

tidskrifter & dagspress

Sjukvårdsinventeringen

Kostnadsutvecklingen inom sjukvården har särskilt under det senaste året varit föremål för intensiv debatt. Från ansvarigt landstingshåll har i olika sammanhang starkt understrukits att hårda prioriteringar måste tillgripas inom landstingen för att åstadkomma en dämpning av ökningstakten på landstingens kostnader. Tillsammans med en långsiktig sjukvårdsplanering och ekonomisk planering hos landstingen bör prioriteringsdiskussioner föra till ett sådant resultat, att landstingens kostnadsutveckling bringas i bättre takt med samhällsekonomin tillväxt, heter det i ledaren i *Landstingens Tidsskrift* (4/70).

Planerna i RUPRO 69 visar på en mycket kraftig ökning av personalbehovet fram till 1975. En investeringsbegränsning får den effekten, att behovet av en personalökning kan dämpas eller förskjutas i tiden.

Inom de fastställda investeringsramarna har man prioriterat långtidssjukvården, den öppna vården, den psykiatriska vården och sådana enheter vid undervisningssjukhusen som har avgörande betydelse för den ökade lä-

karutbildningen. Samma prioriteringsregler gäller för tilldelning av läkartjänster. Dessa prioriteringar har gjorts av socialdepartementets sjukvårdsdelegation, vari bl a även representanter för sjukvårdens huvudmän ingår.

När statssekreterare Kjell-Olof Feldt i ett par uppmärksammade inlägg på sista tiden bl a påpekar att landstingens planer enligt RUPRO 69 inte är realistiska med hänsyn till investeringsvolym och personalbehov så är det en uppfattning som delas av sjukvårdshuvudmännen. Det innebär ingalunda att man skulle sakna motiv och starka sådana för en utbyggnad av sjukvården, men man accepterar att så inte kan ske i den takt som planerna anger.

Statssekreterare Feldts recept för avvägningen mellan resurser och behov för de närmaste fem—sex åren skulle vara att helt avstå från att bygga ut akutsjukvårdens platsantal, att inskränka utbyggnaden av specialiteterna och skapandet av nya specialiteter till ett absolut minimum,

att starta en kritisk debatt och självprövning kring ambitionerna att ständigt höja standarden på våra sjukhus och

att satsa allt som blir över på öppen vård, långtidsvård och mentalsjukvård.

I sak innehåller det receptet egentligen inga nya ingredienser i förhållande till vad vi på landstingshåll själva diskuterat och i stort accepterat. Påpekas bör kanske dock att även om akutvårdens platsantal inte ökas totalt sett, krävs lika fullt ett inte obetydligt sjukhusbyggande med hänsyn till befolkningsomflyttningen och behovet av ersättning för äldre, starkt förslitna enheter.

Huvudmännen är alltså beredda att godta och medverka till en fortsatt åstramning av sjukvårdsinvesteringarna för att få kostnadsutvecklingen under kontroll.

Då är det heller inte för mycket begärt att byggnadsregleringen utvidgas till att även omfatta omsorgsverksamheten, så att en snedvidning av investeringarna undviks.

Vidare har huvudmännen berättigade krav på att kvoteringsperioderna förlängs, så att de

utan risk kan planera och projektera för sitt sjukhusbyggande under de närmaste åren.

Service, trygghet, frihet

En i dagens sjukhusvärld mycket fördyrande faktor är alla de hugskott som enskilda läkare och arkitekter har och som inte visar sig hålla i det dagliga arbetet. Många exempel skulle kunna anföras på onödigt anskaffad dyrbar utrustning, på byggnadsdetaljer, ja hela enheter som aldrig kommit till avsedd användning, skriver Peter Heimann i *Landstingens tidskrift* (5/70), under rubriken "Framtidens sjukhus".

Hur mycket pengar har inte förlorats i sådan nyckdirigerad planering?

Detta måste omöjliggöras genom effektivare samråd mellan medicinsk, teknisk och administrativ expertis och genom att man inte binder sig för lokalers användning i för tidigt skede utan utformar dem så att de kan användas till många alternativ samt icke fast installerar dyrbar teknisk utrustning som binder lokaler till användning.

För att återgå till vårdmiljön vill jag till sist framhålla att sjukhusmiljön så litet som möjligt bör skilja sig från världen utanför sjukhuset. Endast i de delar där rent medicinska skäl kräver det bör miljön påverkas så att vården blir den bästa möjliga. Eljest bör sjukhusvärlden självfallet ge människorna samma service, trygghet, frihet och rättigheter som samhället i sin helhet. Sjukhuset bör icke konstrueras så att det ökar klyftan mellan vårdare och vårdade. Patienter är icke en ras för sig. Vi är alla människor. Men just därför har vi ett behov av att vara oss själva, av gemenskap, tystnad och integritet och trygghet. Att tillfredsställa detta behov är lika viktigt som sjukhushygieniska eller andra tekniskt-medicinska krav.

Detta gäller självfallet även dagens sjukhus.

I morgondagens sjukhus skulle jag vilja se dessa självklara krav realiserade.

Arbetsmedicin i Britannien

Försäkringsbolagen, försvaret, sjukförsäkringen, universiteten och arbetsmarknadens parter utnyttjar alla det Arbetsmedicinska institut, som den brittiska landsorganisationen gav sig själv i present i samband med 100-årsjubileet. Av institutets första årsrapport framgår det att TUC investerade närmare 15 miljoner vid starten av institutet, TUC Health Institute, som har 23 anställda, meddelar *Fackföreningsrörelsen*.

Man ger alltså råd i arbetarskyddsfrågor, utbildar skyddsingenjörer, läkare och fackföreningsmän — man gör även utbildningspaket i yrkesmedicin — och ägnar sig i övrigt åt forskning.

Britterna ligger lite efter oss i Sverige men det är glädjande varje gång vårt socialmedicinska försprång knappas in.

"Framgångsrik" invalidproduktion

"Trafikmiljön bör anpassas efter människan" är den nästan rörande (men mera upprörande) truismen som *Socialnytt* (3/70) har satt som rubrik över en artikel om trafikskadorna. Varje gång man ser en mening av denna typ är man beredd att ringa upp Trafiksäkerhetsverket och gratulera till den sensationella upptäckten. Men man vågar inte eftersom självdisciplinen knappast räcker för att återhålla också en liten ironi mot denna sällsamma anhopning av sakkunniga som — förmodligen ensamma i världen — inte har upptäckt det direkta förhållandet hastighet—olyckor.

Ingressen till *Socialnytt*s artikel lyder:

Trafikmiljön ställer alltför stora krav på trafikantens prestationsförmåga. När man utformat trafiksystemet har man mer eller mindre bortsett från detta faktum.

TSV, Statens Trafiksäkerhetsverk, startar under våren en riksomfattande aktion för att engagera trafikanterna i arbetet på en grundlig förbättring av trafikmiljön. Aktionen vill skapa en bred aktivitet och en livlig debatt om trafikproblemen. Trafikanterna ska få tillfälle att uttrycka krav och synpunkter på sin egen trafikmiljö.

Det märkvärdiga i detta är ju att man plötsligt skall höra vad trafikanterna tycker. På goda erfarenhetsgrunder misstänks att med trafikanter här menas körkortsinnehavare-bilagare. Det intressanta i artikeln är inte att trafiksäkerhetsverket har hittat en annan bombastisk truisem:

"Antalet trafikolyckor kan ses som ett mått på brister i anpassningen mellan människan, fordonet och vägen, anser TSV."

Nej, det är fastmera att man för en gångs skull redovisar också antalet skadade i trafiken, dock utan att närmare uppdelat det i kategorier, exempelvis invaliderade av olika grader, långvarigt vårdade, kortvarigt vårdade. En analytisk redovisning av skadefallen borde vara en av TSV:s första uppgifter. Att ange antalet dödsfall har visat sig vara en meningslös profylax: *it can't happen to me!*

Enligt statistiken motsvaras i Sverige varje dödsfall i trafiken av ungefär 20 skadade, vilket är en rätt märklig siffra då andra länder redovisar proportionen 1:30, ja, ända upp till 1:50. Sedan 1960 har mellan drygt 22 000 och drygt 26 000 människor varje år skadats i trafiken. Högsta siffran är från 1964 med 26 243 skadade, motsvarande 1 313 dödade. En lägre siffra, 22 078, nåddes 1967, motsvarande det rekordlåga antalet dödade: 1 077. 1968 var 24 290 skadade på 1 262 dödsfall.

Summerar man de skadades antal från 1960 till 1968 får man

215 116 fall. Hur många av dessa är invaliderade? Observera att man vid den analysen inte bör förbise långtidsverkande hjärnskakningar. Handikappavdelningen hos Ams kan vittna om hur många hjärnskakningsfall som omskolas och placeras på skyddade verkstäder.

Sju års väntan på skadestånd

Ibland är det lite svårt att tro att man lever i mönster-Sverige. Exempelvis då man i *Arbetet* läser detta, som vi lämnar utan kommentar:

I sju år har Lennart Gottschalk i Stockholm kämpat för att få skadestånd. Den 1 juli 1963 föll han tre meter från en pelarform vid ett bygge i Tumba. Och fick därefter en 400 kilo tung form över sig. Hans fot krossades, en lårmuskel sprack. Han fick skador i ryggen och i armen. Nu 7 år senare har han fått skadestånd på 33 542 kronor genom dom i HD.

— Jag har kämpat för att ge arbetarna rättsskydd, säger han. Det har vi inte som reglerna nu är.

HD:s dom innebär ändrad rättspraxis. Hans kamp har lett till ett prejudikat. Nu kan åtminstone ett 20-tal liknande ärenden tas upp till förnyad behandling.