en fråga om att beskriva vad man gör, kanske så här:

Barnhälsovård	40–45 % av arbetstiden
Arbetsledning	10–20 %
Undervisning	10–20 %
Samverkan	5– 5 %
Medicinsk tillsyn och vård	35–10 %

Hälsoarbetet ingår då i samtliga funktioner. Siffrorna kan inte styrkas men torde inte vara alltför orealistiska i att spegla arbetet i olika samhälstyper. En sådan beskrivning bildar sedan underlag för den prioriteringsdiskussion som måste följa innan någon styrning med utvidgat hälsoarbete kan ske. En prioriteringsdiskussion måste också ske beträffande extra satsningar på områden som alkohol, övervikt, stress etc.

Sammanfattningsvis har följande tumregler för ett framtida hälsoarbete diskuterats.

Vi har ett vårdlag med sammansatta kunskaper om lokalsamhället och dess invånare.

Vi har en förteckning på resurser utanför vårdlaget.

Vi har en arbetsmodell som svarar på frågorna:

Vad har vi?

Vart vill vi komma?

Hur skall vi komma dit?

Kom vi dit?

Vi har en gemensam filosofi byggd på en filosofidiskussion. Vi vill nå ett bestämt mål som vi beslutat efter en prioriteringsdiskussion, byggd på beskrivningarna av nuvarande arbetsuppgifter.

Vi kommer att använda flerstegsmodellen vid genomförandet. Här kan ingå tex utställning i samarbete med bibliotek, framtagande av ämnesspecifikt material i samarbete med exempelvis nykterhetsorganisation etc. Startande av en studiecirkel om stress, anordnande av stödgrupper för överviktiga mm.

REFERENSER

1. SOSFS (M) 1979: 19
2. SÖ-FS 1978: 248
3. Mödra och barnhälsovård, Förslag till principprogram, Socialstyrelsen redovisar 1979: 4
4. Primärvård – innehåll och utveckling, Spri S 101 1978
5. SOU 1979: 78 Mål och medel för hälso- och sjukvården
6. Allander, Erik: Vård vid vändpunkt. En översikt av aktuell vårdforskning, Stockholms läns landsting, Rapport 1976: 5
7. Information till patient, Läkemedelsindustriföreningen, Representantföreningen för utländska Farmaceutiska industrier 1978
8. Hultman-Boye, B.: Sammanfattande beskrivning på hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster kan arbeta inom primärvården, Socialstyrelsen LÅ 1 Dnr 223/127–77
9. Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst Spri S 103
10. Socialvården mål och medel, SOU 1974: 39, Stockholm 1979
11. Hälsovård i samhället, Rapport från en expertkommitté inom WHO, Svensk sjuksköterskeförening 1978
12. Epidemiologi and Nursing, Scientific publication No 333, Pan American Health Organization, WHO, 1976
13. Kincannon, James, C.: Fundamentals of alcohol problems, Minnesota University
14. Christiansson Anders, Värdering av hälsouppllysning med statistiska undersökningar, socialstyrelsen 1980
15. Gotlandsprojektet om sex och samlevnad, Recip 1977
16. Östby, Nils: Hälsoupplysningsarbetets organisation i primärvården, socialstyrelsen 1978