

Några intryck av engelsk hälso- och sjukvård från en studieresa i februari 1970

Nedanstående artikel redovisar några intryck från en studieresa i England i februari 1970. Syftet med resan, som omfattade besök i Department of Health and Social Security samt några sjukhus och andra vårdinstitutioner, var att i stort studera den engelska hälso- och sjukvårdsorganisationen och dess utvecklingslinjer mot bakgrunden av de jämförelsevis begränsade resurser, som ställts till hälso- och sjukvårdens förfogande i England.

Thure Höglund är sjukvårdsdirektör i Göteborgs stad.



Thure Höglund

Nuvarande vårdorganisation — den aktuella vårdssituationen

Den nuvarande vårdorganisationen, som introducerades den 5 juli 1948 (den sk. Appointed Day), när sjukhusen förstatligades, bygger väsentligen på *tre hörnstenar*: sjukhus- och specialistvård, allmänpraktikervård och vård i olika former, som lämnas av kommunala hälso- och socialvårdsnämnder. Specialistvården ingår i sjukhusorganisationen.

En stor del av *sjukhusen* är gamla och nedslitna. Många har sitt ursprung i vårdinrättningar, som grundades under medeltiden av munkordnar, t.ex. S:t Thomas's Hospital och S:t Bartholomew's Hospital i London. Den "stora perioden" för sjukhusbyggande inföll under 1700- och 1800-talet. De flesta sjukhusen i London tillkom mellan 1720 och 1870. Vidare kan nämnas att en hel del sjukhus tidigare varit fattigvårds- och försörjningsinrättningar, som även hade avdelningar för utblottade sjuka. Åtskilliga av dessa sjukhus kom efter hand att användas för vård av psykiskt sjuka. Det kan även antecknas att i det engelska sjukhusväsendet ingår ett antal specialistsjukhus för vård av

exempelvis barnsjukdomar, ögonsjukdomar samt öron-, näs- och halssjukdomar.

Sjukhus- och specialistvården

Sjukhus- och specialistvården är *regionalt* organiserad: 15 regioner med var sin sjukvårdsstyrelse. Varje region är uppdelad på ett antal *distrikt* (totalt 300) under en sjukhusdirektion, som inför sjukvårdsstyrelsen svarar för sjukhusens drift. Undantag härifrån utgör universitetssjukhusen, som lyder under särskilda styrelser, s. k. Boards of Governors.

Mellan åren 1959 och 1968 har befolkningen i England och Wales ökat med 7 % från 45,4 till 48,7 miljoner. Under samma tid har antalet på sjukhus intagna patienter per år ökat med 30 % från 4,0 till 5,2 miljoner. Samtidigt har antalet vårdplatser och medelvårdtiden minskat, den senare från 16,5 till 12,2 dagar inom akutsjukvården. Antalet vårdplatser vid psykiatriska sjukhus har mellan åren 1953 och 1968 minskat med 13 % från 156.000 till 135.000. Under de senaste åttio åren har antalet läkare med specialistutbildning i psykiatri ökat med 50 %. Denna ökning har

naturligtvis i hög grad bidragit till den psykiatriska sjukvårdens effektivisering med bl.a. ökad patientomsättning i den slutna vården som följd. Behovet av vårdplatser har härigenom kunnat minskas. Andra bidragsfaktorer har varit tillkomsten av nya läkemedel och den för några år sedan vid en del psykiatriska sjukhus introducerade uppfattningen om sjukhuset som ett vård- och behandlingssamhälle med i princip likställda vårdgivare och vårdtagare — ett samhälle som bibehåller alla förbindelser med samhället utanför och medverkar till kortare vårdtider.

Här nedan följer några uppgifter om relativa antalet vårdplatser per dag i England år 1968:

Vårdgren	Vårdpl i genomsnitt under året	Medeltal vårdade per dag
Somatisk akutvård ¹⁾	3,2 ‰	2,5 ‰
Obstetrik ²⁾	2,4 ‰	—
Geriatrisk och långtidssjuk- vård ³⁾	9,8 ‰	9,0 ‰
Psykiatri ¹⁾	2,8 ‰	2,5 ‰

Anm:

¹⁾ Per 1 000 invånare

²⁾ Per 1 000 kvinnor i åldern 15—44 år

³⁾ Per 1 000 invånare i åldern 65 år och däröver

Specialistvården är förlagd till sjukhusens slutna och öppna vård. Det förekommer emellertid även, att specialistläkare — flertalet är heltidsanställda — även meddelar öppen vård vid fristående hälso- och sjukvårdscentraler, som drivs kommunalt. Deltidsanställda specialister kan även ta emot privatpatienter utanför den statliga organisationen.

Mellan åren 1959 och 1968 har antalet nya akutpatienter (inklusive jourfall) vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar ökat med 40 % från 5,5 till 7,7 miljoner och övriga nybesök med 9,7 % från 7,2 till 7,9 miljoner.

För att komma i åtnjutande av slutna vård och öppen specialistvård i den statliga organisationen fordras remiss från allmänpraktiker utom när det gäller akuta fall i omedelbart behov av att komma till sjukhus, t.ex. trafikolycksfall.

Allmänpraktikervården

Allmänpraktikervården spelar en nyckelroll i vårdorganisationen. Dess läkare äger i allmänhet goda kunskaper om patienterna och deras familjer och bakgrund samt den omgivning patienterna lever i och kan sägas fungera som en förbindelse-länk mellan patienterna å ena sidan och de olika delarna av den statliga och kommunala vårdorganisationen å andra sidan. Härigenom bidrar allmänpraktikerna till att patienterna blir omhändertagna i rätt vårdform och att de olika vårdåtgärderna samordnas. Samtidigt har dessa läkare stor betydelse vid förebyggande av sjukdom, ohälsa och sociala handikapp. De arbetar för samordning av och samverkan mellan hälso-, sjuk- och socialvård och har en viss socialmedicinsk inriktning av verksamheten.

Alla är berättigade till vård av allmänpraktiker eller familjeläkare, som de oftast kallas, eftersom de kan sägas ägna sig åt familjemedicin i vid bemärkelse. Omkring 97 % av befolkningen är registrerade hos familjeläkare i den statliga vårdorganisationen. Dessa har även rätt att mottaga privatpatienter, om de så önskar.

En allmänpraktiker med enlärarmottagning kan ha upp till 3.500 patienter på sin patientförteckning att svara för. Vid flerlärarmottagningar kan den individuella läkaren ha ända till 4.500 registrerade patienter, under förutsättning att de kombinerade patientförteckningarna i gruppraktiken inte överstiger 3.500 patienter per läkare. År 1968 omfattade patientförteckningarna genomsnittligt 2.500 patienter.

I en del gruppraktiker kan *viss specialisering* förekomma. En medlem i gruppen kan t. ex. ha speciella kunskaper om geriatriska problem, andra om pediatrik, psykiatri etc.

Var och en som fyllt 16 år får välja sin egen läkare — fritt läkarval; föräldrar och förmyndare väljer läkare för barn under 16 år. Det står vederbörande läkare fritt att acceptera eller inte en person som patient. Läkarbyte får förekomma. Allmänpraktikerna är skyldiga att ge vård även åt andra än egna patienter, som söker dem, såvida de vårdbehövande inte är uppförda på annan läkarlista; dock att också i sistnämnda fall vård-

skyldigheten även gäller beträffande personer i behov av akut vård och den egna läkaren inte är tillgänglig för tillfället och personer, som behöver läkarvård och temporärt befinner sig på annan plats än där deras läkare har sin mottagning.

En allmänpraktiker har dygnet-runt-ansvar för sina patienter och har sålunda i princip ständig jour men kan vid ledighet sätta in vikarie eller avtala med annan praktiker att tillfälligt överta ansvaret. Vid grupp-mottagning kan jourtjänsten under kvällar och nätter samt sön- och helgdagar rotera mellan kollegerna.

I första hand skall patienterna söka allmänpraktiker på mottagningen. Vid behov gör denne hembesök. Familjeläkarna avses ge patienterna sådan vård och behandling, som faller inom ramen för allmän medicinsk omvårdnad. Om så erfordras, kan de remittera patienterna till sjukhusens specialister för konsultutlåtande eller fortsatt vård. Oaktat alla allmänpraktiker får ge råd och anvisningar samt vård åt blivande mödrar, kan dessa, om de så önskar, tillfälligt registrera sig under havandeskapstiden hos sådan allmänpraktiker, som står uppförd på särskild förteckning över obstetrikern.

S.k. exekutiva råd (totalt 134) ansvarar för administrationen av allmänpraktikervården. Varje sådant råd har 30 ledamöter. 15 av dessa tillsätts av lokala läkare, aptotekare m. fl., 8 av den lokala hälsovårdsmyndigheten och 7 av socialministern.

De exekutiva råden publicerar en förteckning över alla allmänpraktiker inom respektive område, vilken är tillgänglig för alla på bl.a. rådets kontor och på postkontor. För att åstadkomma en så jämn spridning som möjligt av läkarna inom de olika distrikten behandlas alla ansökningar om att få arbeta som allmänpraktiker av s.k. allmänpraktikerkommittéer. Dessa, som utses av socialministern, består av en ordförande (läkare), sex andra läkare (fem av dessa måste vara i aktiv tjänst) och två lekmän. Kommittéerna skall överblicka behovet av läkare över hela landet och klassificera varje område eller distrikt efter antalet däri praktiserande allmänläkare. Distrikten grupperas härigenom i sådana, som har tillräckligt med läkare, viss brist på läkare och

stor brist på läkare. I det sistnämnda fallet kan läkare erhålla ekonomisk hjälp för att sätta upp praktik. Även i vissa andra fall kan sådan hjälp lämnas.

När en läkare önskar sätta upp ny praktik eller övertaga en ledig sådan, skall han först ansöka härom hos vederbörande exekutiva råd, som efter samråd med den lokala läkarkommittén vidarebefordrar ansökan till allmänpraktikerkommittén med sina rekommendationer. Om ansökan avslås av denna kommitté, har den sökande rätt att överklaga beslutet hos socialministern.

De kommunala hälsovårdsmyndigheterna

De kommunala hälsovårdsmyndigheterna svarar i stort för hygieniska frågor, mödra- och barnavårdscentraler, familjerådgivning, s.k. hälso- och sjukvårdsbesök i hemmen, hemsjukvård, hemhjälp, fot-vård, ambulanstjänst samt hälsovårds- och sjukvårdscentraler m.m.

Det åligger dessa myndigheter att genom s.k. hälso- och sjukvårdsbesökare göra besök i hemmen för att ge råd och anvisningar beträffande barnavård, vård av blivande och nyförlösta mödrar samt personer, som lider av sjukdom, liksom i fråga om nödvändiga åtgärder för att hindra smittspridning m.m.

Dessa hembesökare, som själva inte utövar sjukvård, är legitimerade sjuksköterskor med obstetrisk utbildning och specialutbildning i övrigt på sitt arbetsområde. De sysslar med hälsa och ohälsa hos familjen och hushållet som helhet och spelar en viktig roll i fråga om hälsouppllysning. Särskild betydelse fästs vid tidigupptäckt av abnormiteter hos barn, beteenderubbningar, hjälp åt familjer i svårigheter av olika slag samt handikapedes och äldre personers behov i samhället.

Hembesökarna arbetar i nära samverkan med allmänpraktikerna. Ett ökande antal är direkt attacherade till olika grupp-mottagningar för dessa läkare. De har ofta också nära anknytning till sjukhus- och specialistvården speciellt i fråga om pediatrik och geriatrik.

Hemsjukvården ombesörjs av distriktssjuksköterskor och vårdbiträden i samarbete med i första hand allmänpraktikerna och hembesökarna. Varje

distriktssköterska svarar för sitt hemsjukvårdsdistrikt och har till sitt förfogande ett antal vårdbiträden. Det finns väl utrustade förråd för utlåning av sjukvårdsartiklar till sjuka i hemmen. Vidare används nu i stor utsträckning fabrikssteriliserat förbandsmaterial för engångsbruk, som dels underlättar arbetet, dels har bidragit till att fler sjukhuspatienter kan utskrivas tidigt för eftervård i hemmen. På en del håll förbereds i hemsjukvården patienter för vissa undersökningar, som sker vid sjukhusen.

Under senare år har man försökt att skapa ökade möjligheter till att så långt möjligt vårda och eftervårda psykiskt sjuka ute i samhället i samarbete med sjukhus-, specialist- och allmänpraktikervården. Resultaten har i stort varit mycket uppmuntrande, bl.a. när det gäller den förebyggande vården. Bland särskilda åtgärder, som vidtagits, kan nämnas tillskapandet av skyddade bostäder med eller utan tillsynspersonal, centra och andra möjligheter för sysselsättning i skyddat arbete och rekreation samt tillsättandet av speciella öppenvårdskuratorer för ifrågavarande klientel.

De kommunala socialvårdsmyndigheterna

De kommunala socialvårdsmyndigheterna har i stort sett samma uppgifter som i vårt land. Under senare år har ökad betydelse fästs vid utbyggnaden av vårdresurserna och differentieringen av dessa för gamla och handikappade, inte minst i syfte att förebygga behov av vård vid sjukhus, sjukhem och ålderdomshem. Det är fråga om skyddade bostäder med eller utan tillsynspersonal, hemvårdarinnor, hemmåltidstjänst, hjälp med personliga och andra problem, anpassning av hemmen för att underlätta den dagliga livsföringen inklusive anskaffning av ADL-hjälpmedel, undervisning i hantverk av olika slag och hjälp med att avyttra säljbara produkter, sysselsättnings- och sociala centra, s. k. dagcentra, avkopplingsmöjligheter, utflykter etc. Vidare åligger det dessa myndigheter att anordna och driva internat för sådana handikappade, som erhåller arbetsvård i olika former genom arbetsmarknadsdepartementets försorg.

För därför lämpat klientel med olika handikapp — gamla och skröpliga, invalider, psykiskt och somatiskt sjuka, personer i behov av eftervård etc — anordnas inackorderingshem och genomgångshem. Ett relativt nytt inslag i vårdmönstret är de s. k. fosterhemmen (jämför barnavårdens fosterhem). Det är en form av familjevård, som man försöker bygga ut även i städer och tätbebyggda samhällen och som man hoppas mycket på. I dessa fosterhem inackorderas särskilt utvalda personer ur nämnda klientel, varav en del också kan ha vanligt förvärvsarbete eller skyddad sysselsättning, när de får den vård och omvårdnad det här är fråga om.

I detta sammanhang må erinras om att av tradition en hel del personer gör *frivilliga insatser* i den engelska hälso-, sjuk- och socialvården. I regel tillhör de någon frivilligorganisation: Röda Korset eller typ vänskapsförening. Många av frivilligarbetarna sysslar med gamla: gör hembesök, skriver brev och läser högt, tar ut gamla på promenad, ordnar och följer dem vid läkarbesök, organiserar och driver dagcentra och sociala klubbar etc. De gör vidare sjukbesök och tjänstgör som sjukhus- och mottagningsvårdinnor. Deras insatser syns vara mycket uppskattade, och någon trend till minskat intresse för att delta i sådan verksamhet verkar inte förekomma. På många platser drivs energiska rekryteringskampanjer för att öka antalet sådana frivilliga.

Den aktuella vårdssituationen

Vad den aktuella vårdssituationen beträffar kan följande nämnas. Hälso- och sjukvården arbetar med begränsade resurser, ett föråldrat och orationellt sjukhusbestånd och utrustning, som inte kunnat förnyas i takt med förslitning och utveckling. Till följd härav har vårdapparaten många bristområden, där resurserna inte motsvarar efterfrågan eller behov. Väntetider förekommer till sluten vård och öppen specialistvård beträffande icke akuta fall. Särskilt lång kan väntetiden vara före intagning på sjukhus för mindre operationer, men situationen håller nu på att förbättras i och med införandet av kirurgisk dagsjukvård, varifrån t. ex. bräckfall hemsändes på ope-

rationsdagens eftermiddag eller kväll.

Att situationen ändå inte resulterat i svårare missförhållanden — särskilt gäller detta på den slutna vårdens område — beror till stor del på målmedvetna insatser att differentiera vårdapparatens, att effektivisera och utbygga befintliga former för olika kombinationer av halvöppen och öppen vård samt utveckla nya sådana liksom stärka samordningen och samverkan mellan hälso- och sjukvård samt socialvård. Åtskilliga försöksverksamheter förekommer i detta syfte, många initierade av socialdepartementet, som bedriver en omfattande organisations- och planeringsverksamhet. Särskilt må här framhållas den stora betydelse dagsjukvården haft för att dels avlasta den slutna vården, dels förbättra vårdmöjligheterna för många, som i denna vårdform får en tillfredsställande vård. Dagsjukvården har också byggts ut kraftigt under senare år.

År 1966 tillsattes en kommitté med uppdrag att utreda olika möjligheter att förbättra sjukhusvårdens effektivitet. Förra året framlade kommittén sitt första delbetänkande med förslag till ökat resursutnyttjande m. m. genom införande av blockorganisation vid sjukhusen. Överläkarna inom respektive block, omfattande flera kliniker, skulle bilda en blockkommitté med en av överläkarna som ordförande. Dessa kommittéer skulle ha till uppgift bl.a. att fortlöpande utvärdera blockens sjukvårdsproduktion och dess kvalitet i förhållande till tilldelade resurser och arbete för en effektivisering av driften samt administrationen/organisationen på det kliniska området. Läkare från de olika blockkommittéerna skulle dessutom bilda en särskild övergripande kommitté med ordförande. Denna kommitté skulle i sin tur ha till uppgift att mottaga blockkommittérapporter och med ledning av bl.a. dessa arbeta för förbättringar, samordning och samverkan inom såväl det enskilda sjukhuset som samtliga sjukhus i vederbörande sjukvårdsområde, ge råd och anvisningar i planerings- och driftsfrågor samt policyärenden etc. Betänkandet behandlas nu av socialdepartementet.

Enligt den officiella uppfattningen är antalet vårdplatser i slutna vård inte i och för sig otill-

räckligt. Tvärtom planeras för en fortsatt minskning av vårdplatsbeståndet totalt sett. Bristituationen i slutna vård anses främst bero på att det till övervägande del är fråga om platser i ett orationellt, nedslitet sjukhusbestånd, som inte kan utnyttjas optimalt, därför att erforderlig kringservice är helt otillräcklig och i stort sett inte kan utbyggas av olika skäl, på underförsörjning beträffande halvöppen och öppen vård samt otillfredsställande samordning och samverkan mellan olika vårdformer och vårdområden. Därtill kommer hittillsvarande otillräckliga insatser och bristande intresse ifråga om förebyggande åtgärder på hälso-, sjuk- och socialvårdens område. Härigenom har vårdapparaten kommit att förskjutas till förmån för den passiva medicinen och omvårdnaden av människor, vilken huvudsakligen sysslar med att ta hand om och vårda personer redan i behov av vård och omvårdnad. Detta har skett på bekostnad av den offensiva sidan, som har till uppgift att förebygga sjukdom, ohälsa och sociala handikapp. Man har börjat fråga sig, om samhället längre har råd och möjlighet att — såsom varit fallet de senaste decennierna — ägna huvuddelen av vårdresurserna åt personinriktad vård, dvs. vård riktad mot den enskilda individen, i stället för att också och i ökad omfattning sätta in omsorgerna och vårdresurserna på gruppinriktade åtgärder, bland annat mot s.k. riskgrupper, i förebyggande syfte och på att utröna uppkomstbetingelserna i samhället och hos olika persongrupper för sjukdom och sociala handikapp. Denna angelägna fråga tilldrar sig alltmer ökad uppmärksamhet.

Framtida vårdorganisation — utvecklingslinjer

Enligt föreliggande planer kommer det framtida sjukhusväsendet att i stort sett koncentreras till ett *nätverk* av s.k. *distrikts- eller kärnsjukhus* med en väl differentierad uppsättning av utrednings- och behandlingsresurser för slutna och öppna vård. Dessa sjukhus är avsedda att utgöra ett led i en samordnad vårdapparat med olika vård- och resursnivåer.

I mitten av förra året hade uppförts åtta

sådana sjukhus och ytterligare ett antal håller på att byggas eller planeras. Nuvarande sjukhus kommer i princip att i stort sett omvandlas till distriktssjukhus, upplåtas helt eller delvis för andra vårdändamål eller nedläggas.

I en nyligen framlagd utredning om dessa sjukhus och deras innehåll rekommenderas att de i allmänhet får ett upptagningsområde, omfattade mellan 200.000 (mindre tätbebyggda områden) och 300.000 invånare (tätbebyggda områden). Sjukhusen är avsedda för akutsjukvård inklusive geriatrik och psykiatri. En del av dem avses även komma att fungera som regionsjukhus. Den öppna specialistvården ute i periferin, dvs. på fältet, är avsedd att delvis ombesörjas av distriktssjukhusens läkarstab, som också kan handha läkarvården vid fristående annexavdelningar för olika vårdändamål. Man eftersträvar ett nära samarbete mellan distriktssjukhusen, allmänpraktikervården och andra vårdformer. Allmänpraktikerna kommer att beredas möjligheter till fortbildning och till att följa sina inlagda patienter genom att bl.a. deltaga i utbildningskurser vid sjukhusen samt gemensamma träffar och ronder med sjukhusläkarna. Sjukhusens medicinska bibliotek skall stå till allmänpraktikernas förfogande. De skall känna, att de ingår som "fullvärdiga medlemmar" i en för hela upptagningsområdet så att säga gemensam läkar- och vårdorganisation.

Socialdepartementet har planerat och skall uppföra två *experimentsjukhus*, där man vill utvärdera resultatet av olika försöksverksamheter och pröva nya uppfattningar om sjukhusvårdens nödvändiga omfattning, innehåll och relationer till andra vårdinstitutioner ute i samhället. Bl.a. är man intresserad av att i ett större sammanhang undersöka i vilken omfattning s.k. förplanerad tidig utskrivning för eftervård i mindre kostnadskrävande vårdformer eller kombinationer av dessa kan påverka behovet av sjukhusplatser. Försök tyder på att åtskilliga vårdplatser skulle kunna sparas med sådan utskrivning, där den omedelbara eftervården och behandlingen omhändertas av allmänpraktiker och hemsjukvårdspersonal.

Experimentsjukhusens lokalisering har valts med hänsyn till att man räknar med att sistnämnda vårdformer inom respektive upptagningsområde skall ha fått optimal utformning och resurstilldelning, när sjukhusen står färdiga att tagas i bruk. Olika försök och bedömningar tyder på att det skall bli möjligt att ge befolkningen tillfredsställande sluten somatisk akutvård med ett platsantal, motsvarande två platser per 1.000 invånare (exkl. obstetrik, geriatrik och psykiatri), i stället för den hittills ofta använda bäddkvotens tre platser per 1.000 invånare. Vid båda beräkningsgrunderna räknas även med 0,3 regionsjukvårdsplatser per 1.000 invånare.

Experimentsjukhusen kommer att få en geriatrisk enhet (s.k. assessment unit) med 50 platser för diagnostik och aktiv behandling (korttidsvård) och för bedömning av fortsatta vårdåtgärder i andra vårdformer. Härtill kommer ett antal vårdplatser vid sjukhem för långtidssjuka, motsvarande ca 1,4 platser per 1.000 invånare eller omkring 10 platser per 1.000 invånare i åldern 65 år och däröver samt dagsjukvårdsplatser. Dessa resurser i förening med öppen vård och andra ute i samhället inbyggda vård- och omhändertagandeformer anses skola vara tillfyllest.

Vidare kommer att finnas en liknande enhet med 50 platser och ett dagsjukhus med 80 platser för psykiskt sjuka. Härtill kommer ett ännu ej beräknat antal fristående platser av sjukhems- och dagsjukvårdskaraktär, öppen vård samt — i likhet med vad ovan sagts — andra ute i samhället inbyggda vård- och omhändertagandeformer.

För närvarande räknar man med ett behov av ca 2,4 platser för psykiatri per 1.000 invånare, och om 20 år omkring 1,0 -1,5 varav ca 0,5 för dagsjukvård.

Vid diskussion i socialdepartementet om dessa experimentsjukhus, bäddkvoter etc. var man optimistisk i fråga om att planeringen och beräkningarna i stort sett skulle hålla och baserade denna inställning även på det stora intresse och den entusiasm alla i respektive upptagningsområde medverkande — myndigheter, läkare och andra vårdgivare, administratörer m. fl. — visade för saken. Så hade man också från de ansvarigas

sida inte skytt någon möda att informera om projektet och få vederbörande positivt inställda och villiga till medverkan.

Omstruktureringen av sjukvårdsorganisationen förutsätter, om avsedda resultat skall uppnås, en rationell utformning och optimal utbyggnad av olika halvöppna och öppna vårdformer. Man är fullt medveten om detta och satsar också i ökande omfattning härpå. Stort intresse ägnas därvid *allmänpraktikervårdens effektivisering och förstärkning*. Denna vård föreställer man sig i fortsättningen lämnad av läkare, som arbetar i gruppraktikcentra, betjänande en befolkning på kanske 20.000 eller fler. En del sådana centra kommer att vara lokaliserade till hälso- och sjukvårdscentraler. I personalen vid dessa centra avses ingå tidigare nämnda hälso- och sjukvårdsbesökare, kuratorer, distriktssjuksköterskor och sekreterare samt vårdbiträden (hemsjukvård) och annan stödpersonal. I ett progressivt vårdsystem har informationen stor betydelse för bibehållande av vårdkontinuitet, eftersom patienten kan skifta vårdform flera gånger under sjukdomstiden. Man är därför angelägen om att få fram system för effektivt informationsutbyte i olika riktningar och mellan berörda vårdformer.

98 % av alla personer i åldern 65 år och däröver står uppförda på patientförteckningar hos allmänpraktiker. Det står alldeles klart, att detta förhållande erbjuder goda möjligheter till förebyggande åtgärder av olika slag. Det har rekommenderats, att den primära förebyggande vården beträffande åldringar sätts in på dessa riskgrupper, som via gruppraktikcentra kan kartläggas genom epidemiologiska utredningar och uppsökande verksamhet. Skulle ett handikapp uppstå och kräva råd, är det synnerligen viktigt, att man får kännedom härom omgående och ger snabb behandling, varvid sjukhusvård så långt möjligt bör undvikas, det senare därför att man av erfarenhet vet, att det synes vara förenat med vissa risker att ta in gamla på sjukhus.

Ett par forskare har i en utredning visat, att omkring 72 % av patienter, intagna på en aktiv geriatrik sjukhusenhet, fick komplikationer under sjukhusvistelsen och att halva antalet komplika-

tioner inte hade med intagningsorsaken att göra.

Vidare kan det vara rationellt att i dessa gruppraktikcentra bygga in viss dispensärverksamhet för andra riskgrupper, t.ex. diabetiker, höga blodtryck, hjärtfall och personer disponerade för urinvägsinfektioner.

Övrigt

En stor del av den nyskapande planerings- och utvecklingsverksamheten bedrivs av socialdepartementet eller initieras av detta och läggs ut på fältet i form av projekt, som regionala sjukvårdsstyrelser svarar för. Inom departementet finns planerings-, byggnads- och organisationsfunktioner, vilkas uppgifter i stort sett motsvarar socialstyrelsens och Spris uppgifter på dessa områden. Dessutom finns två så att säga andra Spris i stiftelseform, som disponerar mycket stora resurser: King Edward's Hospital Fund for London och Nuffield Hospital Foundation. Såväl departementet som dessa två stiftelser publicerar fortlöpande resultat av olika utredningar och försöksverksamheter samt utfärdar rekommendationer, råd och anvisningar i skilda frågor.

De regionala sjukvårdsstyrelsernas kanslier är organiserade i stort sett efter samma princip som sjukvårdsförvaltningens kansli i Göteborg, dvs. de är uppdelade på ett antal fackavdelningar med var sin avdelningschef under chefstjänstemannen.

Beträffande sjukhusbyggnader försöker man så långt möjligt tillämpa industriella byggmetoder och använda prefabricerade byggnadsdelar. Det finns ett ganska brett sortiment av standardiserade sjukhuskomponenter, såsom golv, tak, väggar, fönster och dörrar, som är samordnade beträffande dimensionerna, så att de passar tillsammans och är utbytbara. Detta underlättar samköp mellan olika regioner eller på rikspanelet. Samköp förekommer också i fråga om utrustning och andra förnödenheter.

Slutligen må helt allmänt tilläggas att det vill synas, som om de begränsade hälso- och sjukvårdsresurserna i England — särskilt i fråga om slutna vård — stimulerat till ansträngningar att så långt möjligt differentiera vårdapparaten på en rad mindre resurs- och kostnadskrävande vård-

former och kombinationer av dessa, som ingår i ett progressivt vårdssystem enligt principen om lägsta-effektiva-omhändertagandenivå. Man har inte heller tvekat att genom försöksverksamhet testa i praktiken nya tankar och idéer, som sedan kunnat realiseras.

Det är naturligtvis alltid vanskligt att göra jämförelser länder emellan, när det gäller lösningar av den ena eller andra frågan, och inte minst beträffande hälso- och sjukvård, bl.a. därför att förhållandena och förutsättningarna är så olika. Vad som i detta fall är särskilt intressant är den engelska slutna vårdens jämförelsevis begränsade omfattning i förhållande till den svenska och att man planerar för en ytterligare begränsning. Förklaringen ligger till stor del sannolikt i att man i

England i motsats till i vårt land långt tidigare måst finna på alternativa vårdformer, dit efterfrågan kunnat kanaliseras och uppfångas i avsevärd omfattning, varigenom det i många fall blivit möjligt att förebygga slutna vård. Och som tidigare sagts: här spelar inte minst allmänpraktikervården en viktig roll.

Sedan förhåller det sig även så, att efterfrågan på sjukvård, och kanske framför allt på slutna vård, varierar med t.ex. befolkningens i olika länder allmänna levnadsstandard och krav på service i övrigt, förväntningar i skilda situationer, kunskap om medicinens möjligheter och anspråk på välbefinnande samt kvinnornas förvärvsarbete utanför hemmen m.m.

För rationellare kontorsrutin

- **Stenografering**
engelska, tyska, franska
- **Maskinskrivning, maskinräkning**
Renskrivning, adressskrivning, utskrifter efter Rex-Recorderskivor och bandspelare
- **Fakturerings**
utskrivning av tabeller och dylikt
- **Översättningar**
- **Bokföring**
manuell och maskinell

- **Kopiering**
Rank Xerox- och fotostatkopior
- **Duplicering**
stencilduplicering
- **IBM COMPOSER**
Framställning av reproduktionsfärdigt textmaterial

ellstenografens
skriv & bokföringsbyrå ab

Kungsgatan 55 t. h. 3 tr.
111 22 Stockholm
Växel. 21 67 01, 03, 10, 11