

Ett IT-baserat journalsystem för en landstäckande företagshälsovård – användningens förändring över åren.

Anders Englund och Göran Engholm, tidigare chefläkare resp. statistiker i Bygghälsan

Under 60-talets senare del utreddes behovet av förbättrat arbetarskydd och företagshälsovård i det svenska näringslivet. En följd av detta blev etableringen 1968 av en gemensam, landsomfattande företagshälsovård för hela den svenska byggnadsindustrin – Bygghälsan. Liksom inom andra delar av det svenska näringslivet baserades etableringen på avtal mellan arbetsmarknadens parter – fackförbunden och arbetsgivarorganisationerna – på byggområdet. Den tekniska delen kunde omgående etableras över hela landet medan den medicinska gradvis byggdes ut till utgången av 1973, varefter en fortsatt successiv förtätning över landet, vilket inkluderade ett 15-tal mobila enheter för uppsökande hälso- och sjukvård, pågick långt in på 80-talet.

Ett väsentligt inslag i den medicinska företagshälsovården var de uppsökande, regelbundna kontakterna med de anställda i branschen så nära deras arbetsställen som möjligt. Inom det dominerande området bygg- och anläggningsindustrin var få av byggnadsarbetarna fast anställda varför flertalet var anställda objekt för objekt. Företagens personalregister var därför en föga framkomlig väg för att fastställa vilka som vid en given tidpunkt hörde till branschen. Medlemsregistren i de olika fackförbunden blev utöver Bygghälsans egen förteckning över de tidigare individkontakterna en viktig källa för att fastställa vilka som skulle uppsökas. I sidobranscherna som måleri, VVS och el rådde däremot fast anställning.

Den individuppsökande verksamheten tog sig formen av en regelbundet återkommande hälsoundersökning med speciellt fokus mot sjukdomstillstånd och organ av speciell betydelse vid den typ av arbetsbelastning och exponering som förekom i byggbranschen. Hit hör besvär i andningsvägar och rörelseapparaten, hörsel- och vibrationsskador samt hudsjukdomar. Initialt utformades ett anamnestiskt frågeformulär till de undersökta med utgångspunkt från det på Serafimerlasarettet av Paul Hall och medarbetare utvecklade. Till detta fogades Medical Research Councils frågor om andningsvägar. Även laboratorie-undersökningarna inriktades utöver enkla blod- och urinanalyser på hörsel- och spirometriundersökning samt synskärpa. Under årens lopp kom frågearsenalen att modifierats i takt med att nya frågeställningar blev aktuella – t ex ökades antalet frågor gällande rörelseapparaten liksom om psyko-sociala faktorer inverkan.

Med tanke på att antalet undersökta skulle komma att uppgå till 60-70.000 per år, av vilka huvuddelen ej skulle visa sig ha några medicinska problem som krävde läkarinsats, var det nödvändigt att arbeta i två faser. Den första fasen utförd av företagssköterskor var informationsinhämtande och selekterande av vilka som behövde handläggas i den andra fasen utförd av den mera knappa personal-resursen läkare. Ett sådant arbetssätt krävde att informationen insamlades på ett enhetligt sätt och behandlades så att den slutliga beslutsfattaren – läkaren – hade en överskådlig journalhandling. När antalet undersökningstillfällen per individ ökade växte problemet att utforma en journalhandling som var överskådlig över tiden.

Databehandling av såväl anamnestiska (frågeformulär) uppgifter som data från laboratorieundersökningar sågs därför som nödvändiga. Svar i frågeformulär och resultat av laboratorieundersökningar registrerades på magnetband, som var underlag för veckovisa bearbetningar på Uppsala datacentrals stordator (till en början en IBM 370/155 och senare andra datorer). För resp individ utskrivna datajournaler, sammanställningar av samtliga registrerade data, sändes direkt från datacentralen till den region, där aktuell undersökning genomförts. Utskriften var där tillsammans med övriga och manuellt förda journaluppgifter underlag för ansvarig personals bedömning huruvida läkarkontakt var påkallad. Läkarnas observationer vid uppföljande sjukvårdsbesök journalfördes på gängse manuellt sätt och besöken sammanfattades i form av en öppenvårdsdiagnos, vilken också infördes i dataregistret.

Mätdatas förändring över tiden blev av särskild betydelse för audiometri- och spirometriundersökningarna, varför den egna personalens mätbeteende över tiden och variation mellan undersökningsenheter noggsamt måste övervakas för att tillåta bedömning av observerade förändringars relevans. Vid varje veckobearbetning jämfördes därför resp undersökningsenhets aktuella registreringar med normalvärden och avvikelsetrappor sändes till enheterna.

I dataregistret infördes också uppgifter om arbetsbelastningar och exponeringar – bl a som svar på ett antal direkta frågor om framför allt dammiga arbeten och tunga, besvärliga arbetsställningar. Vidare registrerades en kod för en anställds yrke. Koden valdes ur en förteckning av drygt 200 koder, som var och en svarade mot ett anställningsavtal och en specifik sysselsättning. Koden, var nyckeln till en job-exposure-matris, som innehöll en omfattande beskrivning av arbetsförhållandena för varje kombination av avtalsområde och sysselsättning.

Genom analyser av förekomst av symtom, avvikande mätdata och diagnoser i olika yrken och sysselsättningar erhöles en systematisk bild av arbetsrisker andra än de rena arbetsolycksfallsriskerna som tidigare dominerat arbetarskyddsinsatserna i byggbranschen. Åtgärder mot belastningsbesvär, buller och yrkeseksem vidtogs omgående som resultat av sådana påvisade samband. Utöver förebyggande insatser riktade mot arbetsplatser och -arbetsförhållanden utnyttjades den enskilde undersöktes egna mätdata för att informera om de personliga åtgärder som han behövde vidtaga. Behovet av hörselskydd kunde understrykas med hjälp av audiometrikurvan och motiven för en rökare att sluta förstärktes genom diskussion om spirometrivärdena. Att båda dessa tillämpningar var framgångsrika vittnade ökad användning av hörselskydd liksom sjunkande frekvens av nytillkomna svårare hörselnedsättningar över åren. Likaså minskade andelen rökare snabbare än bland svenska män i allmänhet. Till detta torde också ha bidragit den begynnande användningen av resultaten från samkörningar med de nationella dödsorsaks- och cancerregistren. Redan i mitten av 70-talet gjordes sådana samkörningar av de första c:a 135.000 undersökta i journalregistret från 1971 och framåt, varvid den markanta skillnaden i lungcancerfrekvens mellan rökarna, tidigare rökare och aldrig rökare bland de undersökta byggnadsarbetarna, blev ett mycket slagkraftigt argument för att de som fortfarande rökte bland de undersökta skulle sluta

Eftersom byggsektorn i de flesta länder i världen är splittrad och svåröverskådlig med svaga och kortsiktiga bindningar mellan arbetsgivare/företag och anställda är möjligheterna att prospektivt följa upp f a långsiktiga risker – t ex cancersjukdomar och andra med lång latenstid – obefintliga. Analyser av de med dödsorsaks- och cancerregister samkörde

Bygghälsoregistren blev därför tidigt en kunskapskälla av unik internationell betydelse. Den uppenbara överfrekvensen av den annars ytterst ovanliga lungsäckscancern mesotheliom i yrkesgrupper, som uppenbart varit exponerade för asbesthaltiga material, kom att starkt bidra till att byggarbetsmarknadens parter redan inom loppet av några månader våren 1976 helt övergav användningen av sådana produkter. Detta skedde redan innan lagstadgat förbud trätt i kraft och i inget annat land har asbestanvändningen eliminerats så tidigt och så snabbt som i Sverige, vilket förklaras av att byggbranschen är den största användaren av dessa produkter och att man där tillämpade de nyvunna insikterna från de egna registren.

I början av 90-talet ändrades samarbetsklimatet mellan arbetsmarknadens parter generellt och även inom byggsektorn. Gällande avtal inklusive de som berörde arbetsmiljöfrågor och företagshälsovård sades upp av arbetsgivarorganisationerna. Bygghälsan skulle därför ej längre förbli ett partsgemensamt organ med gemensam styrning. Efter ett ¼-sekel kom Bygghälsan vid årsskiftet 1992/93 att bli en renodlad arbetsgivarstyrd verksamhet med siktet inställt på avyttring till intresserad köpare. Previa övertog sedermera Bygghälsans verksamhet. En central fråga blev vad som skulle ske med det omfattande dataregistret, som nu omfattade uppgifter om c:a 360.000 huvudsakligen män. De fackliga organisationerna var inte intresserade av att materialet skulle stå till arbetsgivarnas förfogande – det var ju deras medlemmar, som med löfte om medicinsk sekretess utgjorde registermassan. Den medicinska personalen kände också starkt för att de potentiellt integritetskänsliga uppgifterna i detta register skulle frikopplas från den framtida journalhanteringen, vilken därför kom att använda vissa delar av journalsystemet medan de mera historiska delarna av registret överfördes till dåvarande Arbetsmedicinska Institutets enhet i Umeå för att i ett senare skede övertas av institutionen för arbets- och miljömedicin vid Umeå universitet.

Bearbetningar av registermaterialet har under årens lopp lett till ett stort antal vetenskapliga publikationer om samband mellan yrkesexpositioner och sjukdom. Registret har också använts i stor omfattning av institutionen för epidemiologi vid Karolinska institutet, där ett flertal vetenskapliga rapporter om olika cancerformers orsaker publicerats – t ex har aktuella data om snusanvändning och pancreascancer påverkat attityden till snusförbud. En styrgrupp sammansatt av representanter från de fackförbund, vars medlemmar utgör registret, tar ställning till förfrågningar om uttag ur registret för planerade studier.

Sammanfattningsvis skapades initialt ett journalsystemet för att ge en över tiden översiktlig medicinsk journalhandling, vilket till en del kom att förverkligas. Senare fick detta en viktig tillämpning i arbetsmedicinsk riskidentifiering f a inom den bransch den aktuella företagshälsovården betjänade. Efter omstrukturering av denna har databasen, av vilken hälften kunnat prospektivt följas i 30 år, fått stor användning i såväl arbetsmedicinsk som cancer-etiologisk forskning vid svenska universitet.