



synnerligen upprörande för individen. Hur lojala vi sjukvårdsarbetare än är och blir mot varandra och våra behandlingsmetoder, så är vi alla olika, med olika erfarenheter. Patienterna börjar tröttna på att alltid möta nya ansikten. Ja, sjukvården börjar mötas med skepsis och det är inte ovanligt att patienten hellre går till distriktssköterskan för att just få kontinuitet i vården. För att möta henne behövs ingen tidsbeställning och samvaron är i många fall mer avspänd för patienten.

Socialmedicin har blivit ett exklusivt statistiskt rapporterande, som jag många gånger undrat vad det tjänar för syfte. Kanske vill man fördela våra resurser litet mer rättvist? Vad min egen rapportering skall vara till förstår jag ändå mindre. Allt detta pappersarbete kunde slopas om våra sk överordnade istället följde vårt arbete en tid, exempelvis fjorton dagar, för att ge och ta av de kunskaper vi alla vill att vi skall vara representanter för. Det är ju som i allt arbete kvalitén på det arbete vi utför som är huvudsyftet och inte prickar i ett protokoll som skall avgöra. Isynnerhet som ingen överhuvudtaget bryr sig om i dag om vi utför något vettigt alls.

### **Distriktssköterskan och socialmedicinen**

För mig som distriktssköterska vore det naturligt om just socialmedicinska institutionen var den gren som handhar öppenvårdsproblematiken och också deltog i profileringen av distriktsläkar-sköterskeutbildningen, ja hela öppenvårdens uppbyggnad – till patienternas fromma, som intresserade sig för kommunikationen öppen-slutenvård och att patienterna får kontinuitet i vården och håller i helhetsbegreppet. Att öppenvård skall vara profylaktisk med tyngdpunkten på hälsa. (Det heter hälso- och sjukvårdsnämnd. Vart har hälso tagit vägen?) Att slå håll på den tjocka mur som i dag existerar mellan öppen- och slutenvården, inte minst inom psykiatin.

Nu börjar långvårdsläkare och psykklinikerna komma ut i öppenvården med sin personal bara för att distriktsläkaren inte ställer upp på hemsjukvården på alltför många ställen. Det är en felaktig utveckling. En god rapportering från slutenvården måste till för att distriktssköterska och distriktsläkare, som geografiskt är nära och känner patienten sedan länge många gånger, skall ställa upp på vidare

.....  
*För mig som distriktssköterska vore det naturligt om just socialmedicinska institutionen deltog i profileringen av distriktsläkar-sköterskeutbildningen.*  
.....

behandling. Distriktssköterskan handleder sedan hemsamariter och anhöriga i det behov av vård, som patienten har i hemmet i gott samarbete med distriktsläkaren och hemvårdsassistenten. Långvårdsklinikerna och rehabiliteringsklinikerna bör informera varje distriktssköterska om behandlingens syfte och hur långt man kommit för fortsatt behandling i hemmet. Detta är ju också grunden till egenvård, ty många människor kan utföra ganska avancerade sjukvårdsuppgifter bara de får instruktion och känner trygghet hos en fungerande handledande öppenvård.

Vi har emellertid en öppenvård som haltar betänkligt på alltför många håll, då distriktssköterskan behandlas styvmoderligt i detta läkarcentrerade land. Min önskan är att mina duktiga kollegor tog till orda i detta viktiga ämne, att socialmedicinare lyssnar till vad vi gör. Det fina arbete som provinssiälläkare i samarbete med distriktssköterskor utfört i många år tycks långsamt hålla på att dö. Detta pga att den nya läkaren har så dålig insikt i vad distriktssköterskorna arbetar med. Med stud i Sthlm får en dag följa distriktssköterskan i hennes arbete. Vem kan få tillfredsställande inblick på en dag? Varför går inte socialmedicinare ut en månad för att se hur vi arbetar på fältet och se hur praktisk socialmedicin går till? Kanske skulle det inte skada med en visit på distriktssköterskeskolan heller?

### **Ett förslag**

Vill nämna ett exempel på hur svårt det kan vara för mig som distriktssköterska att överhuvudtaget få gehör för förslag, som jag anser livsviktiga för patientens hälsa och rätt behandling, även i hemmet.

Jag möter ständigt patienter (ofta äldre) med otroligt stora medicinförråd i hemmet. Utskrivet av lika många läkare som det finns burkar ibland. Vid frågan: Vad äter Du för medicin just nu får jag alltför ofta svaret: Jag vet inte vad den heter eller har för

effekt, men den är liten och röd eller oval och vit osv. Mitt arbete består ofta i att förklara för patienter varför de fått denna medicin och hur viktigt det är att fördela den på rätt tidpunkt under dagen. Samtidigt skriver jag en medicinlista (som jag beställer från Kabi, den heter felaktigt behandlingsschema) där alla aktuella mediciner är antecknade, dosering och varför patienten får denna medicin, namn, adress, m.m., vilken vårdcentral patienten tillhör samt läkare. På baksidan antecknas normalt blodtryck, för just denna patient. (Vet efter långvarig tjänstgöring på olycksfallspoliklinik hur viktiga dessa upplysningar är. Originalet får patienten med sig att alltid ha i plånboken med upplysning om värdet av detta papper och jag ber patienten att alltid visa alla olika läkare detta för eventuell korrigering och upplysning. Tyvärr tror alltför många läkare att patienterna kan denna lista utantill — så är mycket sällan fallet. Och ju äldre vi blir dess svåra-

re blir denna uppgift.

Många läkare tycker detta är onödigt arbete och nonchalerar det, ty de tror att patienten alltid kommer till samma läkare eller vårdcentral — men det var länge sedan. Äldre människor är rörligare än vi tror. Man reser både utomlands och hälsar på släkten, varför det kan vara mycket svårt att få vetskap om ordinarie adekvat medicin. Dessutom tycker jag att detta papper fyller en verkligt viktig funktion till skillnad mot exempelvis ett sjukbesked som borde slopas. De flesta har ju legitimation och pensionsbrev. De som inte tillhör sjukkassan får ju ändå vård på samma villkor.

Jag tror mina kollegor har många goda förslag och ideer som tyvärr ingen beaktar idag och kanske är vi själva till stor del orsak till detta. En aktivering på många fronter är att se fram emot och ett hälso-tänkande. Öppenvårdens huvuduppgift är och skall vara att förebygga ohälsa.

## Nyhyttan

### Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: Med. Dr G. Smårs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningar. Tel 0587/604 00.

Postadress: 713 00 NORA

## NORDISKA HÄLSOVÄRDHÖGSKOLAN

en för de nordiska länderna gemensam institution för högre utbildning och forskning inom hälso- och sjukvårdens område anordnar under tiden 8 april — 18 april 1980 kurs i

### EPIDEMIOLOGI INOM PRIMÄRVÅRDEN

Kursen riktar sig till distriktsöverläkare, planerare på regionsnivå och socialvårdsarbetare inom primärvården.

Undervisningen sker i form av bl.a. föreläsningar, övningar och seminarier med diskussioner. I huvudsak sker undervisningen på de nordiska språken. — Program över kursen kan rekvideras från högskolan.

Antalet kursdeltagare beräknas vara ca 25, fördelade på de nordiska länderna.

**Kursledare:** Professor Gunnar Eklund

**Stipendier** avsedda att täcka del av ökade levnadsomkostnader under kurstiden, utgår med kr 750. (F.o.m. 1980 avser högskolan att i egen regi arrangera inkvartering för kursdeltagarna och i så fall avdras kostnaderna härför.)

**Resekostnader** från och till hemorten ersätts av högskolan.

**Ansökan** (särskild blankett rekvideras från högskolan) åtföljd av meritförteckning skall vara högskolan tillhanda **senast den 25/1 1980** under adress:

Nordiska hälsovårdshögskolan · Medicinaregatan  
· S 413 46 Göteborg · tel: 031/41 82 51