

# Patienten i sjukvården — kontakt och information

Rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén

Läkarrollen

Nya arbetsformer och ökat medinflytande  
för personal och patienter på en medicinklinik

1977:66



## Impulser utifrån

ytt krav på läkarna:

Det går längre än att säga "Möt framtiden och problemen i samarbete och samförstånd!"

Nu är tiden inne för intensivare hälsouppllysning  
Att vårda medmänniskor - personalintensiv och lönsam verksamhet

Undanröjda Medicinsk information

## Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library  
of Sweden

Antal besök per... ett mått som måste diskuteras!

**Läkaren-patienten  
när inte varandra**

Information för anställda och förtroendevalda

## VAD ÄR SJUKVÅRDSPRODUKTION?

Förebyggande medicin hjälp eller risk för patiente



# Patienten i sjukvården — kontakt och information

Rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén

Läkarrollen

Nya arbetsformer och ökat medinflytande  
för personal och patienter på en medicinklinik

1977: 66



## Impulser utifrån

ytt krav på läkarna:

Det går längre än att tala i samarbete och samförstånd!  
”Möt framtiden och problemen i samarbete och samförstånd!”  
Bra inf

Patienterna kan lära läk

Nu är tiden inne för intensivare hälsouppllysning  
Att vårda medmänniskor - personalintensiv och löneverksamhet

## Undanröj den människliga faktorn

Medicinsk information ä  
för icke-specialister

Ett för  
system

”Antal besök per läkare och år”  
— ett mått som måste diskuteras!

Fyrpartimotion  
om journalerna  
och sekretessen

Friskv

**Läkaren-patienten  
når inte varandra**

VAD VI LÄRD

Patienter är människor -  
inte enbart vårdförem  
Egen

Information för anställda och förtroendevalda

VAD ÄR SJUKVÅRDSPRODUKTION?

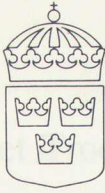
Förebyggande medicin

hjälp eller risk för patiente









Statens offentliga utredningar  
1977:66  
Socialdepartementet

# Patienten i sjukvården – kontakt och information

Rapport från en expertgrupp inom  
medicinalansvarskommittén  
Stockholm 1977



Omslag Johan Hillbom  
Jernströms Offsettryck AB  
ISBN 91-38-03542-1  
ISSN 0375-250X  
GOTAB Stockholm 1977



## Till Fru Statsrådet Troedsson

Den 18 januari 1974 bemyndigade regeringen chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sex sakkunniga för att se över bestämmelserna angående tillsyn över personal inom hälso- och sjukvården, m. m. samt att besluta om experter, sekreterare och annat arbetsbiträde åt de sakkunniga. Med stöd av bemyndigandet tillkallade departementschefen den 21 januari 1974 såsom sakkunniga regeringsrådet Ingmar Lidbeck, tillika ordförande, verkställande direktören i Sveriges läkarförbund Bo Hjern, landstingsrådet Gunnar Hjerne, riksdagsledamöterna Göran Karlsson och Erik Larsson samt landstingsmannen Sven Wilander.

Att såsom experter biträda de sakkunniga förordnades den 21 januari 1974 dåvarande överläkaren Birger Herner, hovrättsassessorn Lars Hultstrand, byråchefen i socialstyrelsen Börje Langton, medicinalrådet Kurt Roos, direktören i landstingsförbundet Sverre Royen och informationssekreteraren Birgitta Wistrand, den 11 februari 1974 dåvarande förste förbundssekreteraren i Svensk sjuksköterskeförening Gunni Kullberg, den 26 februari 1974 första skötaren Lilly Lundqvist, den 19 april 1974 förbundsdirektören i Sveriges tandläkarförbund Jan Erik Ahlberg, den 19 november 1975 – med entledigande av Ahlberg – tandläkaren Jan Malmqvist samt den 26 februari 1976 dåvarande utredningschefen Uncas Serner.

De sakkunniga har antagit namnet medicinalansvarskommittén (MAK).

Som sekreterare i kommittén har tjänstgjort fr. o. m. den 1 februari 1974 hovrättsassessorn Peter Prom, fr. o. m. den 1 maj 1974 – med samtidigt entledigande såsom expert – Birgitta Wistrand och fr. o. m. den 1 januari 1977 hovrättsassessorn Gertrud Holmquist.

I december 1976 överlämnade utredningen delbetänkandet Legitimation av psykolog (Ds S 1976:9).

I direktiven för medicinalansvarskommittén erinras om betydelsen av att patienten under sjukhusvistelse får tillräckligt med information från den behandlande personalen om sitt hälsotillstånd och den behandling som pågår eller planeras. Vidare erinras om olika åtgärder som vidtagits för att förbättra informationen. I anslutning till dessa uttalanden uppdras åt kommittén att överväga vilka ytterligare åtgärder som kan vidtas för att förbättra kontakterna mellan de för vården ansvariga och patienterna. Därvid bör, framhålls det, lösningar sökas som kan genomföras genom vederbörande sjukvårdshuvudmans försorg.

Efter det att medicinalansvarskommittén tillkallats har olika kommittéer tillsatts för att behandla frågor som har betydelse för lösningen av informa-

tionsproblematiken inom hälso- och sjukvården. Särskilt må framhållas hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) och den nyligen tillkallade utredningen angående sjukvårdens inre organisation (S 1977:02). Efter tillsättandet av den förstnämnda kommittén framfördes från departementet att det inom medicinalansvarskommittén framtagna utredningsmaterialet rörande informationsfrågorna lämpligen borde överlämnas till departementet för att ställas till den nya kommitténs förfogande för dess fortsatta arbete. Med anledning härav har medicinalansvarskommittén uppdragit åt en arbetsgrupp bestående av experterna Hultstrand, Royen och Serner att utarbeta en rapport i ämnet. Kommittén får härmed överlämna rapporten.

Kommittén delar det allmänna synsätt på informationsfrågorna som kommer till uttryck i rapporten och ansluter sig i allt väsentligt till de rekommendationer och synpunkter som läggs fram i densamma.

Rapporten bör enligt kommitténs mening kunna vara av värde inte endast för de kommittéer som arbetar med hithörande frågor utan även för sjukvårdshuvudmännen och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården.

Kommittén avser att i sitt huvudbetänkande återkomma till informationsfrågor som mera direkt hänger samman med ansvarsfrågor för personal inom hälso- och sjukvården och med övriga frågor som kommittén har att behandla.

Stockholm i juni 1977.

*Ingmar Lidbeck*

*Bo Hjern*

*Gunnar Hjerne*

*Göran Karlsson*

*Erik Larsson*

*Sven Wilander*

*/Peter Prom*

*Birgitta Wistrand*

*Gertrud Holmquist*



# Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	9
1 <i>Inledning</i>	13
1.1 Utredningsuppdraget	13
1.2 Aktuell utredningsverksamhet	13
1.2.1 Hälso- och sjukvårdsutredningen	14
1.2.2 Utredningen angående sjukvårdens inre organisation	14
1.2.3 Utredningen om kontinuitet i öppen vård mellan patient och läkare	14
1.2.4 Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan	14
1.2.5 Utredningen om sjukvård i livets slutskede	15
1.2.6 Utredningen rörande den andliga vården vid sjukhusen och kriminalvårdens anstalter	15
1.2.7 Utredningen om läkemedelsinformation	15
1.2.8 Primärvård – Äldreomsorger – Samverkan	15
1.3 Rapportens uppläggning och syfte	16
2 <i>Bakgrund och utgångspunkter</i>	19
2.1 Definitioner, begrepp och informationsstruktur	19
2.1.1 Information och kommunikation	19
2.1.2 Målgrupper	21
2.1.3 Informationsflödet kring patienten	21
2.1.3.1 Informationen om patienten	22
2.1.3.2 Informationen till patienten	26
2.1.3.3 Informationen från patienten	29
2.1.4 Informationen och personalen	29
2.1.5 Bestämmelser, anvisningar o. dyl.	30
2.1.6 Vissa förutsättningar för rapporten	32
2.2 Allmänna utgångspunkter	33
2.2.1 Informationsutredningen	33
2.2.2 Konsumentpolitiska åtgärder	33
2.2.3 Socialutredningen	34
2.2.4 Invandrarutredningen	34
2.2.5 Länsberedningen	35
2.2.6 Utredningen om den kommunala demokratin	35
2.2.7 Riksdagens revisorer om information	36
2.2.8 Kraven på inflytande från personal och patienter	36
2.2.9 Några utvecklingsdrag i hälso- och sjukvården	38

2.2.10	Intressebalans – patient, personal och samhälle . . . . .	40
3	<i>Debatten – huvuddrag och tendenser</i> . . . . .	43
3.1	Informationsfrågorna i riksdagen . . . . .	43
3.2	Landstingen . . . . .	47
3.3	Massmediadebatten . . . . .	48
3.4	Patientföreningar . . . . .	48
3.5	Annan debatt . . . . .	49
4	<i>Den internationella situationen</i> . . . . .	53
4.1	Inledande synpunkter . . . . .	53
4.2	Redovisning av förhållandena i några länder . . . . .	54
5	<i>Sjukvårdshuvudmännens insatser för kontakt och information</i> . . . . .	59
6	<i>Aktuell diskussion om organisatoriska förändringar av betydelse för kontakt och information</i> . . . . .	65
6.1	Inledning . . . . .	65
6.2	Rondsystemet . . . . .	65
6.3	Dagordning, arbetsordning m. m. . . . .	66
6.4	Individorienterad planering . . . . .	67
6.5	Aktivering av patienten . . . . .	67
6.6	Kontinuitetsfrågor . . . . .	68
6.7	Gruppvård – lagarbete . . . . .	68
6.8	Vårdprogram . . . . .	68
6.9	Kurator, patientvårdinna, sjukhusvårdinna . . . . .	69
7	<i>Utredningsprojekt och försöksverksamhet</i> . . . . .	71
7.1	Inledning . . . . .	71
7.2	Patientvårdsuppgifternas omfattning och fördelning . . . . .	71
7.3	Allmänt om kontakt- och informationsfrågor i sjukvården . . . . .	72
7.4	Attitydundersökningar . . . . .	82
7.5	Relationerna mellan patienter och personal . . . . .	88
7.6	Arbetsorganisation . . . . .	89
8	<i>Brister i nuvarande förhållanden och motiv för ökade insatser</i> . . . . .	93
8.1	Principiella utgångspunkter . . . . .	93
8.2	Expertgruppens synpunkter . . . . .	94
8.2.1	Informationsfrågorna i organisations- och planeringsarbetet . . . . .	94
8.2.2	Organisationen av vårdarbetet . . . . .	95
8.2.3	Patientens situation . . . . .	96
8.2.4	Andra utredningars arbete . . . . .	97
8.2.5	Sjukvårdshuvudmännens ansvar . . . . .	98
	<i>Bilaga 1</i> Sjukdomsinriktade patientbroschyrer . . . . .	99
	<i>Bilaga 2</i> Patientinriktade ITV-program ur landstingsförbundets programbank . . . . .	103
	<i>Bilaga 3</i> Filmer inom tandvården . . . . .	105



<i>Bilaga 4</i> Intervjuguide Danderyds sjukhus . . . . .	107
<i>Bilaga 5</i> Källförteckning . . . . .	111
<i>Bilaga 6</i> Övriga litteraturanvisningar . . . . .	115





## Sammanfattning

De medicinska och tekniska framstegen samt den tilltagande funktionsspecialiseringen av olika vårduppgifter har gjort en hög behandlingsstandard möjlig inom hälso- och sjukvården. Emellertid har specialiseringen negativt påverkat möjligheterna att tillgodose patienternas behov av information, kontakt, förståelse och medkänsla. Rondsystemet har utvecklats för en rad funktioner i den slutna vården. Detta har medfört att patienten möter många olika personer under sjukhusvistelsen. Arbetstidsförkortningarna och det under senare år ökade antalet deltidsanställningar bidrar till att ytterligare öka antalet personer som medverkar i vården av patienten.

I samband med förändringar i sjukvårdens organisation och villkor och i samhället i övrigt under senare år har förts en omfattande debatt. Utrednings-, forsknings- och försöksverksamhet har igångsatts för att från olika utgångspunkter angripa de olika problem, som är förenade med patientens situation i sjukvården. Dessa insatser är i stor utsträckning riktade mot rent vårdorganisatoriska förhållanden. Vi bedömer dem vara av stor betydelse för den fortsatta utvecklingen när det gäller att tillgodose patientens krav på kontakt och information. I rapporten har detta utvecklingsarbete ägnats stor uppmärksamhet. Redovisningen utgör emellertid bara ett urval. Svårigheterna att på ett begränsat utrymme göra ett urval som någorlunda nyanserat och täckande speglar insatserna skall inte underskattas. De exempel vi tagit fram och de orsakssammanhang vi sökt identifiera belyser dock i stora drag kontakt- och informationsproblemens omfattning och behovet av att binda samman dessa frågor med övrig utvecklingsverksamhet. Vi har konstaterat att sistnämnda synsätt kommer till uttryck också i annat pågående statligt och centralt utredningsarbete.

Genom olika reformer på det arbetsrättsliga området har skapats och håller på att skapas former för personalens medbestämmande och medinflytande. Personalens intresse av ökat medinflytande på arbetsmiljön och patienternas behov av att förbättra sin vårdmiljö har i många hänseenden beröringspunkter. Vi utgår från att förutsättningar föreligger för en förbättring av patienternas vårdmiljö även på denna grund under kommande år.

Vi har påvisat de negativa effekter för sjukvårdens kommunikationsförhållanden som kan hänföras till den i vissa fall även inom hälso- och sjukvården ännu förekommande skiktningen av personalen, som baseras på ett auktoritärt-hierarkiskt system. Detta problem torde komma att minska i betydelse mot bakgrund av den pågående utvecklingen att mer och mer anpassa sjukvårdsorganisationen till de förhållanden som råder i samhället i

övrigt. Eftersom arbetet inom hälso- och sjukvården mer än för många andra områden utmärks av att olika personalgrupper arbetar i nära kontakt med varandra sker successivt förändringar av relationerna mellan personalgrupperna. Den nuvarande medicinska ansvarsregleringen förutsätter dock i viss utsträckning en auktoritär beslutsordning. Vi bedömer förutsättningarna för förändringar som relativt gynnsamma till följd av det nya synsätt på arbetsledning, arbetsfördelning, medinflytande o. dyl. som börjar göra sig gällande. Vi anser det dock angeläget att i det pågående eller kommande utredningsarbetet en särskild studie ägnas sjukhuset i dess helhet som socialt system. På så sätt skulle kunna klarläggas personalens roller i detta system, patientrollen och dess relationer till personalen samt den organisation inom vars ram verksamheten pågår.

Kommunikationsproblemen inom hälso- och sjukvården bör enligt vår mening på ett helt annat sätt än som nu är fallet vägas in som en integrerad del i planerings- och organisationsöverbågandena hos sjukvårdshuvudmännen. Behovet av kommunikation måste belysas utifrån en bred och ingående analyserad bild av den totala situationen. Dessa problem berör alltså inte bara förhållandet patienten/hälso- och sjukvården utan är också ett kommunikationsproblem mellan olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården. Dessa båda problemområden har som vi understrukt ett starkt inbördes samband.

När det gäller patienten anser vi att denne inte får uppfattas som ett passivt objekt, som bara bör matas med all möjlig information. Man bör ha som utgångspunkt att patienten är en aktiv och kritiskt tänkande människa, som strävar efter att göra det bästa av sin situation. Därför bör också ställas krav på patientens egen aktivitet och åtgärder vidtas för att öka hans medvetande och stimulera honom att efterfråga information. Det bör dock observeras att patienten i en del fall inte är fysiskt eller psykiskt i stånd att ta emot eller använda information.

Vi är medvetna om de svårigheter som föreligger att i dag överblicka ett totalt sjukvårdsinformationssystem med dess invecklade kommunikationskedjor och informationslagringssystem. Informationsbildningen kring patienten är en fråga om trygghet för patienten, bättre individuell vårdplanering och större säkerhet i utredning och behandling. Av väsentlig betydelse är journalens uppbyggnad och utformning samt metoder för registrering och återvinning av journalinformationen.

Journalerna betraktas som de viktigaste informationsdokumenten men får enligt vår mening sin verkliga betydelse först då resp. journaldata från olika vårdformer och vårdtillfällen kan jämföras och sammankopplas. Vi har också pekat på vissa problem som patienten upplever när det gäller hanteringen av journaler. MAK torde komma att närmare behandla dessa frågor, särskilt från rättssäkerhets- och integritetssynpunkter, i ett kommande betänkande.

Vi anser det angeläget understryka behovet av utbildningsinsatser för all personal inom hälso- och sjukvården i syfte att lägga grunden för en för omvårdnadsarbetet gemensam referensram, som utgår från individens behov och upplevelser av sin situation.

De problem som vi redovisar i rapporten har vi i huvudsak hämtat från sjukhus. Det bör betonas att liknande frågeställningar är aktuella även för andra delar av sjukvårdsorganisationen såsom öppen vård utanför sjukhus,



vårdhem etc.

Vi anser att den ökade efterfrågan på kontakt och information i hälso- och sjukvården både till sin karaktär och omfattning hänger nära samman med mer grundläggande drag i samhällsutvecklingen. Samma är förhållandet med personalens krav på öppnare attityder och ändrade arbetsformer. Därför har under den senaste tiden den inställningen börjat göra sig gällande att förbättrade informationsförhållanden är av grundläggande betydelse för att kunna förbättra inte bara patientens situation utan också för personalens möjligheter att känna trivsel och arbetstillfredsställelse. Vi har också visat att behovet av åtgärder alltmer börjat erkännas. Påtagliga uttryck för dessa strävanden redovisas i rapporten. Även där materialet inte omedelbart ger några slutliga svar ger det dock utgångspunkter för fortsatta överväganden. Det är angeläget att dessa och andra liknande insatser fullföljs. Möjligheterna att förbättra kontakt- och informationsförhållanden för patienten beror först och sist på ett positivt intresse hos sjukvårdshuvudmännen och personalen. Av avgörande betydelse är självfallet också de resultat som kan komma ut av pågående utrednings- och forskningsinsatser med sikte på att förändra arbets- och vårdmiljön.

Vi har också framhållit behovet av ett samarbets- och samrådsorgan, där personalen, patienterna och företrädare för huvudmannen kan komma till tals. Tankegångar och förslag om detta torde framläggas av MAK i ett kommande betänkande.



# 1 Inledning

## 1.1 Utredningsuppdraget

Medicinalansvarskommittén (MAK) har enligt beslut av regeringen den 18 januari 1974 i uppdrag att utreda vissa ansvarsfrågor m. m. inom hälso- och sjukvården. Av direktiven framgår bl. a. att kommittén närmare skall överväga *formerna för information och kommunikation på hälso- och sjukvårdsområdet* samt rättssäkerhets- och integritetsfrågor, som aktualiseras under arbetets gång och som faller inom ramen för utredningen.

I direktiven erinras om genomförda eller planerade reformer, som har betydelse för patientens rättssäkerhet och integritet, nämligen förvaltningslagen, rättshjälpslagen och skadeståndslagen samt det då pågående utredningsarbetet angående ansvar för produktskador (produktansvarskommittén) och frågor om handlingssekretess inom bl. a. sjukvårdens område (offentlighets- och sekretesslagstiftningskommittén). Vidare erinras om det då pågående arbetet inom landstingsförbundet i syfte att åstadkomma ett försäkringsskydd för patient vid behandlingsskada. I direktiven understryks vikten av att *patienterna känner till sina rättigheter* för att de nämnda reformerna skall få full effekt.

Vidare framhålls att det för patienternas möjligheter att bevara sin integritet under sjukhusvistelse är av stor betydelse att de får tillräcklig *information från den behandlande personalen* om sitt hälsotillstånd och den behandling som pågår eller planeras. Vikten av att personalen kan ge patienten och hans anhöriga *personligt och emotionellt stöd under sjukdomstiden* är en annan utgångspunkt.

Enligt direktiven bör kommittén överväga vilka ytterligare åtgärder som kan vidtas för att förbättra *kontakterna mellan de för vården ansvariga och patienterna*. Sådana lösningar bör eftersträvas som kan genomföras genom vederbörande sjukvårdshuvudmans försorg och som är så utformade att *de mänskliga kontakterna mellan patienten och de för vården ansvariga underlättas* och att *kontinuiteten* mellan patient och läkare upprätthålls.

## 1.2 Aktuell utredningsverksamhet

Centralt pågår f. n. ett antal utredningar, som i större eller mindre utsträckning behandlar frågor som har anknytning till de sakområden MAK fått i uppdrag att utreda. Med dessa utredningar har MAK ett fortlöpande samråd.



Vi ger här en översikt över de uppdrag dessa utredningar har i den mån de berör frågor som avhandlas i denna rapport.

### 1.2.1 *Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (S 1975:04)*

Den övergripande uppgiften för kommittén är att utarbeta förslag till en ny sammanhållen *lagstiftning för hälso- och sjukvården*. En grundläggande utgångspunkt för arbetet skall vara att alla som bor i landet skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Kommittén skall beakta bl. a. behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialvården.

Andra viktiga utgångspunkter har angetts vara att undanröja detaljreglering i lagstiftningen samt att ta till vara möjligheterna till decentralisering av verksamhetsformerna och underlätta en förstärkning av den kommunala demokratin.

### 1.2.2 *Utredningen angående sjukvårdens inre organisation (SIO) (S 1977:02)*

Kommittén skall utgå från patienternas behov av vård och behandling i vidsträckt bemärkelse. Patienternas möjligheter till eget engagemang i vården skall belysas liksom frågan om hur *största möjliga personliga omvårdnad och personalkontinuitet* skall kunna erhållas. Möjligheterna att använda färre personalkategorier med bredare kunskaper skall prövas liksom *organisation av gruppvårds- eller lagarbete*. Förutsättningarna för att genom ökat *patient- och personalinflytande* åstadkomma en bättre och mänskligare vård skall uppmärksammas ävensom behovet av *normalisering för patienterna*.

Vidare skall undersökas om särskilda åtgärder krävs för att underlätta *den praktiska tillämpningen inom sjukvården av de nya lagarna på arbetslivets område för medbestämmande och medinflytande*.

### 1.2.3 *Utredningen om kontinuitet i öppen vård mellan patient och läkare (S 1977:08)*

Utredaren skall samla upp och analysera den erfarenhet man på olika håll har av försöken med bättre läkarkontinuitet i den öppna sjukvården. Med dessa erfarenheter som bas bör sedan olika modeller prövas med syfte att nå största möjliga kontinuitet och valfrihet i vården.

### 1.2.4 *Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan (U 1977:06)*

Huvuduppgiften för kommittén är att utifrån en vårdpolitisk grundsyn lägga fram förslag om principerna för studieorganisationen för i första hand sjuksköterskeutbildningen och de specialkurser inom vårdområdet som nu finns i gymnasieskolan och som den 1 juli 1977 fördes till högskolan. Syftet är att lämna underlag för de utbildningsplaner för allmänna utbildningslinjer som det ankommer på universitets- och högskoleämbetet och skolöverstyrelsen att fastställa i samråd.

### 1.2.5 Utredningen om sjukvård i livets slutskede (S 1974:09)

Kommittén, som tillkallats efter hemställan härom av riksdagen, har inte förelagts särskilda direktiv. I samband med hemställan om utredning gjorde dock riksdagen vissa uttalanden.

Utredningsarbetet torde komma att gälla frågor om *rollfördelningen bland personalen* i samarbete kring patienten och vilken *personaltäthet och personalstruktur* som är lämplig. Personalens *utbildning*, bearbetning av egna problem i relation till död och sjukdom och personalens förmåga att föra en dialog med de sjuka människorna är andra väsentliga inslag.

### 1.2.6 Utredningen rörande den andliga vården vid sjukhusen och kriminalvårdens anstalter (U 1974:10)

Kommittén har tillsatts bl. a. mot bakgrunden av att behovet av sjukhuspräster inte kan tillgodoses i förutsatt utsträckning. Vikten av att man söker tillgodose *behovet av andlig omvårdnad vid sjukhusen* betonas särskilt. Vidare förutsätts att den andliga omvårdnaden skall ske genom samarbete mellan olika kyrkor och samfund och alltså vara ekumeniskt präglad. Som utgångspunkt anges bl. a. att patienterna i största möjliga utsträckning skall åtnjuta samma religiösa och kulturella förmåner som erbjuds utanför sjukhusen. Samtidigt betonas att den andliga vården måste vara beroende av patienternas frivilliga deltagande och att den största vikten bör läggas vid den enskilda själavården.

### 1.2.7 Utredningen om läkemedelsinformation (S 1977:11)

Kommittén skall se över läkemedelsinformationen till läkarna och sjukvården i övrigt samt till allmänheten. Kommittén skall föreslå åtgärder som syftar bl. a. till en rationell arbetsfördelning mellan dem som svarar för informationen. Kommittén skall också undersöka hur apoteken på lämpligt sätt skall engageras i läkemedelsinformationen.

### 1.2.8 Primärvård – Äldreomsorger – Samverkan

De vårdpolitiska ambitionerna är i hög grad koncentrerade till *primärvården*, där en intensiv utveckling och utbyggnad pågår och planeras i form av vårdcentraler, lokala sjukhem, hemsjukvård, serviceboende och resurser för social åldringsvård.

Insikten om de starka sambanden mellan medicinska och sociala förhållanden har ökat under de senaste åren. Socialvården och sjukvården måste arbeta från utgångspunkten att *en människas psykiska, fysiska och sociala behov skall bedömas och tillgodoses i ett sammanhang*. Med denna utgångspunkt har under år 1977 kommunförbundet, landstingsförbundet, socialstyrelsen och Spri genomfört tre förstudier, som redovisats i en publikation med rubricerade benämning.

I publikationen har organisationerna utvecklat en gemensam grundsyn inom de aktuella områdena. Denna grundsyn präglas bl. a. av en strävan att *inrikta service- och vårdarbetet på den enskilde individen*. Det skall vara så



utformat att det underlättar och stimulerar en *aktiv medverkan* av honom själv och hans närstående. Samhällsorganen skall samverka för att åstadkomma bästa möjliga vård, men det får inte bli fråga om att diskutera och besluta om åtgärder över huvudet på den vård sökande. Samarbetet skall ske under hans kontroll och på hans villkor.

Sjuka, handikappade och äldre skall ha samma rätt som andra till *självybestämmande, medinflytande, integritet och trygghet*.

Arbetet fortsätter nu genom olika delprojekt. I detta sammanhang torde närmast vara av intresse det delprojekt som berör arbetsuppgifter och kompetens i primärvården.

### 1.3 Rapportens uppläggning och syfte

Enligt direktiven skall MAK överväga olika åtgärder för att stärka patientens ställning främst med hänsyn till hans behov av *information om sina allmänna rättigheter och förmåner* i hälso- och sjukvården och hans behov av *information och kontakt med personalen* i vård situationen. Kommittén skall söka finna lösningar som kan bidra till att *kontinuiteten mellan patient och läkare* upprätthålls.

Det angränsande utredningsarbete som redovisats i det föregående påverkar på ett avgörande sätt lösningen av kontakt- och informationsproblemen. På flera håll äger vidare rum ett omfattande utvecklingsarbete som behandlar informationsfrågor av skilda slag och från skilda utgångspunkter.

De centrala utredningarna och det övriga utvecklingsarbetet tar sikte på ambitionsnivåerna i hälso- och sjukvårdsutbudet, organisationen och författningsregleringen. Vi anser att informationen bör vara en helt integrerad del av arbetet i hälso- och sjukvården. Förutsättningarna för information och förslagen om hur man skall förbättra informationen måste därför formuleras i samband med planeringen av organisationen i sin helhet. MAK har därför begränsade möjligheter att lägga fram egna förslag om hur kontakt- och informationsproblemen inom sjukvården konkret och i detalj bör lösas. Det material kommittén samlat bör vidareutvecklas av dessa utredningar. Materialet bör kunna ha sitt värde även för det arbete som huvudmännen bedriver på detta område.

MAK har därför valt att genom en rapport söka beskriva och diskutera nuläget och det pågående och planerade utvecklingsarbetet samt identifiera vissa problem. Härvid har vi ofta inte gjort skillnad mellan sluten och öppen vård. Några gånger har det varit ändamålsenligt att ge exempel från sjukhusvistelse eftersom patientens situation då är särskilt tydlig. Enligt vår mening är emellertid de flesta informationsproblemen gemensamma för hela hälso- och sjukvården.

Sammanfattningsvis har vi byggt upp rapporten så att vi efter en redovisning av nuvarande informationsvägar söker ge en bild av informationsproblemen som de återspeglas i utredningen om den kommunala demokratin och andra utredningar, debatten i riksdag, landsting och massmedia. Vi lämnar en relativt utförlig redovisning av vissa utredningar och försök på området som kan tjäna som allmän vägledning. Vi avslutar rapporten med att redovisa vad vi anser bör särskilt uppmärksammas eller bör



utredas vidare för att föra utvecklingen framåt.

Vi behandlar ej frågor om hälsoupplysningen som informationskomponent. Ej heller tar vi upp rättssäkerhets- och integritetsfrågorna ur andra aspekter än när de direkt angår informationsproblemen.

Under MAK:s arbete har företrädare för kommittén haft kontakt med representanter för olika patientföreningar.



## 2 Bakgrund och utgångspunkter

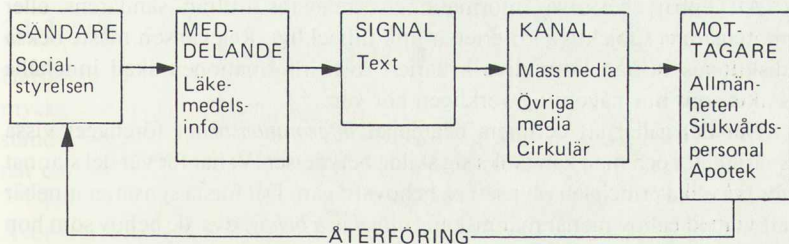
I detta kapitel ger vi en övergripande bakgrundsbeskrivning och försöker placera in information och kommunikation i sitt sammanhang inom hälso- och sjukvården. Inledningsvis ger vi ett visst teoretiskt underlag. Därefter försöker vi ge en sammanfattande bild av nuvarande förhållanden och utvecklingstendenser av betydelse.

### 2.1 Definitioner, begrepp och informationsstruktur

#### 2.1.1 *Information och kommunikation*

Inom kommunikationsläran har under det senaste årtiondet lagts fram många intressanta arbeten med teoretiska och praktiska aspekter på kontakten mellan myndigheter och medborgare samt beträffande kontakterna inom en organisation. Man kan bl. a. konstatera att det råder viss oenighet i fråga om begrepp och termer och förutsättningarna för och effekten av olika handlingsmönster. Kommunikationsläran är sålunda i vissa hänseenden ofullständig och befinner sig i utveckling. Den kan dock i nuvarande läge ge värdefulla idéer för kommunikationsanalys och metoder för kvalitetskontroll av informationsåtgärder. Vi anser det emellertid inte nödvändigt att i denna rapport närmare utveckla och värdera de alternativa teorier och modeller som diskuteras för olika situationer.

Vi bygger vår redovisning och diskussion i denna rapport på en enkel informations- och kommunikationsmodell, som schematiskt kan beskrivas med följande exempel.





I alla informationssituationer och för varje praktisk kontaktåtgärd kan man alltså urskilja dessa fem komponenter: sändare, meddelande, signal, kanal och mottagare.

Informationsprocessen kan beskrivas utförligare och mer nyanserat med modeller som tar hänsyn till ett flertal faktorer med avgörande betydelse för förloppet i kommunikationen mellan sändare och mottagare. För rapportens syfte anser vi den här beskrivna modellen tillfyllest.

Man bör hålla isär information i betydelsen av ett meddelandehåll och i betydelsen av ett förlopp eller en kommunikationsprocess. I dagligt tal används information i båda bemärkningarna. Man säger t. ex. att informationen fungerar dåligt och syftar både på innehåll och process.

I kommunikationsläran är allmänt accepterat att *information* syftar på de innehållsmässiga eller semantiska aspekterna i ett meddelande, medan *kommunikation* är förloppet då information förmedlas mellan olika parter.

Kommunikationen kan vara s. k. *envägskommunikation*, dvs. när information förmedlas i en riktning från sändare till mottagare. Den kan också äga rum mellan två parter, som växlar i rollerna som sändare och mottagare (återföring), och benämns då *tvåvägskommunikation*.

Den kommunikation som här berörs är alltså ett medel för att uppnå vissa syften och betecknas då *instrumentell*. En annan form av kommunikation, som också har intresse för denna rapport är *den expressiva kommunikationen*. Det gäller de fall då t. ex. en person uttrycker känslor utan avsikt att överföra någon speciell information eller mening till en annan person.

Man brukar vanligen skilja mellan *intern och extern kommunikation*. Ett sätt att definiera intern kommunikation är att låta den omfatta all kommunikation inom en organisation, t. ex. ett sjukhus. Den riktar sig företrädesvis till inom organisationen/sjukhuset verksamma grupper, under det att den externa kommunikationen riktar sig till utomstående grupper.

Inom kommunikationsläran betonas betydelsen av att man ägnar särskild uppmärksamhet åt *informationens tillgänglighet och relevans*. Man brukar tala om fysisk och psykisk tillgänglighet. Om mottagaren måste söka upp informationen har den dålig fysisk tillgänglighet. Om informationen, trots att mottagaren har den mitt framför sig, inte förstås har den dålig psykisk tillgänglighet.

Med informationens relevans menar man den betydelse ett visst informationsinnehåll har för en person eller en organisation. Det behöver kanske inte särskilt påpekas att samma information kan skilja sig i uppfattad relevans mellan sändare och mottagare.

Att enbart beskriva informationens relevans utifrån sändarens eller mottagarens subjektiva kriterier är inte tillräckligt. Relevansen måste också diskuteras utifrån normativa kriterier, dvs. informationen skall innehålla åsikter om hur någonting verkligen bör vara.

När det gäller att definiera begreppet *informationsbehov* föreligger vissa svårigheter och man kan tänka sig skilda betydelser. Vi har för vår del stannat för två olika principiella synsätt på behovsfrågan. Det första synsättet innebär att vi med behov menar människans *subjektiva behov*, dvs. de behov som hon uppger vid förfrågan eller som direkt knyter an till hennes situation eller som tar sig uttryck i hennes praktiska handlande.

Den andra infallsvinkeln är *normativa behov*, som utgår från värderingar

om vilka tillstånd som är önskvärda hos individen, gruppen och samhället eller med andra ord behov som andra menar att mottagaren har. En patient kan t. ex. i vissa fall tycka sig välinformerad även om någon mera insatt kan anse att patienten i själva verket skulle behöva grundligare kunskaper.

### 2.1.2 Målgrupper

Vi har i det föregående delat upp kommunikation i intern och extern. Med den definition vi därmed givit kan man i grova drag urskilja två huvudgrupper informationsmottagare inom hälso- och sjukvården, *dels* de individer som är verksamma eller föremål för verksamhet *inom* hälso- och sjukvårdssystemet, *dels* de individer som står *utanför* detta system.

Med denna fördelningsgrund kommer den första huvudgruppen att omfatta patienter och personal.

Begreppet patient i förevarande sammanhang innefattar i förekommande fall även föräldrar i förhållande till barnpatienter, övriga anhöriga, vårdnadshavare och andra personer med relationer till den sjuke i patientsituationen. Går man närmare in på patientgruppens sammansättning finner man stora skillnader mellan olika patienter. Det beror bl. a. på åldern, sjukdomens art, vårdformen m. m. om man behöver fästa större eller mindre vikt vid olika patienters förutsättningar att ta emot och använda information. Den som tagit kontakt med hälso- och sjukvårdsorganisationen och därvid registrerats som vårdsökande utan att ännu ha blivit föremål för undersökning och behandling räknas också som patient i denna mening.

Det bör redan här understrykas att ett effektivt patientkommunikationssystem förutsätter att det interna kommunikationssystemet som helhet fungerar. Det råder ett starkt inre samband mellan de kommunikationsprocesser, som existerar mellan exempelvis sjukhusorganisationens olika delar och personalen samt personalen sinsemellan å ena och patientkommunikationen å andra sidan både när det gäller informationsbehov, målinriktning och struktur. Brister i det förstnämnda ledet återspeglas erfarenhetsmässigt i det andra.

Den andra huvudgruppen – föremål för extern kommunikation – utgörs av allmänheten, organisationer, myndigheter osv. som kan anses tillhöra hälso- och sjukvårdens yttre intressenkrets. Den form av kommunikation som blir aktuell är såväl masskommunikation i en envägsprocess som individuell information i endera envägs- eller tvåvägsprocess.

### 2.1.3 Informationsflödet kring patienten

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått en mycket omfattande utveckling och utbyggnad. Detta har i sin tur medfört ständigt ökade krav på information inom hälso- och sjukvårdssystemet både när det gäller den medicinska och administrativa verksamheten.

Under individens liv sker i dag en omfattande registrering av uppgifter. Även om tyngdpunkten i denna rapport skall läggas vid *informationen till och från patienten* vill vi för helhetens skull också kort redovisa den *information om patienten* som registreras inom öppen och slutna hälso- och sjukvård.



### 2.1.3.1 *Informationen om patienten*

Första gångerna information om individen registreras är inom informations-systemen för mödrahälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård. Informationen sammanställs i ett särskilt utformat s. k. *medicinskt födelsemeddelande* och utgör en sammanställning av data och en sammanfattande bedömning av vad som inträffat under graviditet, födelse och nyföddhetsperiod med komplettering av relevanta genetiska och sociala faktorer och med riskvärdering av inträffad skada och framtida funktionsstörning. Det medicinska födelsemeddelandet utgör sålunda en viktig kommunikation mellan förlossningsavdelningar och mödravårds- och barnavårdscentraler.

För barnen i förskoleålder upprättas *barnavårdsjournaler* inom barnavårdscentralen. När barnet kommer in i skolåldern överlämnas uppgifter från dessa journaler till skolhälsovården. För skolhälsovården upprättas *skolhälsokort*. För studerande på högskolenivå förs hälsojournaler inom den s. k. *studerandehälsovården*.

Under *värnpliktstjänstgöringen* utförs en grundlig hälsoundersökning, vars resultat jämföras med de övriga hälsoobservationer som görs under militärtjänstgöringen införs i en särskild journal.

En hälsoregistrering som blir alltmer omfattande under den pågående utbyggnaden av denna verksamhet är den som sker inom *företagshälsovården*.

Information om patienters sjukdom och hälsa registreras också i journaler hos de ca 2 000 läkare, som utövar *privatläkarvård*.

Det avgjort mest omfattande beståndet av patientjournaler finns inom *den samhälleliga öppna och slutna hälso- och sjukvården*.

*Underlaget för journalföringen* kan i princip uppdelas i tre grupper, anamnes, status och medicinskt-teknisk utredning.

Individen eller dennes anhöriga kan beskriva hälso- och sjukdomstillståndet, som redovisas i den del av journalen som kallas *anamnes* (sjukhistoria). Denna innehåller uppgifter av såväl medicinsk som social natur. Anamnesen bör innehålla uppgifter om aktuellt sjukdomstillstånd men även uppgifter om tidigare sjukdomar, tidigare symptom och tidigare sociala problem. *Den medicinskt-tekniska utredningen*, som nästan regelmässigt sker, utgör ett ytterligare underlag. Exempel härpå är kemiska analyser av blod och urin, röntgenundersökningar av olika organ, fysiologiska mätningar av olika kroppsfunktioner, bakteriologiska odlingsresultat, patologiska vävnadsanalyser.

De uppgifter som registreras vid direkt observation av läkare eller annan medicinsk personal är liksom anamnesen av övervägande subjektiv natur och beskrivs i form av ett s. k. *status*, innehållande såväl en psykisk som en enkel fysisk bedömning av patienten.

Väsentliga data i anamnes och status ligger till grund för planering av utredning av patientens hälso- och sjukdomstillstånd.

Medicinska data om patienterna registreras antingen i de s. k. *klinikjournalerna*, som upprättas över intagna patienter, eller i de s. k. *öppenvårdsjournalerna*, som förs av distriktsläkare eller sjukhusläkare i sjukhusansluten öppen vård.

Journalerna, som skall ge en helhetsbild av patienten, baserar sitt innehåll



på i princip två slags källor, dels den ansvarige läkarens egna anteckningar grundade på uppgifter från patienten och/eller hans anhöriga beträffande anamnes och status, dels remissutlåtanden från olika serviceavdelningar och andra enheter eller personer. Som exempel på utlåtanden kan nämnas sådana från *kemiska, bakteriologiska och patologiska laboratorier, röntgenavdelningar och konsulter*. Journalinformationen kompletteras i förekommande fall med utlåtanden från *sjukhuskurator, sjukgymnast och psykolog*.

I regel har *sjukhuskuratorn* egna patientkort med anteckningar om patienternas sociala förhållanden. Vid vissa kliniker utför kuratorerna ett mer omfattande arbete. Vid psykiatriska kliniker kan de i samarbete med läkaren utreda patientens personliga förhållanden och sociala bakgrund som ett led i anamnesupptagandet och föreslå åtgärder för och delta i behandlingen.

*Sjukgymnasterna* för i regel behandlingskort för varje patient och uppgifter av vikt överförs i klinikjournalen.

*Psykologerna* har arbetsuppgifter av utredande karaktär, som utgörs av mer eller mindre individuella undersökningar. Dessa undersökningar är i huvudsak ägnade att läggas till grund för den psykiatriska diagnostiken. Psykologerna bidrar som rådgivare i det terapeutiska arbetet. Anteckningar från psykologernas arbete förs in i sjukjournalen.

Journalkort förs också av *distriktssköterska* framför allt rörande patient som står under fortlöpande vård eller tillsyn.

Sammanfattningsvis utgör journalen ett mycket omfattande informationsdokument som förutom persondata och uppgift om diagnos innehåller anamnes, status, daganteckningar om den fortlöpande behandlingen och sjukdomsbildens förändringar under vårdtillfället, laboratorieutlåtanden och utlåtanden om specialistundersökningar av olika slag samt vid utskrivningen en epikris (sammanfattande utlåtande) där alla för vårdtillfället relevanta fakta presenteras i kortfattad form. Dessutom kan anteckningar från återbesök och eftervård införas i journalen.

Även om problemet som sådant inte faller inom ramen för denna rapport vill vi ändå fästa uppmärksamheten på att det journalsystem som tillämpas inom hälso- och sjukvården på senare år utsatts för en del kritik. Det hävdas bl. a. att dagens journalsystem huvudsakligen är uppbyggt för *ett* vårdtillfälle och inte för samordning av patientinformation från tidigare läkarbesök, sjukhusvistelser och kontakter över huvud taget såväl inom den samhälleliga vårdsektorns olika delar som mellan denna och andra vårdgivare, på vilka här ovan getts exempel. Dessa brister kan försvåra vårdplaneringen och bidra till att utredningar och åtgärder som skall vidtas med patienten blir mindre effektiva. Det måste betraktas som en trygghetsfråga av stor betydelse för patienten att journalen utgör en samlad information, som också speglar kommunikationen mellan olika vårdansvariga vid olika vårdtillfällen.

Mot ett system med s. k. totaljournal talar å andra sidan sekretess- och integritetskäl samt risken för att man förlorar i överskådlighet.

I bilden bör också tas in de krav på relevant och fullständig information som blir aktuella vid utredningar av bl. a. ansvars- och patientförsäkringsärenden.

Det har också gjorts gällande att journalerna ofta är utformade på sådant sätt och med ett sådant språk att patienter och anhöriga har svårigheter att ta del av deras innehåll. Det har även från integritetsmässiga utgångspunkter

riktats kritik mot sättet att notera vissa observanda om patienters personlighet och ifrågasatts nödvändigheten av sådana som underlag i en journal. Avvägningen av patientens rätt till integritet och vårdorganisationens behov av information för att kunna hjälpa patienten är ett stort och komplicerat problem, som inte tas upp här.

Individuell medicinsk patientinformation registreras centralt hos socialstyrelsen i det s. k. *cancerregistret* och det s. k. *missbildningsregistret* för nyfödda. Dessa register har upprättats för att ge socialstyrelsen möjlighet att mera direkt följa utvecklingen inom dessa områden och i förekommande fall sätta in åtgärder. Registren fyller också en uppgift för forskningsändamål.

Den medicinska vården måste ibland kompletteras med social utredning och service. I den mån denna service lämnas inom hälso- och sjukvårdens ram registreras förekommande social information som ovan nämnts i patientjournalen, i övriga fall i *den primärkommunala socialförvaltningsakten*. I dessa akter kan också noteringar om medicinskt status förekomma, som antingen grundar sig på bedömningar av medicinsk sakkunskap direkt knuten till socialvården eller på information från andra läkare.

I det praktiska arbetet på en vårdavdelning, på en vårdcentral osv. utväxlas dagligen och stundligen en mängd *information om patienten* mellan den personal som är engagerad i patientens vård. Denna kommunikation – skriftlig eller muntlig – inom exempelvis en vårdavdelning sker dels efter mer eller mindre fastlagda rutiner, dels efter de behov som dessemellan aktualiseras i den enskilda patientens situation. De rutiner som tillämpas är i stort beroende av vilken typ av arbetsorganisation som gäller för avdelningen, dvs. personalstruktur, fördelning av arbetsuppgifter, dagordning, vårdplan osv.

I nuvarande system sker rapportering och genomgång av inläggande patienter till stor del i anslutning till arbetets början och slut samt i samband med läkarronden. Vidare är kommunikationen vid skiftbyte givetvis mycket väsentlig och formerna för denna har också varit föremål för en hel del diskussion om hur man på bästa sätt skall svara mot de krav på trygghet, som måste uppställas.

Inom företrädesvis den psykiatriska sjukvården har sedan länge tillämpats ett system med avdelnings- och klinikkonferenser för utbyte av information om patienter. Ett motsvarande system torde alltmer vinna insteg på kroppssjukvårdens område som en följd av införandet av lagarbets-/vårdgruppsmodeller i arbetsorganisationen.

Vi har visat på olika kommunikationsvägar för information om patienten inom sjukhusorganisationen. Arbetet inom den öppna hälso- och sjukvården förutsätter också en intensiv samverkan och kommunikation av liknande slag såväl inom vårdenheterna som mellan den slutna och öppna vården. För den öppna vården är kommunikationen med den slutna vården direkt grundläggande vid exempelvis övertagandet av vård och ansvar för en från sjukhuset utskrivna patient. Den öppna vården erhåller då från sjukhuset information om patienten beträffande bl. a. diagnos, terapi, direktiv för eftervård m. m. Omvänt lämnas från den öppna vården information till sjukhuset om öppenvårdspatient som skall läggas in.

Vi vill gärna framhålla att kommunikationen i båda riktningarna mellan öppen och slutna vård i realiteten anses fungera mindre väl. På vissa håll har man velat beteckna den som bristfällig med klart negativa effekter för



både patienter och personal. Detta är ett av de stora problemen i dagens sjukvård även om det fungerar väl på sina ställen.

Kring patienterna finns vid sidan av det medicinska och sociala informationsflödet ett vittutgrenat system för *administrativ patientinformation* mellan de olika funktionsenheterna inom ett sjukhus. Mellan patientkontor, vårdavdelningar och serviceavdelningar sker sålunda ett omfattande informationsutbyte om patienten. Patientkort läggs upp för in- och utskrivning m. m., meddelanden utgår i och för registrering till avdelningsexpedition, kök/dietist, apotek, telefonväxel, vaktmästarkontor osv.

Vid sidan av den registrering beträffande patienter som sker i sjukvårdshuvudmannens öppna och slutna vård samt hos andra vårdgivare (privatpraktiserande läkare, sjukgymnaster m. fl.) noteras och arkiveras en hel del individuell information inom ramen för *socialförsäkringen*. Informationen förmedlas på olika sätt t. ex. genom sjukpenningintyg, pensionsintyg samt i andra mellanhavanden försäkringskassan/vårdgivare/vårdtagare. En betydande del av denna information administreras med hjälp av datorer, som tagit över de registeruppgifter över befolkningen, vilka är av betydelse för allmänhetens krav på individuell service i socialförsäkringsärenden.

Inom *tandvården* registreras uppgifter om patienten av tandläkare, tandhygienister samt i viss mån av tandsköterskor, vilka erhållit särskild utbildning i förebyggande åtgärder. Tandläkare för journaler för varje patient med uppgifter om anamnes, status, diagnostik och terapi. De uppgifter som förs av tandhygienister och särskilt utbildade tandsköterskor är huvudsakligen begränsade till patientens munhygieniska situation. Folktandvårdens något fler än 3 000 distriktstandläkare använder en standardjournal, medan specialisttandläkarna har för specialiteten anpassade journaler. De närmare 4 000 privatpraktiserande tandläkarnas journaler varierar till såväl form som innehåll. Röntgenbilder förvaras inom såväl offentlig som privat sektor, som regel i anslutning till journalen.

Remisser till specialister verksamma inom folktandvård eller privat tandvård med uppgifter om patienten utfärdas av folktandvårdens och privattandvårdens tandläkare. Specialisttandläkarna lämnar, sedan patienten omhändertagits, remissvar.

Beställning av tandtekniska arbeten från tandläkare till tandtekniskt laboratorium innehåller utöver identifikationsuppgifter vanligen endast anvisningar avseende det tandtekniska arbete som skall utföras.

Inom ramen för tandvårdsförsäkringen lämnas uppgifter av tandläkare till försäkringskassa om patienten. På s. k. tandvårdsräkning, vilken ges in till försäkringskassa, noteras utöver identifikationsdata uppgifter om behandlingsåtgärder samt kostnaderna för dessa. Tandvårdsräkning upprättas endast av privattandläkare. Inom folktandvården tillämpas andra system innebärande bl. a. att motsvarande uppgifter lämnas till försäkringskassa endast för patienter födda den 10 och 20 i varje månad. Dessa uppgifter ligger till grund för bl. a. databearbetningar avsedda att belysa utvecklingen inom tandvården.

I huvudsak för patienter vars tandvårdskostnader överstiger 3 000 kr. görs s. k. förhandsprövningar. Detta innebär att uppgifter om patientens anamnes, status, diagnoser och planerad behandling registreras på särskild förhandsprövningsblankett. Denna ges in till försäkringskassa, som har att ta ställning



till om föreslagen behandling kan ersättas enligt försäkringens regler. Granskningen av förhandsprövningen görs av särskilda förtroendetandläkare.

### 2.1.3.2 *Informationen till patienten*

Vår beskrivning av *informationen till patienten* har vi valt att i princip dela upp efter de episoder, som i vidsträckt bemärkelse bildar de olika faserna i en vårdkedja. Vi utgår från förhållandena kring en sjukhuspatient och gör då en indelning i följande huvudavsnitt

- före intagningen
- vid intagningen
- under sjukhusvistelsen
- vid utskrivningen.

- I öppen vård motsvaras de ungefär av
- före det första besöket
- under pågående behandling/utredning
- efter det sista besöket.

*Före intagningen* på ett sjukhus har den vårdsökande i de flesta fall haft kontakt med någon person inom hälso- och sjukvården. Det kan vara läkaren på vårdcentralen, distriktssköterskan osv. Vårdsökanden har också andra möjligheter att skaffa sig viss förhandsinformation t. ex. genom telefonkatalog, läkarförteckning landstingskatalog och socialkatalog.

I *socialkatalogen* lämnas en allmän information om sociala rättigheter och förmåner. Den ges ut i en upplaga för varje län med för länet aktuella uppgifter om vilka myndigheter och kommunala organ som svarar för olika ärenden.

*Landstingskatalogen* presenterar de olika former av tjänster och service som landstinget och dess organ ger allmänheten med hänvisning till adresser, telefonnummer etc.

Den som inte får tillräcklig information genom socialkatalog eller landstingskatalog har i vissa landsting möjlighet att anlita en särskild telefontjänst, ofta under benämningen *sjukvårdsupplysningen*.

Det är en allmänt utbredd uppfattning att vårdsökande före intagningen som regel är dåligt informerade om omfattningen och innebörden av den planerade sjukhusvistelsen. Detta försvårar givetvis den vårdsökandes möjligheter att förbereda sig för patientrollen och anpassningen till den nya miljön. Det minskar också möjligheterna att vidta åtgärder för hem och arbetsplats under sjukfrånvaron. Arten och graden av förhandsinformation hänger givetvis samman med om och i vilken utsträckning man tillämpar systematisk individuell förplanering (inplanering). På vissa sjukhus/kliniker har man infört så pass förfinade vårdplaneringssystem att man före intagningen kan ge den vårdsökande viss information om bl. a. väntetid, förundersökningar, utredning, behandling och beräknad vårdtid m. m. I en del fall har man också satt i system att lämna viss medicinsk basinformation om den aktuella sjukdomen. Möjligheterna att kunna ge dessa former av förhandsinformation står självfallet i relation till sjukdomens art och utformningen av eventuell läkarremiss samt i vissa fall till tillgången av information om tidigare sjukhusvistelser och kontakter med vårdsektorn.

Ofta har den vårdsökande *före intagningen* otillräcklig information om de sociala förhållanden, som gäller under sjukhusvistelsen. Vissa sådana upplysningar, som i regel ges först vid intagningstillfället t. ex. i form av en s. k. patientbroschyr, borde kunna vara kända av den vårdsökande innan han blir patient. Han borde exempelvis veta vad som får eller bör medtas av egna personliga tillhörigheter. Det gäller kläder, tofflor, hygieniska artiklar ävensom försäkringsbesked, ordinerade mediciner, tekniska hjälpmedel osv. Av betydelse är också att t. ex. besökstider, avdelningsföreståndarens namn och telefonnummer är kända i förväg.

*Vid intagningen* möter patienten en för honom ofta helt främmande miljö. Redan vid sjukhusentrén känner han sig kanske handfallen och desorienterad. För att hjälpa vårdsökande till rätta införs emellertid successivt efter central rekommendation enhetliga, för allmänheten mer begripliga termer och vägvisningsanordningar vid sjukhusen.

Rutinerna vid intagning av patient är väl inte helt ensartade sjukhusen emellan. I huvudsak kan själva intagningsförfarandet delas upp i tre moment, inskrivningen, intagningsundersökningen och introduktionen på avdelningen. Under dessa kommer patienten i kontakt med olika personer, t. ex. avdelningsföreståndaren, baderskan, avdelningsläkaren, laboratoriepersonalen, sjukhusvårdinnan m. fl. och erhåller information i varierande omfattning. Det primära ansvaret vid patientens intagning ligger på avdelningsföreståndaren. Hon ställs inför en rad överväganden och krav på åtgärder, inte minst av informationskaraktär.

En del grundläggande information förmedlas av den nämnda *patientbroschyren*, som centralt rekommenderats i form av en normalinformation till patienter och som allmänt används. Patientbroschyren överlämnas som regel vid intagningen. Den ger allmänna upplysningar om sjukhuset som organisation och de rutiner som gäller men kan inte ersätta den muntliga informationen. I broschyren finns också allmänt hållen information om patientens rättigheter. I många fall erhålls kompletterande klinik/avdelningsinformation genom en särskild broschyr som innehåller bl. a. klinisk dagordning, vårdgruppsorganisationen samt råd till patienter i speciella sjukdomssituationer.

Patienten får på sina håll vid intagningen också en broschyr med villkoren för ersättning genom *patientförsäkringen* vid s. k. *behandlingskada*. På andra ställen ges sådan information i annan form.

För *den medicinska informationen* till patienten *under sjukhusvistelsen* finns inga regler uppställda och inte heller någon fast praxis. Det finns många olika uppfattningar bland såväl läkare som övrig sjukvårdspersonal om när och hur en patient skall informeras inför eller under en behandling eller undersökning. Vissa anser att man över huvud taget inte skall upplysa patienterna på annat sätt än genom att svara på deras direkta frågor. Andra anser att det är varje patients självklara rätt att få saklig medicinsk information utan att behöva be om den.

Vad slags medicinsk information som ges patienten och i vilken utsträckning detta sker beror av olika faktorer. Vi har pekat på olika grundinställning hos ansvarig personal. En annan faktor som spelar in är personaltillgången. Ibland tillåter inte den tid avsätts, som behöver tas i anspråk för att för patienten åskådliggöra ett medicinskt förlopp, som kanske endast en



specialist behärskar. Patientens förmåga att uppfatta informationen i sak är beroende bl. a. av hans kunskapsnivå och hans förståelse för "språket". (Vi diskuterar detta i kap. 8. Jfr även vissa redovisningar i kap. 7.) Enligt en utredning är patienterna mest intresserade av information om diagnos och planerade behandlingsåtgärder men däremot sällan om prognos och komplikationsrisker.

Andra faktorer av betydelse är klinikens/avdelningens karaktär med avseende såväl på patientklientelet som på den arbetsorganisatoriska strukturen. Vanligen är behoven av medicinsk information olika uttalade hos t. ex. en akutvårdspatient och en långvårdspatient samt inom en medicinsk klinik och en psykiatrisk klinik. De organisatoriska faktorer som vid sidan av personaltillgången har betydelse är t. ex. systemen för ronder, avdelnings- och klinikkonferenser, lagarbete, vårdplanens uppföljning.

Bland den personal som – utan att vara direkt knuten till vårdavdelningen – också deltar i såväl utrednings- som behandlingsarbete kan nämnas sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer. Även de kommer i direkt kontakt med inläggande patienter och får en roll i patientinformationen.

Förutom medicinska och "hotellmässiga" omsorger har många patienter – i särskilt hög grad inom den somatiska och psykiatriska långtidsvården – behov av fortlöpande *samhällskontakt* och *olika inslag av andlig och kulturell verksamhet*, som i varierande omfattning tillgodoses som ett led i sjukhusens totala verksamhet. Dessa informationsbehov har på senare år rönt särskild uppmärksamhet och anses ha betydelse som en del av det totala vårdarbetet. Insatser i dessa hänseenden anses medverka till att anpassningen till sjukhusmiljön och vårdsituationen underlättas och intresset för omvärlden hålls uppe.

Informationen till patienten *vid utskrivningen* från sjukhuset gäller en hel del olika åtgärder som vidtas för att återföra patienten till hans normala miljö och/eller ge en samordnad fortsatt vård inom andra delar av sjukvårdssystemet. Utplaneringen av patienten kan sålunda ta sikte på en annan vårdform, t. ex. konvalescenthem, sjukhem, hemsjukvård, rehabilitering eller distriktsvård. Det är då av väsentlig betydelse att kommunikationen mellan hälso- och sjukvårds- och socialvårdssystemen är väl utvecklad för att eftervården i den nya vårdformen skall ge önskat resultat.

Vid utskrivningssamtalet med läkaren och avdelningsföreståndaren får patienten (eller borde få) instruktioner och råd om hur han skall leva, t. ex. att han skall vara observant på tänkbara symtom, att han bör undvika vissa födoämnen i samband med sin medicinering osv., allt inom ramen för den s. k. egenvården, dvs. den vård patienten själv eller hans anhöriga ger. Vissa kliniker har utformat den medicinska informationen till utskrivna patienter i särskilda broschyrer.

Till vissa patienter ges vid utskrivningen social information som ett komplement till den medicinska ofta i samband med av kurator planerade sociala stödåtgärder.

En annan form av information till patienter som på senare år kommit i blickfånget är den som ges i undervisande syfte. Fler och fler anser att sjukhusvistelsen också borde användas för en systematisk handledning av patienter, s. k. *patientutbildning*, som ger grundkunskaper om de egna



sjukdomarna och deras orsakssammanhang. Därmed skulle attityder och beteenden kunna påverkas vilket i sin tur skulle kunna väcka intresse för och leda till en mer aktiv medverkan från patienternas sida i vården. Patienternas frågor och reaktioner visar nämligen att de i allmänhet vet mycket litet om sin kropp och dess funktioner. Patientutbildning har inom *tandvården* förekommit sedan lång tid tillbaka i form av information om tandsjukdomarnas orsaker och instruktion i munhygieniska åtgärder. En rad undersökningar visar att det endast med hjälp av förebyggande åtgärder är möjligt att bemästra tandsjukdomarna. Därför har sedan början av 1960-talet allt större resurser inom tandvården avsatts för att förbättra patienternas kunskaper och attityder samt förmåga att medverka genom egna förebyggande vårdinsatser.

### 2.1.3.3 *Informationen från patienten*

Vi har i det föregående genom att ange olika exempel och situationer sökt spegla informationsflödet om och till patienten. När det gäller *informationen från patienten* torde det vara en allmän uppfattning att vid sidan av den information, som patienten ges tillfälle lämna vid undersökningar, ronder och andra kontakter med personalen, förekommer information från patienten i ringa utsträckning. Alltför ofta gäller att kommunikationerna mellan patienten och vårdpersonalen, inkl. läkarna, bara går i en riktning. Man ger information och föreskrifter, men tar sig inte alltid tid att lyssna till vad patienten har att säga när han själv tar initiativet och känner behov att ta upp en fråga, som kan vara av betydelse för hans medicinska eller sociala status.

### 2.1.4 *Informationen och personalen*

Vi har ovan framhållit att det råder ett direkt samband inom en sjukhusorganisation mellan patientkommunikationssystemet och övrig intern kommunikation. En förutsättning för att det interna kommunikationssystemet som helhet skall fungera är att relevant information snabbt förmedlas mellan de olika leden och alla samverkande individer i sjukhusorganisationen – personal och patienter.

Under senare år har kraven på personaladministrationen ökat väsentligt. Det hänger till en del samman med ett allt större intresse för frågor som rör personalutveckling och arbetsförhållanden i vid bemärkelse. Den information som berör de olika personaladministrativa aktiviteterna utgör en stor del av den interna kommunikationen. Denna ingår emellertid inte i vårt uppdrag.

Av intresse från patientsynpunkt är den befattningsorienterade informationen. Därmed menar vi den information som en befattningshavare lämnar eller mottar för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Denna kommunikation kan följa linjerna i sjukhusets hierarkiska uppdelning eller ske mellan befattningshavare på samma nivå inom sjukhuset.

Inom sjukhusen och vårdorganisationen för övrigt utbyts stora mängder information. Detta är en tung börda för många befattningshavare, i synnerhet för dem som har en arbetsledande funktion. Såvitt vi har oss bekant har någon

organisatorisk granskning inte gjorts av det interna kommunikationssystemet i syfte att t. ex. undersöka möjligheterna att differentiera informationsflödet så att inte alla behöver ta del av all information.

### 2.1.5 *Bestämmelser, anvisningar o. dyl.*

I anslutning till det omfattande informationsflödet kring patienten aktualiseras en del frågeställningar som har samband med hans rättssäkerhet och integritet. Som framgår av vår beskrivning har man inom hälso- och sjukvården tillgång till en mycket omfattande information som rör patientens personliga förhållanden. En del av denna information dokumenteras i journaler, remisser, läkarintyg osv. En del information bygger på iakttagelser eller samtal i förtroende mellan patient och personal och blir inte föremål för skriftlig registrering.

Debatten kring patientfrågorna gäller ofta frågor om t. ex. tystnadsplikt, utlämning av journaler, journalernas innehåll, datateknisk journalregistrering m. m. Med hänsyn till att detta frågekomplex nära knyter an till frågorna om patientinformationen och hanteringen av denna information anser vi det vara på sin plats att göra en sammanfattning av bestämmelser, anvisningar m. m. samt praxis beträffande tystnadsplikt och handlingssekretess m. m. såvitt avser hälso- och sjukvården. Det är inte vår uppgift att nu söka närmare analysera innebörden av bestämmelserna på området, ej heller att överväga om de olika frågorna har en från rättssäkerhetssynpunkt tillfredsställande reglering.

Enligt lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. får den som utövar eller har utövat verksamhet inom hälso- och sjukvård och för vilken regeringen och socialstyrelsen meddelat föreskrifter om åligganden, inte yppa något som har meddelats honom i förtroende i verksamheten eller obehörigen uppenbara vad han däri har erfårit om enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt. – Socialstyrelsen har i kungörelsen (MF 1975:158) med föreskrifter om åligganden m. m. för personal inom hälso- och sjukvården m. fl. dels meddelat allmänna föreskrifter för vissa personalgrupper (i huvudsak medicinalpersonalen och annan personal verksam inom den allmänna hälso- och sjukvården), dels givit anvisningar om hur *tystnadspliktsreglerna* skall förstås och tillämpas i praktiken.

*Handlingssekretessen och journalhanteringen* inom sjukvården rymmer ett komplex av frågor, som i olika former rönt uppmärksamhet under senare år. I riksdagen har väckts motioner som gått ut på att förstärka sekretesskyddet för journaler och aktualisera andra med journalhanteringen sammanhängande frågor. Regeringsrätten, JO och andra har gjort uttalanden för att bringa klarhet i rättsläget. Utredningar har gjorts om den tekniska hanteringen av journaler. Fortfarande råder dock tveksamhet och ovisshet i många hänseenden.

Enligt allmänna läkar- och tandläkarinstruktionerna (1963:341 och 1963:666) är varje läkare och tandläkare, vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar yrket, skyldig att i öppen vård föra journal i den omfattning och på det sätt i övrigt som socialstyrelsen föreskrivit. Motsvarande regler för sluten vård återfinns i sjukvårdskungörelsen (1972:676), kungörelsen om



tillämpning av lagen om sluten psykiatrisk vård och stadgan om enskilda vårdhem m. m. I anslutning härtill har socialstyrelsen utfärdat vissa föreskrifter. I ett cirkulär (MF 1973:90) har socialstyrelsen också givit anvisningar som tar sikte på att skydda patienten mot att journaler, läkarintyg och andra utlåtanden ges sådan avfattning eller sådant innehåll, som kan anses kränkande för patienten.

En fråga som vållar problem är frågan om *utlämning av journaler*. En journal inom den offentliga hälso- och sjukvården är allmän handling (tryckfrihetsförordningen 2 kap. 2 §). Att en handling är allmän betyder att medborgarna skall äga fri tillgång till den om inte i lag stadgats inskränkning i denna rätt. De inskränkningar som gjorts återfinns i lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar (den s. k. sekretesslagen). Enligt 14 § första stycket i lagen får handlingar i ärenden rörande hälsovård och sjukvård i vad de angår enskilds personliga förhållanden inte utlämnas till annan än den handlingen rör utan den berörda personens samtycke tidigare än 70 år efter handlingens datum.

Utän sådant samtycke skall dock handling utlämnas . . ." om, med hänsyn till det ändamål för vilket utlämnande åstundas och omständigheterna i övrigt, trygghet kan anses vara för handen, att det ej kommer att missbrukas till skada eller förklenande för den vilkens personliga förhållanden i handlingen avses eller för hans nära anhöriga."---

Möjlighet finns också enligt 14 § andra stycket lagen att vägra lämna ut journalhandling till patient. Denna bestämmelse har följande lydelse:

---"Angår handling, som i första stycket avses (t. ex. handling upprättad av läkare i vissa ärenden) någons intagning, vård eller behandling å anstalt eller inrättning eller någons vård eller behandling av läkare annorstädes än å anstalt, och finnes grundad anledning antaga att genom handlingens utlämnande ändamålet med vården eller behandlingen skulle motverkas eller någons personliga säkerhet sättas i fara, må utlämnande vägras, ändock att enligt bestämmelserna i första stycket utlämnande bort ske."---

Särskilda regler om s. k. partssekretess finns i 39 § sekretesslagen.

I en PM (Ds Ju 1977:11) som upprättats inom justitiedepartementet läggs fram förslag till en ny sekretesslag som reglerar såväl handlingssekretess som tystnadsplikt.

De journaler som upprättas av privatläkare m. fl. är inte allmänna handlingar och följaktligen inte heller underkastade sekretesslagens regler. Journalen är läkarens egendom och patienten har inte någon rätt att ta del av den. När det gäller patientens skydd mot att obehöriga får ta del av privatpraktiserande läkares journal finns f. n. endast bestämmelser om läkares tystnadsplikt med det innehåll som beskrivits ovan. Det ingår i MAK:s uppdrag att överväga även denna fråga. Kommittén kommer att behandla frågan i annat sammanhang.

En annan fråga som tilldragit sig uppmärksamhet är hanteringen av patientjournalerna med hjälp av s. k. *ADB-teknik*. Många – både läkare och patienter – känner oro inför de olika systemlösningar, den i många fall enorma datamängden och den stora kretsen av ADB-tjänstemän, som journaldataregistren ofta medför med stora risker att sekretessen åsidosätts som följd.



När det gäller *förvaring och utgallring av journaler* har socialstyrelsen gett ut vissa anvisningar genom särskilda cirkulär. Dessutom har riksarkivet regeringens uppdrag att på grundval av betänkandet (SOU 1968:53) Arkiv inom hälso- och sjukvård, utarbeta råd och anvisningar för sjukvården om gallring av bl. a. patientjournaler. Riksarkivet har vänt sig till regeringen för att få besked om myndigheten kan utfärda vissa föreslagna råd och anvisningar. Ärendet bereds f. n. i socialdepartementet.

Ett fall angående *förstöring* av viss del av sjukjournal har nyligen avgjorts av regeringsrätten. En begäran i detta syfte framställdes av en f. d. patient till ett landsting hösten 1976, men avslogs av landstingets förvaltningsutskott. Som grund för besvären i regeringsrätten anfördes att journalen innehöll kränkande personliga omdömen vilka inte hade någon framtida funktion att fylla. Regeringsrätten lämnade besvären utan bifall, under hänvisning till att besvären inte var av beskaffenhet att enligt 78 § landstingslagen kunna föranleda upphävande av det klandrade beslutet.

Enligt bestämmelserna i tryckfrihetsförordningen skall kopia av allmän handling som ej skall hållas hemlig tillhandahållas den som så önskar. Landstingsförbundet har den 25 november 1976 rekommenderat landstingen vissa anvisningar i fråga om tillhandahållande av *kopior av patientjournaler*. Anvisningarna, som förutsätts bli anslagna på förekommande mottagningar (motsv.), berör patientens rätt att ta del av journal, att på begäran få en kopia och vilka avgifter som bör tillämpas. Beträffande avgift för kopia rekommenderas en motsvarande tillämpning av den statliga expeditionskungörelsen med ett avgiftstak vid 15 kopierade sidor à 3 kr. per sida. Innehåller journalen mer än 15 sidor uttas ingen avgift för de sidor som överstiger 15. Vid läkarvårdsbesök i huvudsakligt syfte att läkare och patient gemensamt skall gå igenom innehållet i patientjournal rekommenderas att patientavgift enligt sjukförsäkringen inte tas ut.

### 2.1.6 *Vissa förutsättningar för rapporten*

Vi har med vår beskrivning pekat på vissa problem utan att närmare analysera orsakssammanhangen. Vi har sålunda främst velat påvisa hur ett mycket omfattande informationsflöde strömmar genom och samlas upp inom sjukvårdsorganisationens olika delar. Redovisningen gör inte anspråk på att vara fullständig men torde illustrera att hälso- och sjukvården för att kunna fungera måste förfoga över ett utbyggt kommunikationsnät och att kommunikationerna intar en central plats bland sjukvårdens mekanismer.

Tyngdpunkten i detta kapitel ligger på att i beskrivande form redovisa informations- och kommunikationsfunktionen inom sjukvården. Längre fram i rapporten utvecklas och värderas samma eller liknande frågeställningar närmare, i direkt anslutning till den lämnade redovisningen. Vi kompletterar vår redovisning i detta avsnitt med vissa inte närmare preciserade antaganden eller hypoteser. Vårt urval kan kanske förefalla godtyckligt och osystematiskt. Vi har emellertid för detta ändamål inte ställt krav på att vara uttömmande eller hypotesprövande. Vi har endast syftat till att genom några exemplifieringar ge en uppfattning om informationsfrågornas komplexitet samt samband och beroenden inom sjukvårdssystemet.

I avvaktan på ett mera samlat grepp på frågorna har vi velat fästa uppmärksamheten på de alternativa möjligheter som finns för åtgärder eller försök hos intresserade sjukvårdshuvudmän. Vi förutsätter att det ytterst bör ankomma på huvudmännen att göra lämpliga avvägningar och genomföra förändringar med hänsyn till de lokala förutsättningarna. Detta sätt att föra ut frågorna torde också kunna utgöra bidrag till debatt bland patienter och personal.

## 2.2 Allmänna utgångspunkter

### 2.2.1 Informationsutredningen

1967 års informationsutredning har i betänkandet (SOU 1969:48) Vidgad samhällsinformation inledningsvis framhållit vikten av att alla medborgare erhåller information om vilka förmåner samhället kan erbjuda och vilka anspråk som kan ställas på den enskilda medborgaren. Informationens betydelse för att medborgarna skall kunna hävda sina idéer och intressen understryks särskilt. Myndigheternas information bör bl. a. visa hur samhället fungerar. Enligt utredningen är det däremot inte en samhällsuppgift att svara för politisk åsiktsbildning och utformning av förslag till lösningar av olika samhällsfrågor. Dessa skall de politiska partierna, organisationerna och massmedia ansvara för. Utredningen betonar att informationen bör ses som ett naturligt inslag i myndigheternas verksamhet.

Riksdagen anslöt sig i huvudsak till utredningens förslag. Bl. a. inrättades Nämnden för samhällsinformation (NSI) med uppgift att vara rådgivande och planerande organ för statliga myndigheters information.

### 2.2.2 Konsumentpolitiska åtgärder

Under senare år har samhällets intresse för medborgarna som konsumenter kommit alltmer i blickpunkten. Intresset för konsumenternas situation har aktualiserat ett mera samlat grepp på konsumentfrågorna. 1972 års riksdag antog en proposition (1972:33) med förslag till riktlinjer för samhällets konsumentpolitik och vid 1975 års riksdag antogs en proposition (1975:40) om kommunal konsumentpolitisk verksamhet. Målet för konsumentpolitiken är att *stärka konsumenternas ställning och stödja dem vid köp och tillhandahållande av varor och tjänster genom information och annan vägledning*. Vid sidan av den statliga verksamheten på området har primärkommunerna åtagit sig ett lokalt ansvar för att föra ut de konsumentpolitiska intentionerna genom inrättandet av konsumentnämnder, konsumentkommittéer och liknande samt i många fall avdelat särskilda tjänster för konsumentsekreterare m. fl.

Konsumentpolitiken har till föremål de problem som sammanhänger med konsumenternas köp och användning av varor och tjänster, som bjuds ut på den privata marknaden eller på marknader som arbetar enligt likartade principer, t. ex. statliga och kommunala organ som idkar näringsverksamhet, oberoende av om detta sker i privaträttslig eller i offentligrättslig form. I propositionen 1972:33 uttalas att en sådan avgränsning inte hindrar att man kan lägga konsumentpolitiska aspekter på många andra samhällsproblem,



men dessa aspekter bör bedömas inom resp. sektor av den offentliga verksamheten. Medborgarnas problem som konsumenter av hälso- och sjukvård och socialvård faller sålunda i princip inte inom ramen för samhällets konsumentpolitiska verksamhet.

### 2.2.3 *Socialutredningen*

Socialutredningen, som har till uppgift att göra en samlad översyn av socialvårdens mål, organisation och arbetssätt, har lagt fram ett principbetänkande (SOU 1974:39) Socialvården, mål och medel. Utredningen söker i betänkandet konsekvent tillämpa en *helhetssyn* på den enskilda människan, hennes situation och relationer. Detta innebär att varje enskilt fall skall bearbetas i alla sina aspekter och med insats av alla slags resurser som socialvården förfogar över och med samordning av insatser från andra samhällsorgan, t. ex. hälso- och sjukvården. Skisser på olika samverkanslinjer mellan hälso- och sjukvård och socialvård redovisas i betänkandet.

I betänkandet ägnas vidare en hel del uppmärksamhet åt *informationsfrågorna* och frågorna om *ökat inflytande åt klienterna*. Bl. a. understryks att informationen inte kan inskränkas till enbart en individuell och kurativt inriktad service och socialvårdsinformation. Denna mer begränsade information måste sättas in i ett större socialpolitiskt perspektiv och ge en helhetsbild av socialpolitiken och socialvårdens roll inom denna. Man framhåller också att informationen måste vara "kommunikation i båda riktningarna", dvs. att den skall fungera som en erfarenhetsåterföring från medborgarna till myndigheterna, som härigenom skall kunna tillgodogöra sig allmänhetens – särskilt klienternas – erfarenheter i den fortsatta *planeringen*. Det poängteras också att information om medborgarnas rättigheter och skyldigheter samt om socialvårdens resurser och förutsättningar är av grundläggande betydelse för dessas möjligheter att nå *insyn och inflytande*.

En väsentlig utgångspunkt i debatten om demokratin inom socialvården har gällt klienternas ställning och roll under begreppet "klientdemokrati". Utredningen hävdar att klientdemokratin måste utvidgas till att gälla människors och olika gruppers faktiska förutsättningar att utöva medinflytande och göra sina krav och anspråk gällande inte minst i frågor som direkt berör deras egna förhållanden. Ett viktigt element i demokratin är enligt utredningen att klienten får *aktivt delta i beslutsprocesser* som har betydelse för hans egen situation och om möjligt har *full insyn i den information om honom som socialvården inhämtar* och registrerar och på vilka socialvården grundar sina ställningstaganden.

### 2.2.4 *Invandrarutredningen*

Invandrarutredningen tog i sitt huvudbetänkande (SOU 1974:69) bl. a. upp informationen i samband med invandrarnas situation i det svenska samhället. Det var enligt utredningen ett väsentligt principiellt krav att invandrarna i samhällsfrågor fick information som var likvärdig med den svensktalande befolkningens.

Utredningen betonade också andra instansers ansvar och betydelse för den fortlöpande informationen till invandrare. Det gällde bl. a. statliga och

kommunala myndigheter, fackliga organisationer, företag och arbetsgivarorganisationer.

### 2.2.5 Länsberedningen

I länsberedningens betänkande (SOU 1974:84) Stat och kommun i samverkan, bilaga 2, utvecklas vissa synpunkter på *medborgarinflytandet över hälso- och sjukvården*. Det framförs bl. a. att allmänheten har liten kunskap om landstingen och deras uppgifter men att det administrativa systemet som sådant möjliggör ett starkt medborgarinflytande på landstinget och dess olika verksamheter. Delvis hänger emellertid möjligheterna till ett starkt medborgarinflytande samman med avståndet mellan beslutsfattarna och dem som berörs av besluten.

Vidare tas upp en del frågeställningar beträffande behov av samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård, speciellt ur perspektivet *helhetssyn på människors vårdbehov*.

### 2.2.6 Utredningen om den kommunala demokratin

Inom ramen för sin översyn av formerna för medborgarinflytandet över den kommunala verksamheten tog utredningen om den kommunala demokratin i sitt huvudbetänkande (SOU 1975:41) Kommunal demokrati bl. a. upp vissa speciella frågor, som har intresse i detta sammanhang. Utredningens förslag vann allmänt sett en bred anslutning hos remissinstanserna. Propositionen 1975/76:187 bygger i huvudsak på de framlagda förslagen.

Ökade insatser behövs för att göra den kommunala förvaltningen mer öppen och lättillgänglig för medborgarna. Propositionen överensstämmer här med utredningens förslag och rekommendationer. Som exempel på åtgärder som föreslagits av utredningen kan nämnas *servicekatalog* som talar om vilka tjänster som erbjuds, *kontaktpersoner* vid kommunala förvaltningar, *språklig förenkling* av kommunala handlingar samt *uppsökande verksamhet* till informations- och resurssvaga grupper.

Propositionen överensstämmer även med utredningens syn på det ansvar som kommuner och landsting har för att underlätta partiernas, övriga folkrörelser och massmedias idéförankrade information.

*Informationsverksamheten* bör enligt propositionen få en starkare förankring i förtroendevalda organ. Ett utskott under kommunstyrelsen/förvaltningsutskottet eller en särskild nämnd bör få ansvaret för informationsverksamheten. I propositionen skisseras också väsentliga uppgifter för informationsorganet.

*Planeringsfrågor* bör få en stor del av uppmärksamheten när ökade insatser görs för information och medverkan. Flera åtgärder diskuteras för att göra planmaterialet mera lättillgängligt. Förutom med partier och andra intresseorganisationer bör kontakter i planeringsarbetet tas med exempelvis vårdtagare, personal och andra för vilka planbedömningarna har betydelse för deras vardagliga situation.



### 2.2.7 Riksdagens revisorer om information

Riksdagens revisorer har på senare år ägnat viss uppmärksamhet åt *medborgarnas kontakt- och informationsproblem* i förhållande till myndigheterna. Sålunda aktualiserade revisorerna år 1972 frågan om utförligare information om myndigheter i *telefonkatalogen* och uttalade bl. a. följande: "Då telefonkatalogen är en grundläggande informationskälla för den som vill komma i kontakt med myndigheterna föreslås i promemorian att uppgifter om myndighets arbets- och expeditionstid samt om dess organisation och om ärendefördelningen inom myndigheten alltid anges i katalogen" (granskningspromemoria nr 5/1972). Nämnden för samhällsinformation fick den 31 maj 1974 Kungl. Maj:ts uppdrag att i samråd med televerket se över myndigheternas kataloguppgifter och utforma förslag till alternativa modeller för denna form av informationsgivning.

I granskningspromemoria nr 1/1976 tog revisorerna upp de problem som är förknippade med *information till de medborgare som av olika anledningar är svagt motiverade att tillgodogöra sig samhällsinformationen*. Mot bakgrund av de studier som företagits av försök på olika håll lade revisorerna fram några förslag. Ett sådant förslag gäller lokala *informations- och servicecentraler*. Centralernas uppgift skulle vara att dels ge medborgarna information och hjälp i enklare angelägenheter, dels hänvisa dem till det statliga eller kommunala fackorgan som kan lämna en mer fullständig information. Genom en lokalt anknuten informationstjänst skulle kommunens medborgare kunna få hjälp även vid personliga besök.

Andra vägar att nå fler medborgare med samhällsinformation, som revisorerna anvisar, är *den uppsökande verksamheten*. De traditionella informationsvägarna förutsätter att medborgarna är aktiva, att de läser den skriftliga informationen som görs tillgänglig eller att de tar kontakt med förtroendevalda och tjänstemän. Många medborgargrupper saknar ofta av olika anledningar förmåga att tillgodogöra sig samhällsinformationen. Bl. a. invandrare, pensionärer och handikappade har behov av särskilda informationsinsatser t. ex. i form av personliga besök.

### 2.2.8 Kraven på inflytande från personal och patienter

Under de senaste årtiondena har det i vårt land pågått en intensiv demokratidebatt. Demokratifrågorna har framför allt sedan slutet av 1960-talet kommit alltmer i blickpunkten och *krav har rests på ökat medinflytande* inom olika delar av samhällslivet. Debatten har i stor utsträckning gällt hur människan skall kunna påverka och utveckla de miljöer i vilka hon vistas och vilka hon är beroende av. Krav i denna riktning har också förts fram beträffande hälso- och sjukvården från personal och patienter. Personalens intresse av ökat medinflytande för att kunna påverka arbetsmiljön och patienternas för att förbättra sin vårdmiljö har i många hänseenden beröringspunkter. Som vi tidigare påpekat bör man se personal och patienter som samspelande komponenter i ett socialt system – sjukhuset. Vad som från personalens synpunkt är en arbetsmiljöfråga är sålunda från patientens synpunkt ett problem som gäller vårdmiljö och vårdkvalitet.

*Lagarna om medbestämmande i arbetslivet (MBL) och om offentlig anställ-*

ning (LOA), som trädde i kraft den 1 januari 1977, utgör tillsammans den formella grunden för ett vidgat arbetstagarinflytande över arbetslivets villkor, såväl när det gäller individernas egen arbetssituation och personaladministrationen som verksamheten i övrigt.

MBL är en ramlag och reglerar inte alla frågor som kan bli aktuella eller på vilket sätt medbestämmandet skall utformas. Den öppnar emellertid möjlighet för arbetsmarknadsparterna att träffa avtal om sådana frågor. Omfattningen inskränks av att det i annan lagstiftning kan anges hur och av vem beslut skall fattas i viss verksamhet, t. ex. sjukvårdslagstiftningen och i anslutning därtill utgivna författningar.

LOA har ansetts nödvändig för att markera att den offentliga sektorn inte reservationslöst kan ansluta sig till det som skall gälla inom det fria näringslivet. Lagen drar upp vissa gränser för medinflytandet och medbestämmandet. Detta för att förhindra att de offentliganställda genom kollektivavtal får ett annat inflytande än medborgarna i övrigt över beslut om myndighets verksamhet i fråga om mål, inriktning, omfattning och kvalitet.

Patienterna har på senare år i högre grad än tidigare visat intresse för hälso- och sjukvårdens utveckling och drift. Olika slags *patientföreningar*, vissa med begränsat medlemsantal, andra med anknytning till särskilda sjukdomar och ofta med mycket stor och representativ anslutning, har bildats som centrala eller lokala organisationer. De centrala föreningarna har i en del fall inriktat sig på att tillvarata patienternas juridiska intressen (grundläggande rättighetsfrågor, ansvars- och skadeståndsärenden). I andra fall har de tagit till uppgift att företräda patienterna i medicinska och vårdmässiga frågor. Patientföreningarna på lokalplanet är i regel knutna till ett visst sjukhus, företrädesvis sjukhus med patienter med lång vårdtid, t. ex. patienter i reumatologisk eller psykiatrisk vård. Bland lokalföreningarnas uppgifter ingår att öva inflytande på olika frågor som rör sjukhusens hotellmässiga miljö- och kostförhållanden, kulturaktiviteter, trivselfrågor i allmänhet. Vid vissa sjukhus finns i samförstånd med vederbörande sjukhusdirektion upprättade samrådsorgan i form av patientråd och liknande. Den mest uttalade formen av patientinflytande är patientmedverkan i avdelningskonferenser och gruppmöten med möjlighet att påverka arbetsorganisationen och samarbetsformerna.

Inom ett antal landsting har i kretsen av förtroendevalda utsetts kontaktpersoner med uppgift att svara för kontakter mellan patienterna och sjukvårdshuvudmannen. Dessa personer benämns i allmänhet *kontaktombud* eller *kontaktmän* och står till patienternas förfogande för att ta emot synpunkter och förslag från patienterna med avseende på såväl patienternas egen vårdssituation som förhållanden av mera generell art. I några fall har på försök hos sjukvårdshuvudmannen inrättats s. k. *patient- eller vårdombudsmannabefattningar*, där dessa uppgifter sköts av för ändamålet särskilt avdelade tjänstemän.

Lokala partiorganisationer har också i viss utsträckning börjat åta sig att stödja patienterna i inflytandefrågor.

De allt starkare kraven från personal och patienter på medinflytande i riktning mot en fördjupad sjukhusdemokrati leder till nya och ökade behov av informationsinsatser i olika former.



### 2.2.9 Några utvecklingsdrag i hälso- och sjukvården

Vår redovisning av den under senare år livliga debatten i hälso- och sjukvårdsfrågor söker vi begränsa till att i sina huvuddrag beskriva de reformer och utvecklingslinjer, som vi bedömer vara av väsentlig betydelse som bakgrund för denna rapport. Vi vill i första hand söka påvisa att det finns ett samband och sker en ömsesidig påverkan mellan hälso- och sjukvårdens strukturfrågor och kontakt- och informationsproblemen.

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått en omfattande utbyggnad. Bakom denna utveckling står ökade vetenskapliga, tekniska och personella resurser samt omdaningar i samhällsstrukturen som tagit sig uttryck i delvis nya krav på hälso- och sjukvård. I planeringen har man främst inriktat sig på att forma 1980-talets yttre vårdstruktur. Förändringarna planeras under de närmaste åren främst ske genom satsningar på den öppna hälso- och sjukvården och långtidsvården i form av bl. a. fler vårdcentraler och ökade möjligheter till närhetservice och hemsjukvård samt fler långvårdsplatser. Åtgärder har också vidtagits för en aktivare psykiatrisk vård. Behovet av strukturella förändringar som möjliggör en ökad samverkan och organisatorisk samordning mellan medicinska och sociala funktioner har också varit föremål för uppmärksamhet t. ex. i försök att samordna den geografiska distriktsindelningen. Det rör sig också delvis om ett nytänkande, där traditionella vårdformer ifrågasätts.

Debatten har också präglats av krav på en offensiv hälsopolitik, som tar sikte på att kartlägga och tillgodose behoven av förebyggande karaktär.

Frågorna om hälso- och sjukvårdens framtida yttre struktur får t. v. i sina grunddrag betraktas som avgjorda och de olika sjukvårdshuvudmännens utbyggnad följer i stort ett och samma handlingsmönster. I den mån delade meningar funnits har dessa gällt takten i utbyggnaden och förändringen.

Nu har perspektiven i hälso- och sjukvårdsdebatten förskjutits och tyngdpunkten ligger på frågor om *sjukvårdens inre organisation och vårdmiljön*. Demokratiseringen inom arbetslivet med ökat personalinflytande över sjukvårdsverksamheten, förbättringar av arbetsmiljön och vårdmiljön osv. leder till krav på arbetsorganisatoriska förändringar. Nya och förändrade vårdbehov samt den höjda anspråksnivån hos medborgarna har också starkt bidragit till att ge debatten denna inriktning. Även inom vårdsektorn har det blivit allt vanligare att ta hänsyn till serviceaspekter på verksamhetens utformning och inriktning – *en syn på patienten/klienten som "konsument av samhällsservice"*.

När det gäller den nu aktuella debatten om sjukvårdens inre arbete och organisation förekommer många olika tankegångar, termer och uttryckssätt för att definiera de nya mål man siktar mot för att förbättra patienternas situation. Vi har sökt att sammanfatta huvudpunkterna på följande sätt.

#### Helhetssyn

En bedömning av patientens hela situation och inte bara en symtominriktad medicinsk behandling bör eftersträvas. Bedömningen ställer krav på samverkan och kommunikation mellan sjukhusets olika enheter och i många fall med organ utanför sjukvårdsorganisationens ram, t. ex. socialvård, arbetsplats.

Kontinuitet	Önskemålen om kontinuitet i kontakterna patient/personal gäller framför allt vid samma vårdssituation men även vid nya vårdkontakter med andra eller samma problem. Kravet på kontinuitet förutsätter också att delar av det vardagliga vårdarbetet uppfattas som en helhet, som inte får sönderstyckas onödigt genom i och för sig nödvändig specialisering. Kontinuitet bidrar till att minska patientens känsla av främlingskap och gör det lättare för honom att kommunicera.
Normalisering	Vårdmiljön och det dagliga livets innehåll på sjukhuset med avseende på t. ex. kost, kläder och kulturutbud bör i möjligaste mån överensstämma med normalt vardagligt liv och miljö utanför sjukhuset.
Självbestämmande	Möjligheten att själv få fatta beslut i olika valsituationer innebär starkt självförtroende och ger känslan att behandlas som ett subjekt och inte som ett objekt.
Medinflytande	Möjligheter att framföra synpunkter och förslag på olika delar av verksamheten i stort. Dessutom möjlighet att påverka sin egen vård och behandling.
Integritet	Har starkt samband med möjligheterna till självbestämmande och medinflytande och rör kravet på att bli bemött med hänsyn, aktning och respekt.
Aktivering	Man bör stimulera patienten till att själv ta initiativ och utföra vissa saker inom ramen för sitt vårdprogram och sin dagliga livsföring. Patienten måste komma bort från passivitet, maktlöshet och "övervård".

Alla dessa mål har en gemensam nämnare. En grundläggande förutsättning för att målen skall kunna förverkligas är nämligen enligt vår mening att *kommunikationsproblemen görs till föremål för särskild uppmärksamhet och att man då särskilt beaktar att patienten också utgör en del av arbetslaget och därmed är en part i informationsprocessen*. En dialog i vilken patienten aktivt deltar bidrar till att undanröja mycket av den oro och otrygghet som många patienter starkt upplever, stärker hans initiativlust och påverkar på det hela taget hans förmåga och möjligheter att själv kunna vara med om att utforma handlingsalternativ.

En intensiv *utvecklingsverksamhet beträffande sjukvårdens inre struktur och vårdmiljö* bedrivs sedan några år såväl centralt, företrädesvis hos Spri, som hos sjukvårdshuvudmännen själva. En stor del av denna verksamhet – i form av utredningar, förslag och försök – tar sikte på vårdorganisatoriska problem sedda från patientens utgångspunkt och går ut på utvidgning och förstärkning av olika åtgärder för att förbättra patientens situation. Ett flertal har direkta relationer till patienternas informationsbehov. Frågeställningar av denna art gäller bl. a. vårdplanering, vårdprogram, lagarbete, väntetids- och köproblematik, rondsystém, jourorganisation och den tekniska vårdmiljön. Längre fram i rapporten knyter vi an särskilt till dessa organisationssträvanden med projektbeskrivningar och redovisning av hittills vunna erfarenheter. Under samma avsnitt tar vi upp några andra områden som är föremål för intresse och vissa överväganden t. ex. sjukvårdens språk, sjukhusens kulturutbud.



På *landstingsförbundets kongresser* de tre senaste åren har funnits en klar strävan att skjuta patientfrågorna i förgrunden och att i ökad utsträckning koppla dessa närmare till frågorna om sjukvårdens inre struktur samt reformerad vårdutbildning. I ämnet väckta motioner och kongressdebatterna har i hög grad understrukt behovet av snara åtgärder på området.

Utvecklingen av sjukvårdens inre struktur torde för de närmaste åren i stor utsträckning betingas av de överväganden och förslag som kommer att redovisas av de *pågående statliga utredningar* som vi redovisat under avsnitt 1.2.

### 2.2.10 *Intressebalans – patient, personal och samhälle*

Inom sjukvården och dess institutioner möts en rad intressen. Dessa är åtminstone delvis motstridiga. Kortsiktiga och långsiktiga intressen står ibland emot varandra. Sjukvården skall sålunda inte bara tillgodose patienternas olika krav utan också personalens och samhällets anspråk. Dessa omständigheter skapar vissa *risker för konflikt mellan intressenterna*. Vi avser inte att här ta upp detta stora frågekomplex för genomlysning utan endast genom några exempel peka på eventuella svårigheter och därmed ställa frågan under debatt.

Patienten som intressent i hälso- och sjukvården har som regel två roller. Som skattebetalare har han intresse av hushållningen med allmänna medel. Som patient har han i den rollen intresse av att få bästa behandling och omvårdnad helst på sina egna villkor samt att få utöva ett medinflytande på sin situation.

Personalen har intresse av goda arbetsvillkor, medbestämmande och medinflytande och kan komma i en konfliktsituation på grund av sin lojalitet mot samhället/arbetsgivaren å ena och solidaritet med patienten å andra sidan när det gäller innehåll och kvalitet i de vårdresurser som sätts in. Begreppet medbestämmande inom hälso- och sjukvården är nu nytt och ges i regel olika innebörd av olika parter. Risk föreligger för intressekonflikter, vilka kommer att bli särskilt märkbara under de första åren när den nya medbestämmandelagstiftningen skall tillämpas.

Allmänhetens krav på ökad service t. ex. mottagningstider och jour kan strida mot personalens krav på bekväma arbetstider. Personalen kan komma i motsatsställning till patienter som de kan tycka ha för stora och orealistiska krav på uppmärksamhet och omvårdnad, något som resurserna inte alltid räcker till för.

Samhället/huvudmannen har ansvar för att så många patienter som möjligt bereds vård inom ramen för knappa resurser och att verksamheten bedrivs effektivt samtidigt som landstingsskatten hålls på rimlig nivå. Samhället/staten ställer krav på att vissa övergripande sjukvårdspolitiska mål uppfylls. Samhället/socialstyrelsen kräver att vård och behandling följer uppställda medicinska normer.

Man kommer i framtiden att möta många invecklade avvägningssproblem. Följande exempel tycker vi belyser vilka intressekonflikter som kan uppstå.

Den medicinska och medicinskt-tekniska utvecklingen ställer krav på *specialisering*. Specialiseringen medför en alltmera komplicerad fördelning av

personal och patienter till olika discipliner och skapar svårbemästrade samarbetsproblem inom sjukhuset som helhet och i vården av patienten. Häri ligger enligt vår mening en stor risk för intressekonflikt då vi ser kraven på omvårdnad svåra att förena med en fortgående specialisering. Omvårdnaden i sig ställer särskilda krav på information, kontakt och trygghet, som måste bli svåra att upprätthålla om personkretsen kring patienten ständigt skiftar. Det är därför angeläget att man skaffar sig *perspektiv på balansen mellan den tekniska utvecklingen och specialiseringen samt omvårdnadsarbetet*.

Vi utgår från den allmänt omfattade åsikten att omvårdnaden av patienten skall utgöra en av de mera centrala uppgifterna på vårdavdelningen. Vi utgår vidare från att *ett väl fungerande informationssystem måste ingå som en väsentlig grundfunktion* i detta arbete. Detta förutsätter att informationsbehoven ingår som konkret underlag i verksamhets- och resursplaneringen och i prioriteringen på ett naturligt sätt sammanlänkas med andra behov beträffande omvårdnadsarbetet. Eller med andra ord: man måste på ett helt annat och mera markant sätt än tidigare väga in omvårdnadsarbetet kring patienten som komponent i sjukvårdsplaneringens alla nivåer.





### 3 Debatten – huvuddrag och tendenser

#### 3.1 Informationsfrågorna i riksdagen

Frågorna om information och kontakt inom hälso- och sjukvården har sedan flera år regelbundet debatterats i riksdagen. Här skall endast redovisas de mera väsentliga delarna av de senaste årens behandling av frågorna.

Vid 1973 års riksdag begärdes i motion 1973:78 bl. a. skyndsamt utredning av frågan om inrättande av en patientombudsmannainstitution. I motionen framfördes att patienternas behov av personliga omsorger, såsom samtal och upplysningar av olika slag kring sjukdomstillståndet, inte kunnat tillmötesgå i önskvärd utsträckning. Det framhölls att det skulle vara synnerligen värdefullt, inte minst från rehabiliteringssynpunkt om patienterna hade tillgång till en *patientombudsman* med vilken de hade personlig kontakt och av vilken de kunde få råd och hjälp i frågor som rör förhållandet mellan dem och sjukvårdens huvudman, personalen etc. men också frågor som kan vara av ekonomisk och personlig natur.

I motion 1973:1196 togs upp frågan om tillsättande av *regionala vårdombudsmän* för att öka patienternas medinflytande och rättssäkerhet. Ombudsmannen skulle bistå patienterna med information samt råd och hjälp i sjukvårdsangelägenheter av juridisk art.

Socialutskottet anförde (SoU 1973:10)

”att frågor om patientens ställning framför allt inom den slutna vården har kommit att röna ett allt större intresse. Ett sjukdomsfall, som kräver sjukhusvård, innebär i och för sig alltid oro och ångslan för den sjuke och hans anhöriga. Härtill kommer att patienten blir underkastad undersökningar och behandlingar av oftast komplicerad natur, vilkas innebörd och verkan kan vara svåra att förstå. En ytterligare anledning till osäkerhetskänsla hos patienten är att sjukhusmiljön vanligtvis är främmande för honom.”

”att en rad organ – bl. a. socialstyrelsen, länsläkarorganisationen och riksdagens ombudsmän – ålagts uppgifter som är av betydelse för att tillvarata intressena för dem som vårdas på sjukhus. Vidare är att märka att så gott som all slutna sjukvård drivs av samhällsorgan med av medborgarna valda förtroendemän såsom de yttersta ansvariga för verksamheten. Betydelsefyllt är även att på sjukhusen finns kuratorer som har till uppgift att ge patienterna råd och bistånd i personliga och andra angelägenheter.

Genom lagstiftningen har vidare skapats garantier för att patienternas rättssäkerhet och rätt till personlig integritet inte åsidosätts.” . . .

”Vid tidigare behandling av motionsförslag om inrättande av patient- och vårdombudsmän och om andra åtgärder för att stärka patientens ställning inom sjukvården har socialutskottet framhållit bl. a. att, även om det genom vårdens organisation och lagstiftningen skapats garantier för patientens integritet och för insyn och kontroll i



vårdverksamheten, patienten likväl kan uppleva brister inom sjukvården. Många gånger torde patientens oro kunna återföras till att han är dåligt informerad om sina rättigheter, om sin sjukdom och om de behandlingar han får för denna. Om patienten vore mera medveten om sina rättigheter som patient och bättre informerad om den behandling han skall genomgå fanns det enligt utskottets mening anledning räkna med att han skulle känna sig mindre utlämnad och mindre orolig.

Socialutskottet har ansett att mot den angivna bakgrunden bl. a. frågor om rätt för patienten att ta del av sjukjournaler och om inrättande av en vårdombudsmannainstitution i väsentlig mån bör ses som en fråga om behovet av ökad information till sjukhuspatienten. Utskottet har därför betonat vikten av ökad information och kontakt inom sjukvården och ansett åtgärder för att öka information om bl. a. patientens rättigheter bättre ägnade att konkret stärka patientens ställning än inrättande av en vårdombudsmannainstitution.” . . .

”En förbättring av informationen inom sjukvårdens område och tillskapande av nya kontaktvägar mellan vårdpersonal och övriga för vården ansvariga, å ena sidan, och patienter, å andra sidan, är inte blott ett verksamt medel att stärka patientens ställning utan också av betydelse för medicinalväsendets ansvarsnämnds verksamhet.” . . .  
”Utebliven eller bristfällig information om syftet med eller verkan av viss behandling kan ha till följd att patienten bibringas uppfattningen att han felbehandlats och därigenom föranleda en i och för sig onödigt anmälan till nämnden. Om kontakten mellan främst läkare och patient förbättrades skulle en källa till irritation och missnöje från patientens sida försvinna och utrymme skapas för en reformering av nämndens verksamhet. Det bör nämligen erinras om att även en anmälan till nämnden som sedermera visar sig vara sakligt sett obefogad ofta kan föranleda en omfattande utredning, som kan belasta nämndens resurser.”

Utskottet hade inhämtat att socialministern avsåg att tillsätta en utredning för en allsidig översyn av bl. a. reglerna om medicinalväsendets ansvarsnämnds sammansättning och verksamhet. Utskottet anförde bl. a. att utredningen borde få i uppdrag att närmare överväga frågorna om formerna för information och kommunikation på sjukvårdsområdet. Bland de spörsmål som det i sammanhanget kunde finnas anledning att belysa var frågan om vilka intresse- och lojalitetskonflikter som kan uppstå vid olika lösningar beträffande huvudmannaskapet för den typ av institutioner som vård- och patientombudsmän utgör. Utredningens ställningstaganden borde vara av principiell natur. Hänsyn borde tas till skiftande lokala förhållanden och de erfarenheter och önskemål som finns hos sjukvårdshuvudmannen.

Riksdagen biföll utskottets hemställan och gav Kungl. Maj:t tillkänna vad utskottet anförde beträffande rättssäkerhets- och informationsfrågorna.

Medicinalansvarskommittén tillkallades den 21 januari 1974.

Vid 1974 års riksdag väcktes bl. a. motionen 1974:1011 med yrkande att riksdagen hos Kungl. Maj:t skulle begära att frågan om *förbättrad demokrati på vårdområdet* gjordes till föremål för utredning. I motionen betonades bl. a. angelägenheten av att patienterna får en fullständig och adekvat information om sin situation och om regler av olika slag inom resp. vårdanstalt. I motionen framfördes krav på en patient- eller vårdombudsman och underströks vikten av att vården utformas så att patienternas integritet så långt möjligt skyddas. I motionen framhölls vidare bl. a. att ett närmare samarbete inom det dagliga vårdarbetet borde komma till stånd genom att olika personalkategorier bildar vårdlag. Ett sådant rutinsarbete skulle leda till dels bättre samordnade vårdåtgärder, dels en förbättrad information till

patienterna bl. a. genom att det antal personer som patienterna kommer i daglig kontakt med minskar. Den sistnämnda aspekten angavs vara särskilt betydelsefull i de vårdformer där patientens hälsotillstånd omöjliggör ett regelbundet deltagande i samrådsgrupp.

I motionen 1974:1342 anfördes att i takt med vårdssamhällets expansion uppkommer allt större behov av *organ dit patienterna kan vända sig med synpunkter på och eventuella klagomål över vården*. Ett sådant organ skulle även vara till fördel från den synpunkten att där skulle samlas information om sjukhusens service från patienternas synpunkt.

Utskottet (SoU 1974:15) underströk med anledning av motionen 1011 det angelägna i att former för ökat personal- och patientinflytande utvecklades inom vårdområdet. Då landstingen och primärkommunerna är huvudmän för större delen av vårdområdet måste enligt utskottets mening utvecklingen mot ökat personal- och patientinflytande främst bygga på initiativ av dessa huvudmän. Utvecklingen mot ökat personalinflytande förutsatte också aktivitet av personalen och dess organisationer. Problem när det gäller patientinflytande inom sjukvården var den utveckling mot korta vårdtider som skett och det förhållandet att många patienter på grund av sin sjukdom kan vara förhindrade att göra en aktiv insats. Detta måste beaktas när det gäller att finna lämpliga former för patientinflytande.

Beträffande motionen 1342 hänvisade utskottet till medicinalansvarskommitténs direktiv. Enligt utskottets mening ankom det på sjukvårdshuvudmannen att ta initiativ när det gällde att utvidga kontaktvägarna på sjukvårdsområdet. Vissa frågor beträffande en vårdombudsmannainstitution kunde förutsättas bli belysta av medicinalansvarskommittén. Utskottet ansåg att motionerna med dessa skäl inte borde föranleda någon åtgärd av riksdagen. Riksdagen följde utskottets förslag.

Vid 1975 års riksdag väcktes bl. a. följande motioner. Motionen 1975:259 i vilken förordades bl. a. att i allmänna läkarinstruktionen (1963:341) införs en *föreskrift om skyldighet för läkare att informera sina patienter och/eller deras anhöriga om riskerna för biverkningar av medicin, operationsrisker och liknande*. Medicinalansvarskommittén borde få i uppdrag att pröva förslaget.

I motionen 1975:778 om *utredning rörande en patienträttslag* och om *förstärkt närdemokrati inom vårdområdet* framhölls att åtgärder måste vidtas för att skydda patienternas rättigheter och att en första förutsättning härför var att patienterna fick fullständig och adekvat information om sin situation och om regler av olika slag inom resp. vårdanstalt. Motionärerna anförde bl. a. att sådana rutiner borde införas vid vårdanstalterna att patienterna normalt fick all den information de behöver för att kunna ta till vara sina rättigheter och att de fick denna information på ett begripligt sätt. I motionen krävdes vidare en patientombudsman eller vårdombudsman med en från sjukvårdshuvudmannen fristående ställning för att bl. a. underlätta kontakterna mellan patienter och personal. Motionärerna upprepade också det redan år 1974 framförda förslaget i fråga om vårdlag bestående av olika personalkategorier.

Utskottet (SoU 1975:10) anförde att det bästa sättet för en patient att få information om sin sjukdom, om risker vid vissa behandlingar och om andra liknande frågor i allmänhet är att patienten tar kontakt med den för vården



ansvarige läkaren eller annan vårdpersonal. Information genom tillgång till patientjournaler och andra handlingar (motioner förelåg även härom) måste betraktas som ett substitut för direktinformation från läkare och andra. Utskottet räknade med att medicinalansvarskommittén skulle ta upp till behandling de frågor som aktualiserats i motionerna. Utskottet föreslog därför att motionerna skulle avslås. Riksdagen biföll utskottets förslag.

Vid 1975/76 års riksdag förelåg bl. a. följande motioner.

I motionen 1975/76:1281 framfördes bl. a. att patienten skulle utförligt informeras om sin sjukdom och de behandlingsmöjligheter som fanns, så att han själv kunde välja medel och metoder för att bli frisk. I motionen framfördes vidare samma förslag om läkemedelsinformation m. m. från läkare som i motionen 1975:259. Motionärerna yrkade att medicinalansvarskommittén skulle få i uppdrag att utarbeta förslag till patienträttslag i enlighet med vad som anfördes.

I motionen 1975/76:1284 framfördes bl. a. att många sjukdomar och behandlingsformer var kringgärdade av ett hemligt och obegripligt språk för den som inte är medicinskt utbildad, vilket gjorde att den som genomgick behandlingen ofta blev onödigt oroad inför det i sjukdomen eller behandlingen som för honom eller henne verkade obegripligt. Enligt motionärerna var en fortlöpande dialog mellan den som vistas på institutionen och institutionspersonalen nödvändig för att individen skulle bli motiverad för behandlingen och att i dessa samtal skall ingå information om bl. a. sjukdomen, behandlingsformer, apparatur och läkemedel. Motionärerna anhöll om utredning av formerna för en förbättrad information till patienter inom sjukvårdens och socialvårdens institutioner enligt vad som anfördes.

Enligt utskottet (SoU 1975/76:33) var yrkandena i motionen 1284 tillgodosedda genom direktiven för medicinalansvarskommittén. Med hänsyn till kommitténs uppdrag borde inte heller motionen 1975/76:1281 föranleda någon åtgärd av riksdagen. Riksdagen biföll utskottets förslag.

Vid 1976/77 års riksdag behandlades motionen 1975/76:269 om utbyggd *arbetsdemokrati inom sjukvården*. I motionen anfördes bl. a. med sikte framför allt till att bygga in påverkan och medbestämmande i själva arbetsordningen "att målet måste vara att skapa väl fungerande vårdenheter som själva kan besluta om sin arbetsmiljö och om sina arbetsrutiner och som också kan fungera i ett levande samspel med patienterna. Därför bör det vara mindre av detaljreglering från administratörernas sida och mera att säga till om för den som arbetar på avdelningen och för patienterna. Hälso- och sjukvårdsutredningen borde få i uppdrag att lägga fram förslag till ökad arbetsdemokrati genom att kliniker och avdelningar ges mer självstyrelse."

Utskottet (SoU 1976/77:16) utgick från att utredningen om en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården skulle komma att överväga hur strävandena inom sjukvården mot ökat inflytande för de anställda och för patienterna skulle tillgodoses i den nya lagstiftningen, varför motionen inte påkallade någon riksdagens åtgärd i den aktuella delen. Utskottet föreslog därför att motionen skulle avslås. Riksdagen biföll utskottets förslag.

Regeringen har senare överlämnat riksdagsskrivelsen till den ny tillsatta utredningen om sjukvårdens inre organisation.

I motionen 1976/77:729 yrkades *utredning om sjukvården för invandrare*

med syfte bl. a. att hjälpa invandrarna inom vården. Socialutskottet (SoU 1976/77:25 s. 29) hänvisade till att hälso- och sjukvårdsutredningen skall föra en målsättningsdiskussion med utgångspunkt i att alla som bor i vårt land skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Med hänsyn härtill och till vad utskottet anfört i övrigt påkallade motionen inte något initiativ av riksdagen. Riksdagen följde utskottet.

I motionen 1976/77:99 framhölls bl. a. att någon laglig skyldighet för behandlande läkare att informera om innehållet i journaler inte föreligger. Även om många läkare gör det och också skulle vilja göra det i större utsträckning än vad som sker saknas ofta tid för detta. Övrig sjukvårdspersonal som skulle kunna ge denna information har en mycket pressad arbetssituation och kan inte heller i önskad utsträckning stå till tjänst. Det är nödvändigt att skapa sådana resurser att information kan ges av kunnig personal. Motionärerna påpekade att journalerna ofta är skrivna på ett för patienten obegripligt språk och framhöll att de patienter som vill få del av sin journal skall ha möjlighet att förstå innehållet. I motionen yrkades att riksdagen ger regeringen till känna vad som anförts om *behovet av lättbegriplig information till patienterna* om deras sjukdomsbild.

I motionen 1976/77:722 framfördes i huvudsak samma synpunkter som i motionen 1975/76:1281.

Socialutskottet (SoU 1976/77:38) anförde beträffande motionen 1976/77:99 att ett utredningsarbete pågår inom socialstyrelsen som syftar till att åstadkomma ett mer enhetligt medicinskt språkbruk och att detta arbete kan få stor betydelse när det gäller patientinformationen. Med hänsyn härtill ansåg utskottet motionens syfte tillgodosett och att motionen därför inte bör föranleda någon riksdagens åtgärd (jfr SoU 1976/77:25 s. 27 och 28). Beträffande motionen 1976/77:722 hänvisade utskottet till de nyssnämnda uttalandena. Utskottet påpekade vidare att frågor om läkemedelsinformation kommer att tas upp av utskottet under hösten 1977 på grund av motionsyrkanden. Utskottet avstyrkte därför motionen. Riksdagen följde utskottets förslag.

I motionen 1976/77:1113 yrkades att riksdagen beslutar om införandet av varningsmärkning av förpackningar innehållande läkemedel som nedsätter förmågan att föra motorfordon.

Behandlingen av sistnämnda motion har av riksdagen uppskjutits till 1977/78 års riksdag.

### 3.2 Landstingen

De senaste sju åren har vid så gott som alla *landstingsmöten* genom motioner och interpellationer väckts debatt rörande kontakt- och informationsproblem. Debatten har under inflytande av den allmänna demokratiseringsprocessen i samhället med åren blivit mera livlig. Inläggen tyder i många fall på att debattörerna tagit intryck av riksdagsdebatterna i motsvarande frågor. Frågorna har i princip gällt förbättring av de externa och interna kontakt- och informationsvägarna för patienterna. Ett flertal motioner har gällt inrättande av patient-/vårdombudsmannabefattningar men dessa har i de flesta fall avvisats. Vissa har dock lett till att förtroendemän fått i uppdrag att fungera



som kontaktmän/kontaktombud. Debatterna har alltmera kommit att gälla frågan hur patienten genom olika former av *förstärkta kontakter och medinflytande* skall kunna påverka sin vårdmiljö. Det har rått en tämligen stor enighet om att patientens situation bör förbättras i ett vidsträckt perspektiv.

Patientfrågorna har i olika sammanhang också kommit i blickpunkten på *landstingsförbundets kongresser*. Med anledning av en i ämnet väckt motion beslöt 1974 års kongress att förbundet med uppmärksamhet skulle följa utvecklingen av den *sjukdomsinriktade patientinformationen* och samordna och stödja produktionen av sådant informationsmaterial.

Vid samma kongress ställdes en interpellation angående åtgärder för en *mänskligare sjukvård* främst genom åtgärder för att öka den kulturella och andliga stimulansen. En motion om mänskligare sjukvård väcktes också vid 1975 års kongress och syftade till *ökad medverkan från utomstående frivilligorganisationer* för att skapa förbättrade förhållanden. Kongressen biträdde förbundsstyrelsens yttrande, vilket innebar en principiellt positiv syn på kontaktverksamhet från folkrörelser och andra frivilligorganisationer. Vidare uttalades att frivilliginsatser av detta slag inte kan och skall ersätta erforderliga patientåtgärder från sjukvårdspersonal, sjukhuskuratorer och primärkommunala socialvårdsorgan. Vårdhuvudmännens ansvar påverkas ej av kontaktverksamheten, som bör ses som en komplettering inom vården i form av fördjupade personliga relationer till patienter som önskar sådana, framhölls det vidare i styrelsens yttrande.

Vid 1976 års kongress uppmärksammades också patientfrågorna bl. a. i samband med frågor om personalförsörjning och utbildning av sjukvårdspersonal.

### 3.3 Massmediadebatten

På senare år har massmedia – press-radio-TV - ägnat synnerligen stort intresse och utrymme för patienten i sjukvården. Ofta återkommande inlägg – redaktionella och icke redaktionella – visar på förhållanden inom sjukvården som betraktas som bristfälliga från patientens synpunkt. I många fall har reportagen varit insiktsfulla och informativa. Från sjukvårdens sida har man dock inte alltid fått möjlighet att tillrättalägga felaktig information. Massmediadebatten har bl. a. haft den positiva effekten att kunskaperna om sjukvården och om patientens rättigheter har ökat väsentligt. Samtidigt har också kunskaperna hos sjukvårdens företrädare om allmänhetens inställning till de olika frågorna vidgats. Även om radio/TV i ökande utsträckning tar upp patientproblem får väl debatten sägas i huvudsak ha varit koncentrerad till dagspressen. En påtaglig tendens är det alltmer ökande intresset hos medicinsk fackpress och fackförbundsorgan att kritiskt granska patientfrågorna.

### 3.4 Patientföreningar

Begreppet patientförening är som tidigare nämnts (2.2.8) inte entydigt. Under denna benämning inräknas både de lokala föreningarna och riksföreningarna

och de har som regel inte samma mål för sin verksamhet.

Riksföreningarna, både de som är orienterade mot en viss sjukdom eller handikapp och kanske mest de som anser sig allmänt företräda patientintressen, fungerar också som påtryckare i debatten om patientfrågor. Flera av föreningarna har ställt sig bakom bl. a. kravet på patientombudsman. Andra frågor som tilldragit sig deras intresse är exempelvis rättssäkerhetsfrågor, journalfrågor, frågor om läkemedelsinformation och frågor om tandtekniska material.

### 3.5 Annan debatt

Vid sidan av den livliga debatt i patientinriktade sjukvårdsfrågor som förekommit i dags- och fackpress har debatten berikats med ett antal *debattböcker*, som lämnat en hel del intressanta och tankeväckande synpunkter i liknande frågor. Vi har ansett lämpligt att här erinra om *några* av dessa böcker och huvuddragen av den kritik, de idéer och krav, som framförts och blivit mest uppmärksammade.

Man kan säga att debatten om de olika patientfrågorna inleddes år 1962 med *Joachim Israels* bok "*Hur upplever patienten sjukhuset?*", som egentligen var ett vetenskapligt arbete inom medicinsk sociologi och inte en debattbok i vanlig mening. Israel delar upp sjukhuspersonalen i tre statusgrupper läkare, sjuksköterskor och undersköterskor-biträden och hävdar att det råder stora statuskillnader mellan dessa. Han anför bl. a. att den märkbara sociala distansen mellan grupperna medför kommunikationssvårigheter dem emellan. Vidare understryks att den psykologiska miljön (relationerna mellan människor på sjukhuset) är en viktigare del av patientens sjukhusupplevelse än sjukhusets yttre fysiska miljö. Upplevelsen av den sistnämnda är starkare i början, men patienten vänjer sig dock rätt snart vid den nya omgivningen.

Israel citerar några amerikanska undersökningar som visar att kommunikationssvårigheterna kan få allvarliga konsekvenser såsom att personalgrupper utför order även om de inte förstår den närmare innebörden och syftet med ordern, vilket kan leda till felaktig behandling. Bristen på kommunikation påverkar vidare personalens intresse för arbetet och kan uppfattas som brist på uppskattning. Vidare kan den ha till följd att de olika statusgrupperna lätt isolerar sig och blir isolerade från varandra och så uppstår autonoma statusgrupper i sjukhuset.

År 1965 kom *Lena Larsson* ut med boken "*Som patient*", förmodligen den första debattbok som grundat sig på en författares egna upplevelser som patient. Hon tecknar en inträngande bild av sin egen men även medpatienternas situation. Ängslan, oro, brist på information och engagemang från personalens sida är ett genomgående drag i beskrivningarna. Hon ironiserar också över arbetsrutinerna och den fysiska miljön.

I Stockholm avhölls år 1966 en konferens "*Sjukvårdens informationsproblem*" med representanter för sjukvårdshuvudmännen och kommunalarbetsföretärförbundet, läkarförbundet och sjuksköterskeföreningen. Konferensen var uppdelad i tre avsnitt "personalen och informationen", "patienten och informationen" och "den externa informationen". I blickpunkten framfördes



bl. a. svårigheterna för informationen att tränga igenom de olika personalnivåerna, informationens betydelse som en patientsäkerhetsfråga och informationen som en avgörande faktor för att aktivera samarbetet personal/patient.

Konferensen var mycket uppmärksam. Inläggen vid konferensen har sammanställts i en bok av konferensens initiativtagare *Bengt Janzon*. Konferensen och boken bidrog i hög grad till att ge liv åt en fortsatt debatt. Inläggen gav inte bara en belysning av de grundläggande behoven och problemen utan väckte många uppslag i de olika frågeställningarna som i sin tur ledde till åtgärder av olika slag.

Svensk sjuksköterskeförening har i många år varit klar över betydelsen av att förbättra kontakt- och kommunikationsförhållandena inom sjukvården och då kanske främst med tonvikt på relationerna till omvårdnadsarbetet. I boken "*Vi sjuksköterskor anser*" (1968), som behandlar ett antal hälso- och sjukvårdsproblem sedda ur sjuksköterskornas synvinkel, tas i flera sammanhang upp till kritisk granskning patientens situation och de brister, som sjuksköterskorna upplever i fråga om patientkontakter, patientinformation och kommunikationerna mellan personal och olika sjukvårdsenheter. Boken som är synnerligen synpunktsrik lämnar många värdefulla förslag.

Ett annat bidrag från sjuksköterskeföreningen som dokumenterats i bokform har rubriken "*Patientvården i brännpunkten*" (1968). Boken är en sammanställning av referat från ett av föreningen i oktober 1968 anordnat symposium under samma benämning med ca 1 500 deltagare. Många av de problem som avhandlas i "*Vi sjuksköterskor anser*" ställdes under debatt vid symposiet, inte minst informationsproblematiken.

En studie av ett medelstort svenskt sjukhus som letts av företagsforskaren *Eric Rhenman* redovisas i boken "*Centrallasarettet, systemanalys av ett svenskt sjukhus*" (1969). Vården och behandlingen av patienterna beskrivs ingående. Sjukhusets administration studeras och jämförs med de krav dess organisation, arbetsmetoder och miljö ställer. Boken avslutas med ett debattinlägg, i vilket föreslås vissa åtgärder som kan stärka patienternas ställning. Dessa utmynnar bl. a. i att en centralinstans för patientinformation och patient-service bör inrättas eventuellt i anslutning till kuratorsorganisationen. Vidare anses att patienterna bör ges ökade möjligheter att klaga ovanför överläkarnivån, t. ex. genom att en särskild från sjukhuset fristående läkare anställs som patientombudsman med uppgift att utreda klagomål och avlämna rapport till direktionen för sjukhuset. I ett avsnitt om "patienternas makt" fastställs att patientens viktigaste metod att hävda inte tillgodosedda krav är att klaga och att klagomålsproceduren kan uppdelas i två sådana, dels en inom kliniken där överläkaren är högsta instans, dels en utanför kliniken där olika förgreningar finns beroende på vad klagomålen avser.

Tankar och åsikter om *sjukhusdemokrati* framförs i en bok med samma namn (1970). Mot bakgrunden av erfarenheter från planeringsarbetet för Huddinge sjukhus i Stockholms län vill författarna *Sune Björklöf*, *Ruth Kärnek* och *Hans Qvarlander* få till stånd en diskussion om de olika frågor som inryms under begreppet sjukhusdemokrati. Författarna vill ur diskussionen definitivt föra bort begreppet patientdemokrati och rekommenderar att man i stället använder uttrycket patientinflytande. Sjukhusdemokrati bör beteckna både demokrati för personalen vid sjukhuset och patientens möjligheter till

inflytande på verksamheten. Patienternas inflytande bör enligt författarna inte ta sig uttryck i att man "ger makt åt patienten" genom att formalisera patientrepresentation i olika beslutsorgan osv. För att säkerställa det medinflytande man vill ge patienterna föreslås, att man ökar den allmänna medborgarinformationen om sjukhuset, att man inom sjukhuset förstärker patientservicen och informationen (möjligen genom koppling till kuratorsverksamheten), att man ger de patienter som så önskar möjlighet att delta i vårdavdelningsarbetet och avdelningsmötena samt att man i sjukhusets medicinskt administrativa apparat bygger in en organisation som skall ha till uppgift att genom enkäter och intervjuer ta till vara patienternas synpunkter.

"*Patienten och läkaren*" (1971) är ett annat bidrag till debatten. I boken redovisar en rad läkare med olika arbetsinriktning sin syn på patient/läkarrelationen. Boken visar att det finns många olika uppfattningar och tolkningar av de två rollerna och deras samspel.

År 1972 kom *Malin Lindblom* ut med boken "*Öppet brev till en medpatient*", som blev mycket uppmärksammad. Boken handlar om hur en långtidssjuk patient upplever sin situation och innehåller mycket allvarlig kritik av dagens sjukvård med bl. a. påståendet att dagens patienter som vårdkonsumenter ofta upplever förnedring. Författarinnan talar mot bakgrunden av egna upplevelser om vad avstånd till läkare och vårdresurser betyder för den hemsjuka i glesbygd. Av intresse närmast för vårt sakområde är beskrivningarna av svårigheterna att på sjukhuset bevara sin integritet och vad psykiskt lidande det innebär för den sjuka att det brister i medmänsklighet. Hon redovisar också ett visst slags motsatsförhållande mellan personal och patienter.

"*När jag var sjuk*" är titeln på en bok av författarinnan *Tora Dahl* (1973). Hon skildrar sina vedermödor på några svenska sjukhus, om svårigheter att få information om sin egen belägenhet, om hur hon indigneras över känslökylan och likgiltigheten. I den här liksom i *Malin Lindbloms* bok framhävs hur personalens reaktioner på patienternas krav kan skapa motsatsställning mellan patient och personal. Boken understryker starkt behovet av psykologiskt omhändertagande av patienterna och vilka uppenbara brister som föreligger i dag.

En av de senast utkomna debattböckerna är "*Arg på sjukhus*" av *Inger Skote* (1976). Boken är en partsinlaga full med detaljerade anklagelser mot personal på ett stockholmssjukhus. Av intresse är att notera hur många av de påtalade bristerna som hänförs till bristande information. Vidare pläderar *Inger Skote* för idélådor på sjukhusen, i vilka förslag från patienterna kan lämnas. Hon anser också att patientbroschyren kan göras fylligare t. ex. mer om patientens olika rättigheter, upplysning om vad olika befattningshavare utanför vårdavdelningen har för uppgifter, bl. a. kurator.

För den som särskilt vill ta del av hur två läkare upplever att vara patient kan hänvisas till dels en rapport av *David H. Ingvar*, "*Patient 69*" sinnesintryck från ett modernt sjukhus (*Läkartidningen* 1969/20), dels en dag-för-dag beskrivning, "*Patientdagboken*" i nr 7/1974 av tidskriften "*Kompressen*", Stockholms läns landsting, av läkaren *Jane Silbersky*.





## 4 Den internationella situationen

### 4.1 Inledande synpunkter

Vi har tidigare redovisat den ökande uppmärksamhet som riktas mot frågorna om information och annat som har att göra med patientens ställning inom hälso- och sjukvården och patientens upplevelse av sin egen situation. Förhållandena i Sverige är inte på något sätt unika i vad gäller graden av uppmärksamhet. Tvärtom tycks man kunna redovisa motsvarande intryck från andra länder.

Vi har inte kunnat göra en fullständig genomgång av förhållandena utanför Sverige, vare sig vad gäller urval av länder eller beskrivningen av förhållandena i de länder som omnämns. Ett begränsat material har vi emellertid samlat in.

Innan vi lämnar denna redovisning tycker vi att det är viktigt att peka på vissa förutsättningar som man bör hålla i minnet när man jämför Sverige och övriga Norden med andra länder.

Vissa grundläggande drag utmärker nämligen vården i Sverige och övriga nordiska länder. Här är sjukhusen, praktiskt taget undantagslöst, och i övrigt den allra största delen av sjukvårdsinrättningarna samhällsägda under direkt ledning av lekmannastyrelser bestående av direktvalda (politiska) representanter för medborgarna. Läkarna och den övriga sjukvårdspersonalen är till den helt övervägande delen anställda tjänstemän, som tjänstgör på heltid mot lön.

I flertalet andra industriländer i väst (dock ej i t. ex. Storbritannien) är organisationen i grunden helt annorlunda uppbyggd. Strukturen har där från början varit uppbyggd på ett förhållande mellan individen/patienten som efterfrågar vissa tjänster och läkaren (m. fl.) som i egenskap av specialiserad yrkesman tillhandahåller tjänsterna mot betalning för varje särskilt fall. I de fall tjänsten har krävt särskilda resurser av sjukhuskaraktär har läkaren ofta utifrån särskilda avtal kunnat förmedla ett, fortfarande kommersiellt, förhållande mellan patienten och tillhandahållaren av sjukhustjänsterna. Den senare erbjuder vissa tjänster som komplement till den vård som läkaren erbjuder. På de flesta håll drivs sjukhusen numera inte som vinstdrivande institutioner utan med olika slag av konfessionella eller icke-konfessionella ideella organisationer som huvudmän. De drivs på välgörenhetsbasis eller utan sådan inriktning med subventioner från det offentliga. Det är dock normalt att patienten betalar större delen av kostnaderna för erbjudna tjänster. Som regel har patienten skyddat sig mot sådana kostnader genom



försäkring.

Utgångspunkten för den behandlande verksamheten är alltså ett kommersiellt förhållande. Mot den bakgrunden är det lätt att inse att många av kraven på information och insyn som man möter i andra länder har med affärsförhållandesidan att göra. Ett exempel är förslaget om områdesstyrelser, ett av de viktigaste avsnitten i den nya federala lagstiftningen i USA (National Health Planning and Resources Development Act of 1977, PL 93-641), som bara delvis uppnår vad vi alltid haft, nämligen lekmannainflytande via sjukvårdsstyrelser, direktioner osv.

Vidare gäller att de professionella tjänsteerbjudarna, dvs. läkarna, när det avser övervakningar av kvaliteten och annan disciplinär reglering normalt övervakas endast av helt eller till övervägande del kårintern organ, dvs. inter-kollegiala instanser sammansatta av läkare och tillsatta av läkare. Enstaka undantag finns t. ex. Central Medisch Tuchtcollege i Holland, där visserligen alla (4) ledamöter är läkare, ordförande och sekreterare är jurister, men där alla är statligt tillsatta. Det vanligaste systemet på kontinenten ger den kollegiala styrningen en offentlighetsrättslig grund genom av det allmänna utfärdade regler för läkarsammanslutningarna som t. ex. Ordre des Médecins i Frankrike, vilken har en ställning som liknar det svenska advokatsamfundets. På grundval av de offentlighetsrättsliga reglerna väljer kåren sina egna representanter samt bedömer och dömer utifrån sina egna materiella regler.

## 4.2 Redovisning av förhållandena i några länder

Även i de övriga nordiska länderna har frågorna om information och kontakt inom hälso- och sjukvården rönt uppmärksamhet.

I ett medlemsförslag den 13 mars 1973 från vissa svenska och finländska representanter i *Nordiska rådet* väcktes förslag om att likartade regler skulle utarbetas för inrättande av en *patientombudsmannainstitution* i vart och ett av de nordiska länderna. I förslaget framhölls bl. a. att avståndet mellan de sjuka och vårdpersonalen hade ökat, att patienternas behov av personliga omsorger såsom upplysningar och samtal kring sjukdomstillståndet inte tillgodosetts i önskvärd utsträckning samt att det inte var ovanligt att personer som fått läkarvård trodde sig ha blivit felbehandlade.

Förslagsställarna menade att det skulle vara synnerligen värdefullt om patienterna hade tillgång till en patientombudsman, med vilken patienterna hade personlig kontakt. De kunde då få hjälp och råd i frågor som rörde förhållandet mellan dem och sjukvårdens huvudman, personalen etc. men också i frågor av ekonomisk och personlig natur. Inrättandet av en patientombudsman skulle innebära en demokratisering av vården och en förstärkning av patientens rättssäkerhet och trygghet.

Medlemsförslaget remitterades för yttrande till ett 40-tal myndigheter och institutioner i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Flertalet av remissvaren gav uttryck för ett positivt synsätt till de grundläggande tankarna om vilka problem som är aktuella men endast ett fåtal – de fyra ländernas olika patientorganisationer – tillstyrkte förslaget reservationslöst. Många starkt kritiska synpunkter framkom mot institutionen som sådan och alternativa

lösningar diskuterades. Sammanfattningsvis präglades yttrandena av en avvaktande hållning. Det bör i sammanhanget också bemärkas att av de fyra nordiska länderna endast Sverige hade ett offentligt organ för handläggning av medicinska ansvarsfrågor.

Nordiska rådet biföll det förslag som rådets socialpolitiska utskott framlade nämligen att rekommendera Nordiska ministerrådet *att låta utvärdera erfarenheterna från de utredningar och den försöksverksamhet som pågår i de nordiska länderna i syfte att finna lämpliga former för att trygga patienternas rättssäkerhet och behov av information.*

Av den redovisning av uppdraget som lämnades av ministerrådet i december 1976 framgår bl. a. följande:

I *Danmark* har nyligen tillsatts en kommitté för att utreda frågor rörande handläggning av patienters klagomål över försumligheter från medicinalpersonals sida. Kommittén skall även utarbeta förslag till förfarande vid handläggning av här avsedda klagomål. Kommittén väntas avlämna sitt slutbetänkande under år 1977.

I *Finland* har den 14 maj 1976 avlåtit ett förslag till lag om ändring av sinnessjuklagen. I förslaget föreslås att patientens rättssäkerhet inom den psykiatriska sjukvården förbättras. Detta skall ske genom bl. a. en noggrannare prövning av skälen till intagning av en patient i slutenvård samt av förutsättningarna att hålla en patient i sådan vård mot dennes vilja. Avsikten är vidare att i samband med sjukvårdsförvaltningens helhetsreform bedöma behovet av en ny lagstiftning om den psykiatriska sjukvården vilken även skulle beröra frågan om patienters rättssäkerhet.

I *Norge* har frågan om inrättande av en patientombudsmanordning prövats av Lege- og tannlegekommittén som avlämnade slutbetänkande till socialdepartementet i juni 1975. Kommittén har inte föreslagit inrättande av en ombudsmanordning med hänvisning till att de hänsyn som skulle tillvaratas genom en dylik ordning blir på ett betryggande sätt uppmärksammade genom andra förslag till åtgärder. Betänkandet är för tillfället föremål för remissbehandling hos berörda myndigheter.

Ett annat medlemsförslag till Nordiska rådet som väcktes den 14 juni 1976 gällde *förenhetligad medicinsk nomenklatur*. Förslagsställarna framhöll att det medicinska språket är svårtillgängligt för gemene man. En och samma term kan ha flera betydelser. Normer saknas i stor utsträckning. Speciellt inom nya medicinska områden är språkbruket skiftande. Riskerna för missförstånd blir därmed betydande.

Vidare påpekades vilka följder den terminologiska oklarheten har för kommunikationerna mellan institutioner och personer. Det hävdades också att den medicinska fackterminologin är ett hinder i kontakten mellan sjukvårdspersonal och allmänheten i dess egenskap av patienter och anhöriga.

En ingående redovisning lämnades därefter om samarbetet på det internationella planet inom det medicinska nomenklaturområdet. Internationellt arbete på området behöver dock ej hindra att insatser görs även på nationell eller nordisk nivå hävdar förslagsställarna, som anvisar olika tänkbara vägar.

Avslutningsvis underströks att det ökade och berättigade kravet från patienter, journalister, politiker på korrekt och för lekmän begriplig medi-



cinsk information aktualiserar behovet av ett medicinskt allmänspråk. Förslaget utmynnade i en hemställan att åtgärder vidtas för att förenhetliga den medicinska nomenklaturen och främja ett för allmänheten begripligt medicinskt språkbruk.

Rådet ansåg dock att varje land borde granska dessa frågor i sina resp. språknämnder eller, i andra hand, att frågan skulle tas upp i ett allmänt nordiskt samarbete på språkområdet.

Vissa internationella överenskommelser finns om människans rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet. *FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna* anger i artikel 25 att alla har rätt till en levnadsstandard som inbegriper bl. a. rätt till sjukvård. Rätten till hälsa, som slås fast av FN-deklarationen, ges ett innehåll i *Världshälsoorganisationens* deklaration om vad hälsa är, "... ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande ...". Den *europiska konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter* år 1966, och den *europiska sociala stadgan* år 1961 (anslutning resp. ratificering av Sverige har skett) fastslår också rätten till god hälsa för alla. Ingen av de nu nämnda källorna tar dock särskilt upp informationen.

Europarådets parlamentariska (rådgivande) församling har formulerat en rekommendation 799 (1976) angående sjukas och döendes rättigheter. Där krävs bl. a. att rätten till information, värdighet och integritet skall garanteras envar. Ministerrådet har dock nyligen beslutat att dessa frågor skall utredas ytterligare vid ett senare tillfälle med hänsyn till de mycket olika uppfattningarna medlemsländerna emellan.

Också i Världshälsoorganisationen och andra internationella instanser har informationsfrågorna inom hälso- och sjukvården tagits upp t. ex. i den inom Världsläkarorganisationen formulerade Helsingforsdeklarationen om klinisk forskning.

På det nationella planet utanför Norden finns lagfästa bestämmelser beträffande informationsfrågor på flera håll.

I *Frankrike* antogs år 1974 en lag om rättigheter och skyldigheter för patienter. I denna sägs bl. a. (artikel 38) att personal, som har till uppgift att introducera och behandla patienter och deras anhöriga, skall ha särskild utbildning för denna uppgift. Lagen omfattar fyra rättigheter.

- Rätten att bli mottagen och behandlad
- Rätten till integritet och värdighet. Patienten har rätt att bli behandlad och undersökt i sådana lokaler och under sådana omständigheter att hans integritet bibehålls. Patienten har rätt att kräva att ingen information avslöjas beträffande hans person. Han kan vägra att ta emot besök.
- Rätten till information. Patienten har rätt till information om sjukhuset, dess personal och om sitt eget fall – sanningsenlig information. Det är obligatoriskt att en broschyr lämnas vid inskrivningstillfället till alla patienter. Patienten har rätt att få veta vem som behandlar honom och på vilket sätt han kommer att behandlas. Det är först när han blivit ordentligt informerad som det finns möjlighet för honom att avgöra om han skall avstå eller ge samtycke till vård och behandling.
- Rätten till adekvat vård.

I *Storbritannien* har man sedan år 1973 en "ombudsman" på hälso- och

sjukvårdsområdet, Health Service Commissioner. Till skillnad från den svenska ansvarsnämnden kan han emellertid inte pröva frågor om det medicinska innehållet i vården, vilket är uttryckligen undantaget från hans kompetens. Exempel på klagomål över informationsbrister finns i hans årsberättelser.

I USA beslutade kongressen år 1976 att under tre års tid ställa 21 miljoner dollar till förfogande för flera olika slag av information. Det gäller bl. a. forskning om metoder för hälsouppllysning och om faktorer i den fysiska och psykiska miljön och yrkeslivet som påverkar hälsan samt för utvärdering av olika insatser på hälso- och sjukvårdsområdet. Här inbegrips också en analys av möjligheten att styra insatser genom återbäring eller annan form av finansiering. En särskild återkommande studie skall pröva den amerikanska allmänhetens behov, intresse, attityder, kunskaper och beteende när det gäller hälsan och dess vård.

Särskild tyngd har lagts vid lokal verksamhet som rör demonstrations- och träningsprogram, inriktade på mätbara effekter på sjukdomar och skador som förefaller möjliga att påverka genom individuella kunskaper och åtgärder. Bland områden som förmodas lämpliga för vad som kallas "självhjälp" individuellt eller i grupp nämns fetma, högt blodtryck och diabetes.

De områden som utpekats som möjliga mottagare av federala bidrag till information via broschyrer och liknande avsedda att stödja individens förmåga att skydda och förbättra sin hälsa är flera och skiftande: mödra-/barnhälsovård, luftvägsinfektioner, hjärt/kärlsjukdomar, cancer, tandvård, motion, kost, olycksfallsförebyggande, alkoholism och annat drogmissbruk, mental hälsa, veneriska sjukdomar, allmän miljöpåverkan.

Vidare omfattar USA:s konsumentlag även vårdfrågor.

American Hospital Association (en centralorganisation som företräder flertalet sjukhusägare) har formulerat en rättighetsförklaring för patienter (Patients' Bill of Rights, 1972), som tar upp bl. a. följande.

- Rätt till human vård
- Rätt till information om sjukdomen. Patienten har rätt att fortlöpande få fullständig information från läkare om sin diagnos, behandling och prognos på ett sådant sätt som han skäligen kan väntas begripa. När det inte kan anses medicinskt tillrådligt att lämna sådan information till patienten skall den göras tillgänglig för lämplig person på patientens vägnar. Han har rätt att få veta namnet på den läkare som är ansvarig för att samordna hans vård.
- Rätt att fatta beslut. Patienten har rätt att få erforderlig information från läkaren för att kunna ta ställning till medgivande före påbörjandet av behandling eller åtgärd. Utom vid olycksfall skall sådan information inkludera, men inte nödvändigtvis begränsas till den speciella åtgärden och/eller behandlingen, de medicinskt betydelsefulla risker som finns samt den sannolika sjukskrivningstiden. Då medicinskt viktiga alternativ till vård eller behandling föreligger, eller då patienten begär information om medicinska alternativ, har patienten rätt att få sådan information. Patienten har även rätt att få veta namnet på den person som är ansvarig för en viss åtgärd eller behandling. Patienten äger rätt att avvisa behandling i den mån detta överensstämmer med gällande lag samt att



- informerar om de medicinska konsekvenserna av detta sitt beslut.
- Rätt till konfidentiell behandling
  - Rätt till service
  - Rätt till information om sjukhusets undervisning och forskning. Patienten har rätt att få information angående sjukhusets förhållande till andra sjukvårds- och utbildningsinstitutioner i den mån hans vård berörs av detta. Patienten har rätt att bli informerad om sjukhuset har för avsikt att åta sig experiment som påverkar hans behandling eller vård. Patienten har rätt att avvisa deltagande i sådana forskningsprojekt.
  - Rätt till kontinuitet
  - Rätt till kostnadsinformation. Patienten har rätt att ta del av information angående kostnaderna för vården, oavsett på vilket sätt vården betalas.
  - Information om regler. Patienten har rätt till information angående de regler och bestämmelser som gäller för honom som patient.

När det gäller andra former av verksamhet som rör information inom hälso- och sjukvården, bl. a. utbildning i kommunikation, s. k. nursing care, förberedelse inför döden och kring olika former av ingrepp och dessas följder ligger man på flera håll, framför allt i USA, långt före Sverige i utvecklingen. Under år 1976 redovisades en del sådana erfarenheter vid en internationell konferens om patientrådgivning i Amsterdam. Redovisning och kommentarer från konferensen har lämnats i *Läkartidningen* nr 30-31/1976, *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* nr 10/1976 och *Tandläkartidningen* nr 11/1976.

## 5 Sjukvårdshuvudmännens insatser för kontakt och information

Förutom de informationsåtgärder som vi redovisar särskilt i kapitlen 6 och 7 använder sjukvårdshuvudmännen bl. a. tryckt informationsmaterial som riktar sig till medborgarna i allmänhet eller patienter. Det hålls – oberoende av om det producerats av huvudmännen själva eller andra – i regel tillgängligt på sjukvårdshuvudmännens inrättningar eller genom deras försorg. Dessutom ges information i annan form.

Samtliga landsting med ett undantag utger centralt *informationstidningar*, som distribueras till personal, förtroendemän, kommuner, skolor, institutioner, organisationer och massmedia. Fyra landsting tillställer dessutom samtliga hushåll informationstidningen. Avsikten med dessa tidningar är att ge viss information om nyheter i landstingens verksamhet, om fattade beslut och deras bakgrund samt att allmänt sprida kunskap om nya eller förändrade mål för landstingets servicefunktioner.

Ungefär hälften av landstingen ger ut *broschyrer* för allmän spridning eller till vissa målgrupper med information i speciella servicefrågor.

Vid sidan av den obligatoriska kungörelseannonseringen sker någon gång i månaden eller någon gång om året *annonsering i dagspressen*. Innehållet i dagspressannonserna rör i allmänhet landstingens service inom hälso- och sjukvården samt social och kulturell verksamhet.

Insatserna för att underlätta pressens och radions arbete har ökat på senare år och upprätthålls genom regelbundna *pressmeddelanden och presskonferenser*, ofta i anslutning till sammanträden då viktigare beslut fattats om verksamhetsförändringar, nya satsningar eller då någon särskild händelse inträffat på någon institution.

*Utställningar, informationsmöten och kampanjer* förekommer i vissa sammanhang (rekryteringskampanjer för sjukvårdspersonal, information om 7-kronorsreformen etc.). Utställningsverksamhet kan förekomma för information om större planerade förändringar, exempelvis nya planer för vården inom ett speciellt upptagningsområde med kanske ny förläggning av vårdinstitutioner etc. I några fall förekommer att allmänheten bjuds in till "sjukhusets dag" och får möjlighet att närmare studera ett sjukhus i drift.

*Invandrarinformation* sker i huvudsak genom kommunernas försorg, men landstingsmedverkan aktualiseras bl. a. i samband med tolkservice på vårdinstitutioner.



# Människan bakom landstinget

## Edit Pettersson – sjukvårdsbiträde

Mitt i hennes vårdarbete träffar vi Edit på sjukhemmet i Laxå. Hon tjänstgör helst på natten – mellan 21.00 och 07.00. Tycker det är lugnare så. Då ger hon patienterna något att dricka och vänder vissa patienter, ända upp till tre gånger per natt. Edit har då förstås en medarbetare. Dessutom har hon en del städarbete. Som ett extraintresse i tjänsten har hon det där med att hon är facklig företrädare.

Vårddagkostnaden för en patient på sjukhemmet i Laxå – ungefär densamma över hela länet – är cirka 230 kronor, brutto.

Någonstans måste kostnaden tas. Var tionde krona av din beskattningsbara inkomst hamnar i landstingets "skattkammare", där den fördelas på olika resursbehov. För att förvandlas till trygghet för dig och dina medmänniskor.

I denna trygghet finns framför allt landstingets många medarbetare. Välutbildade människor i olika befattningar som ständigt finns beredda. Vi tycker att de är vår finaste resurs!



*Denna annons ingår i en serie, som skall öppna portarna till landstingets "skattkammare" och visa vad människan betyder för din trygghet!*

**Människan – vår hjärteangelägenhet!**



ÖREBRO LÄNS LANDSTING

*Landstingskatalogen* finns numera i flertalet landsting och tillställs samtliga hushåll. Katalogen har en uppgift som vägvisare för landstingets invånare till hjälp för dem som skall söka vård vid någon av landstingets institutioner. I katalogen lämnas upplysningar om de olika former av tjänster och service som erbjuds.

*Sjukvårdsupplysningen* är benämningen på en alltmer förekommande upplysningstjänst i frågor rörande hälso- och sjukvården inom ett helt landstingsområde. Den är bemannad dygnet runt och har dessutom en viktig uppgift att förmedla kontakt mellan allmänheten och jourhavande läkare. I samband med att denna upplysningstjänst blir mer och mer känd hos allmänheten har förmärkt en påtaglig ökning i informations- och rådgivningsverksamheten.

#### Sjukvårdsupplysningen i Stockholms läns landsting. Redovisning av informationsinsatser

	1974	1975	Förändring
Information och råd i olika sjukvårdsfrågor	471 000	570 000	+100 000
Förmedling av jourhavande läkare			
Storstockholmsomr.	75 000	75 000	± 0
Övr. landstingsomr.	48 000	53 000	+ 5 000
Ambulansbeställningar	4 500	4 700	+ 200
Patienter hänvisas till			
Akutmottagning	90 000	99 000	+ 9 000
Öppen mottagning	52 000	61 000	+ 9 000
Distriktsläkare, distriktssköterska	64 000	81 000	+ 17 000

Särskild information till patienter på sjukhus ges i form av *patientbroschyr*, som lämnas till patienten antingen före eller vid inskrivningen på sjukhuset. I broschyren lämnas i regel dels de allmänna upplysningar som anses nödvändiga för patienten i sjukhusmiljön, dels viss särskild information om hans rättigheter som individ.

Efter införandet av det *allmänna patientförsäkringssystemet* den 1 januari 1975 får samtliga patienter genom en broschyr eller på annat sätt veta hur man skall gå till väga för att erhålla ersättning för förment behandlingsskada.

Kraven på ökad information mellan patienten och den medicinska personalen har vuxit sig allt starkare. Detta har bl. a. medfört att man inom många sjukhus ägnat uppmärksamhet åt den direkt sjukdomsinriktade informationen och i allmänhet klinikvis utarbetat särskilda *medicinska broschyrer* för att hjälpa patienten att förstå sitt aktuella sjukdomsproblem och orsakssammanhanget. En sådan broschyr har också sin stora betydelse för att väcka patientens intresse att aktivt medverka till ett gott behandlingsresultat.

En undersökning som landstingsförbundet gjorde år 1975 om produktionen av sjukdomsinriktade patientbroschyrer hos 17 sjukvårdshuvudmän visar ett totalmaterial av 404 broschyrer producerade av egen personal inom hälso- och sjukvården. Broschyerna vänder sig uteslutande till patienter och är huvudsakligen skrivna av läkare. Innehållet behandlar genomgående en eller flera bestämda sjukdomar eller preciserade åtgärder i samband med mera



komplexerade undersökningar eller behandlingar. Som exempel kan nämnas: Information före röntgenundersökning av gallvägarna; Information före magsårsoperation; Råd till patienter med magsår; Råd till patienter med diabetes; Råd till allergiker.

I *bilaga 1* redovisas i en sammanställning resultatet av den ovannämnda enkätundersökningen.

Vid sidan av egna internt producerade broschyrer använder sig sjukvårdshuvudmännen i större eller mindre utsträckning även av externt hälso- och sjukdomsupplysande informationsmaterial exempelvis följande

*Apoteksbolaget* ger genom apoteken råd och information om bl. a. vissa enkla åkommor i sin serie "Apoteken informerar . . .".

*Föreningar och förbund*, t. ex. Diabetesförbundet och Riksföreningen mot cancer ger ut egna trycksaker som i stor utsträckning används på avdelningarna.

*Många organisationer*, t. ex. Röda Korset och Rädda Barnen har också en omfattande trycksaksproduktion. De två nämnda organisationerna arbetar främst med barns och ungdomars sjukdomar och problem.

*Läkemedelsföretagen* är stora leverantörer av olika slags trycksaker från enkla instruktioner inför en gallröntgen till levnadsregler för personer med högt blodtryck eller gallbesvär.

*Barnmats- och blöjtillverkare* och en del *banker* siktar in sig på de första barnåren och finns rikt representerade på barnvårdscentraler och mödravårdscentraler med broschyrer.

*Försäkringsbolagen* slutligen producerar oftast allmänt informativa skrifter om olika hälsotillstånd. Ett exempel utgör Skandias skriftserie *Vår Hälsa*.

Härutöver bör nämnas det patientinformationsmaterial i form av broschyrer och handböcker, som framställs av läkare inom olika specialiteter, tandläkare, psykologer m. fl. i allmändistribution och som i regel på ett instruktivt sätt ger patienten grundkunskaper om en viss sjukdom, hur den behandlas i sjukvården osv.

Inom några sjukhus har man vidare kompletterat den muntliga och skriftliga patientinformationen med särskilda *undervisningsprogram* med bilder och ljudband. I sådana program lämnas en översiktlig information om en viss sjukdom, om de mediciner som vanligen används och om hur patienten bör sköta sig efter utskrivningen.

Sedan några år pågår i samverkan mellan landstingsförbundet och ett antal landsting en s. k. ITV-verksamhet, dvs. information med hjälp av *intern television*. Utgångspunkten för denna verksamhet var att man skulle utnyttja sjukhusvistelsen eller tiden i väntrummet till att ge patienten baskunskaper om hans sjukdom eller allmän hälsoupplýsning via någon form av förproducerat material. ITV-verksamheten på sjukhusen har numera en betydande omfattning och har i viss utsträckning vidgats även till annan patientinformation. ITV används i mycket stor utsträckning även för information och utbildning av personal. I *bilaga 2* ges exempel på olika patientinriktade program.

I syfte att göra sjukvårdspersonalen mer medveten om betydelsen av att tillgodose patienternas behov av kontakt och information har flera landsting bedrivit grupputbildning för en bättre vårdmiljö. Denna utbildning som grundar sig på ett centralt utarbetat utbildningspaket "*Impuls*" - utbildning för

*bättre vårdmiljö*" från landstingsförbundet – ger inga fördjupade kunskaper i psykologi eller medicinska frågor utan avser att stimulera all sjukvårdspersonal att uppmärksamma problem och brister i vårdmiljön när det gäller patientkontakten och diskutera hur denna kan förbättras. Denna utbildning har genomgåts av ca 11 000 personer.

I anslutning till utbildningspaketet *Impuls* har utgivits ett kompletterande material "*Problem kring döden*", ett häfte med tillhörande studieanvisningar. Studiematerialet vänder sig till all personal, som i sitt dagliga arbete kan komma i kontakt med döden, och avhandlar många av de medicinska, religiösa och allmänmänskliga frågor som har samband med döden.

Som tidigare nämnts har på senare år frågorna om vidgade möjligheter för kontakt mellan patienten och sjukvårdshuvudmannen för att ge patienten tillfälle att framföra synpunkter på vården och sin egen situation kommit alltmer i förgrunden.

Några landsting har bedrivit *försöksverksamhet med patientombudsman* för att informera, stödja och hjälpa patienterna inför de problem som kan uppstå och som inte klaras av på annat sätt. Erfarenheterna av sådan verksamhet är ännu så länge rätt begränsade och i de fall man prövat institutionen i fråga har man inte följt någon enhetlig organisationsmodell.

Endast en sjukvårdshuvudman har en på heltid anställd *patientombudsman*, nämligen Uppsala läns landsting. Vid patientombudsmannens sida finns en referensgrupp bestående av förtroendemän. Till referensgruppen kan vidare adjungeras landstingets informationschef, länsläkaren och professorn i socialmedicin. Göteborgs och Bohus läns landsting har för södra länsdelen en deltidsanställd patientombudsman placerad på landstingets kansli. Göteborgs kommuns sjukvårdsförvaltning kanaliserar patientärenden till förvaltningens tre jurister, som uppskattar arbetstiden för detta slag av ärenden till sammanlagt ett halvt manår. Vid kärnsjukhuset i Skövde finns ett deltidsanställt s. k. patientombud.

Tolv sjukvårdshuvudmän har valt att inrätta funktionen *kontaktman/kontaktombud* som förbindelselänk mellan patienter/deras anhöriga och sjukvården. I samtliga fall uppehålls funktionen av förtroendemän i regel från sjukhusdirektioner och sjukvårdsstyrelser. Kontaktmännen har samtliga fasta mottagningstider på olika institutioner. Sammanfattningsvis kan konstateras att antalet kontakter på praktiskt taget alla håll är relativt lågt. Detta kan möjligen bero på att informationen om patientkontaktmännen ännu inte trängt igenom ordentligt. Personalens intresse för kontaktmännens verksamhet är genomgående positivt och samarbetet mellan dessa och personalen är i allmänhet mycket gott.

På några håll bedrivs försök med patientråd eller samrådsgrupper mellan huvudmannen och lokala patientföreningar.

Inom några landsting har man sökt skapa sig en bild av hur olika informationsinsatser upplevs av mottagarna. Detta har bl. a. skett genom s. k. *effektmätningar*.

Alla landsting har numera inrättat tjänster i någon form för *informationspersonal*. Dessa tjänstemän har att svara för uppbyggnad, samordning och effektivisering av information av flera olika slag och med olika mottagare. Tjänsterna är i regel direkt underställda landstingens förvaltningsutskott. Några större sjukvårdsförvaltningar har egen informationspersonal.



På tandvårdens område har betydande insatser kommit till stånd. En förebyggande tandvård har organiserats vid barnvårdscentralerna, där föräldrar till små barn erhåller råd och anvisningar för skötsel av barnens tänder. Vid folktandvårdens kliniker finns vanligen anläggningar för visning av stillfilmer. Också filmvisning förekommer i samband med gruppinformation vid kliniker eller vid föredrag i Hem och Skola föreningar, vid klassmöten och liknande. (Se *bilaga 3*). Klinikerna är ofta väl försedda med AV-material.

Vid klinikerna lämnas som stöd för muntlig eller audiovisuell information broschyrer till patienterna med information inom en rad delområden av tandvården. Broschyerna ställs till klinikernas förfogande genom landstingens försorg.

Inom de flesta landsting har särskilda tjänster inrättats för att leda genomförandet av landstingets och klinikernas förebyggande insatser inom tandvården.

## 6 Aktuell diskussion om organisatoriska förändringar av betydelse för kontakt och information

### 6.1 Inledning

Vi har i kapitel 5 påvisat vissa särskilda insatser för kontakt och information, som sjukvårdshuvudmännen vidtagit eller understött. Dessa insatser fyller utan tvekan ett stort behov och måste hälsas med tillfredsställelse. Man bör emellertid ha klart för sig att de sålunda insatta åtgärderna inte på långt när kan anses motsvara de krav som i dag riktas mot hälso- och sjukvården. De vidtagna förbättringarna kan i dagens läge endast ses som tämligen enkla och närmast oundvikliga i förhållande till utvecklingen av den kommunala demokratin och de förändringskrav som följer av en utvecklad sjukhusdemokrati med större inflytande, mer kontakt och information för patienter och personal. Men det räcker inte med bara direkt patient- och personalrelaterade aspekter på kommunikationsutvecklingen. I mycket högre grad än tidigare måste insatserna anpassas till de nya situationer och de nya målsättningar som numera kännetecknar hälso- och sjukvården. Detta resonemang belyser också klart nödvändigheten av att kommunikations- och informationsstekniska aspekter aktualiseras på ett tidigt stadium i det löpande reformarbetet inom sjukvården och att informationsförmedlingen betraktas som en central funktion, som ständigt måste sammanvägas med de organisatoriska förändringarna.

I det följande återger vi några exempel på arbetsorganisatoriska förändringar som ofta diskuterats och som anses kunna ge positiva effekter för kontakt- och informationsutvecklingen. En del står måhända i kontrast mot traditionella och djupt rotade föreställningar hos personalen. Vissa av de här angivna frågorna lämnar vi en utförligare redogörelse för i kapitel 7.

### 6.2 Rondsystemet

Det finns olika *rondsystem*: gångsjukrond, sittrond, överläkarrond, avdelningsläkarrond, sjuksköterskerond. Personalsammansättningen i "rondgruppen" varierar också.

Ett mycket omdiskuterat, patientrelaterat problem när det gäller arbetet inom vårdavdelningen är *läkarronden*, som kort uttryckt går ut på att aktualisera personalens kunskap om patientens tillstånd. Den vanliga läkarronden har utsatts för mycken kritik men också försvarats som en betydelsefull informationsmetod. Kritiken går bl. a. ut på att patienten blir



utanför kretsen och inte får tillfälle till frågor och kontakt. Vidare hävdas ibland att det är stötande för den personliga integriteten att en grupp människor för en diskussion över huvudet på patienten, ofta i närvaro av andra patienter.

Mycket av kritiken kan, tror vi, förklaras av att patienten antar att rondinformationen är avsedd i första hand för honom. Han blir därför ledsen och besviken över att inte få sina krav på upplysning och omhändertagande tillfredsställda. När rondens diskuteras av andra än sjukvårdens personal utgår diskussionen nästan alltid från denna felaktiga utgångspunkt.

Värdet av rondens ifrågasätts emellertid också av många läkare, som anser att det finns bättre former för att göra sig underrättad om patientens tillstånd. Härvid anförs t. ex. att i varje fall de underordnade läkarna borde i långt större utsträckning än som nu är fallet vistas på vårdavdelningen och ägna individuell uppmärksamhet åt patienterna. Genom deras närvaro på avdelningen skulle möjligheterna öka att tillfredsställa patienternas nu så eftersatta krav på kontakt och kommunikation.

Det kan anläggas många synpunkter på den här problematiken och det finns alternativa former som med framgång prövats på olika sjukhus, bl. a. för att stärka samspelet mellan läkare, övrig vårdpersonal och patient. Problemet synes bära angripas helt förutsättningslöst.

### 6.3 Dagordning, arbetsordning m. m.

Livet på en vårdavdelning har sin bestämda rutin, som är mer eller mindre reglerad i *dagordningen*, i vilken man anger tiderna för olika aktiviteter, som man lagt fast, väckning och sänggående, morgontoalett, provtagning, bäddning, medicinering, frukost, lunch, middag, kvällskaffe, ronder och besök. Det är uppenbart att rutinerna inom en vårdavdelning måste ses i relation till andra enheter. Uppläggningsen av vårdavdelningens olika aktiviteter över dagen och över veckan är i mångt och mycket avhängig av vilken tidsplanering övriga enheter har.

Dagordningen utgör den yttre ramen för arbetet på vårdavdelningen. På de flesta sjukhus förekommer fast arbetsfördelning genom *arbetsordningar*, som föreskriver vad varje befattningshavare eller grupp har att göra. I många fall är de t. o. m. försedda med tidsangivelser och mycket detaljerade i fråga om olika arbetsmoment. Detta medför att befattningshavarna blir mer eller mindre fixerade till bestämda uppgifter.

Denna relativt hårda bundenhet till personal och aktivitet minskar möjligheterna för personalen till kontakt och information. Patienternas behov härav går ju sällan att förutse. Skall man tillfredsställa kraven på en mer individuell patientvård och på en mänskligare och mer patient- och personalvänlig vårdmiljö aktualiseras frågan om inte såväl *dagordning som arbetsordning bör göras mer flexibel*. Bl. a. torde en gruppvårdsorganisation kräva en mera rörlig arbetsfördelning.

Det kan måhända anföras att det är orealistiskt att föra en diskussion om ändring av avdelningsrutiner, som är fast rotade och integrerade i rådande system. Det finns emellertid åtgärder som kan diskuteras och genomföras utan att grundvalarna för nuvarande organisation behöver rubbas.

## 6.4 Individorienterad planering

De vårdplaneringssystem som på senare år vunnit tillämpning i mer eller mindre uttalad form har haft ett inte obetydligt inflytande på sjukvårdens effektivitet. Tillämpningen erbjuder från planeringssynpunkt klart tekniska och administrativa fördelar från väntelistan till utskrivningen.

Individens vårdkedja kan indelas i tre delar, nämligen inplanering, vård i vid bemärkelse och utplanering. Kritik riktas inte sällan mot de möjligheter individen har att nå kontakt med systemet, dvs. mot *inplaneringen*. Det ökade antalet besök på akutmottagningar till vilka allt fler individer med allt mindre problem söker sig är sannolikt ett tecken härpå. Patienter med remiss från t. ex. primärvården upplever inte sällan samma bekymmer, när remissen enbart föranleder individens uppsättning på väntelista. Det förekommer att patienten står på mer än en väntelista till olika kliniker, läkare, specialister etc.

Utredning och vård är tyvärr inte alltid förberedd och information om patientens tidigare sjukhusvistelser eller kontakter med vårdsystemet saknas ofta. Detta kan medföra att utredningar och åtgärder som skall vidtas med patienten blir mindre effektiva såväl från patientens som från huvudmannens synpunkt.

*Utplaneringen* avser åtgärder som igångsätts eller borde påbörjas för att återföra individen till hans hemmiljö. Om man bortser från rent terapeutiska åtgärder innebär utplaneringen t. ex. att planera för annan vårdform, t. ex. konvalescenthem, hemsjukvård m. m. Utplaneringen förenklas avsevärt om kommunikationerna mellan t. ex. sluten och öppen vård förbättras. Det bör också vara angeläget att ge individen en förbättrad upplysning och eventuellt utbildning angående hans hälsotillstånd i samband med utplaneringen. En sådan systematiserad upplysning borde även bidra till att minska trycket på hälso- och sjukvårdssystemet.

## 6.5 Aktivering av patienten

Rationell sjukvård betyder bl. a. också att man *aktiverar patienten* och tillförsäkrar sig dennes och i vissa fall hans anhörigas förståelse för målsättningen för vården och riktlinjerna för hur den meddelas. Detta förutsätter att patienten (och i vissa hänseenden hans anhöriga) får en *grundinformation* om vilka åtgärder som skall vidtas – huvudmomenten i planerad undersökning och behandling, eventuella normala och onormala reaktioner i samband härmed, smärta eller ej, vem som skall kontaktas om problem uppstår etc. För vissa vanliga diagnoser kan en muntlig information kompletteras med en broschyr med basinformation. Det är också av vikt att patienten får klart för sig rätten att säga nej till planerad behandling. I en eventuell skadeståndsprocess torde det vara av betydelse att kunna visa att patienten upplysts om den avsedda åtgärden, att patienten förstått vad åtgärden avsåg och att patienten gett tillåtelse till den.

En annan form av aktivering som mycket diskuteras och i viss utsträckning prövats är att låta patienten utföra vissa arbetsuppgifter i vården.

Vid sidan av den bok- och tidskriftsservice som sjukhusbiblioteken



erbjuder bör åtgärder vidtas för att ge patienterna – inte minst inom långtidsvården – större möjligheter till *kontakt med kultur, folkbildnings- och fackföreningsverksamhet* genom möten, studieverksamhet och uppsökande allmänkulturella aktiviteter.

## 6.6 Kontinuitetsfrågor

En mycket uppmärksammas fråga är kravet på vårdkontinuitet. Kontinuitet i vården med bättre samordning mellan olika vårdformer anknyter till kravet på helhetssyn på patientens situation och effektiv in- och utplanering. Kontinuitet innebär emellertid inte bara kontinuitet inom olika vårdformer utan också en kontinuitet mellan dessa. Den ökade specialiseringen och differentieringen har lett fram till att individen ofta saknar en organisation med ansvarig läkare eller en ansvarig *vårdgrupp* (jfr 6.7). De försök som hittills gjorts med vårdgruppsorganisation i öppen och slutna vård har givit positiva erfarenheter och bl. a. medfört aktivare patienter. Patienten måste anses ha rätt till skälig kontinuitet i vården.

## 6.7 Gruppvård-lagarbete

Utredningar, diskussioner och försöksverksamhet med gruppvård har pågått i snart ett tiotal år. Gruppvård förekommer i England och i USA men sjukvårdssystemet och personalsituationen i dessa länder skiljer sig så pass mycket från svenska förhållanden att deras gruppvårdssystem inte utan vidare går att tillämpa hos oss. I Danmark, Norge och Finland har man haft en mer utbredd gruppvård sedan flera år tillbaka med goda resultat. Numera har försöken med gruppvård i mer eller mindre modifierad form på svenska sjukvårdsinrättningar börjat få en viss omfattning. En viss form av gruppvård har emellertid långt tidigare praktiserats inom den svenska mentalsjukvården.

Gruppvård är en strävan att komma ifrån specialiseringens avigsidor. I princip skall alla som ingår i den s. k. vårdgruppen göra allt dagligt arbete för och kring sin patientgrupp. Fördelarna med gruppvården anges vara bl. a. att den ger bättre omvårdnad för patienterna – bättre kontakter och därmed trygghet – och större arbetstillfredsställelse för personalen – bättre kommunikation stärker den demokratiska andan.

*Tandvården* utvecklas också mot en större samverkan mellan de olika personalgrupperna kring patienten. Främst är det genomförandet av information och instruktion i munhygieniska åtgärder som delegeras till den assisterande personalen. Dessa förväntas få en allt större roll i framtida lagbetonat tandvårdsarbete.

## 6.8 Vårdprogram

Enligt en av socialstyrelsen och Spri gemensamt upprättad promemoria av den 6 oktober 1975 förutsätts ett lokalt utformat vårdprogram för en sjukdom

eller symtom kunna ge uttryck för en gemensam syn på vårdens innehåll och utformning. Med vårdprogram avses sålunda en systematisk sammanställning av handlingslinjer för den medicinska verksamheten, vilka skall kunna vara vägledande för all berörd personal i den öppna och slutna vården. Vårdprogrammet kan också ses som ett uttryck för en kontinuitet och helhetssyn på individen och dennes vårdbehov.

Centralt skall man enligt planerna utarbeta underlag för lokala vårdprogram samt samla dokumentation om sådana lokala program.

Det övergripande syftet med vårdprogram är att tjäna som stöd för sjukvårdspersonalen i det löpande arbetet, åstadkomma ökad medicinsk säkerhet samt undvika dubbelarbete genom att programmen kan förenkla kommunikationerna.

Härutöver kan ur vårdprogrammen hämtas uppgifter som efter viss redigering kan utgöra ett *underlag för ökad och mer initierad patientinformation* i skriftlig form.

Inom *tandvården* har lokala vårdprogram inom tandhälsovården utarbetats. Ett centralt basprogram avseende förebyggande vård för barn och ungdomar blir klart inom den närmaste framtiden.

## 6.9 Kurator, patientvårdinna, sjukhusvårdinna

I kommitténs direktiv antyds *kuratorns roll* när det gäller stödet åt och kontakterna med patienten. Antalet kuratorer vid sjukhusen har mer än tredubblats på de senaste femton åren. Sjukhuskuratorns uppgifter har vidare varit föremål för mycken diskussion under senare år.

Utbyggnaden av kuratorsverksamheten inom sjukvården har inte skett enligt någon bestämd plan. Detta har gjort att den sociala verksamheten inom sjukvården är splittrad på olika organisationsformer. Tyngdpunkten i hälso- och kuratorsarbetet låg tidigare inom den slutna vården, men en förskjutning har sedermera ägt rum mot de öppna mottagningarna vid sjukhusen, där problemen lättare kan fångas upp i tid.

Arbetsuppgifterna spänner över ett mycket vitt fält. Som exempel på vad som kan inrymmas kan nämnas kontakt med sociala myndigheter, försäkringskassa, arbetsvård, bostadsförmedling. Ett viktigt arbetsområde är sociala utredningar som en hjälp vid diagnos och behandling samt stödjande samtal och grupperapi i krissituationer.

Med *sjukhusvårdinnor/patientvårdinnor* avses personer som hjälper patienter och anhöriga med uppgifter som inte är direkt sjukvårdande. Dessa personer fyller en uppgift, i första hand komplementär, när det gäller emotionellt stöd, kontakt och information åt patienterna. Verksamheten äger rum på mottagnings- och vårdavdelningar och i sjukhusens entréhallar. Vårdinnorna fungerar i vissa fall inom ramen för Röda Korsets kontaktverksamhet, i andra som anställd personal. Röda Korsvårdinnorna är till antalet drygt 1 000. Det finns en tendens hos landstingen att i allt större utsträckning anställa egen personal för sjukhusvårdinneuppgifterna.





## 7 Utredningsprojekt och försöksverksamhet

### 7.1 Inledning

Den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården kännetecknas av en ökad samordning av organisation och insatser. Som vi tidigare framhållit är utgångspunkten för detta arbete att insatserna bör grundas på en helhetssyn på den enskilda människans hälso-, sjukdoms- och sociala problem. Individens krav och önskemål i vårdmiljön blir då en betydelsefull uppgift att analysera, beskriva och tillgodose från delvis nya idémässiga förutsättningar. Från denna utgångspunkt har under senare år pågått ett omfattande utrednings- och utvecklingsarbete, som uppvisar många intressanta drag. Vi har sökt att inventera denna verksamhet och lämnar i detta kapitel en redovisning av de som vi anser mera betydelsefulla utredningar som har intresse för frågorna om hur kontakterna och informationen mellan patienter och vårdansvariga skall kunna förbättras och därmed patienternas intressen tillgodoses.

Vi räknar sålunda med att genom att ge exempel på vissa genomförda, pågående och planerade utredningsprojekt och försök kunna spegla den verksamhet som pågår på sjukhusen, hos sjukvårdshuvudmännen, olika forskningsinstitutioner, Spri m. fl.

Vissa projekt berör strängt specificerade frågeställningar, andra berör frågeställningar av mera allmän art, som vi bedömer har intresse. Vår gränsdragning har vi gjort ganska vid. Samtidigt har en relativt sträng sovring av projekten varit nödvändig. Det finns självfallet utrymme för skiftande meningar i fråga om urvalet. En del av de projekt som medtagits har inte avslutats vid tiden för rapportens färdigställande.

Vi söker hålla samman våra beskrivningar i skilda sakavsnitt som informations- och kommunikationsfrågor i allmänhet, relationerna mellan patienter och personal samt arbetsorganisatoriska utredningar och förslag. Dispositionen försvåras emellertid av att många projekt spänner över flera områden.

### 7.2 Patientvårdsuppgifternas omfattning och fördelning

Det bör inledningsvis framhållas att man redan för många år sedan ställde sig frågan huruvida fördelningen mellan de s. k. patientvårdande arbetsuppgifterna och övriga arbetsuppgifter på en vårdavdelning var tillfredsställande.



Med de patientvårdande arbetsuppgifterna menas då i allmänhet de arbetsuppgifter som helt eller delvis fullgörs vid patientsängen. Detta arbete har en särskild betydelse på så sätt, att det är under den tiden som patienten i princip har möjlighet att komma i kontakt med vårdpersonalen. Ett flertal utredningar såväl centralt som lokalt har gett belägg för att den relativa andelen patientvårdsarbete i denna bemärkelse helt naturligt varierar från klinik till klinik och efter specialitet. Den tid som står till förfogande för patientkontakt har dock allmänt bedömts vara alltför liten. Bland de utredningar som under årens lopp ägnat särskild uppmärksamhet åt denna problematik och påtalat brister kan nämnas statens sjukhusutredning av år 1943 (SOU 1951:17, 1955:12), Thapperutredningen (SOU 1962:4), 1961 års samarbetsgrupp för främjande av rationaliseringsåtgärder inom sjukvården, Mentalsjukvårdens personaldelegation (SOU 1963:24, 1965:50), 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen (SOU 1964:45, 46) samt "Vårdarbetets struktur" (Landstingsförbundet 1965:7).

Det senaste större utredningsprojektet har genomförts av Spri och redovisats i rapport 19/72 *Personalstruktur inom hälso- och sjukvård*. Spris utredningsarbete syftade till att ta fram underlag som kan användas för i första hand ställningstaganden beträffande arbetsuppgifternas fördelning på yrkesgrupper med olika kompetens och i andra hand för ställningstaganden beträffande utformningen av yrkesutbildning för nämnda yrkesgrupper. Av rapporten kan utläsas bl. a. patientvårdens omfattning fördelad på ett antal delmoment samt på olika typer av sjukhus, kliniker och öppenvårdsenheter.

Resultatet av en frekvensstudie, som gjordes under två veckor år 1971 på en avdelning vid Beckomberga sjukhus för kvinnliga patienter i olika åldrar och med olika diagnoser, redovisas i delrapport 2 från *Spri projekt 70 25, Översyn av vårdavdelningsorganisationen vid de psykiatriska sjukhusen*. Rapporten gav bl. a. incitament för ytterligare lokala studier för att få underlag för att mer flexibelt tillvarata personalens insatser. Vi återger nedan några frekvenstal hämtade från rapporten.

Under studien hänförde sig 24,3 % av observationerna för den direkt sjukvårdande personalen till psykologisk sjukvård, 17,2 % till informationsutbyte och 11,5 % till övervakning och omvårdnad. Städning etc., måltider och transporter upptog 27,8 % av observationerna, instrumentell vård 11,9 % och expeditjonsarbete 7,3 %. Bearbetningen av arbetsfördelningen inom olika personalkategorier visar att 58,4 % av observationerna för sjuksköterskorna upptogs av informationsutbyte och expeditjonsarbete. För mentalskötare upptog psykologisk sjukvård 27,0 % och för ekonomibiträden städning 44,6 %. Under förmiddagstimmarna dominerade informationsutbyte, städning och omvårdnad och under resten av dagen psykologisk sjukvård.

### 7.3 Allmänt om kontakt- och informationsfrågor i sjukvården

*Sjukhusets kommunikationsproblem* har upptagits i betänkanudet (SOU 1963:24) "*Mentalsjukhusens personalorganisation*".

*Metoder att utveckla riktlinjer för en förbättrad patientinformation och patientomvårdnad* är rubriken på ett nyligen påbörjat Spri-projekt. Mot bakgrund av påståendet att patienternas misstro till hälso- och sjukvården bottenar i bristen på information och personlig omvårdnad skall undersökas i hur stor omfattning kritiken är berättigad. Effekten av patientinformation skall värderas. Informationsmaterial för olika faser i ett sjukdomsförlopp skall tas fram.

Samarbetskommittén för långsiktigt motiverad forskning, som är ett samarbetsorgan mellan forskningsråden m. fl. forskningsstödjande organ, initierar och stöder långsiktigt motiverad forskning av grundläggande karaktär. Verksamheten syftar till att belysa framtida samhällsproblem och bidra med kunskap som kan användas för att skapa önskade samhällsförhållanden. Resultaten av kommitténs projektarbete avses att få sådan form att de blir tillgängliga och läsvärda för en större krets intresserade lekmän och forskare. Ett av kommitténs projekt "*Människan i informations- och kommunikations-samhället*" bör nämnas. Syftet med denna studie är att ett brett problemområde skall diskuteras ur ett snävt perspektiv. Språket som förmedlare av information är en viktig del i översikten. Den omfattar även masskommunikation och tekniska kommunikationssystem. Innehållet skall ta sin utgångspunkt i den underprivilegierade människans situation med syfte att ge ett underlag att förändra den. På lång sikt syftar kunskapsöversikten till att

- förbättra enskilda människors möjligheter att tillvarata sina intressen med hjälp av språket eller andra kommunikationsmedel,
- skydda enskilda människor mot auktoritärt och hierarkiskt uppbyggda informationssystem.

På kort sikt syftar den till att

- skapa debatt kring människans situation i dagens och morgondagens kommunikationssamhälle,
- ge underlag för prioritering av forskningsresurser till kunskapsområden som är väsentliga för det långsiktiga syftet.

Med anledning av riksdagens socialutskotts betänkande 1975/76:9 gav riksdagen regeringen till känna vad utskottet anfört om *vården av det medicinska språket*. Enligt utskottet bör insatserna i första rummet syfta dels till en större enhetlighet på området, dels till att främja ett medicinskt allmänspråk. Frågan om hur den medicinska språkvården bör vara organiserad bör utredas närmare liksom frågan om hur det praktiska språkvårdsarbetet inom området skall utövas. Som följd härav pågår på regeringens uppdrag inom socialstyrelsen en utredning om lämplig organisation av den medicinska språkvården. Utredningsarbetet sker i samråd med bl. a. representanter för läkarorganisationerna, sjukvårdshuvudmännen och Svenska språknämnden.

Ett särskilt problem erbjuder *språkkommunikationer med invandrare*. Bl. a. visar en undersökning som gjorts på centrallasarettet i Västerås att t. ex. en missuppfattad anamnes kan leda till en fördröjd eller felaktig behandling av en patient.

Inom sjukhus och andra sjukvårdsanläggningar är den för vägskyltning



och vägvisning använda terminologin inte sällan oenhetlig. Samma begrepp har olika namn vid olika sjukhus och ibland även inom ett och samma sjukhus. För patienter, personal och besökare kan detta många gånger innebära svårigheter, i synnerhet när de möter en för dem helt främmande terminologi. Från många synpunkter är det önskvärt med en enhetlig sjukhusterminologi med en för varje valt ord klar betydelse. Mot denna bakgrund har Spri utgivit *Spri råd 1.2 om vägvisning inom sjukhus och andra sjukvårdsanläggningar med termer för vägvisningsskyltar*. Rekommendationen innehåller benämningar på enheter inom sjukhus och tar sikte på såväl kliniker, avdelningar och andra liknande enheter som funktioner och utrymmen inom dessa enheter. En tanke är att terminologin skall slå igenom även inom andra informationsmedia – på trycksaker, blanketter, i dagligt tal osv. Det kan vidare noteras att de latinska benämningarna på kliniker/avdelningar ersatts med svenska benämningar, exempelvis har dermatologisk klinik nu ersatts med klinik för hudsjukdomar.

Den del av patientinformationen som betecknas *patientutbildning (patientundervisning)* har de senaste fem–sex åren väckt ett påfallande stort intresse hos många läkare. I vidsträckt bemärkelse ligger i detta begrepp allmänna hälsoupplysande och sjukdomsförebyggande informationsaktiviteter riktade mot alla medborgare, den skriftliga medicinska informationen som sjukvården ger till patienterna i form av broschyrer t. ex. före eller vid intagningen på sjukhuset samt den i undervisningsform med t. ex. gruppsamtal och AV-hjälpmedel organiserade medicinska informationen under själva sjukhusvisningen/behandlingen.

Vid *reumatologiska kliniken, Lunds lasarett*, genomfördes år 1970 inför en omorganisation av klinikens slutna vård en studie med vissa försök med avseende på klinikens medicinska funktion och hotellfunktion. Försöket genomfördes som ett externt Spriprojekt nr 70 48. Både patienter och personal utfrågades om sin bedömning av olika organisationsalternativ genom intervjuare som inte tillhörde sjukhuset. Den utveckling av patientundervisning som successivt växte fram under arbetet betraktades som en av de viktigaste innovationer försöket avsatte. En redogörelse för försöket lämnas i nr 30/1972 av *Läkartidningen*, varifrån vi hämtar följande.

Undervisningens utformning beskrivs utförligt i en bilaga till Spri-rapporten (Rapport 3). Här skall endast ges en summarisk beskrivning.

Sjuksköterskan informerade patienten före intagningen (per telefon) och vid intagningen dels om vad som planerats, dels om principer och rutiner inom vården. Vidare undervisade hon individuellt och för grupper av patienter om aktuella medicinens verkningar och biverkningar, om sjukdomens natur och förlopp och om innebörden av aktuell anestesi vid operation. Denna undervisning byggde på inläsning av utdelat skriftligt material och muntlig diskussionsvis genomgång av detta. Sjuksköterskan använde i genomsnitt 6,3 timmar per vecka för informationsverksamhet.

I klinikens sjukgymnastiska verksamhet ingår omfattande moment av patientundervisning. Under studien utvecklade sjukgymnasten en gruppverksamhet som avsåg att dels lära patienten ett gymnastikprogram för hemmabruk, dels att lära in ledskyddande rörelsemönster för det dagliga livet. Effektiv kunskapskontroll erhöles genom att patienten själv fick leda gruppen – härigenom uppstod även ofta en för alla parter givande diskussion. För denna gruppverksamhet anlogs 30 minuter dagligen måndag–torsdag.

Arbetssterapeuten genomförde relativt sett det största utvecklingsarbetet inom patientundervisningen. I fem gruppseanser genomgicks allmänt anatomi och fysiologi i handens leder, arten av olika felinställningar i dessa leder och vilka möjligheter som finns att minska risker för uppkomst av dessa. Skriftligt material, bilderbok och anatomisk handmodell utnyttjades. Tekniska hjälpmedel demonstrerades och prövades. Arbetsterapeutens tidsinsats för denna undervisning var i genomsnitt 3,6 timmar per vecka.

Underläkaren bedrev ingen organiserad undervisning utöver vad som gavs vid de enskilda samtalen minst en gång per vecka.

I redogörelsen betonas vidare att vid sidan av en systematisk vårdplanering grupparbetsformen och en optimering av personaltätheten leder en förbättrad informationsbehandling till förkortning av vårdtiden, kvalitetsförbättring av vården och större personlig tillfredsställelse med arbetssituationen. Från redogörelsen citeras vidare.

Ett helt oväntat resultat var patienternas markerat positiva upplevelse av hotelltillvaron. Förenklingen i service – mindre uppspassning och assistans – gav patienterna ett större ansvar och samtidigt större frihet och oberoende av personalen. Möjligen hade man härigenom lättare att bevara sin identitet. Man var inte i samma grad som på konventionell vårdavdelning ett nummer i kategorin patienter.

Det föreföll av olika utsagor sannolikt att patienternas positiva attityd till vårdsituationen i icke ringa mån hade samband med patientundervisningen. Om våra erfarenheter har en något så när generell giltighet är det sannerligen tid att man mera allmänt inom sjukvården börjar analysera mål och utveckla metoder för patientundervisning. Otrygghet, oförmåga att kommunicera med medicinsk personal, försvarslöshet mot ovederhäftig information och underlägsenhetskänsla i sjukvårdssituationen är sten på börda för den sjuke. Patienten kan med rätta ställa krav på att befrias från detta ofördelaktiga psykologiska läge. Det behöver inte bli en dyrbar investering för sjukvården.

I *Nordisk Medicin* april 1974 pekar *Stephan Rössner* på *en metod för patientundervisning* som prövats på karolinska sjukhusets hjärtinfarktavdelning. En studie hade visat att fakta som förklaras för patienten under en rond är bortglömda följande morgon. Ett undervisningsprogram körs därför med hjälp av en serie stillbilder med tillhörande ljudband. I programmet berättas översiktligt om den behandling en hjärtinfarktpatient får, om de mediciner som vanligen används samt om hur patienten bör sköta sig efter utskrivningen. Erfarenheterna beskrivs som goda och undervisningsformen rekommenderas av Rössner till användning inom andra sjukvårdsenheter.

Det finns enligt experterna nästan inget annat varu- eller tjänsteområde, som tillhandahåller tjänster direkt till konsumenten, där konsumenterna har en så låg informationsnivå som inom sjukvården framhöll *Gösta Tibblin* i sin installationsföreläsning år 1975 för professuren i socialmedicin i Umeå. Bristen på kunskap gör det svårt för vårdkonsumenten att avgöra vårdens kvalitet och att välja mellan olika alternativ. Tibblin understryker behovet av patientinformation och patientutbildning för att patienten aktivt skall kunna medverka i sin behandling och kunna leva med sin sjukdom. Patienten måste få förklaring till hur sjukdomen har uppkommit och måste få veta något om sjukdomsförloppet och de åtgärder som skall vidtas. Tibblin har dokumenterat sitt eget arbete med patientutbildning.

*Informationen till sjukvårdspersonal om läkemedel* har de senaste åren varit



föremål för viss utrednings- och försöksverksamhet. Samarbetsformerna mellan socialstyrelsen, sjukvården, apoteksbolaget och läkemedelsindustrin när det gäller att åstadkomma ett acceptabelt informationssystem på alla nivåer diskuteras. Flertalet sjukhus har i dag läkemedelskommittéer som utarbetar s. k. läkemedelslistor och svarar för informationen inom sjukhuset. Vidare har socialstyrelsen utarbetat olika bestämmelser och anvisningar, som styr sjukhusens läkemedelshantering. Spri har utvecklat ett patientrapportsystem med rutiner, som skall bidra till att bl. a. skapa större säkerhet och administrativ effektivitet på området (Spri råd 4.5).

Däremot anses *informationen till patienten om de läkemedel han får* i allmänhet som bristfällig, vilket bekräftas av olika undersökningar.

Frågan om förbättrad patientinformation om läkemedel övervägs f. n. Bl. a. undersöks möjligheten att få tillverkare och importörer av läkemedel att i s. k. bipacksedlar ge patienterna erforderlig information om läkemedlets verkningar och biverkningar. Frågan om bipacksedlar har också utretts av en särskild arbetsgrupp med representanter för Apoteksbolaget, Läkarförbundet och läkemedelsindustrin. Arbetsgruppen framlade vissa förslag, som gjorts till föremål för försöksverksamhet och utvärdering. Under utredningsarbetet har det framkommit att kostnaderna för en systematiskt genomförd patientinformation är av en helt annan storleksordning än man från början hade kunnat förutse. Kostnaderna för Apoteksbolaget och läkemedelsindustrin har beräknats uppgå till flera tiotal miljoner kronor per år.

Vid *reumatologiska kliniken, Lunds lasarett*, startades hösten 1970 ett försök med ett *klinikkollegium* – ett administrativt organ som rådgivande till klinikchefen. Strax därefter bildades en *patientförening*. Föreningens viktigaste uppgift och ett av skälen till dess tillkomst var frågan om patienterna skulle kunna och vilja vara representerade vid klinikkollegiet. Föreningens representant i klinikkollegiet gavs också uppgiften att fungera som *patientombudsman på kliniken*. I hans uppdrag skulle ingå att en gång i veckan besöka kliniken och efterhöra patienternas problem. Erfarenheter från denna verksamhet redovisas i *Läkartidningen* nr 31/72. Bl. a. kan utläsas att patienterna ansåg att detta lett till bättre kontakt, vilket lett till större ömsesidig förståelse för varandras – patientens och personalens – problem. Informationsutbytet, som tidigare upplevdes som mer enkelriktat från personal till patient, fungerade på ett helt annat sätt och i båda riktningarna.

I *Göteborgs och Bohus läns landsting* bedrivs sedan år 1972 försöksverksamhet med *patientombudsman*, anställd av landstinget. Försöksverksamheten bedrevs från början vid Mölndals lasarett med 600 vårdplatser.

Ärendena under ett års verksamhet, sammanlagt 95, gällde i huvudsak tre områden nämligen vården, personalen och administrativa frågor.

Synpunkter och frågor om vården från patienter gällde i första hand den öppna vården vid distriktsläkarmottagning, jourcentral och mottagningar på lasarett. Personer inlagda på sjukhuset hade haft färre frågor. Ärenden som behandlats har bl. a. berört patienter som upplevt att de inte blir väl undersökta, att läkaren inte tagit tillräckligt många prov, att patienten inte fått behövlig information efter operation. Några patienter ansåg att de inte fått tillräcklig medicinering eller tillräcklig behandling.

Den största delen av observationerna (47) gällde administrativa frågor om

väntetider, remisser, sjukvårdens organisation och resursfrågor.

En mer ingående beskrivning lämnas i patientombudsmannens redogörelse för försöksverksamheten åren 1972–1973 till landstinget (27.4.1973) samt i artiklar av *Birgitta Wistrand*: Patientombudsman vid Mölndals lasarett (Sjukhuset 12/72) resp. Patientombudsman – ett års erfarenhet (Landstingens tidskrift 11/73).

En annan form av kontaktverksamhet som också ägt rum vid Mölndals lasarett, till en början som försök, är *informationsträffar med anhöriga till patienten*. Som regel har inbjudits två anhöriga per patient, vilka fått träffa representanter för personalen vid olika avdelningar. Information har lämnats om sjukvårdens målsättning och olika specifika vårdproblem. Verksamheten betecknas som ett värdefullt instrument för att förbättra kontakterna mellan anhöriga och vårdpersonal. (Redogörelse lämnas i Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 7/72.)

På Danderyds sjukhus har utvecklats en försöksverksamhet beträffande *personalens attityder mot patienterna och om kraven på omvårdnad*. Man har ägnat intresse åt frågor om hur personalen skulle kunna aktivera patientkontakterna, förstå patienten som individ, förstå sjukdomsprocessens eventuella inverkan på patienten och förstå patientens reaktion på sjukhusmiljön. Man har för ändamålet dels haft särskild utbildningsverksamhet på avdelningsnivå, dels genomfört vissa intervjuundersökningar med patienterna via bandupptagningar.

Patientintervjuerna har gällt mottagande på avdelningen, informationen om avdelningens rutiner och lokaler, kontakten med och bemötandet av avdelningens olika personalgrupper, informationen om sjukdomen och dess behandling, störningsmoment i miljön t. ex. buller, ljud, lukter samt behovet av sysselsättning under sjukhusvistelsen. Man har tillämpat en särskilt upprättad intervjuguide. (Se *bilaga 4*.) Man bedömer de hittills vunna resultaten av försöken som positiva och de har också lett till en hel del förändringar i organisation och rutiner. Bl. a. har förutom allmänna förbättringar i vårdmiljön, patientintroduktionen, kontakt- och informationsvägarna personal-patient och aktiveringen av patienterna förbättrats. Det betonas att försöksverksamheten, som kan betecknas som en metod för att förverkliga patientinflytande, relativt sett varit föga kostnadskrävande. En utförligare redogörelse för försöksverksamheten lämnas i *Björklöf, Kärnek, Qvarlander, Sjukhusdemokrati* (sid. 95–100).

En utredning om *patientföreningar och patientombudsmän* utfördes år 1973 inom Malmöhus läns landsting. De olika patientföreningarnas verksamhet, ekonomi och förhållande till sjukvårdshuvudmannen undersöktes särskilt. Det konstaterades bl. a. att utvecklingen på flera håll gått långt och att det förelåg en påtaglig brist på överensstämmelse i status de olika föreningarna emellan. Förslag till normalstadgar för patientföreningar utarbetades ävensom vissa allmänna riktlinjer för deras arbete.

Inom Göteborgs universitet, psykologiska institutionen, framlades år 1971 en licentiatavhandling "*Patientens och personalens attitydmässiga upplevelse av sjukvårdsmiljön samt förslag till åtgärder av personaladministrativ karaktär.*" Undersökningen omfattar en kartläggning av patienternas och vårdpersonalens upplevelse av vården på somatiska vuxenkliniker vid ett centrallasarett, främst den psykologiska miljön och patienternas upplevda behov av kontakt



och information. Ett delmål var att utarbeta förslag till förbättringar av administration och behandling. Detta föranledde interna diskussioner om förändrade rutiner för att inom ramen för tillgängliga resurser få en mer positiv inställning hos patienter och vårdpersonal.

Två läkare, *Bertil Blomstedt* och *Bo Brismar* genomförde år 1971 en intervjuundersökning för att belysa *informationsläget vid en kirurgisk poliklinik*. Undersökningen finns refererad i *Läkartidningen* 6/1971.

Författarna framhåller att för förhållandet mellan patient och sjukvårdssystem är helt naturligt av stor betydelse den information som patienten erhåller om sin sjukdom och åtgärder till följd av denna. Informationens art och omfattning påverkas av ett flertal faktorer, dels av individuell art såsom läkarens attityd och patientens intresse för information, dels av specialitetens egenart och sjukvårdens lokala utformning.

I undersökningen har kartlagts vem som ger information, informationens omfattning och patientens inställning till informationen. Patientinformationen i följande frågor undersöktes: diagnos, prognos, komplikationsrisker, beräknad vårdtid och beräknad sjukskrivningstid. Undersökningen omfattade 50 patienter och författarna reserverar sig för att materialets storlek inte medger några säkra slutsatser om resultatets giltighet. Vissa tendenser kan dock utläsas.

Av följande tabell framgår det statistiska resultatet.

Bl. a. påpekas att man fick ett intryck av att patienterna inte vill oroas av information om prognos och komplikationsrisker utan önskar överlämna hela ansvaret för bedömning och behandling till läkaren. Enligt författarnas mening tyder undersökningen på att det föreligger en avsevärd brist på adekvat information till patienterna.

En försöksverksamhet med *informationscentral för öron-, näs- och halssjuka* startade i Göteborg år 1969 under ledning av en läkare, *Alf Axelsson*, och två utredare från sjukvårdsförvaltningen, *Per Olof Ranman* och *Bengt-Eric Nilsson*. En utförlig beskrivning av verksamheten finns att läsa i "Sjukhuset 7-8/1971".

Bakgrunden till försöket var den besvärliga kösituationen för den öppna öron-, näs- och halssjukvården i Göteborg. Man syftade till att ge de sjuka riktiga informationer genom direktkontakt med sjukvårdsorganisationen efter hänvisning från en informationscentral. Härigenom skulle det också vara möjligt att utjämna det varierande kötrycket på olika polikliniker.

#### Fördelning av patienter som ansett sig informerade med avseende på olika delar av utredning och behandling

	Antal	Proc. av samtliga tillfrågade
1. Diagnos	46	92
2. Prognos	11	22
3. Komplikationsrisk	4	8
4. Beräknad vårdtid	22	44
5. Beräknad sjukskrivningstid	12	24

Erfarenheterna från verksamheten har visat att det finns flera fördelar med en sådan informationscentral. Bl. a. innebär det för de sjuka en betydelsefull trygghetsfaktor att veta vart man skall vända sig för att få rådgivning om sin sjukdom, om kösituationen osv.

Axelsson och Ranman framlägger i Läkartidningen 25/1971 också synpunkter på *läkarsekreterarnas roll som "kundmottagare"* och stöder sig på den undersökning som visar att kundmottagarna efter utbildning och med vissa hjälpmedel kan fördela de vårdsökande med avseende på vårdorsak och vårdbehov. Patienten känner sig väl omhändertagen redan vid den första kontakten med sjukvården genom att han får vederhäftig information om hur hans fall planeras in. Känslan av att vara väl omhändertagen är, hävdar författarna, för den vårdsökande sannolikt mer betydelsefull än ett aldrig så sofistikerat tekniskt beteende som dessutom ligger utanför patientens möjlighet att bedöma.

Åren 1972–1973 utfördes på barnmedicinska kliniken, akademiska sjukhuset, under ledning av barnhälsovårdsöverläkare *Claes Sundelin* en undersökning med vars hjälp man ville belysa olika problem med anknytning till den öppna barnsjukvården. Från denna undersökning noteras vissa iakttagelser om *föräldrarnas upplevelser av kontakterna med vården*.

I undersökningen studerades bl. a. om negativa upplevelser av sjukbesöket visade något samband med egenskaper hos föräldrarna som civilstånd, ålder, antal barn, utbildning och socialgrupp. Det visade sig inte vara fallet. Negativa vårdupplevelser tycktes i stället vanligen bero på tydliga störningar i kommunikationen med läkaren och annan vårdpersonal. Undersökningen bekräftade att ett sätt att allvarligt försämra kontakten med patienten är att använda ett svårbegripligt fackspråk. Ett annat sätt på vilket kommunikationen kan brytas är om patienterna upplever att vårdpersonalen inte vill ha någon personlig kontakt.

Mest negativ var man till väntetidens längd (på sjukhuset). Hälften av föräldrarna, som omfattades av undersökningen, fick vänta mer än 100 minuter innan man träffade läkaren. Beträffande informationen om sjukdomen och dess behandling var 4 % av föräldrarna starkt negativa och 10 % svagt negativa. (Undersökningen refereras i Ronden 3/75.)

Svensk sjuksköterskeförening tog år 1973 initiativ till en enkätundersökning för att klarlägga de problem, som finns för sjuksköterskor när det gäller handledning av elever. I undersökningen deltog 147 sjuksköterskor, därav 19 från öppen vård. Enkätformuläret innehöll vissa frågor som gällde *problem kring patientkontakt och information*.

41 % tyckte att den egna utbildningen i patientpsykologi var tillräcklig för att de skulle kunna ge eleverna en god handledning. Inte mindre än 94 % av samtliga ansåg dock att en särskild utbildning i patientpsykologi för vårdpersonalen skulle vara värdefull. 64 % ansåg att den skulle vara mycket värdefull.

En fråga gällde vilken eller vilka yrkeskategorier som var mest lämpade att handleda eleverna i patientpsykologiska frågor. Majoriteten (87 %) ansåg att handledningen i dessa frågor bör skötas av handledarna själva men i samverkan med experter. Man ser handledaren som företrädare för praktiken och experten som företrädare för teorin.

93 % instämde i att sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete i allmänhet



borde lägga ner mer tid och krafter på patienterna som människor i ett socialt sammanhang med psykologiska problem. 63 % ansåg att läkarnas inställning har betydelse för hur patientpsykologisk problematik behandlas på avdelningen.

56 % ställde sig tveksamma till om eleverna fick tillräcklig träning i att ge patienterna en adekvat och lättförståelig information inför provtagningar och undersökningar. Ytterligare ett par frågor gav belegg för att träningen i patientinformation t. ex. efter rondan är otillräcklig.

Biträdande rektor *Henny Olsson* vid landstingets vårdskola, Örebro, har för ca ett år sedan företagit en enkätundersökning om *attityder till sjukvårdsarbete och sjukvårdstudier*. Svar från 200 befattningshavare inom sjukvården och lika många sjukvårdsstuderande har bearbetats. Nära 90 % av de 400 tillfrågade anser att de har alltför begränsad tid för patientkontakter. Ca hälften av respondenterna upplever brister när det gäller att ge äldre patienter tillräcklig omvårdnad. Drygt hälften anser att de av olika anledningar inte kan utföra sitt arbete tillfredsställande. Var fjärde uppger att de nästan aldrig gör som de blivit lärda därför att de inte hinner med att tillämpa sina kunskaper i det praktiska arbetet. Ca 80 % upplever brister i sina färdigheter vad gäller att informera, trösta och förklara för patienterna. Samma svårigheter upplevs i kontakterna med anhöriga. Drygt var fjärde anser att patienten får dålig information om sin egen situation.

*En studie i patientinformation vid centrallasarettet i Norrköping* är rubriken på ett arbete som redovisats vid pedagogiska institutionen, universitetet i Linköping år 1975 av *Kerstin Bjärkstedt*, *Elisabet Cedersand* och *Leif Häll*. Undersökningen syftade till att visa hur patientinformationen fungerade för tre särskilda patientgrupper och belysa vilka önskemål resp. patientgrupp och dess informationsgivare hade beträffande patientinformationen.

Undersökningen, som omfattar ett begränsat material, genomfördes vid centrallasarettet i Norrköping. De tre patientgrupperna utgjordes av patienter opererade för gallsten från kirurgiska kliniken, hjärtinfarktpatienter från medicinska kliniken och patienter med kronisk urinrörskatarr (uretrit) från kvinnokliniken. Sammanlagt 40 patienter intervjuades och 38 befattningshavare på de berörda klinikerna lämnade svar på enkäten.

Den största delen av de patienter som tillfrågades svarade att de fått information om den egna sjukdomen. Även personalen ansåg till största delen att de ger information till patienterna om sjukdomen.

Något mer än hälften av samtliga patienter ansåg att informationen var tillräcklig, medan en knapp fjärdedel av personalen ansåg att de gav tillräckligt med information. En fjärdedel av patienterna svarade att informationen inte varit tillräcklig, medan nästan hälften av personalen uppgav att de inte ger tillräckligt med information. Dessa skillnader mellan patienternas och personalens uppfattningar antogs bero på att patienten får kontakt med flera befattningshavare, som ur informationssynpunkt kompletterar varandra. En annan förklaring kunde vara att patienter och personal har olika uppfattningar om hur mycket information som bör ges. För personalen torde dock känslan av att inte ge tillräckligt med information till patienten ha upplevts som en påfrestning i yrkesutövandet.

Den övervägande delen av patienterna önskade få information om den egna sjukdomen vilket förmodades sammanhänga med att berörda patient-

grupper hade sjukdomar där informationen är av särskild betydelse. Resultaten av såväl patientintervjuerna som personalenkäten var att läkare tillsammans med sjuksköterska eller enbart läkare f. n. är den som ger informationen.

Även när patienterna fick önska vilken eller vilka de ville ha som informationsgivare valde många av dem läkare eller läkare tillsammans med sjuksköterska. En stor del av personalen ansåg också att det är dessa personer som skall ge patientinformation.

Samtliga patientgrupper informerades till stor del muntligt. Hjärtinfarkt-patienter fick dock oftast även skriftlig information i form av en broschyr.

Något mindre än hälften av de patienter, som önskade bli informerade, ville få denna information enbart muntligt, medan ungefär en tredjedel önskade både muntlig och skriftlig information. Utifrån de kommentarer patienterna gav i anslutning till intervjun önskade många patienter någon att tala med angående den egna sjukdomen. Detta antogs vara en av orsakerna till att patienterna i så stor utsträckning önskade muntlig information, enbart eller i kombination med andra informationsätt.

Hälften av de befattningshavare, som besvarat enkäten, önskade informera både muntligt och skriftligt. Endast några få ville ge information enbart muntligt. Eftersom många av de tillfrågade informerats endast muntligt, visade denna undersökning ett inte tillgodosett behov av skriftligt informationsmaterial till patienterna.

När patienterna fick uppskatta hur mycket de visste om den egna sjukdomen, behandlingen eller eftervården innan de sökte på sjukhus för sin sjukdom, angav en stor del av patienterna att de visste ganska litet eller inget alls. Gallstenspatienterna hade dock i större utsträckning än övriga patientgrupper angivit att de visste mycket eller ganska mycket. Denna skillnad antogs bero på att gallsten är en vanligare sjukdom än både hjärtinfarkt och kronisk urinrörskatarr och att många gallstenspatienter dessutom kunde ha fått information om sin sjukdom av någon i sin nära omgivning, som också haft gallstensbesvär.

Vid patienternas uppskattning av den egna kunskapen beträffande hur man skall sköta sig resp. vid vilka sjukdomstecken man skall söka läkare på nytt, var det många som ansåg sig ha tillräckliga kunskaper.

Gallstenspatienternas resultat på kunskapsprovet visade en jämn spridning av de individuella poängsummorna utan några ytterlighetsvärden. Ingen av patienterna visste alltså extremt litet och ingen visste heller allt.

Resultaten av hjärtinfarktpatienternas kunskapsprov visade en spridning från extremt låga poäng till tämligen höga. Detta antogs tyda på att kunskaperna om den egna sjukdomen hos denna patientgrupp varierar högst betydligt mellan olika patienter. Större delen av hjärtinfarktpatienterna hade dock något över hälften av antalet möjliga poäng.

Behovet av *hälso- och sjukvårdsforskning* har på senare år påtalats av olika intressenter i hälso- och sjukvården. Detta har uppmärksammats av bl. a. universitetet i Linköping, som planerar att genomföra ett tvärvetenskapligt forskningsprojekt under temat "Hälso- och sjukvården i samhället". Inom ramen för detta projekt kommer att tas upp individens informations- och kontaktproblem. Inför projektplaneringen har understrukits vikten av att man studerar samspelet mellan personal-patienter-anhöriga med tonvikten



lagd på undersökningar om alternativa vårdorganisationers möjlighet att tillgodose patienternas behov av trygghet och integritet, med beaktande av personalens krav på god arbetsmiljö och drägliga arbetsförhållanden.

## 7.4 Attitydundersökningar

Man skiljer på i princip tre typer av attitydundersökningar och problem förknippade med dessa. Det huvudsakliga syftet med en attitydundersökning av opinionsundersökningskaraktär är att klarlägga individens uppfattning just då. Man gör oftast inga djupare analyser utan beskriver enbart vad individerna tycker vid detta tillfälle. Vid en attitydundersökning av vetenskaplig karaktär är syftet att analysera olika individers uppfattning under olika betingelser, dvs. attitydens olika delar bör belysas. Den tredje typen, även den av vetenskaplig karaktär, karaktäriseras främst av att resultaten återförs till deltagarna för analys. Skillnaden mellan denna typ och den andra typen kan sägas vara den att man låter deltagarna i stället för forskarna föreslå lösningarna.

Attitydundersökningar har på senare år börjat vinna insteg i sjukvården och vi skall nedan redovisa ett antal fall där sådana genomförts. Vi vill emellertid först erinra om några utredningar som gjorts för att pröva tillämpbarheten av attitydundersökningsformen inom sjukvården.

Vårterminen 1970 framlade ett par studerande vid Handelshögskolan i Stockholm (*Bengt Andersson, Per Göthberg*) ett arbete "*Attitydmätningar på sjukhus – en provundersökning*". Syftet var att finna ett bra sätt att fråga sjukhuspatienter hur de upplever sjukhusvistelsen och vissa företeelser i sjukhusmiljön. En provundersökning genomfördes på Nacka sjukhus. De metoder som prövades var enkät på sjukhuset, enkät i hemmet efter sjukhusvistelsen, standardiserad intervju på sjukhuset, ostrukturerad intervju på sjukhuset. Intervjumetoden gav det bästa resultatet. Av enkätmetoderna var den hemsända varianten den som lyckades bäst.

En annan uppsats från samma skola år 1971 "*Sjukhuspatientens upplevelse av sin situation*" utgörs av en studie av den ostrukturerade intervjumetoden (*Annika Bergenheim*). Författaren, som också hade patienter på Nacka sjukhus som undersökningsobjekt, anser att den ostrukturerade intervjumetoden ger en mycket innehållsrik bild av hur patienten upplever sjukhuset.

"*Undersökning av patientattityder*" år 1974 är namnet på en uppsats av *Birgit Johansson* och *Mona-Britt Moback*, Stockholms universitet. Ett försök genomfördes på en läkarstation för att utröna möjligheterna att genom patientintervjuer få patientens syn på de insatta sjukvårdande åtgärderna och för att få klarlagt om patienten på så sätt kan tillföra sjukvården något väsentligt.

Spri har givit ut råd 1.1 "*Attitydundersökningar som medel för organisationsutveckling inom sjukvården*" (1972). En modell beskrivs för att genomföra och följa upp attitydundersökningar för personal och patienter. Undersökningar som visar vilka problem och önskemål personal och patienter har, löser i och för sig inga problem men är ett led i organisationsutvecklingen. Först då resultaten återförs till deltagarna, som på denna grundval diskuterar och

försöker komma fram till lösningar på problemen, får attitydundersökningen betydelse heter det i publikationen. Avsikten är att sjukvårdshuvudmännen skall kunna använda publikationen som en handbok.

I samarbete med psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet genomfördes åren 1967–1969 en *attitydundersökning vid Uddevalla lasarett*. Som primära intressenter i sjukvården utgick man från patienter och personal. Det framstod som önskvärt att klarlägga hur patienten upplever sin situation på lasarettet, speciellt beträffande allmän service och information. Eftersom denna attitydundersökning var den första i sitt slag med en så bred målsättning lämnas här, för att möjliggöra jämförelser, en relativt sett mera utförlig redogörelse hämtad från tidskriften *Sjukhuset* 7–8/1970.

”Mot bakgrund dels av ett ökat företagsdemokratiskt tänkande, delvis utvecklat i det av landstingsförbundet utarbetade personalpolitiska programmet, dels av en beräknad krissituation, vid rekrytering av vissa personalgrupper, framstod också behovet av en kartläggning av personalens attityder som både önskvärd och nödvändig.

Det huvudsakliga syftet med undersökningen skulle vara att klargöra inom vilka områden patienter och personal intar negativa attityder. Därefter skulle en analys av dessa bristområden företas och förslag till förbättringar initieras och genomföras.

....  
För att få en fackmässig undersökning inleddes samarbete med psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet där en forskningsgrupp bestående av 3-betygsstuderande under ledning av laborator Sigvard Rubenowitz tillsattes.

....  
Forskargruppens målsättning för projektet uttrycktes:

”Undersökningen syftar till att klarlägga i vilken utsträckning man genom förändrade personaladministrativa rutiner skall kunna öka patienternas trivsel och upplevelse av att de får rationell vård. Förändringarnas effekt på personalkategorier som elever, biträden, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare skall samtidigt studeras.”

Huvudsakligen följande negativa attityder från patienternas sida konstaterades.

”– det finns för få möjligheter att samtala med läkaren i enrum  
– det är obehagligt att få sitt tillstånd diskuterat av läkarna då andra patienter hör på  
– man får veta för litet om den medicinska behandlingen och om behandlingstider och dylikt.

Dessutom ansåg patienterna (speciellt korttidspatienter) i viss grad att allmän information och personalens tid för personlig patientvård var otillräcklig.

Personalen hade i stor omfattning samma ovanstående negativa attityder vad avser patientens kontakt- och informationsbehov.

I övrigt framkom huvudsakligen att

– arbetstidsförkortningen medför att patienterna får sämre vård  
– vårdarbetet skulle väsentligen underlättas om läkaren informerade all personal på avdelningen om patienternas tillstånd  
– man får för lite information om vad som händer på sjukhuset utanför den egna avdelningen.

För bearbetning av resultaten lät sjukhusledningen tillsätta fyra olika arbetsgrupper.



I grupperna deltog företrädare för olika personalkategorier vilka utsetts i samråd med fackföreningarna samt representanter för forskningsgrupp och administration.

Målsättningen för grupperna var att på grundval av attitydundersökningen få fram förslag till förändringar och förbättra rutiner av administrativ och behandlingsmässig karaktär."

De förslag som sålunda framfördes sammanfattas som följer.

#### *"Patientinformation*

- översyn av informationsbroschyr och införande av systematisk utdelningsrutin
- införande av "checklista" för avdelningssköterskornas information till patienter
- införande av informationsbroschyr till patienter angående röntgenundersökningar och narkosbehandling samt utdelningsrutin för dessa
- översyn av informationsrutiner för operationsprogram mellan centraloperation och de olika avdelningarna.

#### *Patientkontakt*

- införande av läkarexpeditioner på vårdavdelningarna för att möjliggöra en utökad kontakt mellan läkare och patient
- försöksverksamhet med sitttrond för att undvika medicinska diskussioner m. m. vid patientbädden
- utökad rapportgivning från läkare och avdelningssköterska till övrig vårdpersonal för att underlätta vårdarbetet, systematisering av rapportgivningen.

#### *Personalinformation*

- införande av ett allmänt informationssystem med olika informationspunkter för spridning av information från sjukhusledning, företagsnämnd m. m.
  - ledningskonferens
    - överläkarkonferens (sjukhusdirektör-överläkare)
    - underläkarkonferens (sjukhusdirektör-underläkare)
    - föreståndarkonferens (föreståndaravdelning-sjukhusdirektör)
    - klinikkonferens (föreståndaravdelning-avdelningssköterskor)
    - avdelningskonferens (avdelningssköterskor-samtlig personal)
    - utbildningskonferens (föreståndaravdelning-sjuksköterskeskola m. fl.)
- allmänna avdelningskonferenser för all personal under ledning av avdelningssköterska (informell form minst en gång per månad i anknytning till klinikkonferens)
- utarbetande av ny informationsbroschyr för nyanställd personal
- utökning av information i den interna personaltidningen
- utarbetande av informationsblad från serviceavdelningarna
- information i utställningsform från centralförrådet m. fl.

#### *Personal-arbetsledning*

- medicinska avdelningskonferenser under medverkan av läkare för information om behandlingsrutiner, patientinformation m. m., informella diskussioner i samband med kaffepaus
- framarbetande av metodbok i samråd mellan sjukhus och utbildningsinstanser
- genomgång av befintliga anvisningar på avdelningar, t. ex. från sjukhusledning, personalavdelning, röntgenavdelning och dylikt
- införande av introduktionsverksamhet i organiserad form med prioritering av extra personal

- tillsättande av AV-grupp för utredning av möjligheterna att utnyttja ljudband, film, ITV m. m. i informations- och utbildningssyfte för vissa grupper
- försöksverksamhet med så kallad team nursing för förbättring av patientkontakt och utbildning m. m."

I viss utsträckning får en undersökning av denna typ betraktas som ett komplement till ett otillräckligt informationssystem. Undersökningsresultaten visar också klart på det otillfredsställda behov av allmän och medicinsk information som upplevs av såväl patienter som personal.

I samarbete mellan Spru och landstinget genomfördes år 1970 en attitydundersökning på Västerås lasarett, vilken resulterade i en rapport "*Vad tycker patienter och personal om Västerås centrallasarett*".

Rapporten är en sammanställning av svar på ett antal frågor som ställts till 1 854 anställda och 152 patienter.

Omkring 70 % av patienterna ansåg att de själva kunde påverka behandlingsresultatet. I de kommentarer intervjuarna fick antyds dock att många menar att denna medverkan i första hand innebär att lyda läkarens råd och anvisningar. Denna passiva attityd avspeglades också i att nästan hälften av patienterna kände sig som om de besvärade personalen när de kallade på någon. Svårigheten att få kontakt med personalen var också påtaglig av intervjuaren att döma.

Enligt personalintervjuerna var det bl. a. utmärkande för sjukhuset att så många andras arbete griper in i de egna arbetsuppgifterna att man har små möjligheter att påverka sin egen arbetssituation.

Patienternas och personalens uppfattning om hur informationen fungerade var klart negativ.

Synpunkter från patienter och personal redovisas i rapporten "*Långtidsvården i Värmlands län*", som utförts av *Lars Fällman*, *Sven Ove Johansson* och *Kjell Mollstedt*, sociologiska institutionen, Göteborgs universitet (1973). Det övergripande syftet med undersökningen var att få patienternas och personalens synpunkter på utformningen av långtidsvården inom kliniker och sjukhem som underlag för planering och utformning av denna vårdgren i framtiden. Rapporten som är mycket omfattande bygger på intervjuer med sikte på de fysiska, medicinska, sociala, organisatoriska och psykologiska miljöerna med relativt fördjupade analyser och utvärderingar. Här skall endast några av frågeställningarna redovisas.

"Informationen till patienterna vid inskrivningen vid sjukhemmen tycks inte fungera tillfredsställande. Endast 11 procent av de intervjuade säger sig ha fått någon information över huvud taget. Ytterligare 21 procent tycker att de borde fått information och helst av allt tycker man informationen borde bestått i en genomgång av regler, rutiner och sjukhemmens lokaler. Vid intervjutillfället säger sig dock 71 procent av de tillfrågade ha god reda på vad som händer på sjukhemmet, medan 19 procent inte tycker att de har det.

Om sin sjukdom säger sig 73 procent känna till tillräckligt, medan 17 procent inte tycker att de gör det. Hälften av de senare säger att de blir oroliga av att inte känna till nog mycket om sin sjukdom, men även vissa av de som känner till sin sjukdom säger att de blir oroliga, eftersom de tycker att de vet för mycket."

Vidare fann man i personalintervjuerna att informationen till personalen om patienterna var mycket bristfällig.



Utredningen ställde också vissa frågor om sjukhusdemokrati och patientförening. Endast ca 50 % av patienterna redovisade någon uppfattning härom. 26 % var positiva till en patientförening medan lika många inte var det.

En enkätundersökning, "*Vår sjukvård*", om allmänhetens inställning till hälso- och sjukvården i Stockholms län utfördes år 1974 och omfattade 1 174 individer. Frågorna gällde bl. a. sjukvårdsinformationen, kunskaperna om landstinget och om landstingskatalogen, vart de vänder sig och vart de skulle vilja vända sig om de blir sjuka och vad de tycker är bra eller dåligt i sjukvården.

Förvånansvärt många, 86 %, visste att de fått en landstingskatalog. Nästan hälften av de tillfrågade hade också använt katalogen. Sjukvårdsupplysningens telefonnummer var däremot okänt för 3 av 4 landstingsbor. Ändå tyckte många att det skulle vara lättare att ringa efter en upplysning än att slå i en katalog (som är lätt att hitta i, enligt dem som använt katalogen). Artiklar och annonser om sjukvård lästes ofta av de intervjuade. Men det stod inte tillräckligt mycket. Man ville veta mer om upptagningsområden, dvs. vilket som är "mitt" sjukhus, om hur sjukvården skall se ut i framtiden, hur man undviker att bli sjuk och vad ord som anamnes, somatisk vård, recidiv osv. betyder. Allra helst ville man få informationen hem i brevlådan, i andra hand genom att ringa en upplysning och slutligen genom annonsering i pressen.

Enkätundersökningen hade delats upp i två delar; en informationsdel och en attityddel. I den senare frågades efter den intervjuades inställning till olika slag av sjukvårdsservice.

I valet mellan att gå till en privat eller till en allmän mottagning föredrog de flesta den privata därför att väntetiderna är kortare, kontakten mer personlig och man är mindre anonym än på den allmänna mottagningen. Det var samma skäl som gjorde att flertalet valde en distriktsläkarmottagning framför en sjukhusmottagning. Men här var skillnaderna inte så stora som mellan allmän och privat läkarmottagning.

På frågan om man kände till någon landstingspolitiker från den egna kommunen var det bara 13 % som svarat.

Allra sist ombads de intervjuade att skriva fritt om vad de tyckte var bra eller dåligt inom sjukvården. Mer än hälften passade på att prisa eller kritisera sjukvården allt efter erfarenhet. I mer än en tredjedel av svaren påpekades de långa köerna och de långa väntetiderna. I många svar efterlyste man mer personal, bättre kontakt mellan personal och patient samt mer tid för samtal. Några hade skrivit om hur besvärligt det kan vara att inte träffa samma läkare vid återbesök, att inte bli informerad om sjukdomen eller behandlingen.

Även i *Skaraborgs län* har man genom två intervjuundersökningar sökt skaffa sig kunskaper om allmänhetens åsikter om sjukvården. År 1972 genomfördes sålunda en undersökning bland länets invånare i åldern 18–70 år genom telefonintervjuer med 579 personer. Resultatet redovisades i en rapport "*Kunskaper och åsikter om sjukvården*". Den andra undersökningen genomfördes år 1975 och hade till syfte att klarlägga hur informerade länets invånare är och på vilket sätt de önskar att den fortsatta informationen skall meddelas. 582 personer deltog.

I *Uppsala län* har också utförts en liknande undersökning "*Säg vad du vill*",

som omfattar 1 085 svar.

I serien Socialstyrelsen redovisar har i början på detta år utgivits *"Attityder till sjukvården"* (1977:1). Skriften som har författats av undersökningsledaren Göran Ejlertsson lägger fram resultaten av en enkätundersökning om vad befolkningen i Dalby läkardistrikt anser i olika sjukvårdsfrågor. Enkäten besvarades av 767 personer. Författaren gör en slutkommentar och framhåller bl. a. att "den mest entydiga slutsats man kan dra av denna studie är att krafttag nu måste tas för att förbättra kontinuiteten i läkarkontakten och då framför allt inom primärvården". Han understryker vidare de skillnader som förekommer mellan olika åldersgruppers inställning till flera företeelser inom sjukvården och pekar på att de yngsta åldersgrupperna är betydligt mer kritiska än övriga åldersgrupper.

Ett särskilt avsnitt i boken behandlar hur befolkningen nås av den information om sjukvården som ges genom olika kanaler och hur man tillgodogjort sig denna. I stora drag ger undersökningen vid handen att fyra av tio personer är nöjda med informationen medan lika många anser den vara otillräcklig.

Inom Spri har nyligen påbörjats ett projekt 3049 *Trygghet och mänsklighet i vården – en studie om patienters och personalens behov, krav och upplevelser*. Projektet skall ge underlag för förslag om genomförande av praktiska åtgärder avseende patientens förhållanden relaterade till personalens behov, krav och upplevelser i sin arbetssituation. Bl. a. ställs fråga om inte mänskligare sjukvård går att åstadkomma utan att ökade personalresurser sätts in just för att bereda patienterna mer kontakt med personalen. Studien inleds med en bred probleminventering i ett landsting för att sedan följas av en intensivstudie där projektet läggs upp som ett program för att stödja och sprida patientorienterad organisationsutveckling på klinisknivå, dvs. praktisk utveckling av omvårdnaden med särskild hänsyn till patientens kontaktbehov, trygghet och integritet.

En översyn pågår mot en bättre samordning av *myndigheternas informationsgivning till medborgarna*. Socialkatalogen som ges ut av socialdepartementet för att ge medborgarna hjälp att söka information inom det sociala området är föremål för diskussion om den framtida utformningen. Bl. a. diskuteras möjligheten att utvidga innehållet att gälla andra serviceområden än det sociala. Bland företrädare hos landstingen har länge funnits ett önskemål att anpassa informationen i katalogen till lokala behov. Försöksverksamhet med samordnade lokala servicekataloger pågår inom några län, bl. a. Östergötlands och Malmöhus. Inom ramen för ett av Nämnden för samhällsinformation (NSI) finansierat projekt kallat *"Social samverkan i Linköpings kommun"* har landstinget, primärkommunen samt olika statliga myndigheter givit ut en gemensam katalog kallad *"Bra att veta om samhällsservice i Linköping"*. Sedermera har motsvarande katalog utgivits för övriga elva kommuner i länet som ersättning för socialkatalogen, landstingskatalogen och resp. kommuners informationskrifter. Försöket utvärderas av NSI. I Malmöhus län siktar försöket mot en liknande samordning med dessutom försäkringskassan som arbetspartner.



## 7.5 Relationerna mellan patienter och personal

Vi har tidigare framhållit att många forskare vid studium av sjukhusets organisationsstruktur använder sig av ett sociologiskt betraktelsesätt och ser sjukhuset som ett socialt system. Det innebär att det mellan de individer som befinner sig på sjukhuset – såväl patienter som personal – existerar ett nät av sociala relationer. Man kan även uttrycka det så, att individerna i sjukhuset tilldelas bestämda roller. De sociala relationerna mellan individerna bestäms av olika faktorer. De viktigaste relationerna är de som berör auktoritetsförhållanden, dvs. den ordning som gäller för beslutsfattandet, och de därmed förknippade kommunikationsförhållandena. Inom sjukhusen har relationerna mellan personal av olika kategorier och mellan dessa och patienterna, framför allt tidigare, utmärks av en auktoritär-hierarkisk struktur. Detta har ofta fått som konsekvens social distans, bristande samarbete, svårigheter för gruppssamverkan och kommunikationssvårigheter.

Ett flertal in- och utländska utredningar inom det sjukhussociologiska området bekräftar vad här ovan sagts. I synnerhet när det gäller uppfattningen att de markerade statuskillnaderna verkar kommunikationshämmande och kan ha negativa konsekvenser för patienterna är samstämmigheten så gott som hundra procentig.

Som ett exempel på sådana resonemang som avses citerar vi ett avsnitt ur *Mentalsjukhusens personalorganisation*. Därmed visar vi också att dessa problem, som tilldrar sig ett så stort aktuellt intresse, inte varit helt obeaktade tidigare. Denna utredning publicerades nämligen redan år 1963 (SOU 1963:24).

”När man behandlar kommunikationen mellan olika positioner och de individer som innehar positionerna så kan man skilja mellan tre olika aspekter:

- a) mängden av kommunikation, dvs. hur ofta och hur mycket det förekommer kommunikation mellan befattningshavarna;
- b) kommunikationens riktning, dvs. om kommunikationen endast går i en riktning, uppifrån och ned i en hierarki i form av ordergivning, eller om den även går nerifrån och upp. Här till kommer den kommunikation som går sidledes;
- c) kommunikationens innehåll, vad är det som förmedlas?”

I samma betänkande tas även upp kommunikationen mellan läkare och övrig vårdpersonal och det hävdas bl. a. att bristande kommunikation kan bli normbildande och få den effekten, att kommunikationen mellan vårdpersonalen och patienterna får samma utformning. Därmed minskar läkaren sina egna möjligheter att påverka patienterna.

Bristen på kommunikation mellan läkare och den övriga personalen kan få en hel serie följder, framhålls det i betänkandet. Betänkandet tar sikte på förhållandena inom ett mentalsjukhus, men slutsatserna torde i många hänseenden ha relevans också för andra typer av sjukhus.

”1. Personalen diskuterar ej tillräckligt patienterna och deras beteende med läkaren, som därför ej i tillräcklig grad kan delge dem sina intentioner. För personalen är det då enklast att bete sig så, att det skapas så få problem som möjligt. Detta kan uppnås genom att man minskar kontakten med patienterna och koncentrerar sig på uppgifter, som ger mera påtagliga resultat för en själv och i den övriga personalens ögon, t. ex. städning.

2. Bristen på kommunikation kan även leda till uppkomsten av missförstånd. Dessa missförstånd i sin tur kan skapa irritation. Som konsekvens minskar då ofta kommunikationerna ännu mera.

3. Personalen håller sig strängt till regler och bestämmelser, följer t. ex. arbetschema utan att fråga sig, varför dessa regler finns, och om de främjar behandlingen av patienterna. En sådan byråkratisk attityd är även ett hinder mot att man varierar beteendet gentemot olika patienter och behandlar dem på ett individuellt sätt.

4. Personalen utför läkarens order, även om den ej helt förstår dem och inte omedelbart kan sätta dem i förbindelse med patienternas beteende.

5. Bristen på kommunikation kan påverka personalens motivation för arbetet. Detta innebär att i stället för att man engagerar sig i arbetet, så kan det uppstå bristande intresse, likgiltighet, frånvaro från arbetet osv. Brist på kommunikation kan leda till besvikelse, och denna i sin tur till aggressivitet mot såväl medarbetare som patienter."

## 7.6 Arbetsorganisation

Under detta avsnitt avser vi att i korta drag redovisa vissa utredningar och försök av arbetsorganisatorisk karaktär som i förlängningen kan bedömas ge bieffekter av betydelse för strävandena mot bättre kontakt- och informationsförhållanden för patienterna.

Att inte få träffa samma läkare som vid tidigare besök, att inte få träffa sin "egen" läkare eller att inte ha någon egen läkare att vända sig till är olika uttryck för missförhållanden som särskilt de senaste två åren diskuterats i sjukvårdsdebatten som frågor om *patient-läkarkontinuitet*.

Sveriges läkarförbund framlade hösten 1975 resultatet av en inom förbundet gjord översiktlig studie av denna problematik. I en promemoria har förbundet sammanfattat flertalet orsaker till den bristande kontinuiteten och anvisat olika vägar att nå förbättringar. För ett antal olika organisationsmodeller, som tillämpas på olika håll i landet och som alla synes ha bidragit till en förbättrad patient/läkarkontinuitet, lämnas en beskrivning i promemorian. Förbundet förordar inte någon allmänt användbar modell utan understryker att lösningar måste lokalt prövas och arbetas fram med beaktande av de lokala förutsättningarna. Förbundet föreslog att man lokalt utser s. k. kontinuitetsgrupper i samråd med läkarförbundets lokalföreningar och resp. huvudman. Dessa förslag har hörtsammats i påfallande stor utsträckning över landet. Inom Spri läggs också ner ett omfattande utrednings- och forskarbete på området inom ramen för ett utredningsprojekt angående utveckling av vårdplaneringen. Socialstyrelsens forskningsavdelning vid vårdcentralen i Dalby, som genomfört en attitydundersökning beträffande hälso- och sjukvården i Dalby läkardistrikt, påvisar att kontinuiteten i läkarkontakten är det som värderas högst hos befolkningen.

"*Gruppvård*" är ett alternativ till den funktionella specialiseringen och har på olika håll och i olika former prövats sedan 1970-talets början. Denna form av arbetsorganisation innebär i princip en decentralisering av arbetsuppgifter och ledarskap. Medlemmarna i en grupp svarar tillsammans för vården av vissa patienter och för det arbete som är relaterat härtill. På detta område har många sjukhus och sjukvårdshuvudmän ävensom Spri kommit ganska långt med försök och gruppvården är också på sina håll väl etablerad. Den ger också



en bra grund för mera demokratiska arbetsformer. Från patientsynpunkt har erfarenheterna hittills varit mycket positiva och bl. a. givit vid handen att vården blir mer individualiserad med rikligare och sakligare information till patienten om sjukdomen och faktorer som påverkar den.

Forskargruppen för kommunikationspsykologi vid Umeå universitet har lagt upp planer för ett projekt inriktat på *studier av grupperierad vård*. Detta har föregåtts av en förstudie som bl. a. visat att gruppvård kan medföra en förbättrad kontakt och kommunikation för både patienter och personal. En grundligare studie av dessa effekter ingår i planerna. Ett motsvarande arbete utförs inom Spri i samarbete med flera huvudmän.

Vi har under kapitel 6.8 redovisat innebörden av begreppet *vårdprogram* och angivit att vårdprogrammen efter viss överarbetning möjligen kan användas som medicinskt informationsmaterial för patienter. Utvecklingen av vårdprogram genom utredningar och försöksverksamhet pågår inom Spri i samverkan med flera huvudmän. I takt med denna utveckling förväntas framställningen av den skriftliga patientinformationen öka, dvs. den information som skall underlätta för patienten att förstå innebörden av den aktuella sjukdomen och förbereda sig för olika provtagningar och behandlingsåtgärder.

Försöksverksamhet med *patientvärdinnor/-vårdar* inleddes i Västernorrlands läns landsting år 1974 med 24 för ändamålet inrättade tjänster. Till grund för verksamheten låg en promemoria med förslag beträffande rekrytering, arbetsuppgifter och utbildning för denna nya personalgrupp. Efter ca ett års försök lämnades en rapport över en uppföljning av verksamheten. Denna rapport grundade sig delvis på en enkätundersökning som gjorts bland patienter, patientvärdinnor och vårdavdelningspersonal. Rapporten utvisade att denna personalgrupp fyllde många för patienterna tidigare eftersatta behov och var också allmänt accepterad av vårdavdelningspersonalen.

Även Stockholms läns landsting har efter en ingående utredning inrättat sjukhusvårdinnetjänster med delvis andra arbetsuppgifter än som gäller för värdinnorna i Västernorrland.

Under påverkan av utvecklingen i de båda ovannämnda landstingen har ytterligare några landsting påbörjat eller planerat motsvarande verksamhet.

Inom Spri och i samverkan mellan Spri och olika sjukvårdshuvudmän bedrivs ett omfattande utrednings- och utvecklingsarbete beträffande olika medicinska och administrativa *informations- och rapporteringsrutiner* som berör patienterna. Denna verksamhet har pågått några år och avsatt förslag, som prövas hos olika huvudmän. Som exempel kan nämnas en Spri-rapport 18/69 *Meddelanderutiner läkare – distriktssköterskor* som redovisar förslag till rutiner för att förbättra kommunikationerna mellan öppen och sluten vård, främst mellan läkare och distriktssköterska. Förslagen grundas delvis på enkäter, vilka visade att meddelande från läkare till distriktssköterska lämnades i mindre än 40 % av de fall, där patienten besökt distriktssköterska på anmodan av läkare.

Frågorna hade aktualiserats av Svensk sjuksköterskeförening som efterlyste effektivare kommunikationsvägar i båda riktningarna mellan läkare, främst sjukhusläkare, och distriktssköterska bl. a. med hänsyn till betydelsen av kontinuitet i vården när patienten överfördes från sjukhusvård till

hemsjukvård.

De förslag till meddelanderutiner som rapporten omfattar avser kommunikationen i båda riktningarna, alltså även den information som distriktsköterska har om den patient som skall läggas in på sjukhus.

De flesta förändringar som vidtas beträffande vårdpersonalens arbetsmiljö får också konsekvenser för patienterna. Vi har tidigare understrukt detta samband. I dagens läge riktas på olika sätt uppmärksamhet på sjukhuspersonalens arbetsmiljö och en omfattande utredningsverksamhet pågår på olika håll.

Sedan drygt ett år tillbaka pågår vid psykologiska institutionen, Stockholms universitet, ett forskningsprojekt om *sjukhusets psykosociala arbetsmiljö*. I detta projekt räknar man med att bl. a. kunna påvisa de fördelar, som en annorlunda vårdorganisation grundad på mer demokratiska arbetsformer förväntas få för patientens vårdssituation, bl. a. när det gäller kontaktfrågor och patientaktivering. Projektet utförs i nära samarbete med läkarförbundet, kommunalarbetsförbundet, sjuksköterskeföreningen, socialstyrelsen och landstingsförbundet.

Ett annat projekt med arbetsmiljöinriktning redovisas i publikationen "*Att utveckla arbetslag – ett försök med nya arbetsformer vid Skene lasarett*". Rapporten syftar till att redovisa några erfarenheter hur man i samarbete med samtliga personalkategorier inom ett sjukhus kan ändra vårdorganisationen. Erfarenheter har vunnits om nya arbets- och samarbetsformer när hela arbetslaget uppnår en bättre arbets- och vårdmiljö.

I en rapport 4015 "*Funktionskrav beträffande teletekniska kommunikationer inom vårdavdelning*" har Spri särskilt studerat kraven på sådana kommunikationer ur patientens synvinkel. Det kan noteras att man bl. a. varnar för att de personliga kontakterna mellan patienter och personal kan minska om man inför alltför avancerade system.





## 8 Brister i nuvarande förhållanden och motiv för ökade insatser

### 8.1 Principiella utgångspunkter

Vi anser att informationsproblemen inom hälso- och sjukvården som regel inte är speciella för detta område utan speglar problem som man kan möta på många håll i samhället. De har under senare år kallats för olika saker som rotlöshet, alienation och liknande och antas bero på bl. a. att vi numera lever i större, mera sammansatta kollektiv som är mindre inriktade på den enskilda människans känslor och villkor än tidigare.

Många förklaringar till utvecklingen och förslag till förbättringar har förts fram i den allmänna debatten. I den mån de inte direkt berör hälso- och sjukvården har vi inte gått närmare in på dem. Vi vill ändå påminna om dem eftersom lösningen på många av problemen inom hälso- och sjukvården torde få sökas i den allmänna samhällsutvecklingen. Det gäller frågor av typen hur man bygger ett demokratiskt samhälle, hur man fostrar för gemenskap och gemensamt ansvar för varandra, mål och innehåll för skolan och annan utbildning osv.

De tekniska förutsättningarna för informationen, val av media och budskapets utformning bör prövas i särskild ordning av specialister. Vi har därför inte gått närmare in på dessa frågor.

Det är patienten själv som avgör om han skall underkasta sig viss vård eller behandling. Självklart bör han också ta del i de diskussioner som måste föras om vilken typ av vård eller behandling som bör ges. För att kunna göra detta måste patienten vara upplyst om förutsättningarna för vården, planerade och vidtagna åtgärder m. m. I vårdarbetet måste information till och från patienten ingå som en integrerad del. Informationen är på samma sätt som vårdpersonalens insatser av avgörande betydelse för utredningen och behandlingen. Saknas information eller ges den bristfälligt är risken stor att vårdinsatsen blir bristfällig, t. ex. genom att felaktig behandling sätts in.

Det är uppenbart att detta principiella och delvis teoretiska resonemang inte kan leda till den praktiska slutsatsen att någon behandling inte får sättas in förrän patienten är lika insatt som läkaren i de medicinska problem som rör patienten. Men resonemanget gäller i princip ändå. Situationen skiljer sig inte från många liknande i livets olika skeden och på samhällets olika områden utanför sjukvården. Vi får ofta experthjälp men fattar själva beslut om våra angelägenheter.

Den inställning vars principiella förutsättningar vi nu redovisat råder inte alltid inom hälso- och sjukvården. Många skulle nog snarare säga att det ofta



förefaller vara tvärtom. Patienten tas om hand, får överlämna sig till läkaren och de andra vårdarbetarna och tror sig inte kunna göra eller gör i vart fall inte anspråk på att bli insatt i vad som pågår. Oavsett hur vanligt det är bör detta synsätt ändras – både hos patienterna och hos vårdpersonalen. För att åstadkomma förändringen krävs arbete på många håll, i formuleringen av vårdens mål och uppbyggnaden av dess organisation, i den allmänna undervisningen, i utbildningen av vårdpersonalen osv. Särskilt betydelsefullt blir arbetet inom den lokala organisationen med den personal och de patienter det gäller.

Att patienterna får delta i beslut, liksom i det arbete som föregår och som blir följden av beslut, bör medföra positiva effekter på patientens och personalens engagemang och självkänsla, uppfattning av den egna rollen och de yrkesmässiga och mänskliga förutsättningarna för medverkan och inflytande.

Vi utgår ifrån att detta i sin tur ökar kraven på att få, viljan att ge och förmågan att ta emot upplysningar. Detta gäller både patienter och vårdpersonal.

Det kan inte uteslutas att den utveckling vi skisserat med bättre informerade patienter leder till att personal och andra resurser kommer att kunna utnyttjas bättre än f. n.

Man bör vidare kunna räkna med att vården av en välinformerad patient får mera varaktig effekt. Den kommer säkerligen också – och det är inte minst viktigt – att av den enskilda människan upplevas som en bättre vård.

## 8.2 Expertgruppens synpunkter

### 8.2.1 Informationsfrågorna i organisations- och planeringsarbetet

Relationerna mellan hälso- och sjukvården och allmänheten, dvs. samhället utanför vården, utmärks delvis av att själva sjukvårdsorganisationen är tämligen obekant för många. Det är nödvändigt att insatserna ökas för att förbättra kontakten mellan hälso- och sjukvården och den befolkning den är satt att tjäna. Olika vägar härför anvisas av bl. a. kommunaldemokratiutredningen.

Mellan de olika enheterna inom ett sjukhus och mellan sjukhuset och sjukvårdsenheterna i den öppna vården utanför sjukhuset fungerar kommunikationen inte alltid. För patienten är det bl. a. en säkerhetsfråga av stor betydelse att data från tidigare kontakter med hälso- och sjukvården tas i beaktande vid senare besök. Här anmäler sig problemet hur man skall kunna säkerställa att relevanta uppgifter från t. ex. skolhälsovård, studerandehälsovård, företagshälsovård, militärhälsovård och från privatläkarvård samordnas med patientuppgifterna hos den allmänna hälso- och sjukvården.

När det gäller hanteringen av den dokumenterade patientinformationen, i första hand patientjournalerna, vill vi allmänt framhålla att den sett från integritetssynpunkt inte är helt tillfredsställande, varken tekniskt eller formellt. Säkerheten i vård- och behandlingsarbetet och den personliga tryggheten både för patienter och personal aktualiserar särskilda insatser.

Hittills har informationsinsatser i allmänhet behandlats som separata

åtgärder i förhållande till hälso- och sjukvården i övrigt. Först sedan ett informationsbehov påtalats har man övervägt hur man skall genomföra informationsinsatserna. Man bör emellertid inte bara diskutera speciella informationsåtgärder just när behovet uppstår. Hela vårdverksamheten måste kunna tas i betraktande och informationen planeras som en integrerad del av denna utifrån de övergripande mål vi uttryckt i inledningen till kapitlet.

Vid vårdorganisatoriska överväganden och i planeringen tar huvudmännen i dag i ingen eller mycket ringa utsträckning hänsyn till de krav, som ett väl fungerande informations- och kommunikationssystem ställer. För framtiden torde det bli nödvändigt att på ett helt annat sätt uppmärksamma dessa krav och från början sammanväga dem med kraven på vården i övrigt.

Möjligheterna för patienten till insyn och medinflytande i vårdarbetet och sin egen vårdssituation är enligt mångas mening f. n. begränsade. Arbetslivets demokratisering och utvecklingen av den kommunala demokratin aktualiserar patienternas krav. Det bör måhända övervägas om inte ett organ måste skapas där patienterna ges möjlighet att tillsammans med de vårdansvariga få diskutera och samråda, ge och erhålla information i för dem väsentliga frågor, utjämna motsättningar och undanröja missförstånd.

Vi tror emellertid inte att den omdebatterade institutionen med en patientombudsman är någon lösning när det gäller att förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Enligt vår mening måste man hysa stor tveksamhet mot att införa en institution som kan skapa en klyfta mellan patienten och sjukvården/personalen med ett markerat partsförhållande som följd.

MAK torde komma att i sitt huvudbetänkande diskutera dessa frågor närmare och lägga fram förslag till inrättande av sådana organ som vi ovan efterlyst.

### 8.2.2 *Organisationen av vårdarbetet*

De arbetsfördelningssystem som råder inom sjukvården är inte direkt anpassade till kraven på kontakt och information. Utvecklingen av omvårdnadsarbetet har som vi framhållit lett till att omvårdnadsarbetet uppdelats på strikt begränsade funktionsområden, med den följderna att arbetsuppgifterna med och kring patienten lagts på många olika personer, vilka var och en har begränsad information om patientens sjukdomstillstånd. Även om en viss specialisering är nödvändig torde det likaväl finnas anledning att mer ingående pröva organisatoriska förändringar som tar sikte på andra arbetsformer, t. ex. lagarbete, ändrade former för ronder, flexibla dag- och arbetsordningar etc.

Erfarenheter av olika försök med ändrade organisationsformer ger en anvisning om att det finns möjligheter att ge personal och patienter en mera positiv såväl arbets- som vårdmiljö. Ett genomgående drag synes nämligen vara att förbättringar i arbetsmiljön också leder till förbättringar i patientens vårdmiljö. Det är viktigt att sådana rön och erfarenheter förs ut och tas till vara av sjukvårdshuvudmännen.

Vi har funnit att förbättrade kontakt- och informationsförhållanden ingår i de mål av grundläggande betydelse, som uppställts för att förbättra den



vårdsökandes och patientens situation såsom helhetssyn, kontinuitet, normalisering, medinflytande och aktivering.

Ett speciellt och ofta uppmärksammat problem är patientens reaktion på en sjukhusvistelse. Här är s. k. regression kanske det vanligaste. Är själva sjukhusatmosfären dessutom auktoritär så att patienterna behandlas som oansvariga och osjälvständiga, som skall lyda utan att veta varför och som man t. ex. under rondan talar över huvudet på, förstärks tendensen till regression. För att motverka detta behövs en aktivering av patienten, vilket i sin tur starkt ökar behoven av kommunikation. Detta förutsätter åtgärder för att öka informationen inte bara mellan läkare och annan vårdpersonal utan också mellan denna personal och patienten.

Ett sjukhus är ett socialt system med ett nät av relationer mellan de olika individerna där personal och patienter har bestämda roller. Det är främst tre typer av sociala relationer som är aktuella, nämligen mellan personalen och patienterna, mellan patienterna inbördes och mellan personalen inbördes. Samtliga dessa relationer är betydelsefulla i detta sammanhang eftersom de påverkar patientens totala situation.

Ju större statuskillnaderna är mellan individerna desto mer formella blir relationerna mellan dem. Detta innebär minskad kommunikation, att informationen stoppas eller förändras på vägen. För att förändra det sociala mönstret fordras bl. a. utbildning t. ex. i patientpsykologi och sjukhussociologi.

För att kunna genomföra förändringar av kommunikationsförhållandena i vidare bemärkelse krävs ändringar, som rör den sociala och arbetsorganisatoriska strukturen.

Den pågående demokratiseringen av arbetslivet har redan medfört att personalen fått en mera fördomsfri inställning till förändringar av organisationen och av sina roller i hälso- och sjukvården. Denna utveckling bör på längre sikt leda till att den begränsning av kommunikationen som hänger samman med skiktningen i statusgrupper så småningom försvinner. Därmed torde utgångspunkter skapas för en bedömning av hur ett kommunikations-system skall kunna utnyttjas på ett konstruktivt sätt för att aktivera patienterna, minska känslan av kontaktlöshet och öka det psykiska välbefinnandet. Resultatet torde bli att vården förbättras.

### 8.2.3 *Patientens situation*

Som inledningsvis framhållits bör man inte utgå från en statisk människosyn där patienten uppfattas som ett passivt objekt, som matas med information efter givna mallar. En avvägning måste göras mellan åtgärder som gör informationen mer allsidig och tillgänglig och åtgärder som stimulerar patienten att aktivt söka information, att kritiskt ta del av densamma och anknyta den till hans egen situation.

För sjukhus/sjukhemspatienter bör miljön och de dagliga aktiviteterna i möjligaste mån överensstämma med normalt vardagligt liv och miljö utanför sjukhuset. Här anmäler sig ett informationsbehov av något annan karaktär, som enligt vår mening inte får underskattas och som i dag inte är särskilt väl tillgodosett. Vi avser då det informationsbehov hos patienterna som riktar sig mot världen utanför sjukhuset och som avser kontakt med kulturliv,

folkbildnings- och annan föreningsverksamhet osv. Här har sjukhusbiblioteken en viktig uppgift i det totala vårdarbetet. Insatser på detta område kan dessutom bidra till inte bara en aktivering av patienten under sjukhusvistelsen utan också medverka till återanpassningen till den normala miljön genom att intresset för omvärlden hålls uppe under en längre sjukhusvistelse.

När man överväger hur man skall förbättra patientens kontakt- och informationsförhållanden måste man enligt vår mening vara uppmärksam på att denna fråga inte är okontroversiell. En analys av sambandet mellan omfattningen och utformningen av informationen å ena sidan och patientens upplevelse resp. effekterna på vårdresultatet å den andra sidan skulle sannolikt visa att detta samband är i hög grad komplicerat. Så är t. ex. patientens värdering av den information han anser sig få beroende av de förväntningar han har på informationen. Överensstämmer önskan om information med den han anser sig ha fått, antas detta påverka honom i positiv riktning. Anser han sig ha fått mindre har det negativa effekter. Den information som en patient anser sig ha fått behöver emellertid inte överensstämma med den som läkare och vårdpersonal lämnat. Patientens förmåga att ta emot och förstå informationen kommer här in i bilden. Denna förmåga påverkas, förutom av de vårdansvarigas sätt att presentera informationen, bl. a. av personalens och patientens utbildning.

Det måste också påminnas om att patienten kan vara fysiskt eller psykiskt oförmögen att ta emot eller använda informationen.

#### 8.2.4 Andra utredningars arbete

Som tidigare framhållits har under senare tid ett antal kommittéer tillsatts med uppgifter som i större eller mindre grad kommer att påverka kontakt- och informationsproblemen. Frågorna om hälso- och sjukvårdens mål och organisation samt frågor om rättigheter och skyldigheter behandlas av hälso- och sjukvårdsutredningen, organisationen av vårdens inre arbete, fördelningen av arbetsuppgifter m. m. av utredningen angående sjukvårdens inre organisation.

Utbildningsfrågorna kommer att tas upp av sistnämnda kommitté och vara en huvuduppgift för utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan.

Den grundsyn som redovisas i förstudier till den av socialstyrelsen och Sprit och de båda kommunförbunden tillsatta gemensamma utredningen "Primärvård - Äldreomsorger - Samverkan" karakteriseras också av en strävan att ägna stor uppmärksamhet åt service och vård till den enskilde individen. Man förutsätter att kraftiga satsningar görs på omvårdnadsarbetet, trygghet i mänskliga kontakter, lättillgänglighet i vårdorganisationen, kontinuitet i kontakterna mellan patient och vårdpersonal, medinflytande för patienten osv.

Många av de brister som påtalats i rapporten torde komma att närmare analyseras och övervägas av dessa utredningar.



### 8.2.5 *Sjukvårdshuvudmännens ansvar*

I direktiven framhålls att kommittén bör överväga lösningar som kan genomföras genom vederbörande sjukvårdshuvudmans försorg. Härigenom blir det möjligt att beakta skiftande lokala förhållanden och de erfarenheter och önskemål som finns hos sjukvårdshuvudmannen.

Vi har i vår rapport sökt att ge en bakgrund till kontakt- och informationsproblemen genom att beskriva nuläget inom vården, sambanden mellan kontakt- och informationsfrågorna och de vårdorganisatoriska förhållandena, de önskemål och krav som förts fram samt det omfattande arbete som lagts ned eller planerats genom forskningsinsatser, utredningar och försök.

Vi utgår från att huvudmännen och enskilda organisationer arbetar vidare med dessa problem. Vår rapport bör därvid kunna tjäna som ett underlag.

## Bilaga 1 Sjukdomsinriktade patientbroschyrer

Avsikten med denna uppställning är inte att söka exakt återge hur många egna broschyrer som framställts utan snarare att ge en bild av på vilka områden detta i huvudsak skett.

Uppgifterna bygger på ett enkätmaterial från år 1975 och avser *den egna produktionen av broschyrer* hos 17 sjukvårdshuvudmän.

Sakområde	Antal broschyrer
<i>Inför röntgen</i>	
ospecificerade	24
magsäck	7
gallvägar, gallblåsa	12
tarmar	8
njurar	2
urinvägar	9
allmänt bukorgan	3
ländrygg	3
kontrastverkan	3
barnröntgen	3
<i>Inför operation (kir + ortop)</i>	
ospecificerade	6
armar	3
knä	3
rygg	4
magsår	5
struma	1
bröst	1
åderbräck	4
narkos	1
galla	4
rektoskopi	3
proktoskopi	3
gastroskopi	2
cystoskopi	2



Sakområde	Antal broschyrer
<i>Efter operation (kir + ortop)</i>	
allmänt	2
diet	3
gipsade patienter	17
bensår	3
menisk	3
stelkramp	5
smittkoppsymp	3
läkemedel	2
träningsprogram	4
diskbräck	1
andning	1
armar	3
axlar	1
benamputerad	1
<i>Öron, näsa, hals</i>	
Öronoperation	5
Halsmandlar op	6
Körtel bakom näsan	9
Medicinering	2
Öroninflammation	10
Anvisningar efter strålbehandling	5
Hörapparat	4
<i>Kvinnor</i>	
Graviditet	3
Förlösning	3
Nyfödda barn	3
Abort	4
Operationer	5
Cellprov	10
Skrapning	7
Bröstvård	2
Borttagande av livmoder	1
Rtg-förberedelser	1
Träning för bäckenbottenmuskulatur	3
Ryggmärgsbräck hos foster	2
<i>Hud</i>	
Allergi	20
Eksem	4
Veneriska sjukdomar	1
Bensår	2
Vårter	1
Hudvård efter strålbehandling	1
Kost	1

---

Sakområde	Antal broschyrer
<i>Infektion</i>	
Smittkoppsympade	4
Hepatit	3
Scharlakansfeber	1
<i>Medicin</i>	
Högt blodtryck	5
Diabetes	16
Hjärtinfarkt	3
EEG	1
Tjocktarm	1
Insulincoma	4
Njurinfektion	2
Urinvägsinfektion	4
Rtg av bukorgan	1
Läkemedelsbiverkningar	3
Provtagning	2
Urinprov	5
Injicering	2
Radioaktiv jod	2
Dosering	1
Diet	26
<i>Barn</i>	
Allmän medicinsk information	5
Vaccinering-ympning	3
Epilepsi	3
Diabetes	1
Diarré	2
Diet	1
<i>Rehabilitering</i>	
Kost	6
<i>Reumatologi</i>	
Medicinföreskrifter	10
Ledskydd	1
Ledgångsreumatism	2

---





## Bilaga 2 Patientinriktade ITV-program ur landstingsförbundets programbank

### *Bertil Sjödin* – hur bemöter vi honom (13 min)

En manlig patient kommer för första gången till sjukhusets akut/kir mottagning. Vi får följa honom och se hur han tas emot och bemöts på sjukhuset. Situationerna som kommenteras visar hur personalen bemöter patienten på olika sätt.

### *Dagboksblad* – tankar och upplevelser, nedtecknade av en nybliven cancerpatient (21 min)

Manus till detta program har skrivits av en patient som tidigare varit verksam som sjuksköterska. Hon har fått cancer och skildrar sin ångest inför insikten att hon fått en livshotande sjukdom. På ett klarsynt och sakligt, men ändå gripande sätt berättar hon i dagboksform om sina upplevelser de första dagarna på sjukhuset. Det är en kärleksfull och insiktsfull kritik.

### *Frågor inför döden* – (19 min)

Programledaren samtalar med fyra personer som genom sitt arbete på olika sätt kommit i kontakt med frågor inför döden. Programmet bör följas av diskussion.

### *Kris* – om det psykiska traumat (20 min)

Programmet berättar om Erik, en pojke i 20-årsåldern. Erik får diabetes. Han missköter sin sjukdom, utan att man på sjukhuset kan förstå varför. Vid samtal med en person bland personalen förstår man att Erik är inne i en krissituation. När Eriks kris reds ut kommer han också att sköta sin sjukdom.

### *Livskris* – (18 min)

Programmet berättar om en patient med en depression, som vårdas på en psykiatrisk klinik. Man får se hur en vårdare genom samtal med patienten kommer fram till att det ligger en kris bakom depressionen.



*Min make är sjuk – (12 min)*

Sjukhuspersonalen ställs ofta inför problem i kontakten med patientens anhöriga inför svår sjukdom och död. I detta program tas en sådan konkret situation upp. Den följs av ett samtal där vårdpersonal diskuterar problemet.

*Samtal inför döden – (11 min)*

Mitt i en stressad vardagssituation börjar en svårt sjuk – kanske döende – patient tala med sjuksköterskan Kerstin om sin oro och rädsla för att dö. Kerstin känner sig provocerad av detta och talar med avdelningsläkaren om sin oro.

*Tillsammans inför döden – (29 + 31 + 24 + 25 min)*

Programmet (fyra avsnitt) visar ett samtal mellan en döende patient, spelad av en sjukhuspräst, och en person ur vårdpersonalen. Avsnitt för avsnitt får man följa den psykologiska process som patienten genomgår när hon vet att hon skall dö.

*En normal förlossning – (23 min)*

Vi följer en vanlig förlossning, så vanlig den nu kan bli, eftersom varje förlossning är lika unik som den människa som föds. Olika smärtlindringsmetoder visas. Programmet kan visas för blivande föräldrar.

*Entero- och urostomier 2 – bandagering (27 min)*

I programmet redogörs för olika typer av bandage för stomier. En stomioopererad demonstrerar bandagering och skötsel av sin stomi. Programmet är avsett både för patienter och personal.

*Entero- och urostomier 3 – att leva med en stomi (25 min)*

Kan en stomioopererad äta vad som helst? Går det att leva ett normalt sexualliv efter operationen? Dessa och liknande frågor diskuteras i programmet, som är avsett både för patienter och personal.

**Kommande ITV-program***Leta fram det friska – om aktivering av äldre på institution**Barn på sjukhus*

### Bilaga 3    Filmer inom tandvården

#### *Bildserier och stillfilmer*

1. Caroline på Skansen  
(under framställning)
2. Du och din mun
3. Ett program om karies  
(Bo Krasse – Douglas Bratthall)

4. Fluorsköljning  
(Rune Söremark – Åke Nordlund)
5. Friskare tänder – en lektion om tandröta  
(Arvid Syrrist – Claes Lundquist –  
Gunvor Landgren – Lars-Erik Lingström)

6. Friskare tänder B  
dito, bearbetat för svagpresterande elever
7. Frukost på rätt sätt  
(Anders Bauer)
8. Hunden som fick tandvärk
9. Håll munnen ren  
(Rune Söremark – Göran Nordström)

10. Johan och Åsa hos tandläkaren
11. Kronor och broar  
(Rune Söremark – Göran Nordström)

12. Mina tänder  
(Bosse Bjerner – Helge Hannerz  
– Anders Östgren)

13. Mjölktänder, är det något att  
vara rädd om?  
(Bjerner – Hannerz – Östgren)

14. Munhygien mot tandlossnande  
(Lars Jacobsson)

15. Munhygien och avtagbara proteser  
(Anders Bauer – Rune Söremark)

16. När jag gick till tandläkaren  
(Ulf Råberg)

17. Om fyra år  
(Avd för barntandvård, Umeå)

18. Parodontit  
(Bjerner – Hannerz – Östgren)

#### *Distributör*

Tandvårnet

Tandvårnet

LIC

Medicinsk Information

Tandvårnet

Tandvårnet

Tandvårnet

bildband  
diaserie

Tandvårnet

LIC

Medicinsk Information

Tandvårnet

LIC

Medicinsk Information

Tandvårnet

Tandvårnet

bildband  
diaserie

LIC

Medicinsk Information

Tandvårnet

Tandvårnet

LIC

Medicinsk Information

Tandvårnet

Tandvårnet

Tandvårnet

LIC

Medicinsk Information

Merx Prod. AB

Tandvårnet

LIC

Medicinsk Information

Tandvårnet

Tandvårnet



- |   |  |
|---|--|
| 19. Rena tänder<br>(Jan Egelberg – Douglas Bratthall<br>– Gunilla Tynelius) | Tandvårnet   |
| 20. Rena friska tänder<br>(Bjerner – Hannerz – Östgren)                     | Tandvårnet   |
| 21. Rätt mat – friska tänder<br>(Anders Bauer – Åke Nordlund)               | Tandvårnet   |
| 22. Rätt mat i väntans tider<br>(Anders Bauer – Odont. fakulteten,<br>Umeå) | Tandvårnet   |
| 23. Rätt mat på äldre dar<br>(Anders Bauer – Odont. fakulteten,<br>Umeå)    | Tandvårnet   |
| 24. Rätt närd i välfärd<br>(Anders Bauer – Odont. fakulteten,<br>Umeå)      | Tandvårnet   |
| 25. Tandborstning – gnuggmetoden<br>(Bjerner – Hannerz – Östgren)           | Tandvårnet   |
| 26. Tandköttinflammation – tand-<br>lossning<br>(Sture Nyman)               | Avd. för parodontologi<br>Odont. kliniken, Göte-<br>borg |
| 27. Tandlossning – Ditt problem<br>(Lars Jacobsson)                         | LIC<br>Medicinsk Information<br>Tandvårnet               |
| 28. Tandtroll – finns dom?<br>(Avd för barntandvård, Umeå)                  | Tandvårnet   |
| 29. Vill du bli din egen tandläkare?<br>(Bjerner – Hannerz – Östgren)       | Tandvårnet   |

#### Övriga filmer

- |  |  |
|--|--|
| 1. Den förtrollade tandborsten                             | Tandvårnet<br>Färgfoto-AKA-film                    |
| 2. Den onödiga sjukdomen<br>(3 avsnitt) svart-vit          | Färgfoto-AKA-film                                  |
| 3. Fluor   | Färgfoto-AKA-film                                  |
| 4. Hos tandläkaren, svart-vit                              | Färgfoto-AKA-film                                  |
| 5. Karius och Baktus                                       | Färgfoto-AKA-film                                  |
| 6. Om bara viljan finns                                    | Svenska Unilever<br>Färgfoto-AKA-film              |
| 7. Parodontit I<br>(Sjukdomens uppkomst och<br>utveckling) | Astra-Wallco AB<br>Färgfoto-AKA-film               |
| 8. Parodontit II<br>(Instruktion i munhygien teknik)       | Färgfoto-Aka-film                                  |
| 9. Tand i sikte  | Tandvårnet<br>Färgfoto-AKA-film                    |
| 10. 32 syskon  | Färgfoto-AKA-film                                  |
| 11. Tänder för livet                                       | Färgfoto-AKA-film                                  |
| 12. Vad händer med Dina tänder                             | Svenska Unilever<br>Färgfoto-AKA-film              |
| 13. Var så god och välj                                    | Tandvårnet<br>Socialstyrelsen<br>Färgfoto-AKA-film |
| 14. Vår mun  | Svenska Unilever                                   |

## Bilaga 4 Intervjuguide Danderyds sjukhus

### Patientintervjuer, intervjuguide

Förklara syftet med intervjun. Redogör för hur bandet kommer att användas.  
Presentera bandspelaren.

#### 1. *Inledning*

Har ni legat på sjukhus tidigare?  
På vilket sätt blev ni hänvisad till sjukhuset nu?  
genom mottagningen  
akut insjuknande

#### 2. *Mottagandet vid ankomsten till avdelningen, informationen om avdelningens rutiner, lokaler*

Kan ni berätta om hur ni blev mottagen när ni kom hit till avdelningen?  
Presenterade personalen sig för er? Borde de göra det?  
Blev ni visad runt på avdelningen, fick veta var dagrum, rökrum, matsal,  
telefon finns?  
Fick ni dela rum med flera patienter?  
Blev ni presenterad för dem första gången ni kom in på rummet?  
Fick ni veta hur sängen, sängbordet, bidédusch fungerar?  
Har ni fått den skriftliga patientinformationen?  
Har ni läst den?  
Vad tycker ni om den?  
Några tillägg eller ändringar ni skulle vilja göra i broschyren?  
Kände ni er väl omhändertagen när ni kom till avdelningen?

#### 3. *Vårdrummet*

Delat rum med flera patienter? Hur många? Varför?  
Om ni själv fick välja: hur stort rum skulle ni vilja ligga på?  
Varför?  
Vad tycker ni om rummets färgsättning? Varför?  
Skulle ni vilja ha konst på väggarna? Varför?  
Störs ni av trafikbuller? När då?  
Man får inte öppna fönstren här på avdelningen p.g.a. luftkonditioneringen.



Tycker ni det är dålig ventilation på rummen?  
 Tycker ni det är lagom temperatur i rummen?  
 Störs ni av något annat här? Vad då? När?  
 Förslag till förändringar?  
 Övriga lokaler: dagrum, rökrum, matsal.  
 Vad tycker ni om färger, möbler, utsmyckning?

#### 4. *Kontakten med medpatienter*

Tycker ni det är lätt att få kontakt med de andra patienterna?  
 Talas det mycket om sjukdomar? Tycker ni det är obehagligt?  
 Störs ni av de andra på rummet? När då?  
 Har ni behövt hjälp med tvättning i sängen, bäcken i sängen?  
 Tycker ni det är besvärande att bli hjälpt med sådana saker när det finns andra i rummet?

#### 5. *Kontakten med anhöriga, vänner under sjukhusvistelsen*

Kan ni ha den kontakt med era anhöriga som ni önskar?  
 Är besökstiderna bra? Skulle ni vilja ändra dem? Hur? Varför?  
 Är det svårt att få tillgång till telefonen?

#### 6. *Kontakten med personalen – information om sjukdom, behandling, efterförlopp*

Om ni behöver hjälp med något, vilken av personalen vänder ni er då till?  
 Varför?  
 Tycker ni det är lätt att få kontakt med personalen på avdelningen?  
 Upplever ni det som om personalen hade tillräckligt med tid för er?  
 Både dag- och nattpersonal?  
 Har ni fått tala med doktorn så mycket ni önskat?  
 Har ni fått information om er sjukdom? Om behandlingen?  
 Har ni själv bett om denna information?  
 Vad tycker ni om ronderna? Varför tycker ni så?

#### *Opererad*

Har ni blivit opererad någon gång tidigare?  
 Fick ni information om operationen i förväg? Av vem?  
 Kände ni er nervös inför operationen?  
 Information om narkos?  
 Blev ni rakad dagen före operationen? Kändes det obehagligt?  
 Hur tyckte ni det var att ligga på uppvakningsavdelningen efter operationen?  
 Har någon talat med er om operationen efteråt? Vem?  
 Är det något angående behandlingen av er sjukdom ni inte fått veta men skulle vilja ha information om? Av vem?

### 7. *Måltider*

Tycker ni om maten ni blir serverad här?

Är det något som är speciellt bra/dåligt?

Brukar ni äta på samma tider hemma?

Har ni ätit i matsalen?

Tycker ni det är bra att det finns en matsal?

Önskemål angående mat, måltider?

### 8. *Sysselsättning*

Blir tiden långsam?

Har ni något att sysselsätta er med?

Skulle ni vilja ha andra möjligheter till sysselsättning på sjukhuset än de få som nu erbjuds? Vad då? Varför?

Andra önskemål om förändringar eller förbättringar som skulle göra det bättre och/eller lättare att vara patient på sjukhus.





Bilaga 5 Källförteckning<sup>1</sup>

- 19 Abrahamsson, K, Samhällskommunikation, Lund 1974
- 32 Landstingens arkivutredning, Arkiv inom hälso- och sjukvård, SOU 1968:53
- 33 Informationsutredningen, Vidgad samhällsinformation, SOU 1969:48
- 33 Proposition 1972:33 med förslag till riktlinjer för samhällets konsumentpolitik
- 33 Proposition 1975:40 om kommunal konsumentpolitisk verksamhet
- 34 Socialutredningen, Socialvården, SOU 1974:39
- 35 Länsberedningen, Stat och kommun i samverkan, SOU 1974:84
- 35 Utredningen om den kommunala demokratin, kommunal demokrati, SOU 1975:41
- 36 Riksdagens revisorer, granskningspromemorior 5/1972, 1/1976
- 38 Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvård inför 80-talet, Stockholm 1976
- 38 Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Socialstyrelsen och Spri, Primärvård, Äldreomsorgen, Samverkan, Stockholm 1977
- 49 Israel, J. Hur upplever patienten sjukhuset, Uppsala 1962
- 49 Larsson, L. Som patient, Stockholm 1965
- 50 Janzon, B, Sjukvårdens informationsproblem, Stockholm 1967
- 50 Asplund, B, Vi sjuksköterskor anser, Stockholm 1968
- 50 Svensk sjuksköterskeförening, Patientvården i brännpunkten, Stockholm 1969
- 50 Rhenman, E, Centrallasarettet, Studentlitteratur 1969
- 50 Björklöf, S, Kärnek, R, Qvarlander, H, Sjukhusdemokrati, Stockholm 1970
- 51 Winberg, H, Patienten och läkaren, Stockholm 1971
- 51 Lindblom, M, Öppet brev till en medpatient, Stockholm 1972
- 51 Dahl, T, När jag var sjuk, Göteborg 1973
- 51 Skote, I, Arg på sjukhus, Stockholm 1976
- 51 Ingvar, D, Patient 69, Läkartidningen 1969/20
- 51 Silbersky, J, Patientdagboken, Kompressen 7/1974
- 54 Nordiska rådet, Medlemsförslag beträffande patientombudsmannainstitutionen (13 mars 1973)
- 55 Nordiska rådet, Medlemsförslag beträffande förenhetligad medicinsk nomenklatur (14 juni 1976)
- 58 Patient counselling, Konferens i Amsterdam 1976-04-21-23, Läkartidningen 1976/30-31, Tidskrift för Sveriges Sjuksköterskor nr 10/1976 och Tandläkartidningen nr 11/1976

<sup>1</sup> Med hänvisning till sida i rapporttexten.



- 61 Stockholms läns landsting, Utredningen om Stockholms läns landstings informationsverksamhet, Bihang 1976:2
- 62 Landstingsförbundet, Impuls – utbildning för bättre vårdmiljö, Stockholm 1971
- 63 Adams-Ray, J, Problem kring döden, Stockholm 1972
- 68 Landstingsförbundet, Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik, 1974.
- 72 Spri rapport 19/72, Personalstruktur inom hälso- och sjukvård
- 72 Spri rapport 7025, Översyn av vårdavdelningsorganisationen vid de psykiatriska sjukhusen
- 72 Mentalsjukvårdens personaldelegation, Mentalsjukhusens personalorganisation, del I och II, SOU 1963:24, 1965:50
- 74 Spri råd 1.2 om vägvisning inom sjukhus och andra sjukvårdsanläggningar m. m.
- 74 Berglund, K, Lundstedt, M, En patientombudsman på kliniken – några preliminära erfarenheter, Läkartidningen 1972/30 och 31
- 75 Rössner, S, Okonventionella metoder att informera patienter, Nordisk medicin, april 1974
- 75 Tibblin, G, Vården av oss själva (installationsföreläsning Umeå 1975)
- 76 Spri råd 4.5, Patientrapportssystem för vårdavdelningar
- 77 Wistrand, B, Patientombudsman vid Mölndals lasarett, Sjukhuset 12/72
- 76 Se sid. 50 nr 5
- 77 Göteborgs universitet, Patientens och personalens attitydmässiga upplevelse av sjukvårdsmiljön samt förslag till åtgärder av personaladministrativ karaktär (1971)
- 77 Blomstedt, B, Brismar, B, Patientinformation, Läkartidningen 1971/6
- 78 Axelsson, A, Ranman, PO, Nilsson, B-E, Informationscentralen för de öron-, näs- och halssjuka i Göteborg, Sjukhuset 7–8/1971
- 79 Axelsson, A, Ranman, PO, Kundmottagaren – en förbisedd servicefunktion i öppen vård, Läkartidningen 1971/25
- 79 Sundelin, C, Hur upplever patienten vården? Ronden 3/75
- 79 Svensk sjuksköterskeförening, Tekniska och psykologiska aspekter på handledningen, Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 17/75
- 80 Olsson, H, Enkätundersökning om attityder till sjukvårdsarbete och sjukvårdsstudier, Landstingens tidskrift nr 9/76
- 80 Bjärkstedt, K, Cedersand, E, Häll L. En studie i patientinformation vid centrallasarettet i Norrköping, Universitetet i Linköping 1975
- 82 Spri råd 1.1, Attitydundersökningar som medel för organisationsutveckling inom sjukvården
- 82 Andersson, B, Göthberg, P, Attitydmätningar på sjukhus – en provundersökning, Handelshögskolan i Stockholm 1970
- 82 Bergenheim, A, Sjukhuspatientens upplevelse av sin situation, Handelshögskolan i Stockholm 1971
- 82 Johansson, B, Moback, M-B, Undersökning av patientattityder, Stockholms universitet 1974
- 83 Jeppson, B, Attitydundersökning vid Uddevalla lasarett, Sjukhuset 7–8/1970
- 85 Spri projekt 1007, Vad tycker patienter och personal om Västerås centrallasarett (1970)

- 85 Fällman, L, Johansson, SO, Mollstedt, K, Långtidsvården i Värmlands län, Göteborgs universitet 1973
- 86 Stockholms läns landsting, "Vår sjukvård", HSN-informationsbyrån 1974
- 86 Skaraborgs läns landsting, Kunskaper och åsikter om sjukvården (1972)
- 86 Skaraborgs läns landsting, Allmänhetens åsikter om sjukvård och landstingsinformation (1975)
- 86 Greisz, E, Mellander, B, "Säg vad du vill . . ." Uppsala universitet 1975
- 87 Socialstyrelsen, Attityder till sjukvården (Socialstyrelsen redovisar 1977:1)
- 86 Se sid. 72 nr 3
- 89 Sveriges läkarförbund, Patient-läkar-kontinuitet 1975
- 90 Spri rapport 18/69, Meddelanderutiner läkare-distriktssköterskor
- 91 Strömberg, L, Söderholm, J, Att utveckla arbetslag, Stockholm 1977





## Bilaga 6 Övriga litteraturanvisningar<sup>1</sup>

### Kap. 2.

#### 2.1.3.1 Informationen om patienten

##### Patientjournaler

Utredning 1569. T landsting. Avslutad 1972. *Betr. försök med ny grundjournal inom Karlskoga hälso- och sjukvårdsdistrikt.* Försöksverksamhet med den s. k. grundjournalen (Spris projekt 4032:2) skall ske på Karlskoga lasarett. En lokal projektgrupp har i samarbete med Spris ledningsgrupp bearbetat och anpassat Spris förslag och rapporten redovisar resultatet av detta arbete. En gemensam journal för i första hand medicin-, kirurg- och långtidsvårdsklinikerna, dvs. en patient – en journal, skall provas.

Spri RÅD 4.7. *Grundjournal.* Behovet av samordning och standardisering i journalhanteringsfrågor är stort. Utredningen, som givits generell prägel, har tillkommit som en följd av önskemål från sjukvårdens olika nivåer. Denna rapport redovisar den första etappen som behandlar den sjukhusbundna slutna och öppna vården.

I en bilagedel redovisas rekommendationer för följande funktioner betr. den manuellt framställda journalen:

- journalhantering
- informationsstrukturering (sökord, dokumentordning)
- blankettstandardisering
- dikterings- och skrivregler.

Spri RAPPORT 7/69. *Patientkortsystem – en översikt.* I rapporten presenteras en översiktlig undersökning av de patientregistreringssystem och den utrustning härför som används i svensk sjukvård vid utredningstillfället. Ett patientkort som även kan användas som försäkringsbesked och är anpassat till ADB-system har provats. Ett enhetligt patientregistreringssystem skulle göra det möjligt att utnyttja samma patientkort inom olika sjukvårdsområden.

Utredning 1473. Malmö stad. Avslutad 1970. *Patientinskrivning.* Med ledning av antal inskrivningar/dag, antal besök i öppen vård samt arbetstiden per präglat kort har behovet och placeringen av präglingapparater inom sjukhusområdet beräknats. Personalbehovet har beräknats. En ekonomisk kalkyl finns.

Ahlmén, J. & Bengtsson, U. & Henriques, B., *Sjukhuspersonalens insyn i sjukjournalen: Patientens synpunkter.* En enkät redovisas, om vilka personalkategorier som patienten vill medge insyn i sjukjournalen. Arbetet utgår från medicinska kliniken V, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. LÄKARTIDNINGEN 67 (1970):3 s 244–248.

Andersson, Dan E H & Schmalholz, Anders, *Hypertonikort – ett hjälpmedel i den öppna vården.* Då på många mottagningar journalsystemet är oöverskådligt har ett speciellt

<sup>1</sup> Här tas inte upp de referenser som anges i bilaga 5. Dokumentationen, som är sammanställd av Spris och sorterad efter rapportens kapitelrubriker, finns tillgänglig på Spris bibliotek eller utredningsbank.



- hypertonikort konstruerats för att underlätta behandlingen av hypertoni-patienter i öppen vård. LÄKARTIDNINGEN 70(1973):10 s 914.
- Bevan, J. M. m. fl., *Communications Between GPs and Hospital Doctors*. A study of the communications between the medical staff of a district general hospital in south-east England and the general practitioners referring patients to this hospital was carried out by means of questionnaires addressed to the doctors concerned. This article is a report on that study. HEALTH AND SOCIAL SERVICE JOURNAL 84(1974):May 11 s 1040-41.
- Biörck, Gunnar, *Den medicinska beslutsprocessen* = Spri RAPPORT 6/74. Projekt 7089. Sthlm 1974 41 s Tab. Fig. Litt.
- Brynolf, Ingrid & Böhlin, Erling & Lassing, Sven-Åke, *Journalen – aktuella krav och utvecklingstendenser*. Journalen skall vara en hjälp vid behandlingen och vid framtida behandlingar men kan också få statistisk eller juridisk betydelse. Anamnesen, som bör utökas, kan bygga på frågeformulär som patienten själv fyller i. Inom sjukvården förekommer försök med s. k. problemorienterade journaler. Sådana bör, med vissa modifikationer, även kunna komma till användning inom odontologin. TANDLÄKARTIDNINGEN 67(1975):4 s 219-224.
- Germaine, Anita & Rinneard, Beverley, *How effectively do you use your incident/accident report?* Situations requiring the completion of an Incident/Accident. Report are: Accidents to patients, visitors, staff. Damage to equipment or furniture which evolved from unusual circumstances. Patients who leave hospital against medical advice. Unusual incidents where nursing is involved. Loss of or damage to personal belongings of patients and staff. Loss, breakage, incorrect counts of drugs or drug keys. (Med. ex. på Incident/Recident and Medication error-rapporter). HOSPITAL ADMINISTRATION IN CANADA 18(1976):8 s 24-25.
- Gunnarsson, Christer, *Problemorienterad journal i öppen vård*. Sedan 1971 har problemorienterade journaler förts på ca 15 000 patienter vid läkarstationen i Örnsköldsvik. Systemet infördes för att fastställa om man utan datatekniska hjälpmedel eller större ekonomiska resurser kan använda det problemorienterade presentationssättet och göra det effektivt och överskådligt. Erfarenheterna är positiva och systemet rekommenderas för andra öppenvårdsenheter. LÄKARTIDNINGEN 71(1974):15 s 1527-29.
- Hall, Paul, *Problem- eller källorienterad journal*. Varför bearbetas inte anamnesen med samma vetenskapliga metoder som parakliniska data? Är inte en problemorienterad journalföring en förutsättning för integration och samordning mellan öppen och slutna vård, och mellan olika specialiteter, allmänläkare etc? Önskvärt vore en vidgad klinisk erfarenhet och mera experimentell verksamhet med den nya journalen, framhåller docent Paul Hall, KS, i detta debattinlägg. LÄKARTIDNINGEN 71(1974):28-29 s 2720-21.
- Herr, Conrad E. A. & Patrikas, Elaine O., *Keeping track of ambulatory care*. Numerous forces for the improvement of patient care records – for completeness and standardization – are bearing down on ambulatory care, but results are slow in coming. The authors present a recommended uniform minimum basic data set for ambulatory medical care records. HOSPITALS 49(1975):5 s 89-92.
- Jæger, Steinar & Nordøy, Arne, *Problemstrukturerade pasientjournaler*. Vid Sentralsykehuset i Tromsø, Medicinsk avdelning, har man sedan 1.4.1973 tagit i bruk delar av ett nytt system för registrering av kliniska data "The problem-oriented medical records", som är utvecklat av Lawrence L. Weed. I artikeln redovisas de erfarenheter man samlat och jämförs fördelarna med detta och traditionellt journalsystem. TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING 94(1974):14 s 912-914.
- Lindberg, Lars Göran, *Diagnosregister för somatiska sjukdomar användbart i rutinsjukvård*. Datateknik innebär bl. a. att lagrad information kan göras tillgänglig sekund-snabbt. För att utnyttja möjligheterna optimalt måste emellertid det som lagras innehålla så mycket och så nyanserad information att den kan användas direkt.



Här presenteras ett försök att åstadkomma ett diagnosregister som är lätthanterligt för användaren och som dessutom bibehåller nyanserna i den ursprungliga diagnosen. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):40 s 3337-3338.

McVeigh Källquist, Ray, *Mikrofotografering av vårdakter*. Sprit har publicerat en rapport (externt projekt 7040) beträffande ett försök, som kanske kan bli av betydelse för framtida arkiveringsprinciper skriver ordföranden i läkarsekreterarnas förening. Sprits sammanfattning av rapporten återges med kommentarer. LÄKARSEKRETERAREN 11(1974):9 s 133-134.

Mellner, Ch. & Selander, H. & Wolodarski, J., *The computerized problem-oriented medical record at Karolinska Hospital format and function, users' acceptance and patient attitude to questionnaire*. Computerized problem-oriented medical records have come into routine use at some departments of the Karolinska Hospital in Stockholm. This paper describes the format and function of this record, reports the acceptability thereof to the users compared to the traditional source-oriented medical record, and discusses patient attitudes to the questionnaire method for medical history-taking. METHODS OF INFORMATION IN MEDICINE 15(1976):1 s 11-20.

Mindus, Per & Burman, Birgitta, *Var ska jag läsa sina psykiatriska journaler och vad får de ut av det?* Referat av rapport om erfarenheter från 20 patienters journalläsning vid en psykiatrisk klinik under ett år. Syftet har varit att utreda vilka behov som ligger bakom en framställan om att läsa journalen. Genom ökad kännedom om detta kan man lättare tillgodose sådana behov och samtidigt försöka finna ett tillvägagångssätt som är tillfredsställande för patienten och samtidigt möjligt för sjukhuset. NORDISK MEDICIN 92(1977):1 s 7-8.

Olsson, Bert & Persson, Lennart, *Mera om kliniska informationsproblem*. Sjukvårdens expansion är väl belagd och denna expansion resulterar i ökande mängd medicinsk information. Man har t. ex. beräknat, att en patient på en intensivvårdsavdelning under vissa förhållanden kan alstra 700 olika variabler per dygn. Informationsökningen för en sådan avdelning är ca 8 % per år. I en arkivutredning har beräknats att sjukvården alstrar 24 hyllkilometer medicinsk information per år i Sverige. SJUKHUSET 51(1974):7-8 s 372-376 ill.

*Rapport om studie av journaler från medicinska kliniker i Kopparbergs län*. Bilaga till "Hälso- och sjukvård inför 80-talet". Sthlm 1974 48 s + 7 bil. Tab. (Socialstyrelsen).

Rosendahl, Björn, *Avlägsna felaktiga uppgifter i journalerna!* Felaktiga journaluppgifter utgör en fara för patienten i de fall där de får kvarstå. Det är därför av vikt att icke verifierade fakta omedelbart avlägsnas ur journalen, hävdar Björn Rosendahl, överläkare vid Hallands läns landstings arbetsvårdsinstitutioner. Han föreslår att man ev. indelar journalen i två nivåer, en hypotesnivå och en faktanivå. LÄKARTIDNINGEN 71(1974):19 s 1934-1935.

Starfield, Barbara H. m. fl., *Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility*. Coordination is a hallmark of primary care. Efforts to improve primary care services should involve assessment of the extent to which coordination is achieved. This study in three adult and three pediatric clinics demonstrates that existing information concerning patients' problems, therapies, tests, and referrals is often not recognized by primary care practitioners. MEDICAL CARE 14(1976):7 s 625-636.

Warren, Michael D., *Medical records in family practice*. The organisation of general practice in England is outlined and the independent contractor basis of the family practitioner emphasised. Data from family practice, like data from hospital practice, may be used for clinical management, practice management, or research. Examples of applications in each of these fields are given. The medical record envelope, the prescription form and the claim for sickness benefit described. SCANDINAVIAN JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE 4(1976):2 s 91-101.



Weed, Lawrence L., *Medical records, medical education, and patient care*. The problem-oriented record as a basic tool. Cleveland, Ohio 1970 273 p Inb. Sakreg. Litt. (The Press of Case Western Reserve University).

Øgar, Bjørn, *Den åpne journal – erfaringer med å la pasienten få kopia av sin journal*. Forsøk på å la pasienten få kopi av sin journal virker gunstig på forholdet lege-pasient og virker tidsbesparende. Journalkopien fungerer også som ett "vedtaksprotokoll", som er nødvendig for koordineringen av teamarbeidet omkring pasienten. Dette system krever dog meget av legen, som må endre sin tilvante arbeidsrutine, være klar, konkret og ikke-teknisk samt mere ressursorientert, dvs. se hva pasienten og omgivelsen kan klare. NORDISK MEDICIN 92(1977):1 s 3-5.

### 2.1.3.2 Informationen till patienten

Utredning 1689. Y landsting. Avslutad 1974. *Utredning om intern TV i landstingets hälso- och sjukvårdsverksamhet*. Arbetsgruppen anser i sitt förslag att dokumentationen om ITV som informationstekniskt hjälpmedel pekar på att Y landsting även bör investera i hjälpmedlet. Utredningen är omfattande och penetrerar behoven av sjukvårdsinformation både till allmänhet och till sjukvårdspersonal. Man har även diskuterat alternativa ITV-system och distributionsformerna för exempelvis kassett-TV.

Utredning 1538. M landsting. Avslutad 1972. *Kommunikations- och informationsproblemen på lasarettet i Lund*. Syftet har varit att beskriva vissa aspekter på lasarettets interna information, exempelvis definitionen av informationsbehov, informationskanaler, informationsåtgärdernas effekt. Utredningen skulle tjänstgöra som underlag för åtgärder. Sådana föreslås även i rapporten.

Utredning 1745. Link Högskola. Avslutad 1974. *Landstingets informationsgivning – verksamhetsnivå*. Landstinget i Östergötland sänder ut en mängd information om sina verksamheter men anser sig sakna återkoppling från allmänheten. Denna rapport redovisar en undersökning som fått karaktären av en förstudie med följande syften:

- kartläggning av allmänhetens kunskap om några av de tjänster som landstinget tillhandahåller
- ge förslag till områden som bör undersökas närmare
- undersöka om den information som sänts ut av landstinget uppfattats av allmänheten.

Adams-Ray, Jack & Folkesson, Claes, *Medicinsk bildtolk*. Lund 1970 opag. III.

Appelgren, Åke, *Synpunkter på patientinformation. Ska vi sluta borsta tänderna för att förhindra vatten i knäna?* Artikelförfattaren, informationssekreterare på Landstingsförbundet, har valt att i kåseriets form ge personliga synpunkter på den medicinska delen av patientinformationen – "Bra information kan påskynda tillfrisknandet och förbilliga sjukvården." LANDSTINGENS TIDSKRIFT 62(1975):3 s 26-28.

*Att bli opererad* Informationsserie från M läns landsting

1. Allm. information om operation
2. Att bli opererad för ljumskbräck
3. Att bli opererad för gallsten
4. Att bli opererad för höftfraktur.

*Debatten. Varför svarar inte doktorn?* Med utgångspunkt från Tora Dahls bok "När jag var sjuk" har man i Örebro låtit några representanter för aktiv sjukvårdstjänst kommentera den kritik mot sjukvården som författarinnan ger uttryck åt. Framförallt vill man belysa problemet med den bristande kontakten mellan patienten, läkaren och sjukvårdspersonalen. LANDSTINGSNYTT 1974:3 s 30-34.

Jungstedt, Barbro, *Patientinformation – en viktig del av förebyggande vården*. Sjukhus-

- vistelsen eller tiden i väntrummet kan användas mer aktivt, anser bl. a. socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning – h-nämnden. En försöksverksamhet med informationsprogram för nyblivna mödrar genomfördes 1973 och har nu utvärderats. Flera program planeras för närvarande, bl. a. för stomiopererade och för diabetiker. SOCIALNYTT 1974:4 s 10–13.
- Language banks: *Put in interpreters, take out understanding*. At Harborview Medical Center in Seattle they use a language bank, consisting of more than 100 volunteers, on call 24 hours a day. They serve as friends and interpreters for patients who don't speak English. About 80 per cent of the language bank interpreters are recruited from the hospital's own staff. MODERN HEALTHCARE 3(1975):2 s 44–45.
- McIntosh, Jim, *Patients' awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease*. 74 hospital patients with diagnosed but undisclosed malignancy were interviewed and observed to ascertain their awareness of their condition and desire for information about it. While 88 % either knew or suspected that they had a malignant tumour at admission to the ward, the great majority of them had no wish to augment that knowledge. LANCET ii(1976):August 7 s 300–303.
- Monvall, Eva, *Patientinformation – ett sätt att utnyttja patienten som resurs*. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning satsar nu starkt på patientinformation. Mer och bättre information är ett sätt att få bättre sjukvård. Det material man nu erbjuder landstingen gäller information till nyblivna mammor. Men det är bara början. Man håller på att framställa information till stomiopererade och planerar information för diabetiker. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 41 (1974):8 s 17–18.
- När Kalle och Kajsa kom till sjukhuset*. Denna broschyr är utgiven av Malmöhus läns landstings informationstjänst febr. 1975. Den är gjord som examensarbete av leg. barnsjuksköterskor i vidareutbildning: Karin Sahlin, Cecilia Stjernquist och Kerstin Robertsson. Illustrationer: bibliotekarie Kerstin Persson. Lund 1975 opag. Färgill. (Malmöhus läns landsting).
- Potilaan neuvonnan järjestäminen sairaalassa*. (Patientinformationens organisation inom sjukhuset) = Sairaalaaliiton julkaisu 1/73. (Sammanfattning på svenska) Helsingfors 1973 Skilda pag (Sairaalaaliitto – Sjukhusförbundet).
- Problemer knyttet till kommunikasjon, informasjon og samarbeide i sykehus/helseinstitusjoner*. Konferens. SYKEHUSET 39(1976):6 s 488–533 ill.
- Wikner, Dan, *Kanske en lösning på informationsbehovet för läkarpatienter?* Ökad kommunikation distriktsläkarmottagningarna och den enskilde invånaren emellan är önskvärt men i praktiken svårt. Distriktsläkare Frants Staugård, Hede i Härjedalen, har tagit ett lovligt initiativ, Hede Hälsotidning. Målet – förebyggande läkarvård kan på sikt ge kortare köer vid läkarmottagningen. SOCIALFÖRSÄKRING 66(1973):9 s 12–13.

### 2.1.5 Bestämmelser, anvisningar o. dyl.

#### Ansvarsfrågor, integritet, sekretess, tystnadsplikt

- Spri RAPPORT 10/75 *Sekretess- och integritetskrav i samband med ADB-system inom sjukvården*. Genom ADB-teknikens utveckling och tillämpning har möjligheterna ökat att anonymt kunna kontrollera, bedöma och påverka den enskilda individen. Detta väcker oro hos allmänheten. Denna rapport omfattar två delar. Den första delen utgör en sammanfattning av aktuella sekretess- och tystnadspliktsbestämmelser, översikt över integritetsskydd m. m. Den andra delen behandlar tänkbara skyddsåtgärder och innehåller förslag till integritetsskyddskrav, begrepp och strukturer i anslutning till datainspektionens föreskrifter.
- Freese, Jan, *Datalagen, sjukvården och den medicinska forskningen*. Den nya datalagen



- har kommit till för att förhindra otillbörligt intrång i personlig integritet. Datalagen gäller alla personregister, även de som används inom sjukvård och forskning. Hovrättsassessor Jan Freese, byråchef vid datainspektionen, redogör för lagens innebörd. LÄKARTIDNINGEN 71(1974):48 s 4897-99.
- Hall, Paul, *Data tekniska aspekter på sekretessproblemet*. Debatten om läkaren och sekretessen i dataåldern inleddes i Nordisk Medicins februarinumner 1973 och har fortsatt i mars-, april- och majnumren. Överläkaren i medicinsk rationalisering vid Karolinska sjukhuset, Sthlm, föreslår här bl. a. att terminalernas antal begränsas till olycksfallsmottagningar och andra platser, där de av medicinska skäl verkligen behövs och att en medicinsk dataombudsman tillsätts. NORDISK MEDICIN 88(1973):6 s 185.
- Handlingssekretess och tystnadsplikt inom sjukvården*. Vilka regler gäller för sekretess och tystnadsplikt inom sjukvården? Den frågan har utretts av en särskild sekretesskommitté inom läkarförbundet under ledning av överläkare Rudolf Schlaug. Rapporten återges här i sin helhet. LÄKARTIDNINGEN 74(1977):3 s 88-91.
- Karlsson, Yngve, *Ny försäkring i Sverige ger hjälp vid medicinska olycksfall*. Kindt, O. T., *Objektivt sykehusansvar önskeligt*. Blomqvist, Olli, *Patientens rättsskydd i Finland*. Sørensen, Bendt, *Hvor klager man over sin læge?* NORDISK MEDICIN 87(1972):3 s 101-109 7 ref.
- Losman, Sten & Wagnsson, Björn, *Patienträtt*. Sthlm 1975 134 s (AWE/Gebbers) ISBN 91-20-04835-1.
- Nordström, Carl & Sverne, Tor, *Social sekretess. Handlingssekretess Tystnadsplikt*. Lund 1974 275 p Sakreg. (Håkan Ohlssons förlag) S5718 ISBN 91-7114-096-4.
- Schuster, Eleanor A., *Privacy and Hospitalization Subject of Nurse's Investigation*. The project reported evolved from investigator interest in the ways the autonomy of the patient is affected and influenced during the course of his hospitalization. Four major variables affect the ability to establish boundary and influence entry: mobility and level of consciousness, patient-to-patient relationships and role perception. NURSING RESEARCH REPORT 8(1973):3 s 1, 3, 5, 8.
- Ström, Axel, *Eksisterer legenes taushetsplikt fremdeles?* Publikum aner ikke i hvilken utstrekning legene må gi opplysninger om deres sykdommer m. m. Den nåværende situasjon er uholdbar. Kanskje et nordisk initiativ, hvor legers taushetsplikt ble tatt opp til bred drøftelse og hvor også publikum er med, kunne føre frem? NORDISK MEDICIN 88(1973):3 s 73-74.
- Welamson, Lars, *Läkarsekretessen*. En rättslig undersökning. Sthlm 1962 135 s Litt.
- Welander, Gunnar, *Datasekretess inom sjukvården*. I Spri rapport 10/75, "Sekretess och integritet i samband med ADB inom sjukvården", diskuteras de speciella risker för intrång i personintegriteten som finns vid sjukvårdens användning av ADB. Vidare ger rapporten en "matsedel" på skyddsåtgärder ur vilken systemansvariga kan välja de åtgärder som passar de lokala förhållandena. Rapporten presenteras av Spris projektledare. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 63(1976):10 s 24-25.

### Medicinsk etik

- Allander, Erik, *Patienten och undervisningssjukhuset*. Patienter på undervisnings-sjukhus befinner sig i en situation som i en del avseenden skiljer sig från den vanliga sjukvårdens. Det behövs studier av urvalet av patienter till undervisningssjukhus. Det behövs en bättre information till patienterna om samspelet av forskning, undervisning och sjukvård vid sjukhusen. Sjukhuset borde ha en vårdnämnd för patientvård, forskning och sjukvårdsinsyn. SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT 51(1974):6 s 391-397.

Biörck, Gunnar, *Några personliga reflexioner om "sjukvård vid livets slut"*. Döden och

- döendet har på senare tid haft hög aktualitet, inte minst i den offentliga debatten. Böcker om döden utges på löpande band. Inom ramen för en utredning om "sjukvård vid livets slut" pågår detaljerade studier vid vissa sjukhus. Uppgifter därifrån har offentliggjorts i dagspressen. Förf., som tillhör ledningsgruppen för de nu pågående studierna, ger några personliga kommentarer. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):32 s 2624-2627.
- Blomquist, Clarence, *Att taga vara på sin broder*. Om läkarens ansvar. Sthlm 1976 124 s III. (Natur och Kultur).
- Blomquist, Clarence, *Medicinsk etik*. 2:a uppl. Sthlm 1971 387 s Fig. Litt. Sakreg. Personreg. (Natur och Kultur).
- Blomquist, Clarence, *Hur medicinsk är den medicinska etiken?* Tiden är inne för läkarna att överge den hippokratiska läkareden som rättesnöre och finna en ny etik, som är gemensam för alla livsvetenskaper och anpassad till synen på medicinen som en integrerad del av samhället. Ändå tycks både allmänheten och de flesta läkare anse att det finns en specifikt medicinsk etik, artskild från samhällsetiken i övrigt. NORDISK MEDICIN 91(1976):4 s 99-101.
- Blomquist, Clarence, *Medicinens gränser och gränslöshet*. Författaren utgår från Ivan Illichs bok *Den farliga sjukvården* och kommenterar en kongress i Davos i år över ämnet *Medicinens gränser*. - Han föreslår tvärvetenskapliga institutioner, där begåvade människor förutsättningslöst kunde försöka finna nya vägar. NORDISK MEDICIN 90(1975):6-7 s 178-181.
- Ethical issues in health services*. A report and annotated bibliography. [Ed. by:] James Carmody. Rockville, MD 1970 43 s (U.S. Dept of Health, Education, and Welfare, Public Health Service).
- Ettlinger, Ruth, *Skall självmord alltid förebyggas?* Självordsprevention har länge ansetts självklart tillhöra medicinen och psykiatrin. Tidigare var den en lika självklar del av teologin och filosofin. I dagens samhälle blir suicidologin och suicidpreventionen alltmer en socialpsykiatrisk och socialpsykologisk fråga med djupa rötter i socialpolitiskt betraktelsesätt. SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT 53(1976):5-6 s 331-337.
- Feigenberg, Loma & Fulton, Robert, *Döden i Sverige förr och nu*. Författarna diskuterar döden främst som ett socialt och kulturellt fenomen. I vårt samhälle bryts forna tiders syn på döden mot samtidens. Dödens plats i samhällslivet, sjukvården, familjen och i människors föreställningsvärld från sekelskiftet fram till i dag belyses och en översikt över dödens demografi tjänar som bakgrund för förståelsen av den djupgående förändring som har ägt rum. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):23 s 2179-2182 29 ref.
- Fürst, Per-Erik, *PM om samtycke i medicinska sammanhang*. Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik har närmare analyserat frågan om samtycke i medicinska sammanhang. Sammanfattning av rapporten. LÄKARTIDNINGEN 70(1973):15 s 1487-88.
- Lindqvist, Martti, *Den medicinska etikens kris*. Författaren är teol. lic., forskare vid Kyrkans forskningsinstitut i Tammerfors, Finland. Han redogör för slutsatser baserade på Delphistudie om utvecklingen inom vissa medicinska fält och för en omfattande intervjuundersökning, i vilken läkare, jurister och ekonomer bedömde vissa etiska frågor. NORDISK MEDICIN 88(1973):7 s 195-197.
- Petrén, Gustaf, *Vem bestämmer om patienten på sjukhuset?* Den ökade internationella användningen av våld då människoliv inte värderas särdeles högt motiverar en principdebatt om de rättsliga utgångspunkterna för vårt handlande i vissa situationer, skriver regeringsrådet Gustaf Petrén i denna sammanfattning om sjukhuspatientens rättsställning. LÄKARTIDNINGEN 72(1975):32 s 2991-2993.
- Politisk deklaration i Europarådet om de sjukas och döendes rättigheter*. Alla sjuka har rätt att behålla sin personliga värdighet och integritet, rätt till fullständig information samt rätt att själva besluta om behandling. De döende bör få psykologisk hjälp att



förbereda sig att möta döden. Att förlänga livet bör inte vara det enda målet för medicinskt handlande, sägs i den deklARATION som Europarådets parlamentariska församling i Strasbourg antog jan. 1976. NORDISK MEDICIN 91(1976):3 s 66-72.

Sjöstrand, Torgny, *Erfarenheter från en etisk kommitté på fakultetsnivå; riskbedömning en viktig uppgift*. Vid Karolinska institutet i Stockholm har en etisk kommitté funnits sedan 1966. Den som ansöker om prövning av ett forskningsprojekt skall fylla i ett särskilt formulär och dessutom ge en fyllig redogörelse över undersökningens motivering, planering och metodik. Bland annat skall den etiska frågeställningen preciseras. Denna kompletteras eventuellt i kommittén, som därefter bedömer forskningsprojektets risker. NORDISK MEDICIN 88(1973):7 s 197-199.

Söderström, Nils, *Läkarettiskt krav att forska gäller även vardagens sjukvård*. Synpunkter ges på medicinsk forskningsetik. Viktigast är att forskning på levande människor har så många yttre drag gemensamma med läkarens arbete med patienter att det är lätt att glömma bort att dessa verksamheter har helt olika etiska förutsättningar. Humanforskningens mångskiftande etiska problem måste alltid lösas in casu utan alltför stor bundenhet till regelsamlingar. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):11 s 964-967.

#### 2.2.4 Invandrarutredningen

Bergstrand, Göran, *Att respektera varandra*. Hur man bemöter människor av olika trosbekännelser på sjukhus 2:a uppl. Sthlm 1973 20 s (Verbum).

*Religions- och kyrkoguide*. Religiösa organisationer bland invandrare i Sverige. Sthlm 1976 88 s (Biskopsmötets kontaktgrupp för inflyttade kristna och Statens invandrarverk).

#### 2.2.8 Kraven på inflytande från personal och patienter

##### Patientombudsmän

Utredning 1650. M landsting. Avslutad 1973. *Utredning om patientföreningar och förslag till införande av vårdombudsman i Malmöhus läns landsting*. En undersökning om patientföreningarnas verksamhet, ekonomi och förhållande till sjukvårdshuvudmannen har skett. Utvecklingen har på flera håll gått långt men bristen på överensstämmelse i status mellan de olika föreningarna är påtaglig. Förslag till normalstadgar för patientföreningar har utarbetats samt vissa riktlinjer för deras arbete. Förslag har även avgivits om tillsättandet av vårdombudsman under en försöksperiod om två år med en första utvärdering efter ett år. Vårdombudsmannens arbetsområde, relationer till patientföreningar och inplacering i landstingets organisation diskuteras i utredningen.

*Behövs patientombudsmän? Yttrande och erfarenheter*. Den av Blekinge läns landsting tillsatta personalpolitiska kommittén kommer i fortsättningen bl. a. att behandla frågan om patientombudsman eller ett forum med likvärdiga uppgifter. Ett omfattande material för belysning av denna fråga har insamlats. Frågan om patientombudsman har också aktualiserats på andra håll. Bl. a. har detta skett i Nordiska rådet. Landstingsförbundet har beretts tillfälle att yttra sig över denna framställning. BLEKINGETINGET 6(1973):4 s 21-22.

Blomquist, Clarence, *Etiska kommittéer och ombudsmän*. Inom varje landsting bör inrättas en etisk kommitté, där utom sjukvårds- och socialvårdspersonal även juridisk, etisk och beteendevetenskaplig expertis samt patienter och allmänheten är representerade, föreslår docenten i medicinsk etik vid Karolinska institutet. Förslaget är föranlett av den av Europarådet antagna "Recommendation and Resolution on the Rights of the Sick and Dying". LÄKARTIDNINGEN 73(1976):12 s 1039-1040.

Gavin, Marshall P., *Consumer services: inhospital reachout*. One of the important benefits of the consumers services department is that it seems to act as a catalyst for increasing the hospital staff's awareness that patients are not products but persons. Caring for patients seems to be growing. As a means of reducing consumer conflicts and generally improving community relations, a consumer services department is highly visible, inexpensive, and effective. HOSPITALS 49(1975):14 s 65-67.

Palm, Ingrid & Palm, Nils, *Vårdproducenter startade förbund för vårdkonsumenter*. Läkare, sjuksköterskor och annat yrkesfolk inom vårdsektorn har startat Vårdkonsumenternas Riksförbund. På programmet står bl. a. integritetsskydd vid medicinsk och social databehandling. Man vill ha fler förebyggande hälsoundersökningar. Åtta arbetsgrupper planerar ytterligare aktivitet. Med tyngdpunkt på information och psykisk förberedelse inför t. ex. kirurgiska ingrepp. SOCIALNYTT 1973:10 s 12-14.

*Patienter på klinikkonferenser?* Även personal kan gå till vårdombudsman. Fasta regler för patientföreningar med klara kontaktvägar till huvudmannen och en vårdombudsman som ska kunna hjälpa klagande patienter tillrätta - det är huvudpunkterna i en utredning som just lagts fram för sjukvårdsstyrelsen i M-landstinget. (Utredning om patientföreningar och förslag till utförande av vårdombudsman i Malmöhus läns landsting.) GRIPEN 1973:4 s 11.

Rusaleim, Herbert, *Ombudsman for patients at a mental health center*. The Mount Carmel Guild Community Mental Health Center has trained selected residents of the catchment area to serve as counselors or ombudsmen for patients. They make sure the patient receives appropriate services and deal with the center's bureaucracy on the patient's behalf. The author describes the counselor's work and the advantages of the approach. HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY 24(1973):10 s 680-681.

*Vad tycker patienterna?* För att ta vara på patienternas åsikter och snabbt kunna avhjälpa eventuella fel och brister har landstingets sjukvårdsstyrelse 1973 påbörjat en ganska omfattande försöksverksamhet. Dels kan patienterna ge sin mening tillkänna genom att fylla in frågeformulär som kommer att finnas vid en del sjukvårdsinrättningar och dels kan man på kärnsjukhuset vända sig direkt till ett patientombud, om man har några synpunkter eller klagomål att framföra. Den här verksamheten ligger i linje med förslag som framförts i landstingsmotioner. KONTAKT-R 7(1973):3 s 12.

Wistrand, Birgitta, *Patientombudsman fick få kurativa frågor*. Under ett år har man vid Mölndals centrallasarett haft försöksverksamhet med en patientombudsman. Informationssekreteraren vid Göteborgs och Bohus läns landsting har under denna tid på halvtid byggt upp och hållit i verksamheten. I denna artikel berättar hon själv om sina erfarenheter och om de olika typer av ärenden som aktualiserats. SOCIALNYTT 1973:6 s 11-14.

## Sjukhusdemokrati

Björklöf, Sune, *Sjukhusdemokrati*. Sammanfattning av boken Sjukhusdemokrati (Lund 1970), där en modell skisserats som avses vara tillräckligt konkret för att vara direkt användbar på ett sjukhus och som tål betydande modifieringar. SJUKHUSET 48(1971):6 3:e omslagssidan, s 322-323.

Jenner, Håkan & Eriksson, Ann & Iwanson, Agneta, *Terapeutiskt samhälle - demokrati eller skendemokrati?* Om miljöterapi's ideologi och praktik. Sthlm 1976 116 s Litt. (AWE/Gebers) ISBN 91-20-04850-5.

*Klientdemokrati*. Temanummer från symposium om klientdemokrati. Till symposiet hade inbjudits representanter för organisationer verksamma inom eller i anslutning till sjukvård, mentalvård, socialvård, narkomanvård, kriminalvård, osv. Dessutom fackliga företrädare, tjänstemän och politiker. Inledningsanförändarna återges här



- som delvis omarbetade artiklar. Den diskussion som följde återges i förkortade och språkligt bearbetade referat. Dessutom återges en artikel av Sten Losman om de juridiska aspekterna på klientdemokrati. SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT 54(1977):1 s 2–55.
- Rennerstedt, Birgit, *Vad gör förtroendeläkaren?* – Förtroendeläkarföreningen: Vi vill sätta patienten i centrum! Reportage innehållande intervjuer med chefen för Stockholms läns allmänna försäkringskassa, Sven Bohman, f. förtroendeläkaren i Sthlm, Sture Järnmark och förtroendeläkarna Janos Györki, Franz Bäräng och Bernt Blomquist. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):16 s 1479–1487 ill.
- Rova, Marianne m. fl., *Patienten med i vårdbesluten*. Ny samverkan kräver lagarbete. Övervakning har blivit terapi. Redogörelser från arbetsgrupp vid Furunäsets sjukhus, bestående av överläkare Ragnar Nylöf, kuratorerna Marianne Rova och Margareta Sundin samt psykologerna Svante Edin och Inga Sjögren. Syftet är främst att informera om den aktuella verksamheten vid Furunäsets sjukhus men också att minska fördomar och vidga kunskandet om den psykiatriska vården. SJUKHUSET 51(1974):1 s 32–34.
- Sjukhusdemokrati*. Specialnummer om sjukhusdemokrati. Representanter för skilda kategorier framför sina synpunkter. Bl. a. redovisas företagsnämnden och de olika kommittéernas och samrådsgruppernas sammansättning. Bland artiklarna: Vad tre patienter tycker om sjukhuset och vården. – Behövs patientombudsman? UAS-RONDEN 1974:1 Specialnummer.

### 2.2.9 Några utvecklingsdrag i hälso- och sjukvården

#### Omvårdnad

- Appelgren, Åke, *En bättre vård- och arbetsmiljö*. Visst kan arbetslaget inifrån och i samverkan förbättra andan i vården. Genom olika reformer på det arbetsrättsliga området har skapats och håller på att skapas former för personalens medbestämmande bl. a. när det gäller vårdorganisatoriska frågor. Skall dessa reformer omsättas i praktiken krävs nya arbetsmetoder och en ny typ av diskussionsunderlag och faktapresentation, som inte är förbehållet ett fåtal specialister. – Reportage från Skene där arbetsbyte, täta kontakter och gemensam problemlösning praktiserats. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 63(1976):5 s 20–24.
- Bauer, Anders, *Emotionell omsorg i långvården*. Långtidssjuka äldre behöver medmänsklig kontakt som inte kan ersättas med hög materiell standard. Pruta därför på sjukhemsbyggena till förmån för större vårdpersonal, inspirera personalen för emotionella vårdinsatser, öka personalens kunskaper om åldrandets psykologi, föreslår sjukhusdirektören i Sollefteå. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 60(1973):14 s 19–21 ill.
- Biörck, Gunnar, *Med stetoskop och värja*. Försök att förstå och försvara människor. Uppsatser och debattinlägg. Malmö 1974 70 s Fig. (Allhems förlag).
- Berg, Bengt, *Primärvårdsundervisning: Läkaren måste ha en helhetsbild av patienten*. På vilket sätt ska undervisning i primärvård bedrivas? Det var en av de viktigaste frågorna som diskuterades vid den konferens kring ämnet "Den medicinska undervisningens bidrag till primärvården" som för en tid sedan hölls i Bern, Schweiz. Arrangör för konferensen var AMEE, Association for Medical Education in Europe. Bengt Berg, distriktsöverläkare vid Tierps hälsocentral rapporterar. SOCIALNYTT 1977:2 s 32–34.
- Berglund, Kåre, *Vägar mot mänskligare sjukvård*. Förf. bitr. prof. i reumatologi, Lunds universitet, hävdar här att kroppssjukvårdens mål är sociala och psykologiska till sin natur och att sjukvården i mycket arbetar utan medvetenhet därom. Tekniska mål (att laga människor som man lagat trasiga apparater) betraktas som finala mål. Dåliga kunskaper om vårdens effektivitet mätt i patientens och samhällsnyttans mått är en

- annan följd. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 42(1975):21 s 9–14, LÄKARTIDNINGEN 72(1975):48 s 4686–4689.
- Birath, Gösta, *Vi har en tekniskt topprustad sjukvård – men psykologiska insikter saknas. . .* Har sjukvårdens ansvar minskat för den enskilde patienten frågade planeringssekreterare Rut Hedvall och sjukvårdssekreterare Brita Lundkvist i Landstingens Tidskrift 3/75. Här tar en läkare till orda. Trygghet kan inte skapas, hävdar han, om inte en förtroendefull relation etableras mellan vårdande personal och patienter. För detta behövs en betydligt förbättrad utbildning av all personal. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 62(1975):4 s 16–17; SJUKHUSET 52(1975):3 s 117–118, 120.
- Brattemo, C. E., *Klinisk-psykologiska problem*. Artiklar, rapporter och notiser 1961–jan. 1972. Sundsvall 1972 51 s Dupl. (Psykologorganisationen, Sundsvalls sjukhus).
- Carlberg Jr, Mats & Gripe, Tom, *Det handlar om människan!* Intervju med psykiatern Clarence Blomquist. "Följden har blivit en rationalistisk och teknokratisk sjukvård som skulle fungera bra om det gällde bilar. Men det gäller inte att reparera bilar. Ekonomiska termer används för att mäta och kvantifiera. Delsummor adderas till brutonationalprodukter men många behov – ett kan man kalla trivsel – går ju inte att mäta på det sättet." EKONOMEN 1974:12 s 6–8 ill.
- Claesson, Bent H. & Mundt, Inger & Søb, Gunni, *Patientens bok*. En bok för patienter och anhöriga. Sthlm 1976 133 s (Rabén & Sjögren).
- Ekbom, Anders & Persson, Dagmar & Arin, Margareta, *Förvaring eller rehabilitering?* Vad vill vi i Sverige med långvården? Är det, som en läkare uttryckte det, en billig vårdform som i allt högre grad tas till när de ekonomiska resurserna ej räcker till för rehabilitering, eller är det ett aktivt omhändertagande efter akutsjukhusen? – Innehållet i vården på Värnhems långvårdssjukhus skildras. MOTPOL 54(1976):7–8 s 129–136 ill.
- Elwing, Ann-Marie, *Sjuksköterskan – medmänniska inför döden* Lärarhandledning för sjuksköterskans utbildning om den emotionella omvårdnaden av människor inför döden. Sthlm 1972 76 s litt. (Svensk Sjuksköterskeförening).
- Erskog, Ingrid, *Sjuksköterskan – medmänniskan inför döden*. Referat av trebetygsarbete i pedagogik vid Göteborgs univ. av Anne-Marie Elwing. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 39(1972):16 s 10–11.
- Feigenberg, Loma, *Vi behöver minst lika mycket terminal vård som förlösningsvård*. Under de senaste åren har intresset för döden och döendets problematik ökat markant. Man har insett att det finns mycket att göra för att förbättra situationen för de döende patienterna och deras omgivning både från psykologisk och social synpunkt. Dr Loma Feigenberg som vid radiumhemmet ägnar sig åt att förbättra den psykologiska miljön inom cancervården har länge sysslat med problematiken kring döendet. KS-NYTT 13(1974):1 s 10–17.
- Feigenberg, Loma & Fulton, Robert, *Vård av döende*. I denna artikel analyseras olika sidor av terminal vård och påvisas att regler och normer för sådan vård helt saknas i dag. "Standards of Care for the Terminally ill" presenteras och författarna pläderar för att man formulerar en målsättning för medmänsklig vård av döende och söker genomföra den på ett sätt som passar svenskt sjukvårdstänkande och svenska förhållanden. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):24 s 2253–2258.
- Forslund, Kenneth, *Människan i vården*. En grundläggande handbok i beteendevetenskap och utvecklingsarbete inom vårdområdet. Sthlm 1976 160 s Fig. Litt. Sakreg. (Aldus).
- Gavin, Marshall P., *Consumer services: inhospital reachout*. One of the important benefits of the consumers services department is that it seems to act as a catalyst for increasing the hospital staff's awareness that patients are not products but persons. Caring for patients seems to be growing. As a means of reducing consumer conflicts and generally improving community relations, a consumer services department is highly visible, inexpensive, and effective. HOSPITALS 49(1975):14 s 65–67.



- Goodell, George E., *Family involved in patient's care*. A family-based rehabilitation program at a hospital in Roy, Utah, is successfully meeting the acute need for longterm care for the aged and for therapy to help younger persons to resume a reasonably normal way of life. The families of these patients form a vital and involved group actively participating in the rehabilitation programs at the hospital. HOSPITALS 49(1975):6 s 96-98.
- Gortner, Susan R. & Bloch, Doris & Phillips, Thomas P., *Contributions of nursing research to patient care*. Contributions of nursing research to nursing practice in the USA are increasing rapidly in four major areas: (1) the science of practice; (2) the artistry of practice; (3) the structures needed for optimal delivery of care; and (4) the methodologies needed for measurement and evaluation. Illustrative studies are described in each area, concluding with a plea for implementation of research findings. JOURNAL OF ADVANCED NURSING 1(1976):6 s 507-518 40 ref.
- Gremner, Kjell, *Kvalitet och sjukvård. Reflektioner kring de japanska kvalitetscirkelarna*. Svensk sjukvård har en mycket hög kvalitet. Framträdande sjukvårdspolitik och centrala tjänstemän hävdar det gärna. För den som arbetar "på golvet" eller i dess omedelbara grannskap är den höga kvaliteten inte lika självklar. De tvära kast mellan stor tillfredsställelse och djup förtvivlan över vården man kan uppleva under en enda arbetstimma saknar förhoppningsvis sitt motstycke i arbetslivet i övrigt. SJUKHUSET 53(1976):7-8 s 396-98 2 tab.
- Gustafsson, Lars L., *Att bli och vara doktor*. "Nu för tiden förkunnas det allmänt att när en patient är sjuk så är hela människan sjuk, inte bara hennes hud, mage, hjärta eller njurar. Denna sanning predikas med ord men i vardagens praktiskt medicinska handlande förnekas den." Med utgångspunkt i detta citat diskuteras läkarutbildningen och läkarrollen i dagens svenska sjukvård. LÄKARTIDNINGEN 72(1975):36 s 3263-3266 14 ref.
- Hardie, Melissa Woelfel, *Geriatric patient care opinions of a sample of nurses*. A large-scale study of female nursing personnel in Scotland has revealed a strong interest in and concern for "the elderly patient". The older patient was identified as a member of a patient group widely recognised by nurses as being at a disadvantage. Suggestions for improvements in care were offered by all grades of nursing personnel. NURSING TIMES 71(1975):26 s 61-64.
- Hedvall, Rut, *Engelsk hemsjukvård vänlig och effektiv trots mindre resurser än hos oss*. Efter en studieresa till England fick förf., planeringssekreterare vid Spri, en hel del värdefulla uppslag. I denna rapport koncentrerar hon sig på några personliga funderingar kring svensk och engelsk hemsjukvård och den miljö dessa bedrivs i. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 62(1975):13 s 56-57.
- Henderson, Virginia, *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Övers. [fr. eng.]: Ulla-Britt Silfvenius. Orig:s titel: Basic principles of nursing care. Ny omarb. uppl. [Genève 1969]. Sthlm 1970 55 s (Svensk Sjuksköterskeförening).
- von Holst, Hans Einar, *Helhetssyn och medmännisklighet i människovård*. Människovården måste engagera hela samhället och den måste utformas i samarbete mellan skolan, hälso- och sjukvården, socialvården, arbetslivet, massmedia, kyrkan, folkrörelserna och de enskilda människorna. Alla har de sitt ansvar. - Föredrag vid studiedagar i Stockholm, anordnade av Svensk Sjuksköterskeförenings rikssektion för hälso- och sjukvårdsadministratörer. SJUKHUSET 53(1976):9 s 463, 465-466, 468.
- Klein, Kerstin & Lundh, Lena, *Samtal kring inlevelse, medkänsla, vård*. Gävle 1976 103 s Ill. (Skolförlaget Gävle)
- Larsson, Mayethel, *Medmännisklighet och arbetstillfredsställelse i vårdarbetet*. Sthlm 1976 32 s Fig.
- Lindén, Margareta, *Rapport från "anhörig-träff" på långvårdssjukhus*. En anhörigträff har anordnats på ett av Stockholms långvårdssjukhus. Från personalen hade ett 10-tal personer ställt upp, såsom avdelningsläkare, klinikföreståndare, terapeut.



- sjuksköterskor, sjukgymnast, kökspersonal, biträden m. fl. Alla redogjorde för sina olika arbetsuppgifter, svarade på frågor, förklarade hur och varför osv. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERSKOR 43(1976):9 s 66.
- Murphy, William & Ames, Martin, *Service personnel contribute patient data to health care team*. In the usual institutional health care environment, housekeeping, dietary, transportation, or other service aides often become confidants, friends, sources of information, and sympathetic listeners to the restive patients. Yet, they frequently are overlooked by other members of the health care team. – At Beth Israel Hospital, Boston, two innovative programs include service personnel as contributing members of the patient care team. HOSPITALS 50(1976):15 s 95–96.
- Mårtens, Ann, *Givande studiedagar: Mer medmänsklighet i vården*. SSFs rikssektion för Hälso- och sjukvårdsadministratörer hade i april 1976 studiedagar i Stockholm. Bl. a. redovisades forskning kring döden, kring cancerkvinnans syn på sin sjukdom och effekter av sängläge och ineffektivitet. Flera talare berörde framtiden inom hälso- och sjukvården. Dessa ämnen diskuterades i grupper och vid avslutningen av studiedagarna öppnades en diskussion om frivilligarbetet inom sjukvården. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERSKOR 43(1976):9 s 18–22.
- Människohantering på totala vårdinstitutioner*. Från dehumanisering till normalisering. Urval och inledning av medicinalrådet Karl Grunewald. Sthlm 1971 111 s Litt.
- Människosynen i människovården*. Sju föredrag från konferens i feb. 1973 i Lund. Lund 1973 78 s (Håkan Ohlssons).
- Människovård – ny specialitet*. Pionjär förbättrar cancervården. Dr. Loma Feigenberg, som i Läkartidningen (1971:50, 51, 52) skrivit om döden och döendet, intervjuas. Han är bitr. överläkare vid psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, med uppgift att svara för den psykosomatiska cancervården. KS-NYTT 11(1972):2 s 12–13.
- Nelander, Olle, avgående Spri-chef (2): *Öka till varje pris samvaron personal-patienter!* Här tar förre Spri-chefen upp två väsentliga frågor – sjukvårdens styrningsstruktur och förhållandet personal-patienter. Samspelet mellan människor på olika nivåer är avgörande för sjukvården, hävdar han. Förvaltning och administration, teknik och rationalisering berörs också. (Del 1 var införd i Landstingens Tidskrift 1976:11). LANDSTINGENS TIDSKRIFT 63(1976):12 s 18–21.
- The nurse and research*. Meeting at the Scottish Health Service Centre on Friday 29 November 1974. – During this conference papers were presented by nurses on their current research work at the Department of Nursing Studies at the University of Edinburgh and in the Southern General Hospital, Glasgow. Subjects covered included patient care, nurse education and the community and hospital psychiatric nursing service. Edinburgh 1974 11 s Dupl (Scottish Health Service Centre).
- Olsson, Ulla, *Framtidens omvårdnad tema under konferens*. Jan-77 hölls en konferens i Uppsala på temat Nursing of the Future. Dorothy Hall från WHO:s europakontor var särskilt inbjuden. I konferensen deltog sjuksköterskor från Danmark, Finland och Norge, lärare, skolledare, vårdadministratörer samt fackliga företrädare, professorer vid Uppsala universitet, samt företrädare för sjukvårdshuvudmännen, organisationer och olika myndigheter. VÅRDFACKET 1(1977):4 s 12–16 ill.
- Patienten behöver varma relationer. Beröring kan vara bättre än ord*. "Borde inte vi alla som arbetar inom sjukvården försöka förbättra den inre sjukhusmiljön? Nu. Genast. Flera av oss har träget arbetat för detta sedan länge men det behövs en massiv insats för att vi inte skall duka under för det teknokratiska sjukhussamhället. Sakkunskap finns inom KS väggar. Clarence Blomquist t. ex. hjälper gärna till. Han är bitr. överläkare vid psykiatriska kliniken där man vet mycket om mänskliga kommunikationer." – Intervju med Clarence Blomquist. KS-NYTT 13(1974):3 s 2–5.
- Pettersen, Ruth-Turid, *Något kan göras. Om äldre på institutioner*. Sthlm 1976 146 s Sakreg. (Wahlström & Widstrand).
- Qvarnström, Ulla, *På väg mot en teori i omvårdnad*. Förf., som studerat vid School of Nursing vid Boston University, redogör bl. a. för den där och vid andra amerikanska



- universitet pågående forskningen om Nursing = omvårdnad och teorierna bakom begreppet. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 41(1974):22 s 54-56 ill. 7 ref.
- Robinson, Lisa, *Psychological aspects of the care of hospitalized patients*. 2nd ed. Philadelphia (1968) 1972 105 s Sakreg. Litt. (F.A. Davis Company).
- Roos, Björn-Erik, *Terminal vård*. Rapport från det gemensamma mötet vid Läkarsällskapets riksstämma 1976 med temat terminal vård, dvs. vård i livets slutskede. LÄKARTIDNINGEN 74(1977):3 s 107-108.
- Ross, Carmen F., *Personal and vocational relationships in practical nursing*. 4th edition. Philadelphia 1975 283 s Sakreg. (J. B. Lippincott Company).
- Santorum, Catherine D. & Sell, Virginia M., *A patient-centered nursing service*. A patient-centered nursing service programme was initiated in the 390-bed Veterans Administration Hospital, Butler, Pa., with a 100-bedded nursing home care unit. The traditional nurse staffing pattern was altered significantly in order to permit nurses to use their professional judgement in the management of nursing care. The programme was introduced in three phases covering a two-year period. JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION 3(1973):4 s 32-40.
- Sjuksköterskor fixade själva konferens kring omvårdnad. Sjukvård blir vetenskap*. GRIPEN 1976:3 s 4.
- Sjuksköterskeyrket - hantverk eller profession?* Sammanfattning av rapport från Sjuksköterskors Samarbete i Norden, gjord av studierekretärer Rigmor Wendt, SSFs kansli, sekreterare i SSFs forskningskommitté. Bl. a. framfördes önskemål om forskning som kan medverka till högre kvalitet på omvårdnaden av patienter. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 42(1975):7 s 53-56.
- Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård* = Socialstyrelsen anser 1976:3. Sthlm 1976 77 s (Socialstyrelsen).
- Stensnäs, Inge, *Att möta döden*. En introduktion för vårdpersonal. Sthlm 1974 61 s Litt. Ill.
- Stenwall, Britta, *Den mekaniserade döden*. Förf., som är sjukvårdsbiträde vid Östersunds sjukhus, ger här några tänkvärda synpunkter baserade på sin egen erfarenhet. NORDISK MEDICIN 89(1974):6 s 166.
- Stevens, Carolyn B., *Special needs of long-term patients*. Philadelphia 1974 288 s ill. Litt. Sakreg. (J.B. Lippincott Co).
- Thor, Thorsten, *För vem planerar vi sjukhem?* Vid Landstingsförbundets förtroendemannautbildning den 24 mars 1977 höll Spris chef ett föredrag, där han belyste fem frågor: 1. Vem vårdas på våra sjukhus idag? 2. Vilka brister upplever dagens långvårdspatient? 3. Vilka krav kommer från den "nya" generationen äldre? 4. Vad tycker de som jobbar på ett sjukhem i dag? 5. Vilken betydelse har lokalplanering för att rekrytera, behålla och utveckla personal? Sthlm 1977 14 s Dupl ill.
- Träff med anhöriga gav större förståelse*. - "Anhörighetsträffen var det bästa som har hänt." Så säger systemen till en av patienterna på avdelning 5 D på Lillhagens sjukhus, där personalen inbjudit alla anhöriga till en informell träff. Många anhöriga kom och nästan hela personalen ställde upp på sin fritid för att berätta om avdelningens rutiner och ta emot synpunkter på vården. IMPULSEN 1973:20 s 5.
- Waldenvik, Arne, *Patienten i centrum*. Sthlm 1974 101 s (Harriers förlag).

### Vårdmiljö

Utredning 7143. UAS. Avslutad 1975. *Studier i åskådliggörande och värdering av fysisk miljö i sjukhus*. Sjukhusmiljön utgör, ofta under långa tidsperioder, den fysiska och sociala ramen för många människor dels som arbetsplats för olika kategorier arbetstagare dels som vårdplats för patienter i såväl öppen som sluten vård. När det gäller teknik, ekonomi och funktioner finns utredningar, ekonomiska kalkyler, lagar

och bestämmelser att stödja sig på. För de fysiska miljökviteterna finns inga krav beskrivna eller lagfästa. Avsikten med detta avrapporterade arbete är att få fram en metod att jämföra såväl redan byggd som planerad fysisk miljö och en metod att analysera och värdera denna miljö. Metoden skall vara praktiskt användbar vid planering och projektering.

**Spri RAPPORT 7/75. Sjukhemmet och utemiljön.** Utemiljön vid sjukhem för långtidsvård liksom vid många andra vårdenheter är ofta en outnyttjad resurs. Den borde utgöra en del av sjukhemmets boende- och behandlingsmiljö. Den borde utnyttjas i ett terapeutiskt syfte och för att skapa en hemliknande miljö vid sjukhemmet. Avsikten med denna rapport är att sprida en bredare syn på utemiljön, dess kvaliteter och användningsområden i ett vårdssammanhang.

**Utredning 1544. X landsting. Avslutad 1972. Upplevelser i samband med förlossning.** 100 kvinnor från Ljusdals kommun som under första halvåret 1971 förlöstas på Hudiksvalls lasarett har telefonintervjuats. Man ville undersöka hur patienterna reagerade efter indragning av en liten förlossningsavdelning som därigenom gav dem längre restid. Attityderna till den förebyggande mödrahälsovården och mödragymnastiken, förlossningens förlopp, vårdtider och smärtlindring skulle även undersökas.

**Allvarliga brister i samhällets omsorger om barn på sjukhus.** Inskrivna på sjukhus har barn ofta betraktats som mini-vuxna utan de möjligheter till lek och aktivitet som är en förutsättning för utveckling även hos friska barn. Lekterapiens betydelse för barn på sjukhus har bl. a. uppmärksammats av barnstugeutredningen. Förhoppningsvis kommer det i fortsättningen att finnas lekterapeuter vid alla sjukhus oberoende av sjukvårdshuvudmännens grad av intresse för de sjuka barnens behov av aktivitet. **FÖRSKOLAN 58(1975):5 s 4-7 ill.**

**Artotek på sjukhus chans för personalen byta konst då och då?** Många sjukhus har bibliotek. De borde ha artotek också säger glaskonstnären och målaren Bengt Orup, som är en av konstnärernas representanter i landstingets konstnämnd. Avdelningar för långvård har absolut ett behov att byta ut sin konst då och då. Andra ställen som skulle behöva byta sin konst på ett artotek då och då är vissa personalavdelningar – matsalar t. ex. **GRIPEN 1973:4 s 9.**

**Barns utemiljö – sjukhus** Del 2 = Lekmiljönytt 5. Sthlm 1976/1977 47 s 2 bil III Litt. (Lekmiljörådet, Socialstyrelsen).

**Berg, Weit G:son, Barnkulturen: Barn på sjukhus.** Kraven på en utbyggd kulturell service till barnen ökar. Hur är det med barn som ligger på sjukhus? På S:t Görans barnkliniker i Stockholm har man sedan flera år en specialiserad barnservice. Bibliotekarien där berättar om hur arbetet går till och funderar över den speciella situationen för dessa barn och deras relationer till läsning och annat som biblioteket har att erbjuda. **BIBLIOTEKSBLADET 60(1975):8 s 129-131 ill.**

**Biblioteksservicen på sjukhus blir bättre och aktivare i större lokaler med rationell organisation.** Enhetliga normer för sjukhusbibliotek finns ännu inte i Sverige. – Spri har givit riktvärden för storlek, placering och utformning av kombinerat patient- och medicinskt bibliotek för 700 resp. 1 500 vårdplatser. **MODERNA SJUKHUS 6(1971):3 s 17-21.**

**Blomquist, Clarence, Lite patientpsykologi.** Kanske Karolinska sjukhuset kan bli den plats där patienter och personal kan mötas och verkligen förstå varandra, säger Clarence Blomquist, bitr. överläkare vid psykiatriska kliniken, KS. **KS-NYTT 14(1975):3 s 2-5.**

**Burke, Ronald J. & Goodale, James G., New way to rate nurse performance.** Behaviorally anchored scales are the hallmark of a new evaluation system based on the head nurse's observation of her staff nurse's day-to-day work performance. **HOSPITALS 47(1973):24 s 62, 64-65, 68 2 fig. 3 ref.**

**Cafeterian – en oas i den vita miljön, uppskattad och nödvändig service.** Cafeterierna vid ett antal sjukhus i Sverige presenteras. De drivs ej av landstingen utan arrenderas av



- restaurangbolag, privatpersoner, pressbyrån osv. MODERNA SJUKHUS 6(1971):1-2 s 21-24.
- Carlberg, Kärstin & Johnsdotter, Inga-Lill & Rynell, Ann, *Arbetsterapeutiskt perspektiv på hospitalisering, dess orsaker och behandling*. Artikeln är en kommenterad genomgång av litteratur om hospitalisering, orsaker, symtom och behandling. I litteraturen beskrives detta fenomen i olika termer. Synonymer är "psychological institutionalism" (Betelheim och Silvester 1948), "institutionalism" (Wing 1962), "hospitalism," "kustodialism", "institutional neurosis" (Barton 1959) och "psykiatriska artefaktsyndrom" (Punell 1972), "anstaltssyndrom" (Freudenberg 1962). ARBETSTERAPEUTEN 1975:4 s 193-203 Tab. Ref.
- Cramér, Kim, *Patient 70: sjukhuserfarenheter och sjukhusmiljö*. Förf., docent i medicin vid Göteborgs universitet och poliklinikläkare vid Västra Frölunda sjukvårdscentral, beskriver hur han själv som sjukhuspatient upplevt vården. Kritiken utmynnar i positiva förslag. LÄKARTIDNINGEN 68(1971):1 s 49-52 8 ref.
- Dahlin-Widström, Barbro, *Sjuka barn - barn på sjukhus*. Barn far illa av en sjukhusvistelse. Ända till 8-10 års ålder uppfattar barnet sjukdom som straff för något det gjort. Upplevelse av skuld finns även alltid hos föräldrarna. Om dessa känslor handlar denna artikel. Den tar också upp vad personalen kan göra för att hjälpa barn och föräldrar i den utsatta situation som barnets sjukdom försatt dem i. LÄKARTIDNINGEN 72(1975):49 s 4863-4866 ill.
- Evans, John & Hawkes, Roger, *Background music in hospital*. På West Hill-sjukhuset i Dartford, Storbritannien, har man som resultat av patientintervjuer börjat spela lugnande musik i väntrummet på poliklinikerna på olycksfallsavdelningen. BRITISH HOSPITAL & SOCIAL SERVICE REVIEW 81(1972):March 18 s 608-09, 611.
- Forsberg, Åke & Johansson, Hans & Stappe, Ralph, *Synpunkter på miljö-människa i sjukhus*. Analys av begreppskomplexet människa-miljö i kedjan: entré-väntrum-mottagningsrum-behandlingsrum-vårdrum, eller: besökaren-patienten som kommer till läkaren och sköterskan för konsultation-behandling-vård-tillfrisknande-Förslag till lösningar. SJUKHUSET 46(1969):10 s 513-519 Ill.
- Första samtalsterapeuten: Patienterna får hjälp och stöd. Samtal med Siv ofta på remiss*. Luleå lasarett har en psykiatriskt utbildad samtalsterapeut som själv är helt blind. "Jag pratar med patienterna om det mesta. Ger stöd och uppmuntran till patienter med svåra sjukdomar och till patienter som måste lära sig acceptera att leva med psykiska och fysiska handikapp". - F. n. omfattar tjänstgöringen 10 veckotimmar men behovet av samtalsterapi är mycket stort. NLL-TIDNINGEN 3(1974):1 s 11-12.
- Gustafsson, Kjell & Nilsson, Göte, *God natt klockan 15.00*. Långtidssjukvården måste förbättras. Ett debattinlägg. Sthlm 1977 181 s Litt. Pocketutg. (Rabén & Sjögren/Tema Nova).
- Hedling, Margaretha, *Veckovård bra för barn på sjukhus*. Avdelningsföreståndaren vid en medicinsk barnavdelning på Barnsjukhuset Samariten rapporterar fördelar med femdagarsvård: föräldrakontakten blir bättre, avdelningsarbetet underlättas, varje barn kan till största delen skötas av en och samma person. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 40(1973):19 s 16.
- Hur ser det ut på sjukhusen?* Samlingsrubrik för en rad artiklar där sjukhusmiljön granskas och debatteras med exempel från svenska sjukhus. FORM 65(1969):10 s 466-499. Rikt illustrerad.
- Johnsson, Gunilla, *Lekterapi - en av pediatrikens större landvinningar*. Lekterapiverksamheten vid Umeå lasarett har i många år framstått som en av de bäst utvecklade formerna för lekterapi i landet. Positiva reaktioner har inte låtit vänta på sig från de sjukhus där man utformat sin lekterapi efter "Umeåmodellen". FÖRSKOLAN 58(1975):5 s 8-13 ill.
- Lindquist, Ivonny & Klackenber, Gunnar & Lind, John, *Barnet och sjukhuset*. Sthlm 1975 62 s ill. Litt. (Esselte Studium).

- Living in hospital.* The social needs of people in long-term care. London 1975 84 s ill. Litt. (King Edward's Hospital Fund for London) ISBN 0-900889-59-4.
- Lundkvist, Inga-Lill, Svängstolen. *Mentalvård eller människovård i dagens Sverige.* Sthlm 1975 147 s Litt. (Rabén & Sjögren/Tema Nova).
- Melia, Kath M., *The Intensive care unit – a stress situation?* The concept of stress is discussed and a few definitions are examined. There follows a discussion of the stressful situation that nurses, patients and relatives find themselves in upon entering an intensive care unit. Some tentative solutions are offered. This paper is based on a small review of the literature available and the writer's own experience. NURSING TIMES 73(1977):5 s 17, 19–20 9 ref.
- Nelson, Barbara K., *Why patients hate bedpans.* A study "Physiological Measures of Anxiety in Hospital Patients," sponsored by the British government and administered by the Royal College of Nursing, reported on anxiety caused to hospital patients by using the bedpan. – Report on the study. MODERN HEALTH CARE 1(1974):3 s 48–50.
- Molin, Brita & Molin, Lars, *Läsvanor och biblioteks-kontakter hos sjukhusvårdade patienter.* Enkätundersökning har gjorts vid Karolinska sjukhusets hudklinik för att belysa läsvanorna och attityder och önskemål beträffande sjukhusbiblioteken och dess service hos en patientgrupp. SJUKHUSET 47(1970):12 s 646–48 ill.
- Nilsson, Gunilla, *Är miljön barnvänlig på sjukhus?* Artikeln är baserad på studier i USA. Gruppssjukvård med "mamma-ersättare" bör eftersträvas så att barnet slipper konfronteras med många okända personer. Det kan vara svårt att tillåta föräldrar att stanna på sjukhuset så länge särskilda avdelningar för ändamålet inte byggts. Om föräldrarna känner att de är välkomna och värdefulla medlemmar i teamet kring barnet betyder kanske de yttre inventarierna mindre. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 40(1973):14 s 4–7.
- Orador, Solveig, *Vikten av att nå kontakt. Från ett sjukhusbibliotek.* Biblioteksarbetet på ett mentalsjukhus (eller annan likartad institution) karakteriseras främst av vikten att nå kontakt, skapa kommunikation med de människor som söks upp av och som söker sig till biblioteket. Bibliotekarien vill se biblioteket som en fungerande del i "rehabiliteringsbiten" inom sjukhuset. BIBLIOTEKSBLADET 59(1974):15 s 273–274 ill.
- Patientintervjuer ger förslag till vårdmiljöns utformning.* Tjänst som instruktionsbarnmorska vid Danderyds sjukhus' kvinnoklinik har inrättats. Uppgifter: Mödraunderservisning, instruktion, information, planläggning, klin.konferenser, metodutveckling. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 37(1970):3 s 174.
- Patienttrivsel! Lättare rutin, mera samtal, färggladare rum och underhållning.* Fler samtalsrum på sjukhusen, bättre utbildning av vårdpersonalen i personkontakt och trivsammare inredning på sjukhusen är några av de synpunkter som lagts fram i en serie intervjuer gjorda av Moderna Sjukhus med patientens trivsel och rum i centrum. MODERNA SJUKHUS 4(1969):9 s 37–41.
- Personal och patienter trivs på sjukhusen.* Både personal och patienter trivs på sjukhusen. Över 90 procent uppger att de trivs "bra" eller "mycket bra". Det framgår av en undersökning som Sprilåtit göra. Man får reda på hur personal och patienter rent allmänt trivs på sjukhusen, men också vad de upplever som negativt i miljön och vad de vill förbättra. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 42(1975):10 s 10–12 ill.
- Punell, Georg, *Arbetsterapins utvecklingsperspektiv inom psykiatin.* Arbetsterapins utvecklingstendenser beskrivs i relation till förändringar i vårdmiljön under de närmast föregående två decennierna. Samarbetsformer med andra i rehabiliteringen engagerade discipliner diskuteras. För den samfälliga rehabiliteringen förordas sådan organisationsform, som flexibelt kan anpassa sina resurser till de ständigt pågående förändringarna i vårdklimatet. ARBETSTERAPEUTEN 1975:3 s 113–124 13 ref.
- Sjukhusbiblioteket hjälper många på många sätt.* Reportage från Västervik, där sjukhusbiblioteket har öppet dygnet runt och många aktiviteter till glädje för både



- patienter och personal. NERVEN 1976:6 s 4–5 ill.
- Sohlman, Lennart & Törngren, Eva, *Långvårdspatienten talar*. Rapport inom projektet Behov och resurser inom somatisk långtidssjukvård. Sthlm 1977 51 s Dupl. Litt. (Psykotekniska institutet).
- Suzanne – Sveriges enda BB-psykolog. På Södersjukhuset i Stockholm arbetar Suzanne Goldman – Sveriges enda BB-psykolog. Under tio timmar per vecka försöker hon hjälpa blivande och nyblivna mödrar med psykiska problem på mödravårdscentralen och på BB. En droppe i havet, säger hon själv. Men en droppe, som säkert har många ringar. SOCIALNYTT (1975): 8 s 21–22.
- Thidewall, Göran, *Varm, vänlig vårdmiljö – viktig faktor vid behandling av barn*. Vårdmiljön bör utformas så att barnets primära psykiska behov – kontakt, trygghet, aktivitet – har förutsättningar att tillfredsställas. TANDLÄKARTIDNINGEN 65(1973):23 s 1314–1316 ill.
- Åberg, Ulrika, *Ögonfröjd till låns*. Sjukhusartotek. Sjukhusen i Karlstad och Eskilstuna och Huddinge och Solberga sjukhus i Stockholm har eller har planer på att starta artotek och låna ut färgproduktioner till ineliggande patienter. Bibliotekarierna tar med sig små färgkopior eller slides på bokvagnen, och patienten beställer ett eller flera konstverk för en lånetid av högst fem veckor. – Investeringskostnaden är 10.000 kr, vilket betecknas som väl använda pengar för en gladare vårdmiljö. BBL (BIBLIOTEKSBLADET) 58(1973):4 s 77–78.
- Ördell, Harry, *Konstnärlig utsmyckning av Sundsvalls sjukhus*. För utsmyckning av Sundsvalls sjukhus har anvisats 2,5 miljoner kronor. Av de anvisade medlen har 1,4 miljoner avsatts till inköp av stafflikonst och grafik, 800 000 kronor till fast utsmyckning och resten till konstnärlig och miljöestetisk rådgivning m. m. En av målsättningarna har varit att förse varje rum med åtminstone ett konstverk. SJUKHUSET 52(1975):10 s 559–560 2 fotogr.

## Kap. 6

### 6.4 Individorienterad planering

#### Tidsbeställning

- Shepard, Donald S. & Moseley, Thomas A.E., *Mailed versus telephone appointment reminders to reduce broken appointments in a hospital outpatient department*. This study compared mail, telephone, and control strategies to reduce the rate of broken appointments in a pediatric outpatient department. Based on 1,039 randomly assigned appointments, the mail strategy had a broken appointment rate of 29.1 per cent, the telephone strategy of 25.3 per cent, and the control of 44.2 per cent. MEDICAL CARE 14(1976):3 s 268–273 2 tab. 10 ref.
- Systems analysis and design of outpatient department appointment and information systems*. A special study in hospital systems and procedures. New York 1967 95 s Tab. Fig. Litt. (United hospital fund of New York, training, research and special studies division).

#### Väntelistor

##### Väntetid

- Utredning 1754. AB landsting. Avslutad 1974. *Väntetider och läkarkontinuitet m. m. vid landstingets sjukhusmottagningar*. Frågan om väntetiderna vid sjukhusmottagningar har länge diskuterats. År 1965 infördes ett tidbokningssystem. Väntetidssituationen har förbättrats men är ej tillfredsställande. Problemet förefaller huvudsakligen ligga i att förbättra nu befintliga bokningssystem. Förslag diskuteras i rapporten om hur

bättre läkarkontinuitet skall uppnås inom den öppna vården.

Utredning 1409. L landsting. Avslutad 1971. *Kartläggning inom öppen vård*. Det hade konstaterats att väntetidens längd i samband med läkarbesök var ur patientens synpunkt otillfredsställande. En undersökning omfattande samtliga öppenvårds-mottagningar inom landstinget har utförts. Materialet redovisas med en mängd data om olika förhållanden i samband med öppenvårdsbesök.

Utredning 1671. Handelshögskolan. Avslutad 1971. *Samhällseconomiska aspekter på väntetider till slutna sjukhusvård*. Rapporten, som är en seminarieuppsats, har till syfte att:

- identifiera samhällseconomiska konsekvenser av väntetider till slutna sjukhusvård

- ange metoder för kvantifiering och värdering av dessa konsekvenser.

I uppsatsen görs en beskrivning av köerna och kösituationen för hela landet.

Man gör även en identifiering av de samhällseconomiska konsekvenserna av väntetider samt en värdering av dessa.

Spri RAPPORT 21/69. *Väntetidsproblemet vid mottagningar*. Att väntetiden på öppna mottagningar kan bli lång beror bl. a. på brister i samordningen mellan olika personalgrupper och att yrkeskunnandet ibland utnyttjas mindre väl. Rekommendationer ges bl. a. i fem punkter:

- Mottagningsarbetet bör följas upp genom självregistrering på arbetskort

- Tidsbeställning bör införas, avpassad efter specialiteten och efter varje läkares kapacitet

- Akutmottagningen bör avskärmas från den vanliga tidsbeställda öppenvårdsmottagningen

- Vissa enkla sekreteraruppgifter - som idag ligger på läkare - bör överföras till kundmottagningen

- Telefonarbetet bör utformas annorlunda.

Allander, Erik & Lax, Rose-Marie, *Reumatologkliniker, distriktsläkare och väntetider*.

Undersökning av den reumatologiska vården i stockholmsområdet behandlas.

Författarna påpekar behovet av bättre formaliserade kontakter mellan öppen och slutna vård. Men det är också väsentligt att på olika sätt förbättra diagnosstatistiken från öppen vård, innefattande bl. a. kontinuerliga sammanställningar om väntetider till olika kliniker. SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT 51(1974):7 s 500-505.

Axell, Kaj & Carlström, Evert, *Väntetidsproblemet vid mottagningar*. = Spri rapport 21/69. Sammanställning gjord inom ramen för projekt 8016, poliklinikutredningen. Sthlm 1969 42 s Dupl. Fig. Litt. Engl. summary.

Axell, Kaj & Wester, P. O., *Arbetsmönster, patientflöde, väntetider vid en medicinsk poliklinik*. = Spri-rapport 19/70. Spri projekt 8016. Sthlm 1970 15 s Dupl. Fig. Litt.

Barber, Richard W., *A unified approach to hospital inpatient scheduling*. Charlottesville, VA 1976 18 s Dup. Litt. (University of Virginia).

Bengmark, Stig & Dencker, Hans & Tibblin, Sten, *Omsättningen av kirurgiska vänteliste-patienter*. Resultatet av undersökning av väntelistesituationen för slutna vård vid kirurgiska kliniken i Lund våren 1971 blev att ca 50 procent fick kvarstå på väntelista. LÄKARTIDNINGEN 69(1972):15 s 1784-87.

Bergstedt, Martin, *Produktionsplanering med normerad väntetid i öppen öron-, näs- och halsvård*. En för patienterna normerad väntetid innebärande en medveten prioritering med omhändertagandansvar tillämpas sedan våren 1971 vid öron-, näs- och halskliniken i Karlskrona. LÄKARTIDNINGEN 69(1972):51 s 5990-91.

Bergstedt, Martin, *Köproblemet och egenläkare*. Vid öronkliniken i Karlskrona har sedan fyra år tillämpats ett styrsystem för patienter i öppen vård. Den normerade väntetiden har varit omkring en vecka. Alla patienter har fått "egenläkare" vid återbesök och läkarna har "fått ut" all önskad ledighet för jourkompensation och



- semester. LÄKARTIDNINGEN 71(1974):35 s 3158–60 4 ref.
- Bithell, J. F., *The rationalisation and control of hospital admission systems*. A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy at the University of Oxford. Oxford 1969 138 s Dupl. Tab. Litt.
- Briggs, Galen Pierce Jr., *Inpatient admissions scheduling: application to a nursing service*. (A dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, University of Michigan). Ann Arbor, Mich. 1972 164 s Litt. (University Microfilms).
- Böttiger, Lars-Erik & Larsson, Monica, *Intagning och utskrivning vid medicinavdelning inom Storstockholmsområdet*. En undersökning av intagningar och utskrivningar vid medicinska kliniken, Karolinska sjukhuset, visar att 84 proc. av patienterna från det egna förvaltningsområdet intagits akut. Därmed kan påståendet tillbakavisas att patienter från andra förvaltningsområden orsakar de många överbeläggningarna. Utskrivningarna fördröjs av orimligt långa väntetider, när det gäller såväl långvård som anskaffande av social hjälp i hemmet. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):13 s 1207–1209.
- Buhaug, Harald, *Innleggningssentraler for akutt sykehus*. Den innflytelse en innleggningssentral kan få på ventelister og ventetider drøftes. Fra et organisasjonsmessig og administrativt synspunkt kan det reises tvil om hvorvidt en innleggningssentral på fylkesnivå vil passe inn i den administrative struktur det forovrig legges opp til for helsetjenesten. NORSK SYKEHUSTIDENDE 48(1975):8 s 147–152. 4 fig. 4 ref.
- Cammoach, Ruth M., *Health centres: Reception, waiting and patient call*. Some aspects of provision for reception, waiting and patient call in a selected group of large health centres. London 1973 41 s Ritningar Litt. Bil (Department of Health and Social Security, Welsh office).
- Chant, A.D.B. & Napier, M., *Factors influencing prediction of surgical in-patient stay*. Undersökn. refereras, som visar att det är mycket svårare att beräkna vårdtiden för kirurgiska akutfall än för patienter intagna enl. väntelista. Grupperna bör vårdas var för sig. THE HOSPITAL AND HEALTH SERVICES REVIEW 69(1973):2 s 52–54 5 fig. 5 ref.
- Christl, H. L., *Some methods of operations research applied to patient scheduling problems*. MEDICAL PROGRESS THROUGH TECHNOLOGY 2(1973):1 s 19–27.
- Cocking, J., *In-patient Waiting Lists*. The list of patients awaiting admission to hospital is too long but the way in which the list is compiled is open to doubts. There seems to be no alternative but to collect monthly figures. HEALTH AND SOCIAL SERVICE JOURNAL 83(1974):May 18 s 1102–03.
- Crosby, D. L. m. fl., *General surgical pre-admission clinic*. 99 patients from a non-urgent general surgical waiting list were randomly selected for either direct admission to a hospital bed or review at a pre-admission clinic. A considerable reduction in subsequent bed occupancy was shown in the latter group. The findings suggest that more detailed review of patients in the outpatient department would result in the more efficient use of hospital facilities. BRITISH MEDICAL JOURNAL 3(1972):July 15 s 157–59. 4 tab. 2 ref.
- Ekdahl, Per-Hugo, *Vårdproblem och väntelistor*. Fem möjligheter att göra väntelistan till ett smidigare styrinstrument för patientflödet på ett akutsjukhus ges av chefsläkaren på kir. klin., lasarettet i Eskilstuna. DIAGNOS 7(1970):3–4 s 10–14 ill.
- Enkel lösning av svårt problem: Telefonsamtal avlägsnade kön vid akuten i Hagfors!* Nu fungerar akutmottagningen vid sjukhuset i Hagfors bra. Förklaringen är mycket enkel. Patienterna ringer först och får en tid som anpassas efter sjukdomstillståndet och efter belastningen på mottagningen vid tillfället. Ibland innebär det att patienten kan anvisas tid på en vanlig mottagning, ibland kanske att han/hon inte behöver söka läkare alls. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 63(1976):14 s 28–29 S-TINGET 1976:8 s 0–1.

- Felding, Finn, *Analyse af en patientbehandlings organisation. Muligheder of effektivitet i behandlingen af ældre kronisk syge i Københavns kommune*. Kphmn 1970 123 s Fig. Tab. Litt.
- Fioretos, Mikael & Fritjofsson, Åke & Jansen, Hjalmar, *Kliniska och socialmedicinska aspekter på patienter väntande på operation för prostatahyperplasi*. Alla patienter som 1972-09-15 var registrerade på vårdplaneringslistan för operation av benign prostatahyperplasi vid urolog. klin. på regionsjukhuset i Örebro analyserades med avseende på väntetidens påverkan på dessa patienters subjektiva och objektiva symtom samt inverkan av sjukdomen resp. väntetiden på patienternas levnadsförhållanden och deras vårdbehov under väntetiden. LÄKARTIDNINGEN 72(1975):10 s 965-68.
- Fock, Gustaf, *Operationer och väntelistor*. "I Finland är väntelistorna till operation mycket långa, och den allmänna meningen är att de dyra sjukhusen arbetar ineffektivt." - Förf. kommenterar detta påstående och efterlyser klarlägganden och definitioner av vissa primära begrepp för en saklig utredning. NORDISK MEDICIN 90(1975):6-7 s 188-89.
- Garfield, Sidney R. m. fl., *Evaluation of an ambulatory medical-care delivery system*. Report from a working-group that designed a medical-care-delivery system specifically to relieve impaired access to care. The solution involved the entry of patients through a paramedically staffed health evaluation service that effectively separated patients into three basic health-status groups - the well and worried well (68.4 per cent); the asymptomatic sick (3.9 per cent); and the sick (27.7 per cent) - a process that permitted matching the needs of each group with appropriate services. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 294(1976):8 s 426-431.
- Gautschi, H. & Schaad, R., *Rationalisierung im Krankenhaus*. Från det några år gamla schweiziska sjukhusinstitutet i Aarau rapporteras en utredning, där man skilt ut thoraxröntgen från den övriga röntgenverksamheten och vunnit 47 % kapacitet totalt. Flera möjliga rationaliseringsåtgärder diskuteras. SCHWEIZER SPITAL 41(1977):4 s 145-147.
- Gustafsson, Elsa & Svensson, Ann-Marie, *Väntetider vid medicinska klinikers öppna mottagningar*. Seminariuppsats för tre betyg i företagsekonomi, ämnesdelen administration. Lunds universitet, att framläggas i november 1970. Lund 1970 45 s Dupl. Tab. Diagr. Bil. Litt.
- Hansson, Lars Ingvar & Sundén, Göran, *Ryggpatienten inom den öppna vården*. Vittgående samarbete mellan den öppna vårdens läkare och ortopediska kliniken i Lund har möjliggjort ett mera effektivt omhändertagande av patienter med ryggproblem. Av betydelse härvid har också varit en omorganisation av klinikkens ryggmottagningar, varvid kravet på kontinuitet bland läkarna sattes främst. Reducerade väntetider, mer adekvat prioritering och ökad genomströmningshastighet redovisas. LÄKARTIDNINGEN 72(1975):28 s 2525-27.
- Hauffman, Mårten, *Så opererade vi bort köerna*. Köproblemen vid ögonkliniken på Karolinska sjukhuset har i stort kunnat lösas. Organisationen har ändrats radikalt och en effektiv prioritering har genomförts. Doktor Mårten Hauffman berättar här hur man gick till väga. KS-NYTT 14(1975):2 s 21-24.
- Hausmann, Dieter, *Waiting time as an index of quality of nursing care*. A model of the patient care process, based on queueing theory, is described and its parameters defined empirically for application to a burn unit. HEALTH SERV RES 5(1970):2 s 92-105.
- Holdich, R. J., *The admissions dilemma*. "The wait to enter hospital is a nerve-racking time, no matter how routine the required procedure may be considered by a doctor." But accurate information is needed to try to satisfy the conflicting demands on staff in admissions departments not only from waitinglist patients but also from emergencies. HEALTH AND SOCIAL SERVICE JOURNAL 86(1976):July 10 s 1257.



- Jørgensen, Erik, *Hvorledes kan hospitalernes visitationsmetoder sikre, at patienten kommer under den rette behandling og i tide?* "Visitor" och "visitation" är ett speciellt danskt begrepp. Motsvarar ungefär remittering i Sverige. Förf. hävdar, att beläggning, inskrivning och utskrivning måste ske och dirigeras efter ungefär samma system som trafik. Detta skall företas av administrationen. Artikeln är illustrerad med diagram över väntetider, beläggningsperioder m. m. TIDSSKRIFT FOR DANSKE SYGEHUSE 43(1967):24 s 353-61.
- Kock, Sven E., *Simulering av sjukhusfunktioner*. Helsingfors 1973 45 s Dupl. Tab.bil. Litt. (Svenska handelshögskolan, publ. ser C prel. forskningsrapporter).
- Lev, Benjamin & Caltagirone, Robert & Shea, Francis J., *Investigations in health care delivery. Patient flow and utilization of resources in a diagnostic radiology department*. The use of computer simulation as a tool for analyzing the operation of an existing diagnostic radiology department is described. Based on the statistical data gathered previously, a model of the department was formulated simulating its activities. Assuming certain values of input variables (such as the number of patients per day and their arrival times) and such system parameters as the numbers of technicians, orderlies, and examination rooms, several computer runs of the model were evaluated in terms of output variables (e. g. patient time in the department, waiting time, and the utilization of staff and rooms). The results agree well with observed data. INVESTIGATIVE RADIOLOGY 7(1972):6 s 517-25.
- Lindeberg, Nils, *Väntelstön - en jämviktsfaktor*. Uppsats i specialkurs C, VT 1967 Handelshögskolan i Stockholm. Sthlm 1967. 32 s Dupl. Litt.
- Ljungbyprojektet. Delrapport 2: *Medicin- och gynekologimottagningar*. En sammanställning av arbetsmaterialet från studier av väntetidsproblemet. = Sprirapport 1/70. Sthlm 1970. 46 s Dupl. 44 fig.
- Löfqvist, Ulf, *Administrativa faktorer som påverkar patientens väntetid*. Förf., verksam vid Rationell Sjukhusadm. AB, berör några adm. faktorer som kan påverka kapaciteten och därmed patientens väntetid inför en röntgenundersökning. Svenska Sjukhusföreningens Årsbok 1969-1970 s 154-158.
- Namazi-Fard, Bozorg, *Application of queueing theory to general hospitals: Models and techniques for inpatient and outpatient planning*. Akadem. avhandl. för ek. doktorsexamen vid Lunds universitet 1974-05-25. Lund 1974 303 s Tab. Fig. Litt. (Lunds universitet, EFL-RF 7403).
- Nicolausson, Ulf, *Hur skall öppna vårdens kris avhjälpas?* Debattinlägg om förhållandena inom den öppna vården. Förf. pekar på ett antal faktorer som enligt hans mening på sikt kan leda till en bättre vårdssituation. LÄKARTIDNINGEN 68(1971):25 s 2882-2884.
- Nordlander, Nils Brage, *Hejda snedfördelningen av resurserna!* Stoppa sjukvårdens kostnadsexplosion! Med utgångspunkt från sina erfarenheter från landstingsverksamheten, penetrerar förf. några aktuella sjukvårdsproblem, bl. a. sjukvårdens utbyggande, kostnadsexplosion, köer och resursfördelning. LÄKARTIDNINGEN 68(1971):11 s 1212-17.
- Nummi, Pekka, *Upplösning av en kirurgisk kö*. Vid Syd-Saimens centralsjukhus i s.ö. Finland upplöstes en kö på 1 000 personer på 7 mån. 54 % opererades. 22 % behövde inte opereras. 21 % svarade inte på kallelsen. NORDISK MEDICIN 88(1973):1 s 14-15.
- Pedersen, P.-E., *Väntetidssystem ved radiumstationens abulatorium, Odense sygehus*. Här redogöres för ett väntetidssystem, uppbyggt så, att alla patienter får en blankett, vilken är utformad som en biobiljett med datum och tid. UGESKRIFT FOR LAEGER 132 (1970):43 s 2044-46.
- Rapport avlämnad av socialstyrelsens arbetsgrupp för utredning av förutsättningarna för en systematisk planering av patientgenomströmningen inom den slutna vården*. Sthlm 1968 24 s dupl. bil. litt. Arbetsgruppen har under våren 1967 genomfört en enkät hos vissa kliniker ang. förekomsten av väntelistor, dessas storlek och väntetider samt vissa

- uppgifter om antalet intagningar, vård dagar m. m. Under sept–dec 1967 har en provundersökning gjorts betr. registrering av uppgifter belysande väntetidssituation och patientgenomströmning.
- Rockhart, John F. & Herzog, Eric L., *A predictive model for ambulatory patient service time*. Report on results from one area of research on the general problem of resource scheduling and utilization in medical ambulatory care at the Lahey Clinic Foundation in Boston. Major areas in which it is possible to reduce scheduling errors in ambulatory care are noted, and research results in the development of more effective models of predetermining patient service time are reported. *MEDICAL CARE* 12(1974):6 s 512–519.
- Rosenblut, Alan m. fl., *OPD waiting time reduced by use of individual appointment system*. This paper is a report of a study which used the Johnson Rosenfeld technic to measure time performance in an adult medical clinic, just before and just after the introduction of an individual time appointment system (ITAS). Results showed that the Johnson Rosenfeld time study technic has general applicability. *HOSPITAL TOPICS* 50(1973):3 s 48–52.
- Singer, Sidney, *A stochastic model of variation of categories of patients within a hospital*. A dissertation submitted to the Advisory Board of the School of Engineering of The Johns Hopkins University in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Engineering. Baltimore 1961 132 s Dupl. Litt. Tab. (U.S. Public Health Service, Research Grants GN 5537 & W 167).
- Sju månaders kö till yrkeshudklinik*. Kontaktexem och kontaktallergi är den vanligaste yrkessjukdomen. Det är en hudsjukdom som orsakas av kemikalier i arbetsmiljön. Redan nu känner man till flera tusen sådana allergiframkallande ämnen. Patienter drabbade av eksem strömmar till Lunds lasarett och Karolinska sjukhuset i Stockholm, de två enda ställen i Sverige där yrkeshudsjukdomar kan utredas. *ARBETSMILJÖ* 1976:9 s 40–43.
- Spencer, Paul, *General practice and models of the referral process*. London 1971 84 s Fig. Litt. (Institute for Operational Research, IOR Health Report No. 6).
- Steidley, K. David & Vanloh, Sidney, *A Monte Carlo Computer Model to investigate patient scheduling*. A Monte Carlo computer model was developed to investigate various types of patient appointment schedules for a single channel queue. Input parameters included the incidence of no-shows, the rate of unscheduled walk-ins, the frequency distribution of physician examination times, and the string of appointment times. *RADIOLOGY* 122(1977):2 s 359–364.
- Stevens, G. C. & Webb, M. H. J. & Bramson, C. E., *Factors affecting the result of waiting list calls*. A survey was carried out of all calls for admission from the waiting list of the King's College Hospital and two other general hospitals over a 2 month period in 1972, in order to quantify accurately the extent and nature of failure to result in admission; to attempt to explain statistically, variations; to examine the use made and the effect of the priority indicator on the waiting list card. *THE HOSPITAL AND HEALTH SERVICES REVIEW* 69(1973):12 s 459–461 4 fig.
- Søreide, Ragnar, *Behandlingssøkende kø-ståere og deres skjebne*. Vid Fylkessjukehuset i Volda, Kirurgisk avdeling, har man gått igenom väntelistorna och fått fram en princip att eliminera dessa. *TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING* 94(1974):14 s 899–902.
- Taylor, Maurice M., *Analysis of congestion in an outpatient clinic*. An essay submitted to the Advisory Board of the School of Engineering of The Johns Hopkins University in conformity with the requirements for the degree of Master of Science in Engineering. Baltimore 1958 97 s Dupl. Tab. Diagr. (The Johns Hopkins University gm Clearinghouse, Wash.).
- Tengroth, Björn, *Hur angripa vårdköerna i slutenvård? Hur tar en ny klinikchef itu med värdkö och vårdtider? Frågan besvaras av Björn Tengroth, som för två år sedan tillträdde professuren i oftalmiatrik vid Karolinska institutet och posten som*



klinikchef vid Karolinska sjukhusets ögonklinik. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):34 s 2721.

### 6.5 Aktivering av patienten

Hertz, Charles G. & Bernheim, Joseph W. & Perloff, Thomas N., *Patient participation in the problem-oriented system: A health care plan*. The problem-oriented system can be used to encourage the involvement of the patient in his health care. A Health Care Plan is described, the purposes of which include facilitation of provider-patient communication, and emphasis on the shared responsibility of provider and patient in problem solving and health maintenance. MEDICAL CARE 14(1976):1 s 77-79 Fig. 11 ref.

Kulturterapeuter på Boo sjukhus: *Patienterna behöver oss*. Men varför finns inga tjänster för kulturterapeuter? Kontakt- och kulturterapi kallar man på Boo sjukhus sitt arbete med att stimulera och aktivera patienterna intellektuellt. Nästan ända från starten av detta annexsjukhus 1970 har olika former för kulturterapi prövats: högläsning, schackspel, utställningar, utflykter och studiegrupper, bl. a. "ord- och bild"-grupper. KOMPRESSEN 1974:3 s 28-30.

### 6.6 Kontinuitetsfrågor

Utredning 1830. Sthlms universitet. Avslutad 1975. *Den nya läkarutbildningen och andra hinder för kontinuiteten läkare - patient*. Bristande personlig kontinuitet i läkarvården har blivit ett allt större problem inom sjukvården. Denna uppsats redovisar en probleminventering av olika hinder i kontinuiteten läkare - patient.

Bauer, Anders & Holmberg, Nils-Gunnar, *Ge primärvården specialisttid - inte specialisttjänster!* Värna om specialistläkarnas kompetens, om kontinuiteten i sjukvården och om de mindre klinikernas existens genom att låta sjukhusläkare svara för specialistinsatser i primärvården! Med den motiveringen rekommenderar sjukhusdirektör Anders Bauer, Sollefteå, och docent Nils-Gunnar Holmberg, Sundsvall, socialstyrelsen att vara mindre återhållsam med läkartjänster till sjukhusen. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 63(1976):6 s 16-19.

Dahlin, Bengt & Fredriksson, Paul, *Läkare - patientkontinuitet: modell Lerum*. Författarna, distriktsöverläkare i Alingsås primärvårdsområde, resp. utredningssekreterare på Sprö presenterar här den försöksverksamhet som pågår vid Brobackens läkarstation i Lerum för att finna lösningar på många av problemen vid flerläkarstationer. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):11 s 927-929.

af Ekenstam, Jan & Elland, Christina & Hansson, Lars Ingvar, *Patient - läkarkontinuiteten i öppen vård i ortopedisk kirurgi*. Patient - läkarkontinuiteten i öppen vård har varit föremål för diskussion. En analys av patient - läkarkontinuiteten vid mottagningen för tidsbeställda besök vid ortopediska kliniken i Lund har därför utförts för åren 1972-1974. Effekten av kontinuitetsbefrämjande åtgärder som insatts under den studerade tidsperioden har gett tydliga positiva resultat. Orsaken till diskontinuiteten diskuteras och olika sätt att öka kontinuiteten patient - läkare har angivits. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):33 s 2678-2680.

Heley, R. W., *Continuity of care*. The problems encountered and how they were overcome while trying to develop a first-class day-care service for severely retarded and handicapped patients in the Rotherham area are described. NURSING TIMES 72(1976):25 s 975-977.

Kjellander, Claes-Göran, *Arbetsvecka på 168 timmar inte enda alternativet. . . Läkarförbundet föreslår nytt system för bättre kontinuitet i sjukvården*. Referat av debatt i läkarförbundet. Det är främst patienterna som lider av dålig kontinuitet i sjukvården. Men även personalen och sjukvårdshuvudmännen har ett eget intresse av att

patienterna i största möjliga utsträckning bör få behålla samma läkare. Skälen för detta är både medicinska och ekonomiska. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):3 s 127-130.

Kjellander, Claes-Göran, *Ger Blekinges "egenläkare" lösningen på problemet med vårdkontinuitet?* Hur skall vi få ett fungerande system med "egenläkare"? Ett system där patienten i görligaste mån får behålla sin läkare och läkaren sin patient, det som brukar kallas patient - läkarkontinuitet. Många modeller har skisserats och nästan lika många prövats, bl. a. som ett resultat av de "kontinuitetsgrupper" som tillsatts i flertalet landsting. Läkartidningen rapporterar från Blekinges kontinuitetsgrupp. LÄKARTIDNINGEN 74(1977):10 s 867-869 ill.

Lundkvist, Lennart & Wiklund, Pontus, *Läkar - patientkontinuitet: Modell Hudiksvall.* Till den debatt om bättre kontinuitet i sjukvården som fördes i samband med läkarförbundets fullmäktigemöte i december 1975 hade som underlag lagts fram sex konkreta alternativ. Den modell som tillämpas vid medicinska kliniken, Hudiksvalls sjukhus, beskrivs här. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):10 s 816-817.

Nilsson, Carl-Axel, *Att få samma läkare - att få behålla patienten.* Fyra olika modeller för organisation av jourtjänst och kompensationsledighet beskrivs och värderas. Org. måste anpassas till vårdstruktur, läkarantal m. m. LÄKARTIDNINGEN 70(1973):5 s 365-367.

Shortell, Stephen M., *Continuity of medical care: conceptualization and measurement.* Continuity of medical care is conceived as the extent to which services are received as part of a coordinated and uninterrupted succession of events consistent with the medical care needs of patients. Two operational measures are proposed, based on the Gini and CON indices of concentration. MEDICAL CARE 14(1976):5 s 377-391.

## 6.7 Gruppvård - lagarbete

Utredning 1923. Göteborgs univers. Avslutad 1976. *Modell för grupporienterad arbetsorganisation inom sjukvården avsedd för allmän vårdavdelning.* Denna uppsats behandlar gruppvård inom vårdavdelning. I sjukvården har man liksom inom industrin utvecklat specialiseringen. Flera därmed sammanhängande orsaker har bidragit till att patientomvårdnaden närmat sig industrins löpandebandprincip. För patienten innebär detta otrygghet i omvårdnaden på grund av ett stort antal inblandade i vårdarbetet. I denna uppsats presenteras en tänkbar modell för grupporienterad arbetsorganisation på en allmän vårdavdelning. Gruppernas storlek, sammansättning och deras inbördes samverkan och samspel diskuteras.

Utredning 1878. Uppsala univers. Avslutad 1974. *Organisation av långvårdsavdelning. Gruppvård och modifierad gruppvård.* Långtidsvårdavdelningarna inom Tierps sjukhus har 66 vårdplatser. Syftet med denna uppsats var att utarbeta förslag till vårdavdelningsorganisation. Två förslag har utarbetats, ett med gruppvård och ett med modifierad gruppvård där man dels arbetat med två avdelningar 22 och 44 vårdplatser och dels med tre avdelningar om 22 vårdplatser. Rondsysteem och salssystem har kortfattat beskrivits.

Utredning 1942. R landsting. Avslutad 1976. *Rekryteringsbefrämjande åtgärder - Personalstruktur - Personaltäthet - Gruppvård.* Utbyggnaden av långtidssjukvården innebär 110 nya vårdplatser eller 160 nya tjänster varje år under den närmaste 15 årsperioden i detta landsting. Förslag till åtgärder för "att analysera och bedöma situationen inom långtidssjukvården och komma med förslag till rekryteringsbefrämjande åtgärder på kort eller lång sikt" har utarbetats. Den omvårdnad inom långtidsvården som är önskvärd har också behandlats. Utredningen behandlar personalstruktur, personaltäthet och framlägger förslag till gruppvård.

Areman, Maj-Britt, *Hur fungerar gruppvård i Danmark?* Sedan flera år tillbaka har försök med gruppvård bedrivits på vissa avdelningar vid några danska sjukhus.



- Denna försöksverksamhet har tilldragit sig stort intresse även utanför landets gränser. – Under fyra studiedagar besökte artikelförfattaren Dansk Sygeplejeråd och tre större sjukhus, Bispebjerg hospital, Københavns amts sygehus i Gentofte och Rigshospitalet. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 41(1974):15 s 42–43.
- Berglund, Ann, *Arbetsledning och administration inom sjukvården – en ny arbetsledarroll*. Lund 1974 298 s Fig. Ritn. Litt. (Hermods) ISBN 91-23-05350-X.
- Berglund, Kåre, *Försök med lättvård, planerad vård och grupparbete inom reumatologi*. = Spri rapport 7/72. Projekt 7048. Sthlm 1972 21 s.
- Berglund, Kåre m. fl., *Snabbare och kvalitativt bättre reumatologisk vård till lägre kostnad? Vid reumatologiska klin.*, Lunds lasarett, gjordes 1970 ett organisationsförsök: planerad vård, grupparbete och förenklad hotellservice har gett bl. a. kortare vårdtid, lägre vårdkostnad, säkrare styrning av vården, tillfredsställelse med arbets- och vårdmiljö. LÄKARTIDNINGEN 69(1972):30 s 3491–96.
- Björck, Staffan, *Det hierarkiska vårdssystemet får vika för gruppvårdens samarbetsformer*. F. n. är intresset för team-samverkan eller gruppvård mycket stort inom svensk sjukvård. Det gäller framför allt inom psykiatrin. Socialstyrelsens tre expertgrupper som har utrett den psykiatriska vårdens målsättning, arbetsuppgifter och principiella utformning har också satt just lagarbetet i förgrunden. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 41(1974):6 s 8–10.
- Brolin, Marianne & Lindewall, Britta, *Rapport från studieresa rörande gruppvård i Finland 19 april–30 april 1971*. Sthlm 1972 12 s 6 bil. (Svensk sjuksköterskeförening).
- Hedvall, Rut & Lundkvist Brita, *Har sjukvårdens ansvar minskat för den enskilde patienten? Författarna sammanfattar: Överbetona inte behovet av allmänna teoretiska och specialistikunskaper. Öka inte antalet personalkategorier eller specialfunktioner kring den enskilde patienten. Betona arbetsledarens roll i främjandet av positivt vårdklimat. Tillämpa någon form av grupporienterad vård. Ifrågasätt nuvarande urvalsprinciper till olika vårdkursutbildningar. Främja samarbetet med anhöriga*. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 62 (1975):3 s 60–62.
- Hedvall, Rut, *Gruppvård bör inte ses som ett mål utan som ett medel*. För att få indicier på gruppvårdens fördelar krävs en utvärdering av försöksverksamhet under kontrollerade former. Sådan pågår i viss mån i Göteborg (ett externt Spriprojekt) och i Lidingöprojektet. Mycket av gruppvårdstanken kan säkert genomföras utan personalökning säger Rut Hedvall, sjuksköterska och planeringssekreterare på Spri. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 42(1975):2 s 53–54.
- Johansson, Agneta, *Personalbrist året om gör gruppvård omöjlig*. Bristen på vårdpersonal som tidigare kulminerat under somrarna blir mer och mer ett året-runt-problem. På Långbro sjukhus utanför Stockholm har personalen på avdelning 34 kämpat med att bygga upp en fungerande gruppvård i snart ett år. Deras arbete ger många positiva resultat, men de har svårt att genomföra planen därför att bristen på personal omintetgör arbetet. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 41(1974):17 s 46–49.
- Kerstell, Tönu & Gabriellson, Anne-Marie, *Avdelningsföreståndaren, gruppen och vården*. Malmö 1976 38 s Fig. Litt. (Liber Utbildningskonsult).
- Monvall, Eva, *Ger gruppvård bättre patientvård? Försök startar på Lidingö sjukhus*. Försök med gruppvård skall prövas på Lidingö sjukhus som öppnar april 1974. Personalen på vårdavdelningarna kommer att delas in i vårdgrupper med fyra personer i varje med ansvar för 12 patienter. Samtidigt ökas sjuksköterskornas antal. Försöket är resultatet av förslag framlagt av SHSTFs representanter inom en utredning av långtidsvården i Stockholms län. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 40(1973):22 s 10–11 (illustrerad med arbetsschema).
- Kvarneby, Lislott, *Gruppvård i Finland*. Studieresa till fem kliniker 27 nov.–1 dec. 1972. Sthlm 1972 19 s + 3 bil. Dupl. (Spri).

- Lukács, Judit, *Kan gruppvården förkorta vårdtiden?* Erfarenheter från finsk gruppvård praktiseras på Karolinska sjukhuset av avd. förest. Marianne Brolin. Hon redogör för vårdarbetsformerna rondmetod, team-nursing och teamwork. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 39(1972):4 s 4-5.
- Mölgaard-Sörensen, Karen, *Gruppvård*. Sthlm 1969 45 s (Svensk sjuksköterskeförning).
- Rabo, Mäjt, *Att vara patient*. Förf., sjuksköterska och tidigare studieseokr. i SSF, redogör för sina personliga erfarenheter som patient på ett akutsjukhus. Hon skriver bl. a. "Gruppvård skulle skapa större trivsel för personalen och ge en bättre inlärningsmiljö för elever av olika slag. Eftersom gruppvård innebär en omorganisation kräver den naturligtvis anpassning från vårdpersonalens sida samt utbildning". TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERS KOR 42(1975):21 s 64-67.
- Swanberg, Lena, *Gruppvård av gamla: Bättre patientkontakt och delat ansvar?* Redogörelse för ett försök med gruppvård av gamla i Skaraborgs läns landsting. För att få fram en mer patientcenterad vård ska personalen delas upp i små grupper som gemensamt tar ansvar för mellan 10 och 15 patienter. SOCIALNYTT 1977:1 s 37.
- Zihlman, Marilene, *Gruppenpflge*. Rapport om försök med gruppvård vid Bürgerspital Basel, Schweiz. VESKA 35(1971):9 s 474-476.

## 6.8 Vårdprogram

- Asp, Kari & Aromaa, Ulla & Hoppania, Salme, *Veckoavdelning och operationsgrupp som upplösare av kirurgisk kö*. En utredning om köproblemen gjord av Sjukhusförbundet i Finland visar att över 77 000 patienter 1974 stod i kö för behandling. 51 000 personer utgjordes av kirurgiska patienter. 31 194 är så kallade lättskötta fall, (24 procent) åderbräck, (12 procent) ljumskbräck, (4 procent) hemorrojder. Vårdprogram inom veckoavdelning föreslås för denna patientgrupp. Den skisserade verksamheten bör lämpa sig också för andra specialområden t. ex. gynekologi, otologi, oftalmologi. NORDISK MEDICIN 92(1977):3 s 89.
- Berglund, Göran & Isacson, Sven-Olof & Rydén, Lars, *Vårdprogram för högt blodtryck*. Skaraborgs läns landsting = Spri specialpubl. s 52 Projekt 3033 Sthlm 1977 19 s.
- Biörck, Gunnar, *Medicinskt beslutsfattande, vårdprogram och "utility"*. Förf. utgår från sin rapport Den medicinska beslutsprocessen (Spri rapport 6/74) och refererar till ett flertal, främst amerikanska, uppsatser om medicinskt beslutsfattande. Han anser "handlingsprogram" vara en adekvat beteckning i stället för det i den aktuella vårddebatten använda "vårdprogram". Sådana program finns på många kliniker som underlag för den praktiska sjukvården och bör även kunna utgöra lämpliga forskningsobjekt. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):21 s 2008-2009.
- Burén, Andrew, *Behandlingen på centralasarett av cerebrovaskulära sjukdomar*. Inlägg i debatt i Läkartidningen (tidigare artiklar 1974:45 s 4443-44 och 1974:46 s 4593-94) med förslag till förbättrad insultbehandling på centralasarett. LÄKARTIDNINGEN 72(1975):4 s 234-235.
- Grimm, Jr., Richard H. m. fl., *Evaluation of patient-care protocol use by various providers*. A symptom-oriented protocol for acute pharyngitis was evaluated in a busy general medical clinic. There was a significantly improved performance by all providers in collection of medical data, utilization of laboratory tests, and appropriate use of antibiotics after introduction of the protocol. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 292(1975):March 6 s 507-511.
- Lind, Magnus, *Diagnostisk förmåga*. Vid jämförelser mellan olika diagnosmetoder är begreppen "selektivitet" och "sensitivitet" ofta svåra att använda på ett relevant sätt, framhåller förf., underläkare vid öron-näs-halskliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm, i detta bidrag till den diskussion om bedömningen av olika undersök-



- ningsmetoders värde som pågår i Läkartidningen. Han redogör för ett sätt att definiera begreppet "diagnostisk förmåga". LÄKARTIDNINGEN 73(1976):25 s 2331-33.
- Läkarförbundet frågar föreningarna: *Vem skall vara med och göra lokala vårdprogram?* Hur skall det gå till att göra lokala vårdprogram? Den frågan har blivit alltmer aktuell, inte minst efter socialstyrelsens beslut om ett principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80). Läkarförbundet har därför gått ut med en remiss till samtliga lokal- och specialistföreningar för att söka svar på frågan. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):11 s 921.
- Thulin, Thomas, *Lek med blodtryck*. Denna översikt belyser en del olika faktorer som kan påverka undersökningsresultatet vid blodtrycksmätning. Det är nödvändigt att alla som sköter patienter med högt blodtryck standardiserar blodtrycksmätningen så att en i förväg bestämd undersökningsrutin följs från gång till gång. Detta är inte minst viktigt på grund av att olika personalkategorier numera i allt större omfattning utför blodtryckskontroller. LÄKARTIDNINGEN 74(1977):16 s 1614-1615.
- Vårdprogram för samordnade vårdinsatser*. Med vårdprogram för en sjukdom eller symtom avses lokalt utarbetade handledningslinjer för den medicinska verksamheten i såväl öppen som sluten vård som täcker hela vårdkedjan från patientens första kontakt med sjukvården till dess behandlingen har slutförts. - Artikeln är ett referat av inläggen vid symposium om vårdprogram anordnat av Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Spri. SJUKHUSET 53(1976):2 s 65-67.
- Ärlemalm, Inger, *Debatt kring "Hälso- och sjukvård inför 80-talet"*: "Vi kan inte ha specialister i varenda buske." Sjukvårdspersonal och sjukvårdspolitiker från hela landet gav sina synpunkter på socialstyrelsens förslag till principprogram för "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" på den offentliga diskussion Sveriges Läkarförbund och Svenska sjukhusföreningen hade feb. 1974. Man var överens om att de principer för sjukvårdens organisation och mål "närhet, kontinuitet och säkerhet" som lagts fram i betänkandet är riktiga. Diskussionen gällde hur målen ska förverkligas. SOCIALNYTT 7(1974):3 s 4-6.

## 6.9 Kurator, patientvårdinna, sjukhusvårdinna

### Kuratorsversamhet

- Utredning 1507. Malmö sjv-förvaltn. Avslutad 1972. *Kartläggning av sjukhuskuratorernas verksamhet i Skåne*. Rapporten är en sammanställning av en kartläggning av sjukhuskuratorernas verksamhet i Skåne. Detta är den första utredning som gjorts inom området. Den har tillkommit för att få fram nytt material om en kurators verksamhet vid sjukhus och bör kunna användas som underlag för diskussion om integrerad sjukvård och socialvård.
- Utredning 1521. U landsting. Avslutad 1972. *Kuratorsorganisationen inom Sala förvaltningsområde*. Arbetsmängden för kuratorer vid Sala lasarett och Salberga sjukhus har bedömts och med ledning därav har förslag till uppdelning av kuratorstjänster skett.
- Andersson, Margita, *Samhällsarbete inom somatisk sjukvård?* Författaren, kurator vid Malmö allmänna sjukhus, diskuterar olika arbetsuppgifter och pekar på möjligheterna till medinflytande för personal och patienter. SOCIONOMFÖRBUNDETS TIDSKRIFT 1975:10 s 13-14, 10.
- Bennett, Margaret Jane, *The social worker's role*. Önskvärdheten betonas av att en kurator finns tillgänglig varje dag, kvällar och week-ends på sjukhusens intagningsvårdavdelningar. HOSPITALS 47(1973):10 s 111, 114, 118 4 ref.
- Bryld, Tine, *Samarbete i vårdsektorn II: Lægen - mægtig og uvidende*. I Nordisk Medicins debatt om samarbetet inom hälso- och sjukvården publiceras här några enkätsvar

- från grupper som har ganska självständiga ansvarsområden och ofta inte medicinsk utbildning. *NORDISK MEDICIN* 88(1973):8 s 241–245.
- Byström, Ulla, *Vårdcentraler ger kuratorer ny roll*. Samverkan mellan hälsovård och socialvård blir nästa steg i socialvårdens utveckling. På flera håll har man redan byggt vårdcentraler där läkare och socialarbetare arbetar tillsammans. Frågan är vilken roll kuratorerna får i den nya verksamheten. – Rapport från Svensk Kuratorsförenings studiedag hösten 1976. *SOCIONOMEN* 1977:9 s 6–7.
- Danielsson, Marianne & Abrahamsson, Maj-Britt, *Sjukhuskuratorernas arbetsuppgifter*. Enkätstudier har utförts bland kuratorerna vid Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg och centrallasaretten i Borås, Halmstad, Uddevalla och Vänersborg. *SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT* 48(1971):5 284–287, 290–292.
- Fredlund, Ulla, *Patientens sociala problematik*. En sjukvårds- och/eller socialvårdsfråga? Resumé över konferens för sjukhuskuratorer 1971 med ämnet "Sjukvårdens framtida sociala service". *SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT* 48(1971):5 293–300.
- Fördelar och nackdelar med jobbet som kurator. På önskelistan: gemensam människo-vårdcentral. Vad är offentligt och vad är hemligt av det vi jobbar med? Vad har man för nytta av en kurator vid en psyk. akutvårdsklinik?* m. fl. artiklar. *LANDSTINGSNYTT* 19(1972):2 s 3–16.
- Gadd, Ann-Sophie, *Att ordna för gamla – sett ur en kurators perspektiv*. Utifrån erfarenheter som kurator på en medicinklinik på Huddinge sjukhus beskriver bitr. lärare vid socialmedicinska institutionen, Huddinge sjukhus, hur den rådande oklarheten mellan åldrings- och långtidssjukvård får konsekvenser för eftervården av de gamla. Bevakningen av huvudmannaskap och ekonomiska faktorer prioriteras på bekostnad av kontinuitet i vårdkedjan, god omvårdnad och humana hänsyn. Ett exempel på en realistisk satsning på åldringars servicebehov är utbyggnaden av bostadshotell för friska åldringar. *LÄKARTIDNINGEN* 73(1976):24 s 2240–2241.
- Greene, James A., *Restructuring staff time: The eight-day week*. A group of psychiatrists in a private psychiatric hospital in Birmingham, Alabama, tested and adopted an eight-day week. After 16 months of the new schedule there was a significant drop in the average length of hospitalization and cost per patient and in the absenteeism of the staff. *HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY* 25(1974):11 s 733–735.
- Kuratorerna måste få vidgade uppgifter på sjukhusen*. Kuratorerna kan nu göra allt effektivare insatser i arbetet på sjukhuset. Men de sociala insatserna måste komma in på ett tidigare plan för att kunna ge patienterna den bästa hjälpen. Man vill kunna ta kontakt med en patient genast när han vänder sig till sjukhuset på mottagningar och akutintag. Uppföljningen är också mycket viktig. *SOCIONOMEN* 1973:18 s 8–9.
- Landberg, Gunvor, *Erfarenheter som kurator vid kvinnoklinik*. Det råder brist på kuratorer vid sjukhusens kvinnokliniker framkom det i den enkät som redovisades i *Läkartidn.* 1/73 (s 9–10). Här återges en mer detaljerad beskrivning av det psykosociala arbetet vid Allm. barnbördshuset, där förf. är kurator. *LÄKARTIDNINGEN* 70(1973):3 s 153–54.
- Nyström, Sune & Abrahamsson, Maj-Britt, *Samarbetet mellan kurator och läkare inom sjukvården*. Debatten om samarbetet i hälso- och sjukvården samt om utbildning av hälsopersonal (*Nordisk Medicin* 1973:8–10), fortsätter här med inlägg av en socialmedicinare och en kurator. Den senare påpekar att läkarintyg begärs vid allt fler sociala åtgärder där den sociala situationen själv talar för att en stödåtgärd är nödvändig. *NORDISK MEDICIN* 89(1974):2 s 34–35.
- Patienter med sociala problem söker hjälp på akutmottagningen*. Statsmakternas beslut om utbyggnad av öppen vård och därmed också av akutmottagningarna kommer att driva fram nya arbetsformer. Det framgår av utvecklingen vid Karolinska sjukhuset, där kuratorer nu permanent arbetar vid akutmottagningen. *SOCIONOMEN* 16(1973):7 s 23.
- Qvarnström, Kerstin, *Döden i sjukvården – socionomens/kuratorns roll*. Kuratorns roll i sjukvården och inför döden är så självklar att den egentligen inte behövde påtalas.



- Det säger cheffkuratorn vid Lunds sjukhus, i detta debattinlägg. *SOCIONOMFÖRBUNDETS TIDSKRIFT* 1976:15 s 13–14.
- Samordning av sociala insatser inom landsting och kommuner. "KOS-rapporten"*. Sthlm 1972 131 s Dupl (Svenska landstingsförbundet).
- Sjukhusets roll i rehabiliteringsprocessen*. Temanummer. Bland artiklarna: Helander, E.: Läkarens synpunkter. Guste-Sellberg, B.: Kuratorns synpunkter. Lundblad, K.: Sjukgymnastens synpunkter. Nilsson, B.: Utvecklingstendenser inom arbetsterapi. Montan, K.: Tekniken – stöd i rehabiliteringen. *SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT* 50(1973):2 s 76–82, 88–104.
- Socialmedicin på sjukhus*. Temanummer. Inläggen vid konferens i Svensk Socialmedicinsk Förenings regi vid Medicinska Riksstämman 1970 återges. *SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT* 48(1971):5 s 258–283.
- Teglund, Bonny & Vågerö, Denny, *Behovet av social expertmedverkan i medicinsk primärvård*. Vilket behov kan en socialarbetare fylla på vårdcentral eller i primärvården? Vilka arbetsuppgifter får denne där och i vilken utsträckning blir det möjligt att utveckla samarbete mellan sociala och medicinska vårdformer? – Rapport från Socialmedicinska institutionen vid Huddinge sjukhus där resultat av studie visar att ca 17 % av patienterna behövde sådan kontakt. *SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT* 54(1977):3 s 175–182.
- Villner, Ina, *Samordning av sociala insatser inom landsting och primärkommuner*. Primärkommunalt övertagande av den sociala verksamheten inom såväl öppen som slutna hälso- och sjukvård föreslår en arbetsgrupp med representanter för Landstingsförb., Kommunförb. och Svensk kuratorsförening. *SOCIALT FORUM* 8(1972):6 s 321–25.
- Villner, Ina, *KOS-modellen fungerar bra på sjukhus i England*. 1972 presenterade arbetsgrupp med representanter från landstingsförbundet, kommunförbundet och svensk kuratorsförening förslag till samordning av den kommunala socialvården och sjukhuskuratorernas verksamhet. – Författaren rapporterar erfarenheter från Storbritannien där hon studerat en organisation som påminner om KOS-modellen. *SOCIONOMEN* 17(1974):3 s 10–11.
- Vrångbild av kuratorns arbete?* Ett replikskifte. Docent Erik Allanders artikel i *SMT* 3/1973 innehöll ett försök att beskriva kuratorernas nuvarande arbetsförhållanden på det socialmedicinska fältet. Margita Andersson, kurator vid ortopediska kliniken vid Malmö allmänna sjukhus, har allvarliga invändningar mot denna beskrivning liksom mot de reformförslag som Allander formulerat. Hon framhåller bl. a. att det är svårt att tänka sig att vanlig sjukvårdspersonal förstärkt med en "socialsekretare" skulle kunna ersätta en kurator när det gäller sociala utredningar m. m. *SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT* 50(1973):6 s 374–75.

## Sjukhusvårdinnor

### Patientvårdinnor

- Arnell, Anna-Lena, *Sjukhusvårdinnan en trygghetsfaktor*. Handledaren för sjukhusvårdinnorna vid Centrallasarettet i Karlstad redogör för verksamheten som drivs av Karlstads rödakorskrets. Det är en del av den sociala verksamhet som Svenska Röda korset bedriver efter principen att komplettera där det finns behov av insatser utöver vad samhället har resurser att erbjuda. *S-TINGET* 1973:7 s 17–18.

## Sjukhuspräster

- Andersson, Astrid, *Psykodynamiska och andra aspekter på sjukhusprästens arbete*. Det vore önskvärt om sjukhuset kunde ställa krav på sjukhusprästen i fråga om både utbildning och arbetsinsats, understryker i detta debattinlägg Astrid Andersson,

- komminister i Solna församling och sjukhuspräst vid Karolinska sjukhuset. LÄKARTIDNINGEN 71(1974):27 s 2670–2672.
- Elinder, Erik, *Sjukhus och kyrka i samarbete*. (Särtryck av föredrag). Sthlm 1972 9 s ill.
- Lundberg, Caj, sjukhuspräst: *Svårt att räcka till*. Lägga andaktsrummen vid akutintagen, där behövs de bäst. Där är människor ofta oroliga och i behov av tröst. Som det är nu ligger andaktsrummen ofta väldigt avigt till och många patienter drar sig för besväret att söka upp dem, säger Caj Lundberg, sjukhuspräst i Jönköping. F-TINGET 1975:6 s 6.
- Mannon, James M., *Defining and treating "problem patients" in a hospital emergency room*. Data were collected by means of direct observation and interviewing of emergency ward doctors and nurses in a 600-bed hospital in the Midwestern United States. In 1973, a total of 270 hours of observational data was collected as part of a larger study of emergency ward social organization. The author recommends: "The emergency medical team should not be limited to only the medically trained, but should embrace such other roles as social worker, clergy and patient-advocate." MEDICAL CARE 14(1976):12 s 1004–1013.
- Sjukhuskyrkan*. Lund 1970. Lösblad Ringpärm. (Församlings- och pastoratsförbundet)
- Sjukhusprästen lyssnar*. Ett sjukhus är inget missionsfält – ingen plats där någon springer omkring och värvar proselyter. Men eftersom patienten skall få åtnjuta samma service som utanför sjukhuset, så finns sjukhuskyrkan. – Sjukhusprästen i Varberg arbetar för fin kontakt präst – personal – patient. All personal kommer ju i kontakt med patienten. GINSTEN 1975:1 s 18–19.
- Åkesson, Berit, *Kyrkan kommer till människor på sjukhus*. – Kan inte människorna komma till kyrkan, får kyrkan komma till människorna. Så enkelt kan andaktsstunderna på sjukhus och sjukhem motiveras, enligt "Sjukhuskyrkan", en samling råd och föreskrifter för sjukhuspräster. En motion till höstlandstinget har föranlett Kontakt-R att se närmare på den andliga vården vid våra sjukhusinrättningar. KONTAKT-R 7(1973):4 s 18.

## Kap. 7

### 7.3 Allmänt om kontakt- och informationsfrågor i sjukvården

#### Patientundervisning

- Gallagher, John C. & Mitchell, Jane & Gelsinger, Janet L., *Inservice education via telecommunications network*. Telephone lecture network (TLN) offers two-way continuing education programs in food service and other hospital disciplines. Initiated by the Lakes Area Regional Medical Program, Inc., the TLN provides first rate, noncommercial continuing education programs to hospitals and other health related institutions in seven counties in New York and in two counties in Pennsylvania. HOSPITALS 49(1975):2 s 65, 66, 70 ill.
- Horwitz, Ilajean, *Television provides patient education*. Vid Saint Nicholas hospital, Sheboygan (Wis.), informerar man patienterna i interna TV-program om förberedelser till operation, fysioterapi, kostfrågor etc. och ger en presentation av sjukhuset. HOSPITALS 46(1972):Jan 16 s 56–60.
- Morgan, Dorothy M., *Prepared patients make faster surgical recovery*. Redogörelse för pre-operativt informationsprogram infört vid St: Josephssjukhuset, London, Ontario. – Ett antal studier om effekter av patientinformation inför operativa ingrepp refereras och kommenteras. CANADIAN HOSPITAL 50(1973):7 s 45–47.
- Richter, P. M. & Rittmann, W. W., *Erste Erfahrungen mit einem audiovisuellen Lernprogramm zum Thema "Erkennen von Herzrhythmusstörungen"*. Presentation av ett amerikanskt program "intensive coronary care multimedia learning system". –



- Rekommendationer för program av den här typen återfinns i WHO Technical Report Ser. 489 "Implications of individual and small group learning systems in medical education", som refereras i artikeln. VESKA 39(1975):12 s 654-657.
- Rost, S., *Patientundervisning vid Psykiatriska rehab. kliniken i Örebro*. Sedan 1972 fungerar vid kliniken en patientundervisning under en timme per vecka, där alla patienter deltar. Denna systematiska undervisning vill ge svar på ofta återkommande frågeställningar från patienternas sida. Sådan informationsform har uppskattats och har allmänt förbättrat rehabiliteringsarbetet. - Klinikens patienter har i medeltal varit sjukskrivna över 3 år. Patientens självuppfattning, subjektiva upplevelser av sina eventuella problem samt patientens tolkning av givna informationer har visat sig vara av betydelse för våra möjligheter att rehabilitera. ARBETSTERAPEUTEN 1973:9 s 494-498.
- Shaw, Jane S., *New hospital commitment: Teaching patients how to live with illness and injury. Making the patient a part of patient care*. I två artiklar rapporteras program för patientundervisning som lett till goda resultat. - Genom att undervisa om t. ex lämpliga matvanor, förevisa filmer och sprida lättläst och instruktivt instruktionsmaterial hjälper sjuksköterskorna och dietisterna patienterna att leva med sin sjukdom och att förebygga återinsjuknanden. - Aktiveringen av patienterna höjer deras motivation att själva ta ansvar. MODERN HOSPITAL 121(1973):4 s 99-102, 105-111.
- Telephone is a health instrument*. Health information ranging from family planning to cancer is provided by Tel-Med, Inc., a health information service developed in 1972 by the San Bernardino (Calif.) Country Medical Society. 256 tape-recorded messages provide information on cancer, chemical dependency, child care, dentistry, first aid, heart disease and stroke, pregnancy and family planning, venereal disease, and smoking. MODERN HEALTHCARE 3(1975):3 s 55-56 ill.
- TV och stillfilm ger patienten kunskap*. Bättre informerade patienter ger en bättre sjukvård, menar en referensgrupp knuten till socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning. Man har gjort försök med tv-program för patienterna, man har visat stillfilm och man har gett ut broschyrer. Nu önskar arbetsgruppen
- att socialstyrelsen skall stå för alla utvecklings- och produktionskostnader när det gäller program
  - att landstingen svarar för anskaffning av teknisk apparatur och inköp av program till självkostnadspris. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 61(1974):3 s 32, 34-35 ill.
- Ulrich, M. R. & Kelley, K. M., *Patient care includes teaching. Health education department coordinates multidisciplinary programs*. Ett team bestående av en dietist, farmaceut, arbetsterapeut och sjuksköterska lär diabetespatienterna på ett sjukhus i St. Paul, Minnesota, att leva med sin sjukdom. HOSPITALS 46(1972):8 s 59-65.

## Vägvisning

- Fridlitzius, Thorsten, *Systematiserad vägvisning hjälper oss hitta i KSS*. Bl. a. Språkråd 1.2 Vägvisning på sjukhus har hjälpt de specialister på vägvisning i offentlig miljö som man anlitat på kärnsjukhuset. En av konsulterna redogör för de olika arbets-etapperna. KONTAKT-R 6(1972):2 s 16-17.
- Hoffman, Peter, *Signs tell patients where to go*. Presentation of a catalog of some 170 symbolic directional signs, or pictograms, that have been adopted by hospitals in Germany, Spain and Austria, and 18 municipal hospitals in New York City. The picture symbols are especially helpful to non-English-speaking patients. The system now is being installed in the 1.600 bed Aachen University Medical Center. MODERN HEALTHCARE 5(1976):3 s 51-52.
- Lejdström, Carl, *Skytning bör alltid vara en viktig detalj i planeringsarbetet inom ett sjukhus*. Några goda råd avseende funktion, planering, utformning och placering av skyltar på sjukhus. SJUKHUSET 49(1972):10 s 632-33.

## Läkemedelsinformation

- Bergman, Ulf & Jacobsen, Kerstin & Wiholm, Bengt-Erik, *Hanteringen av läkemedel i slutenvård – säkerhetsmässiga och kliniska synpunkter*. Den ökade tillgången till högpotenta läkemedel ställer krav på ökade farmakologiska kunskaper hos behandlande läkare samt ökad säkerhet i läkemedelshanteringen. Uppenbara riskmoment i den nuvarande läkemedelshanteringen på sjukhus måste elimineras. För detta krävs förändringar som kan medföra ökad tidsåtgång men ger ökade möjligheter till patientutbildning i läkemedelsfrågor och därmed sannolikt förbättrad ordinationsföljksamhet i öppen vård. LÄKARTIDNINGEN 74(1977):21 s 2098–2101.
- Berlin, Hans, *Läkemedelsbranschens hedersdomstol ger full insyn*. Läkemedelsindustrin håller sig sedan 1969 med en "hedersdomstol" – Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation (NBL) – för kritisk granskning av branschens information till läkarkåren. Artikeln är en kort presentation av NBL skriven av direktören vid AB Kabi, ordinarie ledamot i nämnden. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):35 s 2793–94.
- Bitzén, Per-Olof & Melander, Arne, *Läkemedelsinformation och klinisk farmakologi i primärvården*. En förutsättning för en god primärvård är att forskning, information, rådgivning och undervisning om läkemedel är fast förankrade även i den öppna vården. Ett nära och intensivt samarbete mellan primärvårdsinstanserna och den lokala läkemedelskommittén torde vara bästa sättet att höja kvaliteten hos primärvårdens farmakoterapi. Information och forskning vid vårdcentralen i Dalby beskrivs. LÄKARTIDNINGEN 74(1977):4 s 241–243.
- Boethius, Göran, *Läkemedelsregistreringen i Jämtland*. 1967 väcktes i Östersund förslag om en kontinuerlig, individbaserad läkemedelsregistrering. Efter en förstudie 1968–69 (Bergström o a 1970) konkluderade författarna att erhållna data kunde ge en mängd värdefulla upplysningar av socialmedicinsk, farmakologisk och ekonomisk betydelse. En utvärdering av 5-årsperioden 1970–74 pågår och några användningsområden belyses i artikeln. SVENSK FARMACEUTISK TIDSKRIFT 79(1975):9 s 475–479.
- Dahlbäck, Lars-Olof & Hedman, Ingmar, "Vill Andersson ha något att sova på?" Med rådande rutiner kan viss risk finnas för att sömnmedel utdelas alltför slentrianmässigt på våra vårdavdelningar. Denna studie på en kirurgisk vårdavdelning visar att en enkel avdelningskonferens där sömnmedelsfrågor diskuterades påtagligt minskade antalet givna sömnmedelsdoser. Detta skulle kunna tillämpas även på andra avdelningar för att stävja överförbrukning av hypnotika. LÄKARTIDNINGEN 72(1975):41 s 3927–3928.
- Eklund, Leif H. & Wessling, Anders & Åberg, Hans, *Hypertonikers önskemål om läkemedelsinformation*. Intervjuer med 81 hypertensionspatienter vid Blodtrycksmottagningen, UAS, visar att mer än hälften anser att de fått för litet information. Patienterna i gruppen följde ändå läkarens ordination väl. Undersökningen redovisas, och olika åtgärder för att förbättra informationen till hypertoniker diskuteras. NORDISK MEDICIN 91(1976):4 s 113–115.
- Eklund, Leif H. & Wessling, Anders, *Receptet, läkemedlet och patienten*. Är läkemedlet en så väsentlig vara att man verkligen använder det på rätt sätt och vet patienten vad som är rätt sätt? I artikeln ges en kort beskrivning av utförda, pågående och planerade studier inom detta arbetsfält. SVENSK FARMACEUTISK TIDSKRIFT 79(1975):9 s 496–498.
- Elwin, Carl-Eric & Nylén, Hans Olof, *Läkemedelsinformationen och den öppna vårdens läkare*. Den regionala eller lokala läkemedelskommitténs (LK) roll i det totala informationsflödet om läkemedel har studerats i en enkätundersökning riktad till läkare, sjuksköterskor och apotekspersonal inom den öppna vården i Jämtlands län. Särskilt i fråga om ny läkemedelsterapi föreligger brister i kommunikationen mellan den öppna och slutna vården. Den behandlande läkaren anses ha ansvaret.



- LÄKARTIDNINGEN 74(1977):4 s 236–240.
- Fredriksen, Ingrid & Krenzisky, Inga-Britt, *Förbättrat läkemedelsbeteende hos åldringar*. Sammandrag av en litteraturstudie om åldringars läkemedelsproblem. Författarna har också utarbetat dels en kampanjplan, som syftar till att medverka till förbättrat läkemedelsbeteende, dels en folder, "Några råd till äldre om medicinering", och ett bildband. Foldern är avsedd att utdelas till åldringar vid medicininköp, bildbandet att visas för pensionärsföreningar, hemsamariter och sjukvårdspersonal. SVENSK FARMACEUTISK TIDSKRIFT 79(1975):9 s 505–512.
- Hellström, Kjell & Leijd, Barbro, *Vad vet patienter om sina sjukdomar och deras medikamentella behandling?* Intervjuundersökning utfördes med 50 patienter (medelålder 69 år) som några månader tidigare utskrivits från invärtes-medicinsk avdelning. Samtliga patienter hade själva hand om sin medicinering. Över 80 % hade ingen uppfattning om vilka besvär man får vid överdosering. Sammanfattningsvis talar resultaten från denna undersökning för att man med förbättrad information till patienterna torde kunna effektivisera den ambulanta sjukvården. LÄKARTIDNINGEN 73(1976):11 s 968–970.
- Himmelmann, Carl-Eric, *Tynneredsprojektet – synpunkter på långtidsmedicinering i öppen vård*. En undersökning på ett hundratal patienter med kronisk medicinering vid en vårdcentral i Göteborg visade att ett stort antal patienter skötte sin medicinering på ett sådant sätt att det innebar risk för försämrat hälsotillstånd. Majoriteten av patienterna hade också mindre god eller dålig kunskap om sina preparat och dessas biverkningar. Författarna pekar i artikeln på några av de åtgärder som kan vidtas för att öka informationen och säkerheten. LÄKARTIDNINGEN 71(1974):46 s 4609–11.
- Hur bör patienterna informeras om läkemedel?* Är en populärmedicinsk uppslagsbok ett bra sätt att informera allmänhet och patienter om läkemedel eller bör informationen ges på annat sätt? Den frågan vill Nordisk Medicin belysa, och har bett tre farmakologiskt intresserade läkare – Flemming Frølund, Ole K Harlem och Sune Rosell – att analysera problemet med utgångspunkt i en svensk bok "Vad är det i min medicin?" av Catarina och Kjell Lindqvist, som kommenterar läkarnas synpunkter. NORDISK MEDICIN 89(1974):6 s 174–176.
- Ljungberg, Sixten, *Läkemedelsindustrins samarbetsgrupp för informations- och dokumentationsfrågor*. En relativt ny medlem av tekniska samarbetsgrupper mellan läkemedelsföretagen är LIDOK, (Läkemedelsindustrins samarbetsgrupp för informations- och dokumentationsfrågor). Ordföranden i gruppen orienterar om ändamål, arbetsformer och aktuella frågor inom LIDOK. SVENSK FARMACEUTISK TIDSKRIFT 80(1976):5 s 204–205.
- Läkemedelshantering inom den slutna vården*. Referat från sammanträde i Farmaceutiska föreningen och Föreningen Sveriges sjukhusfarmaceuter okt. 1970. FARMACEUTISK REVY 69(1970):34 s 728–29.
- Läkemedlens plats inom psykiatrin*. Symposier arrangerade av Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation, dels i Skokloster 18–19 mars, dels i Ronneby 9–10 oktober 1975. Sthlm 1976 184 s Fig. (Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation, mars 1976:1).
- Magnusson, Björn, *Apotekens information till sjukhus – Läkemedelskommittéarbete*. Erfarenheter från arbete i läkemedelskommitté redovisas. – Sanering och begränsning av läkemedelsuppsättningen i sjukhusens medicinskåp för rutinsjukvården är en av huvuduppgifterna. FARMACEUTISK REVY 71(1972):20 s 622–24.
- Nylén, Hans-Olof & Trååh-Nordquist, Karin, *Vem informerar sjuksköterskor i öppen vård om nya mediciner?* Sammanfattning av undersökning i Jämtlands län som utförts av en arbetsgrupp inom läkemedelskommittén i länet. Gruppen har bl. a. kartlagt informationsvägarna till öppenvårdssjuksköterskorna vad avser läkemedelsinformation, men även sjuksköterskans roll som läkemedelsinformatör, synpunkter på hur patienterna skall informeras osv. har studerats. Dessutom

redovisas sjuksköterskornas syn på utbildningen i läkemedelslära liksom synpunkter på samarbetet slutet – öppen vård. VÅRDFACKET 1(1977):10 s 74–79.

Rabo, Erik, *Vetenskapsmännen och läkemedelsindustrin*. Edstedt, Ulf, *Klarläggande om RUF1:s Symposium on preventive medicine*. Halse, Magne, *Legemiddelnavne og annonser*. Liljestrand, Åke, *År biverkningarna överbetonade i läkemedelsdebatten?* NORDISK MEDICIN 91(1976):8–9 s 207–214.

*Symposium om läkemedelsbiverkningar och läkemedelskommittéarbete*. Sigtuna 30–31 oktober 1975. = Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation 1976/2 Sthlm 1976 180 s Litt.

*Vad bör styra vårt val av läkemedel?* Föredrag vid Läkaresällskapets riksstämma 1974.

Faktorer som påverkar läkarens val av läkemedel analyserades. En sjukhusläkare och en allmänpraktiserande läkare kommenterade dagens situation och uttryckte önskemål om förbättringar. Undersökningar redovisades om läkarnas syn på och värdering av läkemedelsinformationen. LÄKARTIDNINGEN 72(1975):40 s 3828–3834.

Westerholm, Barbro, *Använder vi för mycket eller för litet läkemedel?* En ökad läkemedelsförbrukning har konstaterats i flertalet länder. Samtidigt har emellertid negativa effekter i form av biverkningar, överkonsumtion, onödigt eller felaktigt förbrukning av läkemedel kunnat konstateras. Ett antal undersökningar refereras som behandlar förskrivning, konsumtion och användning av läkemedel. SVENSK FARMACEUTISK TIDSKRIFT 79(1975):9 s 463–70.

## Patientrollen

Andersen, Poul, *Levande död*. Något om åldringsvård. Lund 1973 72 s Rikligt illustrerad (Bokförlaget Tusch).

Balint, Michael, *Läkaren, patienten och sjukdomen*. Förord av docent Lennart Kaij. Orig:s titel: *The Doctor, His Patient and the illness* (1964). Sthlm 1972 396 s Sakreg. (Natur och Kultur).

Brattgård, Sven-Olof, *Kommer patienten bort?* Fyra punkter gällande sjukhusorganisation och arbetsformer tas upp till diskussion: rondan, arbetsförhållandena på patientrummen, personalkvalitet och utbildning, patientens behov av kontakt och information. LÄKARTIDNINGEN 66(1969):8 s 775–76.

Gauffin, Bengt Göran, *Samma människa fast sjuk*. 21 intervjuer om att leva med neurologiskt handikapp. Sthlm 1976 159 s (MS-förbundet) ISBN 91-970176-0-4.

Hultgren, Elsie, *Öppet brev från en som lever med cancer*. Sthlm 1977 135 s (Forum).

Jones, Suzanne, *Att vara gammal och patient*. Förf., läkare vid långvårdskliniken i Luleå, behandlar de psykiska yttringar som brukar kallas organiska hjärnsyndrom och som är en följd av diffus skada på hjärncellerna, hur detta omvandlar personligheten och vad det innebär i kontakten med anhöriga och vårdpersonal. Hos dem som vårdar gamla och sjuka finns det professionella attityder och fördomar som kan vara skadliga. PSYKISK HÄLSA 17(1976):2 s 79–91.

Kaij, Lennart, *Den kroniskt sjuke patienten*. Psykologiska synpunkter. = sfph:s monografiserie nr 5. Sthlm 1974 32 s Ref. Fig. Ordlista (Svenska föreningen för psykisk hälsovård).

Lagergren, Karl-Axel, *En äldre kirurg som patient på Det stora sjukhuset*. F. d. överläkaren vid Hässleholms lasarett har som patient under en kortare tid iakttagit åtskilliga detaljer i sjukhusets organisation och funktion och knyter därtill an några personliga reflexioner. LÄKARTIDNINGEN 69(1972):22 s 2638–41.

Ledell, Karin, *Hilma 101223*. Sthlm 1977 65 s (Bokförlaget PAN/Norstedts).

Mandorf-Grevacus, Birgitta, *Öppet brev om långvården*. Sthlm 1977 1085 (Forum) ISBN 91-37-06517-3.



- Michélsen, Siri, *Människan – patienten inom sjukhusorganisationen*. Sthlm 1974 33 s + bil. Litt. Dupl. (Stockholms universitet, psykologiska inst.)
- Patienter värderas olika på våra sjukhus – "lönsamhetstänkandet" breder ut sig.* – Denna inhumana människosyn, detta lönsamhetstänkande lämnar naturligtvis inte sjukvården opåverkad – i all synnerhet inte när sjukvården mer och mer ses som ett företag som producerar utredningar och friskhet på löpande band. – Officiellt vill man ogärna vidgå att dessa problem existerar. Men var och en som har den minsta erfarenhet av praktiskt vårdarbete vet hur olika människor värderas när de blir patienter. Sjukvården är ojämlik." Det här säger Anders Torold, biträdande överläkare vid Allmänna sjukhuset i Malmö, i denna intervju om sjukvårdens dehumanisering. SOCIAL FÖRSÄKRING 1973:3 s 24–25.
- Patient-problem*. Ett debattnummer om sjuka människors svårigheter inom den somatiska vården. Ur innehållet: Att vara patient. Smusslet med fakta. Att klaga och sällan få rätt. Makt istället för vanmakt. Bror Rexed: Det finns ingen "kris". Att slippa bli patient. GRIPEN 1972:5 s 2–20 ill.
- Petersson, Henning, *Mänsklig mastodont. Rapport från en sjuksäng i "skandalsjukhuset"*. Journalist som varit patient på Huddinge sjukhus ger en positiv rapport om hur det stora sjukhuset fungerar. LAND 1973:3 aug. s 12.
- Punell, Georg, *Det psykiatriska artefaktsyndromet och dess behandling*. Tre års resultatuppföljning. "Det psykiatriska artefaktsyndromet har sin speciella etiologi. Hit hör den sociala isoleringen, förlust av normala arbetsvanor, minskad möjlighet att påverka beslut rörande sina egna förhållanden, och slutligen också ett stereotyp interaktionsmönster som utvecklas mellan personalen och patienterna i det långa loppet" säger överläkaren vid Rehabiliteringsverksamheten, Lillhagens sjukhus, bl. a. i refererat föredrag som hölls vid det psykiatriska rehabiliteringssymposiet i Örebro hösten 1973. ARBETSTERAPEUTEN 1973:10 s 572–576.
- Raphael, Winifred, *Just an ordinary patient*. A preliminary survey of opinions on psychiatric units in general hospitals. London 1974 48 s Tab. Litt. (King Edward's Fund for London).
- Sjuksköterska som patient – några synpunkter*. Sjuksköterska som arbetat 10 år på blodcentral har som patient observerat det praktiska sjukvårdsarbetet och föreslår förbättringar bl. a. betr. utrustningen för tagning av blodprover. TIDSKRIFT FÖR SVERIGES SJUKSKÖTERSKOR 39(1972):15 s 40.
- Sjukvårdens inre struktur*. Några verklighetsskildringar ur långtidssjukvården = Specialpublikation S 46. Sthlm 1977 24 s ill.
- Utlämnad på nåd och onåd?* Många patienter vittnar om att de känner sig förödmjukade av den behandling de får på sjukhus – det brister i det psykologiska omhändertagandet. Några av Karolinska sjukhusets medarbetare intervjuades efter att ha läst Tora Dahls bok "När jag var sjuk". De betonar alla hur viktigt det är att lyssna på patienten och har starka önskemål om att all personal skall få utbildning i patientpsykologi. KS-NYTT 12(1973):4 s 10–23.
- Vårdad till vanvett*. Rapport från ett svenskt mentalsjukhus = POCKETTIDNINGEN R 5 (1975):1 Stockholm 1975 216 s ill. Ordlista Litt. (KRUM, RFHL, RFMT, RSMH).

#### 7.4 Attitydundersökningar

- SpriRAPPORT 13/74. *Sjukhusmiljö – en intervjuundersökning av patienter och personal*. De tekniska installationerna i sjukhusbyggnader har under årens lopp blivit alltmer komplicerade och deras andel av de totala byggnadskostnaderna har ökat väsentligt. Bestämmelser eller riktvärden, baserade på objektiva utredningar, har efterlysts. I rapporten redovisas en brett upplagd intervjuundersökning där syftet var att ta reda på hur patienter och personal upplever vård- och arbetsmiljön i sjukhusbyggnader med olika teknisk standard.

Spri ext proj 7065. Avslutad 1972. *Preventiv kardiologi*. Projektet redovisas i två delrapporter. Del 1 "Medelålders mäns kunskap om hjärt-kärlsjukdom" beskriver hur man i samband med en hälsoundersökning lät 106 män i åldern 54–55 år besvara ett antal frågor om sjukdomar, olika organs lägen i kroppen m. m. Stora brister i det medicinska kunnandet konstaterades hos gruppen. Del 2 "Patienters upplevelse av vistelse på hjärtinfarktavdelning" var en första kartläggning om hjärtinfarktavdelningen som vårdform kan ge upphov till psykologiskt betingade komplikationer och psykiatriska besvär.

Utredning 1905. Vårdcentr. i Dalby. Avslutad 1976. *Attityder till sjukvården*. En enkätundersökning i Dalby läkardistrikt. En allt större del av den enskildes skatteutgifter går till sjukvård. Området är expertdominerat och politiskt känsligt varför den enskilde individen hittills haft små möjligheter att påverka sjukvårdens utformning. Konsumtionsmönstret inom sjukvården äger man kännedom om. Vissa typer av data saknas dock. Syftet med undersökningen var att ta reda på vad befolkningen anser i olika sjukvårdsfrågor. Undersökningen omfattar även individer som ej utnyttjat någon vårdinstitution. Attitydundersökningens resultat kan tjäna som underlag för den framtida planeringen av sjukvården.

Utredning 1050. O landsting. Avslutad 1969. *Attitydmätning vid Uddevalla centrallasarett*.

Utredning 1356. Sthlms universitet. Avslutad 1971. *Pedagogisk analys av relationerna mellan individ, arbete och närmiljö*. En forskningsrapport från Pedagogiska institutionen om attityder till rationaliseringen på sjukhus och personalens möjligheter att påverka resultaten. Intervjuer med företrädare för huvudmännen och med sjukvårdspersonal på S:t Görans barnkliniker.

Abdellah, Fay G. & Levine, Eugene, *Patients and personnel speak*. A method of studying patient care in hospitals. U.o. U.å. 33 s Dupl. Fig. Tab. (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service).

*Attitudes and assessment = THC Reprint 756*. An account of how teams of nurses from six hospitals came together to design projects to help them understand more fully their attitudes to their patients and to each other. Reported by David Boorer with a chapter by Shirley Hardy. London 1973 50 s + 3 bil. Dupl. (King Edward's hospital fund for London).

*Attityder och förväntningar på Lidingö sjukvård*. För att få en uppfattning om hur väl såväl den interna som den externa informationen om vårdcentralen (och i viss mån sjukhuset) nått ut till invånarna på Lidingö och hur personalen uppfattat sin medverkan i vårdarbetet, som bl. a. bestått i s. k. teamarbete, har hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 1975 gjort tre enkät/intervjuundersökningar. Resultaten redovisas. KOMPRESSEN 1976:3 s 6–8.

*Attitydundersökning skall inspirera till vidaredebatt*. Presentation av Spriprojekt som resulterat i en sammanställning av svar från 1 854 anställda och 152 patienter. VÄSTMANNAKONTAKT 1971:1 s 7–8, 13–14.

*Attitydundersökningen blir "ätgårdskatalog"*. Ur diskussionsmaterialet i attitydundersökning (Spriprojekt 1007) har förbättringsförslag framtagits, som skall delges sjukhusledningen och sjukvårdens huvudmän i länet. VÄSTMANNAKONTAKT 1971:2 s 1, 5, 6.

Axelsen, Thorbjørn, *Det tause sykehuset*. En sosialpsykologisk undersøkelse av kontaktforholdene på en sykehusavdelning. Oslo-Bergen-Tromsø 1976 152 s Litt. (Universitetsforlaget).

Boorer, David, *A question of attitudes*. An account of a series of meetings held at The Hospital Centre from October, 1968 to January, 1970 during which nurses explored their attitudes to their patients. London 1970 73 s Dupl.

Boorer, David, *The study of attitudes – a vital problem for all nurses*. Personalens relationer sinsemellan och attityder gentemot patienten är beroende av varandra och båda påverkar patienten. NURSING TIMES 67(1971):Aug. 26 s 1045–1048.



- Deacon, Joseph John, *Att nå fram*. Vänskap på ett sjukhus för utvecklingsstörda. Orig:s titel: Tongue Tied. Övers.: Sylvia Berggren. Sthlm 1975 98 s (National Society for Mentally Handicapped Children/Lindqvist Förlag).
- The dying patient*. Ed. by: Orville G. Brim, Jr., Howard E. Freeman, Sol Levine and Norman A. Scotch. N.Y. 1970 389 s Inb. Litt. (Russell Sage Foundation).
- Döden talar man ju inte om*. Intervjuer av Tom Alandh. Kristianstad 1975 144 s Litt. (Sveriges radios förlag). ISBN 91-522-1465-6.
- Fugelli, Per, *De menneskelige relasjoner mellom sykehuset, pasienten og pasientens pårørende*. Vikten av personlig kontakt mellan patient – sjukhuspersonal – anhöriga understryks, särskilt när det gäller barn och gamla. Men också de svårt sjukas anhöriga bör få känna trygghet i relationerna till sjukhuset. TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING 91(1971):6 s 468–74.
- Hospitals: communication, choice, and change*. The hospital internal communications project seen from within. Edited by R.W. Revans; with a foreword by J.H. Butterfield. London 1972 171 s Inb. (King Edward's hospital fund for London).
- Ihre, Thomas & Östman, Olle, *Patientens roll i den medicinska beslutsprocessen – en läkarangelägenhet!* Vad patienter och personal tycker om "sitt" lasarett har undersökts. Frågorna har bl. a. inriktats på att undersöka personalens engagemang i arbetet och patientens aktiva deltagande i behandlingen. SYLF-NYTT 30(1971):4 s 92–93.
- Høje, Johan & Hernes, Dag & Hveem, Kristian, *Pasienternes syn på sykehusoppholdet*. Redogörelse för metodik och resultat av en intervjuundersökning vid en kirurgisk akutavdelning på Akers sjukhus. TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING 93(1973):31 s 2293–96.
- Jepsson, Bengt, *Västsvenska attityder*. Norra Bohusläns sjukvårdsförvaltning har, i samarbete med Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet, genomfört en attitydundersökning vid Uddevalla lasarett. Undersökningen har vänt sig till patienter och personal. LANDSTINGENS TIDSKRIFT 57(1970):6 s 47–50.
- Kish, George B., *Evaluation of ward atmosphere*. Redogörelse för två attitydundersökningar på Veterans Administration Hospital i Fort Meade, South Dakota. HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY 22(1971):5 s 159–61.
- Lindhé, Clara & Tode, Kerstin & Westrin, Claes-Göran, *Att mäta patienters värdering av vården*. En metodstudie. En undersökning av patienternas reaktioner på vården vid Skara vårdcentral redovisas. Resultaten tyder på att man kan behöva kombinera enkäter med intervjuer. Informationen och motivationen av patienterna måste underkastas stor och kvalificerad omsorg. Det bör vara av värde att härvid anställa särskild personal utan tillhörighet till vårdcentralen för att introducera och övervaka undersökningen. En lämplig bakgrund kan vara psykologutbildning med klinisk erfarenhet. SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT 53(1976):1 s 53–62.
- Oxby, S & Davies, E.M., *Ward appraisal system*. Report on the production of a document which is presented as a method by which what happens within the ward, can be assessed objectively by those within and without. London 1975 25 + 22 s Dupl. (King's Fund, Project Paper II).
- Patienten og sygehuset*. Et par timers diskussion, Københavns amts sygehus i Glostrup, 3 april 1974. Läkare, sjukvårdspersonal och kuratorer har diskuterat de problem som föreligger när det gäller patientens inställning till behandling och vårdmiljö. TIDSSKRIFT FOR DANSKE SYGEHUSE 49(1974) s 99–113.
- Patientens åsikt*. En sociologisk undersökning beträffande patienter i slutet vård. Mariestad 1968 35 s Tab. Dupl. (Skaraborgs läns landsting). Avsikten med undersökningen har varit att bl. a. genom intervjuer söka få fram uppgifter av intresse dels vid planeringen av kärnsjukhuset i Skövde och andra ny- och ombyggnader av sjukhus, dels vid ev. förändringar av organisatorisk natur.
- Patients and their hospitals*. A King's Fund Report. 3 utg. London 1977 40 s + 2 lösa bilagor ill. (King Edward's Hospital Fund for London).

- Patients' comments and complaints.* Insight into questions of patients' satisfaction or dissatisfaction, and the treatment of suggestions and complaints by them, is given in a Scottish Health Service study. BRIT HOSP J AND SOCIAL SERV REV 1970:Sept. 26 s 1884-85.
- Patients, physicians and illness.* Sourcebook in behavioral science and medicine. Ed. by E. Gartly Jaco. N.Y. & London 1958 600 s Inb. Litt. Förf. reg. Ordlista.
- Sjukvårdens inre struktur.* Några verklighetskildringar ur långtidssjukvården = S46 Sthlm 1977 24 s ill. (Spri).
- Sohlman, Lennart & Törngren, Eva, *Samtal med patienter och personal kring behov och resurser inom somatisk långtidssjukvård.* Arbetsrapport Sthlm 1976 32 s + 3 bil. Fig. Tab. Litt. (Psykotekniska institutet).
- Strank, Ronald A., *Caring for the chronic sick and dying.* A study of attitudes. Vården av kroniskt sjuka och döende patienter har börjat ägnas mer och mer uppmärksamhet. Förf. har studerat vårdpersonalens arbete och deras attityder. NURSING TIMES 18(1972):6 s 166-69.
- Stratmann, William C. & Ullman, Ralph, *A study of consumer attitudes about health care: The role of the emergency room.* Report on public opinion about the role of the emergency room (ER), the perceived urgency of the problems that people bring to the ER, the accessibility of medical care, and factors that prompt the use of the ER rather than other sources of care. MEDICAL CARE 13(1975):12 s 1033-42.
- Uuskallio, Irma, *Measuring patient attitudes.* En finsk forskningsrapport "The patient and the hospital environment" presenterades vid ett europeiskt seminarium om sjukhusforskning i Sthlm 1970. - Sammandrag. WORLD HOSPITALS 6(1970):4 s 197-99.
- Ware, John E. & Snyder, Mary K., *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services.* The factor analytic development and validation of numerous index scores to measure patient attitudes regarding characteristics of doctors and medical care services is described. Four major dimensions of patient attitudes were identified and described, including attitudes toward doctor conduct and such enabling components as availability of services, continuity/convenience of care and access mechanisms. MEDICAL CARE 13(1975):8 s 669-82.
- Werner, Birgit, *Sjukhussamhället ur patientens synvinkel.* Intervjusvar från patienter på två svenska sjukhus visar, att man i stort sett är nöjd men att den kritik man ger, då man blir ombedd, främst kan hänföras till sjukhussamhällets struktur. LÄKAR-TIDNINGEN 67(1970):37 s 4161-71.
- Wilson-Barnett, Jenifer, *Patients' emotional reactions to hospitalization: an exploratory study.* Exploratory interviews were conducted with two hundred medical inpatients in order to identify specific aspects of hospital life which evoked anxiety or depression or affected patients negatively in other ways. The schedule of items used for these interviews included routine ward events and also listed implications of hospitalization. The result are discussed. JOURNAL OF ADVANCED NURSING 1(1976):5 s 351-358.

### 7.5 Relationerna mellan patienter och personal

- Dahlström, Ingvar & Förander, Bo, *Är sjukvården en industri? För stor distans personal-patient? Två administrativa beslutsfattare på lasarettet i Lund ger svar på frågorna: Varför är det så stelt och klasspräglat på våra sjukhus? Har man rationaliserat bort medmänskligheten? Har man tappat förmågan till inlevelse i de sjukas situation?* SOCIALFÖRSÄKRING 66(1973):11 s 8-9.
- Karlsson, Yngve, *God kontakt kräver tid, förståelse, förtroende, kontinuitet och sekretess.* Den gamla auktoritativa sjukvården kan fungera bra, om patienten har ett "fadersförhållande" till läkaren. Men utvecklingen går i riktning mot att läkaren



hjälper patienten att välja vård i stället för att själv välja vård och klistra på informationen efteråt – en bra utveckling, fastslog P C Jersild, läkare i socialmedicin vid Huddinge sjukhus, vid medicinska läkarstämman (1975) debatt om patient – läkarrelationen, som refereras i artikeln. NORDISK MEDICIN 91(1976):3 s 74–75.

Klein, Kerstin & Lundh, Lena, *Samtal kring inlevelse, medkänsla, vård*. Gävle 1976 103 s ill. (Skolförlaget Gävle).

Korsch, B. M. & Negrete, V.F., *Doctor-patient communication*. Redovisning av uppläggning och resultat av 5-årig undersökning av doktor-patientrelationer vid Childrens Hospital of Los Angeles tillsammans med University of Southern California School of Medicine. SCIENTIFIC AMERICAN 227(1972):2 s 66–77.

Koval Nelson, Barbara, *Study indicates which patients nurses don't like: the unpleasant, the long-term, the mentally ill, the hypochondriacs, and the dying*. Diskussion av en brittisk rapport "The unpopular patient". 388 patienter och 87 sjuksköterskor på 12 olika vårdavdelningar på London-sjukhus har deltagit i undersökningen, som ligger till grund för rapporten. MODERN HOSPITAL 121(1973):2 s 70–72.

KUNGL. BIBL.

24 OKT 1977

STOCKHOLM

# Statens offentliga utredningar 1977

## Kronologisk förteckning

---

1. Totalförsvaret 1977–82. Fö.
  2. Bilarbetstid. K.
  3. Utbyggd regional näringspolitik. A.
  4. Sjukvårdsavfall. Jo.
  5. Kvinnlig tronföljd. Ju.
  6. Översyn av det skatteadministrativa sanktionssystemet 1. B.
  7. Rätten till vapenfri tjänst. Fö.
  8. Folkhögskolan 2. U.
  9. Betygen i skolan. U.
  10. Utrikeshandelsstatistiken. E.
  11. Forskning om massmedier. U.
  12. Kommunal och enskild våghållning. K.
  13. Sveriges samarbete med u-länderna. Ud.
  14. Sveriges samarbete med u-länderna. Bilagor. Ud.
  15. Handelsstålsindustrin inför 1980-talet. I.
  16. Handelsstålsindustrin inför 1980-talet. Bilagor. I.
  17. Översyn av jordbrukspolitiken. Jo.
  18. Inflationsskyddad skatteskala. B.
  19. Radio och tv 1978–1985. U.
  20. Kommunernas ekonomi 1975–1985. B.
  21. Svensk undervisning i utlandet. U.
  22. Arbete med näringshjälp. A.
  23. Psykiskt störda lagöverträdare. Ju.
  24. Näringsidkares avbetalningsköp m. m. Ju.
  25. Båtliv 2. Registerfrågan. Jo.
  26. Kvinnan och försvarets yrken. Fö.
  27. Revision av vattenlagen. Del 4. Förslag till ny vattenlag. Ju.
  28. Kortare väntetider i utlänningsärenden. A.
  29. Konkursförvaltning. Ju.
  30. Elektronmusik i Sverige. U.
  31. Studiestöd. U.
  32. Konsumentskydd vid köp av begagnad personbil. Ju.
  33. Allmänflygplats–Stockholm. K.
  34. Inrikesflygplats–Stockholm. K.
  35. Inrikesflygplats–Stockholm. Bilagor. K.
  36. Ersättning för brottskador. Ju.
  37. Underhåll till barn och frånskilda. Ju.
  38. Folkbildningen i framtiden. U.
  39. Företagsdemokrati i kommuner och landstingskommuner. Kn.
  40. Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. S.
  41. Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. Sammanfattning. S.
  42. Kronofogdemyndigheterna. Kn.
  43. Koncentrationstendenser inom byggnadsmaterialindustrin. I.
  44. Skyddad verkstad–halvskyddad verksamhet. A.
  45. Information vid kriser. H.
  46. Pensionsfrågor m. m. S.
  47. Billingen. I.
  48. Översyn av de speciella statsbidragen till kommunerna. B.
  49. Översyn av rättshjälpssystemet. Ju.
  50. Häktning och anhållande. Ju.
  51. Fusioner och förvärv i svenskt näringsliv 1969–73. H.
  52. Forskningspolitik. U.
  53. Sektorsanknuten forskning och utveckling. Expertbilga 1. U.
  54. Information om pågående forskning. Expertbilaga 2. U.
  55. Forskning i kontakt med samhället. Expertbilaga 3. U.
  56. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. I.
  57. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga A. I.
  58. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga B. I.
  59. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga C. I.
  60. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga D. I.
  61. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga E. I.
  62. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga F. I.
  63. Fortsatt högskoleutbildning. U.
  64. STUs stöd till teknisk forskning och innovation. I.
  65. Kommunernas gatuhållning. Bo.
  66. Patienten i sjukvården – kontakt och information. S.
-



# Statens offentliga utredningar 1977

## Systematisk förteckning

---

### Justitiedepartementet

Kvinnlig tronföljd. [5]  
Psykiskt störda lagöverträdare. [23]  
Näringsidkares avbetalningsköp m. m. [24]  
Revision av vattenlagen. Del 4. Förslag till ny vattenlag. [27]  
Konkursförvaltning. [29]  
Konsumentskydd vid köp av begagnad personbil. [32]  
Ersättning för brottsskador. [36]  
Underhåll till barn och fränskilda. [37]  
Översyn av rättshjälpssystemet. [49]  
Häktnings och anhållande. [50]

### Utrikesdepartementet

Biståndspolitiska utredningen. 1. Sveriges samarbete med u-länderna. [13] 2. Sveriges samarbete med u-länderna. Bilagor. [14]

### Försvarsdepartementet

Totalförsvaret 1977–82. [1]  
Rätten till vapenfri tjänst. [7]  
Kvinnan och försvarets yrken. [26]

### Socialdepartementet

Socialutredningen. 1. Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. [40]  
2. Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. Sammanfattning. [41]  
Pensionsfrågor m. m. [46]  
Patienten i sjukvården – kontakt och information. [66]

### Kommunikationsdepartementet

Bilarbetstid. [2]  
Kommunal och enskild vägghållning. [12]  
Allmänflygplats–Stockholm. [33]  
Brommautredningen. 1. Inrikesflygplats–Stockholm. [34] 2. Inrikesflygplats–Stockholm. Bilagor. [35]

### Ekonomidepartementet

Utrikeshandelsstatistiken. [10]

### Budgetdepartementet

Översyn av det skatteadministrativa sanktionssystemet 1. [6]  
Inflationsskyddad skatteskala. [18]  
Kommunernas ekonomi 1975–1985. [20]  
Översyn av de speciella statsbidragen till kommunerna. [48]

### Utbildningsdepartementet

Folkhögskolan 2. [8]  
Betygen i skolan. [9]  
Forskning om massmedier. [11]  
Radio och tv 1978–1985. [19]  
Svensk undervisning i utlandet. [21]  
Elektronmusik i Sverige. [30]  
Studiestöd. [31]  
Folkbildningen i framtiden. [38]  
Forskningsrådsutredningen. 1. Forskningspolitik. [52] 2. Sektorsanknuten forskning och utveckling. Expertbilaga 1. [53] 3. Information om pågående forskning. Expertbilaga 2. [54] 4. Forskning i kontakt med samhället. Expertbilaga 3. [55]  
Fortsatt högskoleutbildning. [63]

### Jordbruksdepartementet

Sjukvårdsavfall. [4]  
Översyn av jordbrukspolitiken. [17]  
Båtliv 2. Registerfrågan. [25]

### Handelsdepartementet

Information vid kriser. [45]  
Fusioner och förvärv i svenskt näringsliv 1969–73. [51]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Utbyggd regional näringspolitik. [3]  
Arbete med näringshjälp. [22]  
Kortare väntetider i utlänningsärenden. [28]  
Skyddad verkstad–halvskyddad verksamhet. [44]

### Industridepartementet

Handelsstålsutredningen. 1. Handelsstålsindustrin inför 1980-talet. [15] 2. Handelsstålsindustrin inför 1980-talet. Bilagor. [16]  
Koncentrationstendenser inom byggnadsmaterialindustrin. [43]  
Billingen. [47]  
Delegationen för energiforskning. 1. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. [56] 2. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga A. [57] 3. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga B. [58] 4. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga C. [59] 5. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga D. [60] 6. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga E. [61] 7. Energi – program för forskning, utveckling, demonstration. Bilaga F. [62]  
STUs stöd till teknisk forskning och innovation. [64]

### Kommundepartementet

Företagsdemokrati i kommuner och landstingskommuner. [39]  
Kronofogdemyndigheterna. [42]  
Kommunernas gatuhållning. Bo. [65]











KUNGL. BIBL.  
24 OKT 1977  
STOCKHOLM













**LiberFörlag**  
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-03542-1

ISSN 0375-250X