

Intryck från öppen hälso- och sjukvård samt medicinsk utbildning i Sovjet



Kerstin Bergman-Larsson



Per Bjurulf

Det har sagts att har man varit i Sovjet tio dagar kan man skriva en bok om landet. Efter två till tre månader har man begränsat sig till en artikel och efter fyra till fem års vistelse i landet är man knappast beredd att göra något säkert uttalande. Vi var där i tio dagar och resan begränsades till Moskva och Leningrad. Huvudändamålet för resan var att studera medicinsk undervisning samt öppen hälso- och sjukvård. Innan vi går in på våra direkta intryck från resan skall vi ge några historiska perspektiv på hur den sovjetiska socialiserade sjukvården utvecklats. Vi har här dels använt den information vi själva fick, dels Mark G. Fields utmärkta bok om "Soviet Socialized Medicine" från 1967.

Följande artikel baseras på intryck från en socialmedicinsk studieresa, där man besökte flera olika universitetsinstitutioner, distriktssjukhus, distriktspolikliniker, pediatrika mottagningar, barnkrubbor, skolor, industrisjukvård samt psykiatriska sjukhus och institutioner i Leningrad och Moskva. Informationen från besöken har kompletterats med uppgifter från Mark G. Fields bok *Sovjet Socialized Medicine*.

Kerstin Bergman-Larsson är biträdande lärare och Per Bjurulf professor och överläkare vid socialmedicinska kliniken Regionsjukhuset, Linnköping.

Historik

Den tidiga utvecklingen av medicinsk verksamhet går i stort sett parallellt med den i Skandinavien. 1620 grundades en apotekarsocietet, som sedermera blev den centrala medicinska myndigheten med ansvar för utbildning resp medicinska kontrollfunktioner. 1763 bildades det första collegium medicorum, som är ett sent resultat av Peter den stores import av läkare och vetenskapsmän från väst.

1864 genomfördes en mycket viktig reform, den s k "Zemstvoreformen", som innebar en decentralisering av beslutsfunktionerna, till en del i analogi med våra primär- och sekundärkommunala funktioner. Detta innebar att distrikten fick eget ansvar för sjukvården. De läkare som kom ut och fungerade inom Zemstvo-verksamheten var ofta ideologiskt engagerade och drev på ett tidigt stadium fram tanken på fri medicinsk vård. Dessa grupper nådde rätt långt beträffande hävdandet av läkarens självbestämmanderätt. De hade även förhållandevis omfattande politiskt inflytande. Under förrevolutionär tid hade läkarsällskapen liksom motsvarigheten till svenska läkarförbundet inflytande.

Den tidiga utvecklingen av medicinsk verksamhet går i stort sett parallellt med den i Skandinavien.

Vid sidan av förändringen av den medicinska verksamheten drev läkarsällskapen även ekonomiskt/politiskt arbete. En ledtråd i detta arbete var att läkarna skulle verka oberoende av inflytande från icke fackligt håll. Detta togs som en garanti för hög etisk standard beträffande den medicinska verksamheten.

I samband med februari-revolutionen 1917 fick dessa läkarsällskap stor makt. Ett tämligen snabbt reformarbete påbörjades med den provisoriska regeringens stöd. Det bildades en central medicinalstyrelse, som drog upp riktlinjerna för förändringen inom sjuk- och hälsovård. I detta arbete spelade Pirogovsällskapet, som torde kunna jämföras med vårt läkarsällskap, en stor roll. Redan under denna tid uppkom emellertid motsättningar mellan läkarnas krav på decentralisering och autonomi inom yrket och bolsjevikernas centraliseringstanke. Även ideologiskt fanns skillnader mellan de ledande läkarnas social/liberala inställning och bolsjevikernas proletär/politiska. Oktoberrevolutionen medförde att antagonismen blev helt klar. Företrädare för såväl Zemstvomedicinen som läkarsällskapen och läkarförbundet kom i hård konflikt med det byråkratiskt centralt kontrollerade och politiskt styrda hälso- och sjukvårdssystemet. När den marxistiskt/leninistiska ideologin skulle inympas i och styra det medicinska vårdarbetet, uppfattades detta som övergrepp gentemot basala/etiska värderingar. Denna konflikt förde till att läkarsällskapen upplöstes. Läkarförbundet kunde emellertid inte upplösas. Då vidtogs emellertid en uppdelning av läkarförbundet i två delar med en del som framför allt bestod av yngre läkare samt några av de äldre som var positivt inställda till den politiska regimen. Detta konkurrerande läkarförbund tjänade sedan som expertorgan för regimen, vilket medförde att gamla läkarförbundet tynade bort. Konflikten mellan läkarna och den bolsjevikiska regimen flammade emellertid upp vid framför allt två tillfällen. 1935—37 då under

Stalin-regimen en klappjakt idkades mot det som kallades för medicinskt sabotage. Vidare den välbekanta sk läkarsammansvärjningen 1953.

Basala principer

Man har från centralt håll fastlagt vissa basala principer för den medicinska verksamheten.

1. Att staten ansvarar helt för sjukvården. Detta innebär att i balansen mellan hänsynstagande till sjukvårdspolitiska målsättningar å ena sidan och de resultat som inventeringar av behov resp efterfrågan givit å andra sidan får centralt utformad policy stor betydelse. En annan följd av detta är att all sjukvård skall vara fri. Det finns emellertid en rad undantag till detta. Åtskilliga akademiska lärare/läkare har privatmottagning. Det finns emellertid även andra läkare som har privatpraktik. Förhållandena stämmer rätt väl med Solsjens beskrivning i "Cancerkliniken".

Den mycket hårda centrala planeringen och styrningen har emellertid kombinerats med nästan fullständig verkställighet perifert.

2. Inom den sovjetiska medicinen läggs mycket stor vikt vid förebyggande medicin. Det hävdas att det endast är i ett sådant system, som Sovjet har, som verklig förebyggande medicin kan genomföras. I detta sammanhang kan nämnas att det under 20-talet var en förhållandevis stor grupp sovjetiska läkare, som hårt pläderade för en omfattande förebyggande medicinsk verksamhet. I denna ingick bl a argumenten att man genom sådana förebyggande åtgärder kunde eliminera behovet av sjukvård. Som kunde förväntas blev det hårt bakslag, när dessa uppfattningar konfronterades med verkligheten. Detta lär ha varit en av flera orsaker till rättegångarna i mitten på 30-talet.

Den mycket hårda centrala planeringen och styrningen har emellertid kombinerats med nästan fullständig verkställighet perifert.

Av intresse är att man i sovjetisk medicin hårt driver att praktisk verksamhet måste förenas med teori.

3. Av intresse är att man i sovjetisk medicin hårt driver att praktisk verksamhet måste förenas med teori. Forskningsarbete måste få påverka den kliniska verksamheten och praktiskt verksam läkare bör engageras i forskning. Man kan här märka skillnaden gentemot maoismens antiintellektuella motsatsställning till vetenskap och forskning, där i något sammanhang hävdas att vetenskaplig utbildning endast hindrar läkarna från att få den rätta kontakten med folket, vilket ju bl a medfört en stor stab av s k barfota-läkare.
4. Vidare drives som tes att stor del av allmänheten bör medverka för att utveckla hälso- och sjukvård. Detta i form av rådgivande nämnder, som skall tex hjälpa patienterna i hemmet, hjälpa till på de lokala sjukhusen, liksom engagemang i röda korset och röda halvmånen.
5. Vidare är det acceptabelt att korrekt uttolkning av hälsa och sjukdom, läkarens roll i samhället och den rationella organisationen av medicinsk vård, forskning och hälsovård är möjlig endast inom ramen av den dialektiska materialismen och att medicinsk verksamhet måste utformas mot bakgrund av Marx och Lenins visdom respektive visioner.

Utbildningen

Det har skett en enorm utbildningsexplosion i Sovjet beträffande läkare.

1940 fanns det 140 000 läkare, d v s 7 läkare per 10 000 invånare.

1970 fanns det 600 000 läkare d v s 26 läkare/10 000 invånare.

I Sverige är motsvarande tal 10 läkare per 10 000 invånare och vi är på god väg mot de sovjetiska siffrorna.

Den medicinska utbildningen genomföres vid särskilda högskolor, omkring 90 stycken i Sovjet. Dessa utbildningsenheter är skilda från övrig universitetsverksamhet och har annan huvudman,

nämligen hälsovårdsdepartementet. Denna separata ställning för den medicinska utbildningen betingas av kraven på stor utbildningskapacitet, av vilken anledning man fått särskilda resurser. Vid samtal med professorer på olika medicinska utbildningsenheter, fick vi en känsla av att kraven på mycket stor utbildningskapacitet varit sådana att möjligheterna till forskning måst eftersättas.

Utbildningen är från början delad i tre linjer och det föreligger svårigheter att byta mellan dessa tre linjer.

Almänmedicinsk fakultet (utbildning av somatiker och psykiatriker)

Pediatrisk fakultet (utbildning av barnläkare)

Sanitär/hygienisk fakultet (utbildning av hygieniker)

Motivet för att skilja ut bl a pediatriken från den övriga utbildningen torde vara poängteringen av den förebyggande medicinska verksamheten.

Den enda faktor, som kvalificerar för medicinska studier är intelligens och kunskap. Detta påpekades av flera lärare som vi talade med. Inträdesprov avlägges i fysik, kemi och biologi. Prov avlägges även i ryska, eftersom det är åtskilliga studenter som kommer från provinserna. Dessutom skall den sökande skriva en uppsats. Tidigare arbete inom sjukvård samt fullgjord värnplikt ger extra meriter. I genomsnitt tas 1 på 9 sökande in. Utbildningskapaciteten är ca 40 000 läkare per år, d v s proportionellt samma utbildningskapacitet som Sverige kommer att nå år 73/74. Läkaryrket är framför allt ett kvinnligt yrke i Sovjet. Ca 75 % av alla läkare är kvinnor. Detta gäller dock icke läkare i ledande ställning, där könsfördelningen är mera jämn.

En rätt speciell medicinsk yrkesgrupp är fält-skärerna, som har tre års medicinsk utbildning. De kan sedan fungera tämligen självständigt medicinskt och har recepträtt med undantag för narkotika och sömnmedel, för vilket de emellertid kan få dispens. De ombesörjer en hel del av sjukvården inom glesbygd och i avlägset liggande

1970 fanns det 600 000 läkare d v s 26 läkare/10 000 invånare.

Den enda faktorn, som kvalificerar för medicinska studier, är intelligens och kunskap.

delar av Sovjetunionen. Dessutom har de funktioner inom företagshälsovården. Utbildningen sker på särskilda fältskärsskolor.

Grundutbildningen för läkare är sex år. Under sjunde året sker en fördjupning inom något specialområde. Det kan ske i form av intern utbildning. Under åttonde året arbetar läkaren utanför fakulteten inom aktiv sjukvård och återvänder sedan till sin fakultet och får diplom.

Vidare- och efterutbildningen

Vi fick intrycket att vidareutbildningen är välorganiserad. I detta avseende förefaller man ha kommit betydligt längre än i Sverige, där denna typ av utbildning ännu så länge till största delen befinner sig på pappret. Det finns 30 särskilda högskolor för detta ändamål och ca 40 000 läkare genomgår vidareutbildningskurser varje år. Specialisering genomföres under 1—3 år. Under denna tid får den blivande specialisten träning i praktiska moment och till denna praktiska tjänstgöring är knutet gruppundervisning vid fakulteten. Gruppen omfattar i allmänhet 25 läkare. Var och en som är utbildad som specialist meddelar sedan specialistutbildning. Varje specialist har möjlighet att själv ta hand om två eller tre elever. Principen är att läkare skall fortbildas under hela sin aktiva period. Denna princip går dock inte att genomföra till 100 %. Man anser att yrkesverksamhet kan vara självstudier i sig självt. Vid fortbildningskurserna tar man upp speciella ämnen, svåra att studera på egen hand. Föreläsningarna för dessa självstudier är välförsedda bibliotek på de större poliklinikerna och lasaretten. En fortbildningskurs kan vara mellan två veckor upp till fem månader. Under en sådan period är läkaren helt befriad från sin sedvanliga tjänst. Under fortbildningskursen bedrivs först självstudier och korrespondensstudier i hemmet. Till dessa kopplas sedan intensivstudier på institutet. Dessa intensivkurser omfattar i allmänhet en månad. Under denna månad genomföres undervisning rätt mycket i form av se-

Principen är att läkare skall fortbildas under hela sin aktiva period.

minarier och diskussioner. Man räknar med att varje läkare bör genomgå en fortbildningskurs av denna typ vart fjärde till vart femte år. Kvoten allmänläkare i förhållande till specialist anges vara 3:1.

En särskild fortbildningsverksamhet omfattar sjukvårdsadministrativ utbildning. I landet finns ungefär 50 000 läkare med ledande administrativa funktioner. Totala utbildningskapaciteten inom detta område på samtliga fortbildningsinstitut är 3 000. Chefläkare på sjukhus har tio månaders korrespondensundervisning + en månad bunden undervisning på något fortbildningsinstitut. I denna undervisning ingår bl a medicinsk statistik, omfattande statistisk analys av klinikens eller sjukhusets verksamhet. Som administrativa läkare räknas chefläkare och biträdande chefläkare på polikliniker och sjukhus, vidare läkare med administrativ funktion inom hälsovårdsavdelningar på republik- och landskapsnivå. Dessa administrativa läkare utgör 8 % av läkarkåren. Målet att skifta läkare på ledande administrativa poster har icke kunnat infrias i den utsträckning som planerades, p g a att det är få läkare som är intresserade av den administrativa verksamheten. Genomsnittstiden för chefläkarebefattningar är elva år. 40 % går tillbaka till sedvanligt läkararbete och ca 20 % avancerar till högre administrativa poster. Vad de återstående 40 % tog vägen fick vi ingen klar uppfattning om. Administrativa läkare utses av sjukhusrådet, i vilka ingår avdelningscheferna samt personer utsedda av partiorganisationerna.

Sjukvården

Här skall ges några spridda notiser beträffande sjukvården. Den är organisatoriskt, i likhet med utbildningen, uppdelad i från varandra väl skilda vertikala organisationer. Ett centralt organ på all-

Kvoten allmänläkare i förhållande till specialist anges vara 3:1.

Kuratorsuppgifterna föreföll genomföras av sköterskor och psykologarbetet utfördes av läkare.

union nivå har policy-utförande funktion. Regionala organ på federal nivå administrerar den öppna vården och särskilda sjukhus. Denna vertikala princip gäller pediatrik, psykiatri samt det somatiska sjukhusområdet. Industrihälsovård utgör en särskild vertikal organisation liksom militärsjukvård.

Antalet sjukhussängar är omkring 9/1 000 invånare. I Sverige torde motsvarande siffra vara omkring 15 sängar/1 000 invånare. Av intresse är att profileringen sängar inom psykiatrisk sjukvård gentemot andra sängplatser är helt annorlunda i Sovjet jämfört med västvärlden. I Sovjet finns det 1 säng inom psykiatrisk sjukvård i förhållande till 10 somatikersängar. I Sverige torde relationen vara 1:2 och i Amerika ungefär 1:1. I detta sammanhang kan nämnas att psykiatrin föreföll vara organiskt förankrad utan större betteendevetenskaplig påverkan med undantag för Bechterewinstitutet i Leningrad. Kuratorsuppgifterna föreföll genomföras av sköterskor och psykologarbetet av läkare.

På sjukhusavdelningen fanns sköterska och sanitärer. Sanitärerna utförde i stort sett städarbete och vissa biträdesuppgifter. Bland sköterskorna fanns viss differentiering. Vissa sköterskor hade högt specialiserade funktioner. Så utförde t ex en procedursköterska på en gastroenterologavdelning självständigt tunntarmsbiopsier.

Den öppna sjukvården bedrivs av distriktsläkare, där en läkare har ansvaret för i genomsnitt 2 000 invånare inom ett geografiskt avgränsat distrikt. Hans arbetsdag är 6,5 timmar om dagen, men han kan om han så vill få dubbel arbetsdag och därmed dubbel lön. Halva arbetstiden har han mottagning på poliklinik, halva arbetsdagen genomför han hembesök. På detta sätt kan en omfattande hemsjukvård genomföras. Läkaren känner väl till sitt distrikt och fungerar som gamla tiders husläkare i Sverige.

Det finns av hälsovårdsministeriet fastställda

normer vad en läkare bör hinna med. En allmänläkare skall hinna med fem patienter per timme, en kirurg nio patienter, en pediater, gynekolog, neuropatolog (vilket omfattar stora delar av ortopedin) fem patienter per timme, ögonläkare, öronläkare, dermatovenerologer skall hinna med åtta patienter per timme. Dessa siffror räknas ut som dagskvot. Antalet besök hos läkare är mycket högt. Man räknar mellan 10—13 besök per individ och år. I Sverige är motsvarande genomsnittssiffra 2—3 besök per individ och år. Inom svensk sjukvårdsplanering räknar man i allmänhet icke med en ökning av antalet läkarbesök per individ till mer än 4 besök per individ och år i ett 20-årsperspektiv. En av anledningarna till denna höga besöksfrekvens i Sovjet är kravet på sjukintyg från första dagen vilket även gäller skolbarn. Vidare svarar hälsokontrollerna, som formellt är frivilliga, men som genomföres av ca 98 %, för en stor del av den höga besökskvoten. Vi fick intrycket att man kunde använda visst tvång mot individen om han inte infann sig till en hälsokontroll eller uppföljningen efter en hälsokontroll.

Tekniska hjälpmedel i form av diktafoner sänkades i stor utsträckning. Läkarna fick själva skriva för hand den mycket omfattande blankettfloran resp anteckningar i sjukhusjournaler resp öppen vård. Även sjuksköterskorna skötte en stor del av skrivarbetet.

Patienterna hade icke tillgång till sjukjournalerna. Enligt uppgift hade det inte heller hänt att någon patient velat läsa sin journal. Om en patient var missbelåten med vården kunde han föra fram sitt klagomål till politiskt sammansatta nämnder, som kunde vidtaga repressiva åtgärder gentemot läkarna. Vi fick icke klarhet i om det vid sidan av dessa nämnder fanns ansvarsnämnd parallellt med det svenska förhållandet.

En av anledningarna till denna höga besöksfrekvens i Sovjet är kravet på sjukintyg från första dagen.

Industrihälsovård

Inom en tung industri med 19 000 anställda (Moskvas småbilsfabrik Moscowicz) fanns 64 läkare och 104 sköterskor och fältskärer. På fabriken fanns 19 000 anställda. Läkarna ansvarade för var sin fabriksavdelning och det fanns såväl allmänläkare som specialister. Verksamheten omfattade såväl sjukvård som förebyggande industrihälsovård. Patienterna kunde söka vid en central poliklinik och dessutom vid fem medicinska stationer av akutkaraktär ute på fabriken. Dessa hålles igång dygnet runt och är bemannade av sjuksköterskor och fältskärer. Sjuksköterskan är den förmedlande länken under arbetstid. I övrigt får patienterna söka själva. Mottagningen är öppen från kl 8 till kl 20. Den förebyggande verksamheten, utförd av läkarna på fabriken, omfattar hälsoundersökningar gällande cancer, hypertoni eller glaucom, skärmbildsundersökningar vid tuberkulos och hörselundersökningar. Dessutom riktade undersökningar gentemot högriskindivider. I detta avseende finns sålunda en överensstämmelse med svensk industrihälsovård. Behöver en arbetare sjukhusvård bekostas detta med av fackförbundet disponerade sjukvårdsmedel. Fabriken har även konvalescenthem vid Svarta havet. Där vårdas framför allt arbetare med "funktionella rubbningar".

På ett fackorganisationsmöte två gånger årligen redovisas sjukvårdsverksamheten av avdelningsläkaren + avdelningschefen. Man redovisar för statistik över den gångna perioden resp planerade åtgärder.

Vid sidan av detta genomföres en omfattande medicinsk information i form av föreläsningar och broschyrer.

Initiativ till förändringar kan tas dels av läkaren dels av arbetstagaren.

Rehabiliteringsdelen skötes i samarbete mellan läkare och administratörer. Under rehabiliteringsproceduren efter yrkesskada minskar inte den anställdes lön. Vid sidan av de sedvanliga avdelningarna finnes det tre avdelningar med lättare arbete, där personer med defekttillstånd arbetar. Kvinnor pensioneras vid 55 års ålder och män vid 60 års ålder.

Om det blir konflikt mellan hälsovårdssynpunkter och företagets effektivitet i produktionsavseende så kan hälsovårdsavdelningen utdöma böter gentemot företagsledningen.

Om det blir konflikt mellan hälsovårdssynpunkter och företagets effektivitet i produktionsavseende kan hälsovårdsavdelningen utdöma böter gentemot företagsledningen. Vi fick dock den uppfattningen att industrihälsovården i mycket stor utsträckning präglades av målsättningen hög produktivitet inom företaget. Vidare föreföll företagsläkarna negativt inställda till att anställa villkorligt arbetsföra utifrån. De ansåg att man framför allt hade ansvar för sina egna arbetare. Undantagen kunde vara barn till sådana som var anställda vid fabriken.

Löneförhållanden

En underläkare har omkring 100 rubel i månaden, en överläkare som samtidigt har administrativa uppgifter får omkring 300 rubel. Det fanns möjligheter för de flesta läkare att ta dubbla dagsverken och få betalt i relation till detta. Rubeln står i ungefär fem kronor. Födoämnen är ungefär lika dyra som i Sverige. Kläder betydligt dyrare, beroende på att det ligger förhållandevis hög omsättningsskatt på åtskilliga varor. Hyran är dock avsevärt billigare än i Sverige. De direkta skatterna är låga. De är förvisso progressiva, men maximerade till 13 %. Inkomsterna för underläkare är ungefär desamma som för specialarbetare i industrin. Det finns rätt stora skillnader i inkomsten mellan dessa läkargrupper och läkare som sysslar med undervisning och forskning.

Vårt besök omfattade flera olika universitetsinstitutioner, distriktsjukhus, distriktpolikliniker, pediatrika mottagningar samt barnkrubbor, skolor, industrisjukvården vid Moscowicz-fabrikerna samt det välrenommerade psykiatriska sjukhuset på Bechterew-fakulteten i Leningrad. Vidare rättspsykiatriska institutioner. Vi har givetvis bara kunnat ta med några av de intryck vi fick. Det är givet att vi vill reservera oss för missuppfattningar och missförstånd, eftersom såväl frågor som svar förmedlats via en tolk.