

vilket radikalt förändrade tandhälsan.

»Riskbarn» i fokus

De kollektiva insatserna för skolbarn har numera trappats ner avsevärt. Vi väljer att arbeta främst med att söka »riskbarn» och intensifiera omhändertagandet av dessa, då vi nu har en generell mycket god tandhälsa hos stora grupper av barn och ungdomar. Även våra unga föräldrar har en god tandhälsa – så god att de själva kanske inte inser vikten av att sköta sitt barns tänder på rätt sätt. Någon måste tala om för dem att de skall borsta barnets tänder, *hur* och *med vad*, och vad tänder tål i fråga om dryck, nattmål, vid sjukdom, mediciner, »jobbiga» perioder etc. Således arbetar vi numera även inom småbarnstandvården med att hitta riskbarn, dvs de familjer som behöver mer stöd och uppmuntran än andra.

Den BHV-baserade verksamheten har hjälpt oss att minska antalet barn med karies och – kanske ännu viktigare – antalet »katastrofall», dvs barn med så omfattande karies-skador att flera tänder behöver extraheras i 2–3-årsåldern. Småbarn som tidigt utvecklar karies kommer senare att utveckla karies också under förskoleperioden, och barn med mjölkstandskaries visar större benägenhet att få karies i det permanenta bettet [1].

Invandrarbarn riskgrupp

Inom tandvården har vi nu fått in en stor »försöksgrupp» i detta avseende, nämligen våra invandrarbarn. Bland dem finns fler barn med karies än bland svenska jämnåriga, och i många fall är skadorna också mycket omfattande. Munhygienvaror saknas ofta. Vi behöver satsa på att dessa utsatta familjer får rätt hjälp i tid, innan skadorna blivit omfattande och dyrbar behandling behövs.

Alla föräldrar vill sina barns bästa. Vi kan bara påverka barnens tandhälsa genom att erbjuda ett samarbete, förälderns omhändertagande av barnet är viktigast. Detta är kostnadseffektivt, även i strikt ekonomisk mening [2].

Vårda att vårda från början!

Den främsta målgruppen för förebyggande vård anses nu vara barn under 1 år samt gruppen 1–3 år [3]. Det är av största vikt att inte lägga ner tandhälsövården för dessa grupper utan förbättra den för att nå dem som bäst behöver den.

KORRESPONDENS

100 000 nya barn om året får så småningom 2 miljoner mjölkttänder och 2,8 miljoner permanenta tänder. Visst är de värda att vårda från början!

Ulla Hallström
biträdande övertandläkare,
Tandvårdscentralen, Lund

Referenser

1. Grindefjord M. Prediction and development of dental caries in young preschool children. A prospective cohort study in southern Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet, ISBN: 91-628-1728-0. Thesis.
2. Wendt LK. On oral health in infants and toddlers. Göteborgs universitet, 1995. ISBN 91-628-1620-9. Thesis.

Slutreplik:

Mer selektiv insats krävs i barnhälsovård

Den intensiva debatt som har följt efter mitt inlägg om effektiviteten i svensk barnhälsovård [1] är glädjande men något betänklig. Det är tydligt att de flesta välkomnar en kritisk analys och diskussion av barnhälsovårdens metoder och dess tillämpningar. Stort utrymme har dock ägnats åt det som såväl inhemska som utländska »experter» är överens om, dvs systematisk övervakning av alla barn och screening av vissa viktiga sjukdomar.

Göran Aurelius betonar betydelsen av synkontroll, frekvent viktregistrering och Boel-test, medan Sven Bremberg framhåller utvecklings-screening och sköterskans roll [2, 3]. Trygve Årman är även han nöjd med viktmetningar samt MBD/DAMP-screening [4]. Lars Jerdén skriver att allt som görs i USA avseende barnens hälsa förvisso inte är det bästa men betonar att kostråd-givning för spädbarn på BVC i Sverige är av hög standard [5]. Dessa synpunkter är i stort sett desamma som jag anförde i inledningen till min artikel – om detta är vi sålunda överens. (Bengt Järhults inlägg ser jag som en fortsatt politisk vendetta mot mig, det bidrar knappast till att utveckla svensk barnhälsovård [6]).

Det betänkliga i debatten är bristen på svar på de frågor jag ställde, med ett undantag: det tycks – som Ulla Hallström påpekar i inlägget ovan – finnas nya belägg för att odontologisk expertis kan bidra med avgörande insatser för barnens tandhälsa.

Övriga frågor om kostsamma undersökningar och program som jag ifrågasatte; längd- och skallomfångsmätning, föräldrautbildningsgrupper, hörselkontroll av 4-åringar, läkarmedverkan vid 5,5 års-kontrollen m m samt behovet av många specialistkompetenser inom barnhälsovården, kommenteras endast sparsamt. Detta måste tolkas som ett utslag av osäkerhet och att det därmed föreligger ett stort behov av att dessa frågor granskas.

Granska kritiskt

I tider av stora neddragningar och prioriteringsproblem i svensk sjukvård måste all verksamhet ifrågasättas. Vi som tror på svensk barnhälsovård har ett särskilt ansvar för att kritiskt granska vår egen verksamhet. Så har vi alltid gjort, menar en del, men nu måste det nog ske med än större skärpa.

Barnhälsovårdens del av kakan måste försvaras, men den kan användas betydligt mer effektivt. Detta kan ske genom att en större andel (50 procent?) satsas selektivt och att det generella »nuttandet» med starka, friska barn i stabila familjer minskas väsentligt.

Göran Sjönell
med dr, Kvartersakuten
Matteus, Stockholm

Referenser

1. Sjönell G. Är barnhälsovården verkligen effektiv? Läkartidningen 1996; 93: 1008-11.
2. Aurelius G. Barnhälsovården ses över kontinuerligt. Läkartidningen 1996; 93: 1923-5.
3. Bremberg S. Barnhälsovården är effektiv – men fler studier behövs. Läkartidningen 1996; 93: 1925-6.
4. Jerdén L. En jämförelse ger ej stöd för besparingar i Sverige. Läkartidningen 1996; 93: 2406-7.
5. Årman T. Barnhälsovården är till för barnens bästa. Läkartidningen 1996; 93: 2405-6.
6. Järhult B. Ovetenskaplig kritik göder välfärdens dödgrävare. Läkartidningen 1996; 93: 2409.

Datorisering vid förskrivning av läkemedel ger mervärden

Förskrivning av läkemedel i primärvården lika väl som i öppen vård vid sjukhus är den vanligaste behandlingsåtgärden i sjukvården. Det är samtidigt riskabel aktivitet, vars dokumentation såväl i journaler som på receptblanketter behövs förbättras. Dessutom är det en kostsam verksamhet.

Att få tillgång till uppgifter om såväl priser i förskrivningsögonblicket som interaktionsrisker – kopplade till patientens kompletta, aktuella läkemedelslista – har visat sig vara möjligt genom att använda väl strukturerade datorjournalssystem. Det ger kvalitetsvinster och är något många arbetar för inom vården.

En datorjournal kan inte enbart vara pappersjournalen inlagd som fri text i ett dokument, kronologiskt ordnad [1]. Journalen som databassystem med såväl ATC-klassifikationen (generika och preparat) som sjukdoms- och åtgärds-klassifikationer m m inlagda som klartext rättfärdigar övergång från papper och penna till datorer för oss läkare, under förutsättning att rutiner inte behöver dubbleras.

Datoriseringens mervärden

Man måste kunna lita på sin journal, kunna använda den på ett för vårdarbetet rationellt sätt, och den måste innebära stöd för beslutsfattande. Datorisering av journalen måste ge dessa mervärden.

Att primärvården använder datorjournaler i stor utsträckning har uppenbarligen inte beaktats av Läkemedelsverket, som trots flera påstötningar av läkare inom primärvården inklusive Svensk förenings för allmänmedicin (SFAM) data- och klassifikationsgrupp, envisas med att bagatellisera kritiken mot de nya receptblanketterna (se Björn Beermanns korrespondensinlägg i Läkartidningen 23/96).

Att leva med otidsenliga, osäkra, olagliga (?) och kostsamma förskrivningsrutiner kan väl knappast ligga i Läkemedelsverkets intresse? Och vad säger Socialstyrelsen? Både av hänsyn till patientsäkerheten och av ekonomiska skäl är jag övertygad om att

modern informationsteknik måste utnyttjas även i hälso- och sjukvården [2].

Stöd den nya tekniken!

I alla fall vill vi inom primärvården utveckla vårt arbetsverktyg – journalen – till ett stöd i vårt kliniska arbete, lika väl som vi vill ta vårt ansvar för en rationell läkemedelshandling. Lokal förskrivningsstatistik, kopplad till sjukdomspanoramata hos våra patienter, utgör grunden för kontinuerligt lärande. Vi har idag informationsteknik för detta. Desavoera inte denna möjlighet utan stöd den i stället, Björn Beermann!

Britt-Gerd Malmberg
distriktsläkare och utvecklingschef, Centrum för allmänmedicinsk informatik, NVSO, Stockholms läns landsting, ordförande i SFAMs data- och klassifikationsgrupp

Referenser

1. Linnarsson R. Datorjournalen som instrument för kvalitets-säkring – möjligheter och begränsningar. *Allmänmedicin* 1993; 14: 125-6.
2. Moore J. Electronic prescribing – »the perfect prescription». *British Journal of Health Care Computing and Management* 1996; 13: 25-7.

Vilka principer gäller för destruktion av journaler?

Under våren har vi varit med om att efter beslut av Socialstyrelsen destruera journalen om en av våra patienter. Det rör sig om en ung kvinna, som haft en lång vårdkontakt i såväl öppen som slutna vård inom barn- och ungdomspsykiatri.

Kvinnan krävde att få journalerna förstörda och återopade psykiskt illamående som skäl. Hennes personliga skäl är sakligt sett verkliga och känslomässigt adekvata.

Som ansvariga för de sekretessbelagda dokumenten motiverade vi vårt avslag med följande bedömningar. Stora delar av hennes psykiska illamående var ursprungligen skälet till vårdkontaktarna inom barnpsykiatri. Hon är ännu ung och bedöms av oss kunna komma att besväras av psykiska problem även i framtiden.

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

Journalhandlingarna dokumenterar händelser av djupt mänsklig relevans om hennes barndom, tonårstid, skolgång samt hennes personliga relationer. De redovisar även medicinska ställningstaganden av vikt för framtida medicinska åtgärder.

Dokumentationen bedöms av oss vara av stort juridiskt värde, eftersom ett flertal konflikter såväl gentemot anhöriga som mot vårdpersonal har förekommit (anmälningar till polis och socialtjänst). Det förefaller oss därför stötande att tvingas genomföra destruktionen utan närmare motivering från Socialstyrelsen.

För oss och flera verksamhetsansvariga är det angeläget att få kännedom om de principer som ligger bakom detta beslut.

Är psykiatri så farlig?

Per H Jonsson
chefsöverläkare, barnpsykiatriska kliniken, Hudiksvall

Eva Eriksson-Gordon
chefsöverläkare, barnpsykiatriska kliniken, Gävle

Kommentar:

Får inte spara journal »för säkerhets skull»

Socialstyrelsen kan enligt patientjournallagen besluta att en journal skall förstöras helt eller delvis. Det förutsätter för det första att patienten ansöker

om det och härvid anför godtagbara skäl. En andra förutsättning är att journalen, eller den del av den som önskas förstörd, *uppenbarligen* inte behövs för patientens vård eller att det från allmän synpunkt *uppenbarligen* inte finns skäl att bevara journalen intakt.

Förstörmöjligheten kan ses som en visserligen liten men ändå viktig detalj vid skyddet av patienternas integritet.

Det aktuella fallet avser egentligen två beslut; det första avsåg barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Gävle och det andra samma klinik i Hudiksvall. De som ansvarat för journalen, berörda chefsöverläkare, har på vanligt sätt fått tillfälle att avge yttrande över ansökan. Båda avstyrkte att journalen skulle förstöras, i Gävle främst av allmänna skäl och i Hudiksvall av hänsyn till framtida vård.

Myndig och rättskapabel

Man kanske först bör påpeka att den aktuella patienten är 22 år, dvs myndig och rättskapabel. Hon hade starka person-

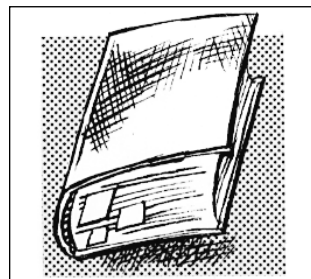


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

»Ett sådant undantag i patienternas rättigheter borde då ha reglerats lagstiftningsvägen, vilket alltså inte gjorts.»

liga skäl för sitt önskemål, vilket för övrigt inte tycks ha ifrågasatts av någon. Den första förutsättningen var alltså uppfyllt.

Frågan var då om journalen uppenbarligen behövdes för den fortsatta vården eller av andra skäl, t ex för att säkra bevis eller för att inte omöjliggöra angelägen forskning.

Inte skäl spara »för säkerhets skull»

Man kan naturligtvis hävda att barnpsykiatriens uppgifter alltid är av värde vid eventuella psykiska problem längre fram i livet. Det skulle i så fall innebära ett generellt undantag för just denna specialitets journaler. Ett sådant undantag i patienternas rättigheter borde då ha reglerats lagstiftningsvägen, vilket alltså inte gjorts.

Under pågående rättstvister eller dylikt, t ex aktuella ärenden i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, medges normalt inte journalförstöring för att inte försvåra eller störa den rättsliga processen. Att spara för säkerhets skull eller argument av typen »det kan vara bra att ha» är inte skäl nog.

I detta fall har vi helt enkelt bedömt anförda värdmotiv och det förhållandet att det tidigare förekommit klagomål på bl a vårdpersonal som otillräckliga, eller i varje fall inte uppenbara skäl för att – mot patientens uttryckliga vilja – ändå besluta att journalen skall bevaras.

Björn Forsberg
direktör, Socialstyrelsen, Regionala tillsynsenheten i Örebro

Läkare inga reklampelare!

Sedan ett stort antal länder stiftat lagar som inskränker tobaksbolagens möjligheter till reklam har det dykt upp bolag med namn och logo intill förväxling lika kända cigarettmärken. Dessa bolag tillverkar moderiktiga kläder och accessoarer där namn och logo framgår tydligt.

Det finns läkare som i sin yrkesutövning använder dessa kläder och accessoarer. Jag tycker vi bör enas om att inte visa oss iförda någonting som kan tolkas som tobaksreklam, då detta kan rubba läkarkårens trovärdighet.

Karin Sparring Björkstén
överläkare, Stockholm