

frågor för dagen

Red: Sten Söderberg

Spri ger stort anslag till socialmedicin

Spri har nu fördelat ca 3 av de 3,5 milj kr som för 1970 anslags till externa projekt, dvs utvecklings- och rationaliseringsarbete av allmänt intresse som drivs av storstäder, landsting, administratörer, läkare och forskare vid universitet och högskolor.

Drygt 1 milj är fortsättningsanslag och av dessa svarar databehandlingsprojekt för ca 0,7 milj. Det är ungefär hälften av totalsumman för externa organisationsprojekt. 55 % av anslagen till externa projekt totalt går till organisationsfrågor, 25 % till planeringsfrågor och 10 % till vardera byggnads- och utrustningsfrågor.

Flera nya projekt gäller öppen vård och rehabilitering. Den undersökning av rehabiliteringsbehoven i Stockholms län som socialmedicinska institutionen vid Karolinska institutet under ledning av professor Gunnar Inghe genomför får det största nya anslaget, 315 800 kr. Utredningen eftersträvar en totalsyn på behoven av fysisk, psykisk och social rehabilitering. Dessa data skall sedan översättas till efterfrågan på resurser inom sjukvård, socialvård och arbetsvård.

Också Uppsala läns landsting får anslag för undersökning om rehabiliteringsbehovet. Professor

Ragnar Berfenstam leder utredningen, som går ut på att bedöma behovet av vårdplatser för medicinsk rehabilitering. Underlag för denna bedömning är studier vid rehabiliteringskliniken i Borås.

Apotekens förstärkning

Läkemedelsförsörjningsutredningen, ja den kallades faktiskt officiellt så med 33 bokstäver vilket dock inte lär vara svenskt rekord, har överlämnat sitt betänkande till chefen för socialdepartementet. Under dess verksamhet har överenskommelse träffats mellan staten och Apotekarsocieteten. Det går i huvudsak ut på att all apoteksroll överförs till ett av staten och apotekarna gemensamt bildat apoteksbolag, där staten dock förbehåller sig aktiemajoriteten. Varumärket ACO har redan börjat synas — det är produkter från de statliga tillverkningsenheterna.

Från 1971 har staten ensamrätt på detaljhandeln med läkemedel och denna överlätes på apoteksbolaget.

Apotekarnas medverkan i apoteksbolaget sker genom att apotekarsocieteten avsätter 15 milj kr till en stiftelse för främjande av farmaceutisk utveckling och en god läkemedelsförsörjning, varefter stiftelsens hela kapital används för aktieteckning i bolaget. Stiftelsens avkastning av aktier i apoteksbolaget skall tillföras en organisationsenhet för främjande av information och statistik på läkemedelsområdet.

Apotekarsocieteten skall ombildas till en privat förening utan obligatoriskt medlemskap. Den skall främja apoteksväsendets och farmaceutisk utveckling samt en hög farmaceutisk yrkesstandard, bli genom att stödja farmaceutisk forskning och utbildning, bedriva publicistisk och annan informativ verksamhet på det farmaceutiska området, hålla ett farmaceutiskt bibliotek samt främja kollegiala kontakter inom och utom landet.

Sjukhusens läkemedel

Förslag läggs fram om ny kungörelse angående läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningarna. Enligt denna skall ökad vikt läggas vid att en effektiv samverkan kommer till stånd mellan den farmaceutiska expertisen samt läkare och övrig sjukvårdspersonal.

I normalfallet skall vid ett sjukhus finnas antingen en farmaceutisk avdelning eller ett sjukhusapotek för att betjäna sjukvårdsavdelningarna. Den farmaceutiska avdelningen skall förfoga över personal, utrustning och lokaler som medger att den inte bara kan förse vårdavdelningarna med läkemedel för den dagliga sjukvårdens behov utan också kan medverka till att en rationell läkemedelsterapi tillämpas inom sjukhuset.

Vid sjukhus som inte har farmaceutiska avdelningar skall finnas sjukhusapotek. Dessa skall distribuera läkemedel inom sjukhuset och i övrigt på ett efter förhållandena lämpat sätt biträda beträffande sjukhusets läkemedelsförsörjning. Sjukhusets resurser och den farmaceutiska personalens tid kan mera odelat ägnas åt läkemedelsfrågorna inom sjukhuset (läkemedelsval, intern distribution, säkerhetsfrågor, rådgivning och uppföljning) i och med att de kommersiella frågorna helt åvilar bolaget.

Stor vikt läggs vid läkemedelsinformationen som kommer att omhändertas av ett särskilt läkemedelsinstitut. Två nya professorer inrättas och bekostas av institutet, en i komparativ farmakoterapi och en i farmaceutisk informationsbehandling.

7-kronan och privatpraktikerna

Riksförsäkringsverket framlade strax före årsskiftet sin utredning (Stencil S 1969:6) om ersättning från den allmänna försäkringen för öppen läkarvård av läkare i enskild praktik. Förslaget, som måste bli föremål för förhandlingar, drucknade förmodligen i den allmänna uppståndelsen kring den rekordartat forcerade 7-kro-

norsreformen — mindre än en månad mellan riksdagsbeslut och verkställighet!

Patienten skulle i flertalet sjukvårdsområden betala högst 10 kronor — några områden 15 kronor — per besök och försäkringskassan skulle betala läkaren 31 kr per besök. Från departement och nämnder 24/69 sammanfattar förslaget:

1. Landstingen och storstäderna träffar läkarvårdsavtal med privatpraktiker (grupp- och ensampraktiker). Dessa avtal reglerar organisatorisk samverkan och innehåller grunder för ersättningen till läkarna.

Privatpraktiker som omfattas av läkarvårdsavtal åtar sig att i fråga om vård som faller inom sjukförsäkringen tillämpa en viss maximerad avgift för sina patienter.

2. För varje läkarbesök som omfattas av läkarvårdsavtal erlägger sjukförsäkringen 31 kr till sjukvårdshuvudmannen. Som villkor skall gälla att samma maximerade patientavgift tillämpas inom hela den avtalsbundna privatpraktikervården i sjukvårdsområdet.

Det förutsätts att avgiften i det stora flertalet sjukvårdsområden blir högst 10 kr och inte i något sjukvårdsområde högre än 15 kr vare sig vid besök hos läkaren eller vid hembesök hos den sjuke.

3. En samordning genomförs mellan privatpraktikervård, som regleras genom läkarvårdsavtal, och sjukvårdshuvudmannens egen öppenvård. Besök hos avtalsbunden privatpraktiker jämställs i fråga om remiss- och avgiftsregler med besök hos provinsialläkare. Härigenom uppnås bl a att patientavgiften — liksom i 7-kronorsreformen — inkluderar erforderliga röntgen- och laboratorieundersökningar m m.

4. Läkarvårdsavtal med den här avsedda innebörden träffas med verkan från den 1 juli 1970. Förberedelser bör vidtas i god tid så att de behövliga förhandlingarna kan vara genomförda till halvårsskiftet.

5. För privatpraktikervård som inte omfattas av läkarvårdsavtal bör nuvarande återbäringstaxa gälla tills vidare.

6. För sjukvårdshuvudmännen

sammantagna torde ökade kostnader inte behöva uppstå genom läkarvårdsavtalen. Särskilda förhållanden gäller på grund av privatläkarnas höga arvodesnivå i Stockholm. Statens kostnader för bidrag till sjukförsäkringen beräknas öka med ett belopp av storleksordningen 15 milj kr. De försäkrades avgifter beräknas öka med genomsnittligt ca 5 kr för år räknat.

Bullerfriare sjukhusmiljö

Spri har över 30 nya projekt på sitt program för 1970. Ett av dem är en undersökning med syfte att skapa en bullerfriare miljö på sjukhus och andra vårdanläggningar. Patienter och personal på sjukhus intervjuas om vilka bullerproblem de upplever och hur de vill ha ljudisoleringen ordnad. Deras subjektiva upplevelser — som bl a visar hur trivsel på sjukhus påverkas av buller — ställs mot objektiva mätningar, dels på platser där man haft klagomål, dels i laboratorieprov. Målet för utredningen är att ompröva de normer för ljudisolering som nu finns. Dessa har inte grundats på utredningar om sjukhuskraven utan närmast på jämförelser med bostäder.

De klagomål som kommer fram skall undersökas så att man kan få reda på vilka brister i projektering, byggande och installationer som ligger bakom. I laboratorium skall man med bandspelare och högtalare simulera buller av olika typer och av olika styrka. Patienters reaktioner noteras och den "bullerdos" de utsätts för varje dygn mäts. I laboratoriet skall också läkarnas behov av störfrihet vid undersökning av tex hjärta och lungor utredas.

Intervju- och mätresultat m m vägs slutligen mot byggnads- och ekonomiska synpunkter, dvs man klarlägger vad som är möjligt och rimligt att göra åt ljudisoleringen. En expertgrupp inom Spri skall föreslå normer för ljudisolering inom olika lokaler i vårdbyggnaden. Dessa förslag kan väntas tidigast om ungefär ett år.

Kommunal företagshälsovård i Örebro

Örebro har som en av de första städerna i landet infört företagshälsovård för sina anställda. Bara Stockholm och Göteborg har hittills hunnit före med att skaffa en egen företagsläkare för de kommunala befattningshavarna. Dr *Frederich von Koch* kom till Örebro så sent som 1 oktober i år, men verksamheten är redan i full gång. Sista veckan i november inleddes tex en hälsokontroll, omfattande personal över 50 år.

Vid ett avdelningsmöte som Örebro kommunaltjänstemannaförening höll 28 november, informerade dr von Koch om detta och om verksamheten i övrigt.

Dr von Koch betonade behovet av "satellitmottagningar" som ett medel att kunna nå de anställda ute på arbetsplatserna, vilket är ett väsentligt led i verksamheten.

Företagshälsovård skall vara uppbyggd på fyra punkter: tekniska åtgärder, hälsokontroll, sjukvård och rehabilitering, framhöll dr von Koch. Det gäller alltså förebyggande, direkt sjukvårdande och rehabiliterande åtgärder. För att detta ska fungera krävs bl a en välutrustad läkarmottagning (där företagsläkaren kan åta sig alla sjukdoms- och olycksfall, som ligger inom hans kompetensområde, för att nedbringa antalet remitteringsfall och ett gott samarbete med representanter för arbetarskydd (förebyggande hälsovård) och arbetsvård (rehabiliterande hälsovård).

Vid hälsokontrollen får patienten lämna blodprov för bestämning av blodvärde, blodtryck och sänka. Dessutom tas urinprov, synprov och i regel tar man också EKG. I undersökningen ingår också att försöka utröna om den anställda känner vantrivsel och olust i sitt arbete.

Epidemi och information

Hongkonginfluansan var redan i januari på tillbakagång. Svårigheten vid rapporteringen har naturligtvis varit att skilja den från de för årstiden normala förkylnings-sjukdomarna.

I massmedia fick epidemin rent orimliga proportioner. I vissa tidningar rapporterades rubb och stubb — blindtarmar och benbrott, magsår och bronkit — som hongkong. Vid några tillfällen angavs siffror över antalet på sjukhus intagna hongkongpatienter som större än totala antalet sjukhusplatser i regionen.

Det är svårt att fatta vad sådant skall tjäna till. Vårt omtalade psykförsvar borde kanske undersöka orsaker och verkningar av denna besynnerliga journalistik. Och den nye PO, allmänhetens pressombudsman, kanske kunde vädja till de tre-fyra redaktionschefer här i landet som i december månad under nattliga timmar beslöt sig för att det här med hongkong, det skall vi smälla upp! Det läser varenda kotte som har snuva!



Red: Sten Söderberg

Socialutgifternas stegring: 30-faldigande på 30 år

Sverige har genomgått en socialpolitisk reformperiod av enastående slag under det senaste halvsekle. Speciellt tiden efter andra världskriget har kännetecknats av en stor aktivitet på flertalet områden av sociallagstiftningen. Från 1940 till 1967 har tex socialutgifterna ökat från 742 miljoner till 20 218 miljoner kronor, skriver avdelningsdirektören vid statistiska centralbyrån Gustaf Holmstedt i en ytterst intressant artikel i *Socialnytt* (december 1969).

Det var en tid för inte så länge sedan som fattigvården var den dominerande hjälpformen inom socialvården i Sverige. Vid sjukdom, arbetslöshet och ålderdom måste den enskilde gå till fattigvården för att få till sitt uppehälle.

Annorlunda är det idag. Under det gångna halvsekle har vårt land genomgått en socialpolitisk reformperiod av enastående slag. Vid sekelskiftet befann sig den svenska socialpolitiken i sin linda. Den moderna socialpolitiken i vårt land inleddes bl a med en arbetsskyddslag (1889), en lag om statsbidrag till sjukkassor (1891), en olycksfallsersättningslag (1901) och lagar om fosterbarns vård (1902). Men fattigvården — sådan den nu var — och sjukvården var de dominerande formerna av social hjälpverksamhet.

Kostnaderna för reformerna

under de två första decennierna under 1900-talet ter sig skäligan blygsamma. Under decenniet 1910—1919 genomfördes dock en del betydelsefulla reformer, som innebar en socialpolitisk islossning och efterhand ledde till ökade kostnader. En effektivare arbetarskyddslag tillkom 1912 och en hjälpverksamhet för arbetslösa 1914, varjämte socialförsäkringen organiserades på en frivillig sjukförsäkring, en olycksfallsförsäkring (ny lag 1916) och allmän pensionsförsäkring (beslutad 1913). Skedet avslutades med en betydelsefull fattigvårdsreform (1918) och tillkomsten av en lag om åtta timmars arbetsdag (1919).

Först under 1920-talet började socialutgifterna på allvar gå i höjden. Det var framför allt sjukvården, folkpensioneringen, fattigvården och arbetslösheten, som medförde kostnadsstegringar. För övrigt rådde under detta decennium en viss återhållsamhet i den sociala reformpolitiken; barnvården omorganiserades emellertid 1924.

Verklig fart tog det sociala reformarbetet först under 1930-talet. Under den ekonomiska depressionen i början av 1930-talet ökades kostnaderna för bl a arbetslösheten. År 1931 ökades statsbidragen till sjukkassorna och 1934 tillkom den statsunderstödda arbetslöshetsförsäkringen. Vid mitten av 1930-talet började den moderna bostadspolitiken kräva stora anslag. Dessutom tillkom en del befolkningspolitiska åtgärder.

Tiden efter andra världskriget har kännetecknats av en stor aktivitet på flertalet områden av sociallagstiftningen. De största kostnadsstegringarna har föranletts av folkpensionsreformen och de allmänna barnbidragens införande 1948, sjukförsäkringsreformen 1955 och tjänstepensionernas införande (trädde i kraft 1960 och utbetalades fr o m 1963).

Dolda siffror

Förändringarna i socialvårdens omfattning kan belysas av statistiken över socialutgifterna. Den har dock sin begränsning. Det är nämligen mycket inom vår socialpolitik, som inte kan mätas i pengar och därför aldrig kommer in i kalkylen. Detta är fallet med de stora poster i den allmänna socialpolitiken, som utgörs av de förmåner, vilka tillkommer arbetare och anställda genom bl a la-