

Vardagsrationalisering i samverkan nödvändig

Varför kan vi inte prova att låta sjukhusen fungera dygnet runt? Prova treskift, så kan sjukhusen utnyttjas bättre, föreslog direktör Gerd Zetterström Lagervall, sjuksköterskornas representant i Spris debatt om sjukvårdsrationalisering på 70-talet i Stockholm i juni. Debatten hölls i samband med Spris årliga rikskonferens med ca 120 deltagare. Vårdpersonalen kanske är den grupp som upplevt rationaliseringarna mest negativt. De är ändå redo att diskutera förändringar men rationalisering förutsätter samverkan med personalorganisationerna, samverkan på alla håll och på alla nivåer för att möta behoven på 70-talet på ett vettigt sätt och till ett vettigt pris, fortsatte fru Zetterström Lagervall. Också ombudsman Bertil Andersson, Svenska kommunalarbetsareförbundet, betygade att fackföreningsrörelsen övergett sin skepsis till det nya. I dag inser man att rationalisering är nödvändig för att det hela skall fungera och för att man skall kunna skapa bättre arbetsförhållanden för de anställda. Men man glömmer bort en viktig bit, vardagsrationaliseringen. Ute på fältet har de anställda mångårig erfarenhet och den bör arbetsgivarna ta till vara bättre än man gjort tidigare. Man måste lyssna, när de anställda vill förbättra och förenkla.

Så anslag två av personalorganisationernas representanter tonen i Spris paneldebatt, som till stor del kom att röra sig om två teman som kom igen både från talman Fridolf Thappers inledningsanförande och direktör Olle Nelanders översikt över Spris två första år och framtidsplaner. Sammanfattningsvis gäller det att bättre utnyttja de resurser sjukvården redan har skaffat sig, att rationalisera i samverkan med stor hänsyn tagen både till patienternas och personalens krav på vård- och arbetsmiljö.

Tanken att utnyttja sjukhusen bättre genom att hålla dem öppna längre fann borgarrådet Sven Johansson, Stockholms stad, intressant. Jag har försökt få den tanken prövad, men företagsnämnderna har varit ovilliga, sade han.

Kapaciteten i våra dyrbara sjukvårdsanläggningar utnyttjas långt ifrån så väl som den borde, sade hr Nelander. Kanske kan man köra tex laboratorier i skift, men det kan ibland vara svårt att bygga in skift över lag i gamla sjukhus. Nya anläggningar kanske dock kan utformas för sådant skiftarbete.

Väg prestation—kostnad

Varje medlem i sjukvårdssystemet måste hjälpa till att göra avvägningen mellan prestation och kostnad. Jag vill särskilt framhålla läkarens roll, han är den som bäst kan bedöma prestationens värde. Det är en svaghet att läkaren inte i allmänhet gör avvägning kostnad — nytta. Vardagsrationalisering bör förankras som en idé. Detta har redan slagit igenom i näringslivet.

Tänk efter om inte arbetet kan göras enklare och bättre — och lyssna på sådana initiativ! Samverkan för rationaliseringar måste dock vara ömsesidig. Alla måste vara beredda på förändringar och redo att genomföra dem. Blir det inte så kommer sjukvården fortfarande att ha köproblem och finanskris, sade hr Nelander.

Jag förstår att företagsnämnderna är tveksamma till ökat öppethållande, sade fru Zetterström Lagervall. Vi är beredda att diskutera det, men alla bör vara med — även läkarna, sjukgymnasterna, administrativ personal o s v. Jag tror mycket väl det kan lösas i ett gammalt sjukhus också, men det får bli en förhandlingsfråga.

Det är både möjligt och önskvärt med flerskift i kostnadskrävande specialiteter. Problemet är att få dit patienterna. Man måste hålla flera verksamheter öppna samtidigt, betonade professor Osborne Bartley, läkarnas representant i debatten. Varken läkarna eller huvudmännen har särskilt god kontroll över driftskostnaderna annat än när det gäller kapital- och personalkostnader. Rätt väg är att ge överläkarna ökat ekonomiskt ansvar också för den övriga driften, men det kräver utbildning, som huvudmännen måste

svara för. Överhuvudtaget bör läkarna få mer administrativ utbildning och också få välutbildade administrativa hjälpkrafter.

Rationalisering också positiv

Vårdpersonalen kanske är den grupp som upplevt rationaliseringarna mest negativt, ansåg fru Zetterström Lagervall. Rationaliseringsarbetet är dock också positivt för sjuksköterskorna. Man får fram bättre sätt att ta hand om patienterna, man får fler tekniska hjälpmedel o.s.v. Men de negativa sidorna är många. Personalen upplever stressen, otillräckligheten i att inte hinna med, att inte fylla de krav patienterna ställer. Rationaliserarnas sätt att dela dygnet i hög- och lågfrekvent tid har fått ytterst negativa effekter, speciellt i långtidsvården. Det är otillfredsställande att patienterna inte kan komma upp ur sängen tex på lördag — söndag. Under den tiden återfår också vårdpersonalen ofta de uppgifter som under veckans andra dagar har lastats över på annan personal.

Några av de områden Spri nu vill satsa på har vi ansett komma i skymundan — det är det praktiska vårdarbetet. Där behövs det mer utvecklingsarbete. Prova tex team nursing. Man måste också prova lag som helt består av välutbildad personal — nu är det alltför ofta så att många i ett arbetslag inte har fått tillräcklig utbildning, sade fru Zetterström Lagervall.

Patienter behöver ombudsman

Både Spri och huvudmännen borde bli mer patientorienterade, hävdade docent David Ingvar, Lund, som talade för patienterna. Spri borde sälja sig mera till kunderna, till de presumtiva patienterna.

Han tecknade också en mörk bild av patientens situation på sjukhusen i dag: "arbetstiden" för patienterna har krympt, patienterna kommer i kläm, trivseln och tryggheten kommer på undantag. Patienterna behöver få någon att tala med. De synpunkter som patienterna anser är riktiga bör få framföras ända upp till dem som kan göra något åt situationen. Spri och huvudmännen bör ta dessa patienternas synpunkter ad notam och inte bara vifta bort dem. En kanal för patienternas synpunkter bör skapas, tex en vårdombudsman. En sådan post har huvudmännen avstyrkt och det är obegripligt, sade docent Ingvar.

Patientens syn måste tillmätas ökad betydelse. Men den bör främst vägas in i sitt naturliga dagliga sammanhang, menade hr Nelander.

Generaldirektör Rexed tyckte också att man borde överväga en vårdombudsman. Medicinalväsendets ansvarsnämnd tar ju bara upp de svårare fallen, disciplin- eller åtalsärenden. Ofta är det bara en

"observation" som patienten vill framföra. Kanske borde huvudmännen eller direktionerna öppna "närkanaler" för sådant.

Prestation och kostnader

Prestation och kostnader är viktiga begrepp i rationalisering. Men man kan inte mäta vare sig prestationer eller kostnader särskilt väl, sade professor Bartley. Borgarrådet Sven Johansson instämde. Socialstyrelsen bör med kraft effektivisera arbetet på att skapa en bra sjukvårdsstatistik, om vårdtider, behandlingstider, o.s.v. Kvaliteten är svår att mäta. Många av våra rationaliseringsavdelningar arbetar med lätt mätbara rationaliseringar som tvätt o.d, men vi bör koncentrera oss mera på det direkta vårdarbetet, speciellt den öppna vården.

Specialisering och koncentration

Forskningens rön kommer i dag allt snabbare ut i sjukvården. Det synes leda till starkare specialisering och koncentration, sade generaldirektör Bror Rexed i en översikt över 70-talets sjukvårdspolitiska och medicinska utvecklingstendenser. Men tendensen till koncentration, tex genom allt mer komplicerad utrustning och nya experter i radioterapi, genom transplantationskirurgins utveckling etc, är bara en rörelseriktning. Vissa behandlingar och undersökningsmetoder förs samtidigt allt lägre ner i vårdstrukturen.

Bindningen till sängen har minskat. I nya sjukvårdplaner ser vi minskat behov av vårdplatser. Samtidigt finns en tendens till ökad personalinsats runt varje vårdplats. Allt leder till starka krav på omstrukturering, omfördelning av resurser, fusioner, blockbildningar etc. Det ställer också stora krav på omstrukturering av utbildningen. Gränserna mellan olika personalkategorier blir inte så starka, olika nivåer griper in i varandra. Vi måste vara odogmatiska och skapa verkliga arbetslag, sade hr Rexed. Satsning på förebyggande vård och hälsokontroller och på miljö som helhet bör vara en huvudpunkt i 70-talets utveckling. Ofta har sjukdomar en mängd olika orsaker — och det gäller också "trafiksjukdomen". Det förebyggande arbetet här sätter praktiskt taget hela samhällsplaneringen i rörelse. Därför måste hälso- och sjukvårdens folk komma in i samhällsplaneringen.

Utbildning 70-talets huvudmelodi

Under 70-talet kan vi räkna med ett fördubblat läkarantal. Huvudmännen räknar med att nästan behöva fördubbla övriga personalkategorier också, men det går knappast att få ut så många till sjukvården av arbetskraftsutbudet. Därför måste man inten-

sivt analysera funktioner, arbetstyper, hela utbildningsprofilerna, ja hela personalstrukturfältet.

Utbildningsarbetet är något oerhört väsentligt. Vi måste också skapa nya karriärlinjer för dem som arbetar ute på fältet — där är mycket nu försummat. Vi skall inte stanna i tänkandet vid vårdcentraler. Hemsjukvård, hemhjälp och hela serviceutbudet till människorna måste komma in i bilden. Kort sagt gäller det att genomarbota hela frågan om den öppna sjukvårdens struktur och uppgifter. Alla nya specialläkare kan inte gå till slutet vård. Vi får möjlighet att bygga ut en täckande förskolehälsovård, integrera den med skolhälsovården och samtidigt bygga ut företagshälsovården.

"Se'n på fåglarna . . ."

Generaldirektör Rexed berörde varken kostnader eller priser inom sjukvården och det förstår jag, sade landstingsrådet Stig F Hansson, Malmöhus läns landsting. Men jag och mina kolleger kan inte ta lika sorglöst som Rexed på den frågan — man kommer osökt att tänka på bibelordet "se'n på fåglarna under himmelen, de så icke ej heller skörda de och likväl föder vår himmelske Fader dem".

Ofta tar man näringslivets rationaliseringar som utgångspunkt för sjukvården. Lönsamhet där är drivkraften, men vi har inte samma utgångsläge. Vinsterna med att man kan återföra människor till hälsa genom kortare vårdtid syns inte direkt i bokföringen.

Talet om att vi bygger "tempel i marmor och ädelträ" är att ta till i överkant. Det går att bygga billigare, men bygger vi för billigt får vi snabbt reparera och ta driftstörningar vid dessa reparationer, fortsatte hr Hansson.

"Vem ger sin son en sten . . .?"

Vitala behov måste fyllas. Jag vill svara Stig F Hansson med ett annat bibelord: "Vem är den fader som ger sin son en sten när han ber om ett bröd?" replikerade hr Rexed.

Borgarrådet Sven Johansson varnade för att driva specialiseringen inom sjukvården alltför långt. Patienterna vill inte ha med alltför många olika personer att göra. Vårdarbetet får inte bli ett vårdshus, dit folk kommer och går.

Just i det fallet har vi slagit sönder det bästa i den tidigare sjukvården, instämde hr Ingvar. Majoriteten av patienterna är inte tuffa, de vill ha färre människor omkring sig och människor de känner igen.

Oversikt över 70-talstendenser

Varje individ i sjukvårdssystemet måste tänka på kostnad och nytta liksom varje individ i tex familjen

måste göra det. Kanske patienten kan aktiveras mer i vårdarbetet, sade hr Nelander i sin översikt över Spris arbete. Han avslutade den med att skissera 70-talets tendenser och väsentligheter i sjukvårdsrationaliseringen. Några allmänna tendenser som nämndes är

- aktivare näringspolitik m m som kräver . . .
- . . . regional planering över större områden än nuvarande län/landsting
- krav på ökad företagsdemokrati
- skärpt uppmärksamhet på miljöfrågor
- accelererande datorutveckling
- utbildningsexpansion

Några viktiga tendenser inom sjukvården är:

- kärvt ekonomiskt och finansiellt klimat
- ökande läkarutbud
- ökande krav på långtidsvården
- omtänkande inom psykiatri
- förändrad syn på patientens roll

De resurser som redan skaffats måste utnyttjas och förvaltas allt effektivare från alla intressenters synvinkel. Nya resurser bör skaffas först efter inträngande planering och bedömning och sedan anskaffas i rimlig standard och till rimlig kostnad sade hr Nelander. Det ökande läkarutbudet i sjukvården på 70-talet får inte kräva för mycket nya kringresurser — vi går in i en svår ekonomisk kris för sjukvården om varje ny läkare skulle behöva lika mycket kringresurser som läkare nu i genomsnitt har.

Några väsentligheter i sjukvårdsrationaliseringen på 70-talet ansåg hr Nelander vara

1. Effektivare förvaltningsorganisation för sjukvårdsområde. Det innebär en klar rollfördelning, delegering och rationella beslutsprocesser, definierat fullständigt chefsansvar hos alla i chefställning (även läkare), samordning av vårdverksamheter för bästa resursutnyttjande av såväl kostnads- som patienthänsyn, samt koncentration av underhållstjänst o d.

2. Till en sådan effektivare organisation anpassat informationssystem (ADB) för styrning av verksamheten och effektivare vårdplanering och vårdkontroll. Detta innebär också att kontorsarbete m m på alla nivåer kan reduceras väsentligt.

3. Ny inträngande och övergripande planering för kapacitetsutbyggnad och i många fall större planeringsområden som ofta bör vara gemensamma för sjuk- och socialvård, och vidare bättre planeringsinstrument och skärpta kostnads- nyttoanalyser.

4. Effektivare personalplanering, vilket innefattar strukturer, dimensionering och rekrytering/utbildning.

5. Effektivare vårdarbete — metoder, differentieringsfrågor står i centrum.

6. Effektivare teknisk tjänst, vilket också betyder bättre apparatskötsel, underhåll av anläggningar och utrustning och berör utbildning och organisation.

7. Rationellare byggande med observans på miljöfrågor.

8. Ökad standardisering och egenskapsredovisning/provning av utrustning.

9. Ny arbetsbesparande eller eljest effektivitetshöjande teknik i övrigt (inkl medicinsk teknik).

Kostnadsutvecklingen måste brytas utan att vårdbehov och vårdkvalitet försummas, sade hr Nelander och slutade med några korta råd för samverkan:

Förtroendemännen bör skapa rationella förutsättningar för verksamheten på grundval av vidsynta bedömningar och sedan ställa krav på den operative chefen. Den operative chefen i sin tur måste visa att effektivisering av den verksamhet han förvaltar i ökad utsträckning verkligen är ett alternativ till att begära mer pengar eller personal.

Av läkaren i chefställning i första hand önskade hr Nelander hjälp också med effektiviseringsproblematiken. Och alla övriga bör alltid fråga sig om det de gör inte kan göras enklare men lika bra eller bättre — och ta initiativ till sådana ändringar!

Yngve Karlsson

"Vi och vår hälsa"

HULTAFORS

fysikalisk-dietisk kuranstalt enskilt
sjuk- och konvalescenthem

Postadress: 510 35 Bollebygd

Lämplig rekreationsort.

Alla moderna badformer,
elektricitetsbehandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Överläkare: Dr. N. Blomstedt

Mod. priser. Inga drickspengar

Begär utförligt prospekt.

Telefon Borås 033/950 50.

Samarbetskommittén för socialvårdens målfrågor

kommer att utge följande publikationer:

Socialvård i framtiden — Frågeställningar

Redogörelse för mål, värderingar och problemställningar

Tidens förlag. Bokhandelspris ca 8:75. Första uppl. 8.000 ex (ca 100 sid.) Vid förhandsbeställning: Förmånspris 4:35

Göteborgskonferensen

Konferenstryck avseende föredrag och anföranden

Tidens förlag. Bokhandelspris ca 15:—. Första uppl. 6.000 ex. Vid förhandsbeställning: Förmånspris 4:35

Kan beställas hos **Samarbetskommittén för socialvårdens målfrågor**, Box 8085, 200 41 Malmö 8, tel. 040/99 55 00 ankn. 102 eller hos Bokförlags AB Tiden, Sveavägen 68, 111 34 Stockholm, tel. 08/23 82 50

Den nu etablerade samverkan med FSS kommer att innebära att SMT regelbundet kan informera om föreningens verksamhet. Avsikten är även att bevakningen av socialvårdsfältet skall intensifieras — bl a genom försök att systematiskt följa upp det fortsatta arbetet med socialvårdens målfrågor.

Det kan i sammanhanget meddelas att för återstående tre nummer av SMT 1970 **förmånsprenumerations** kan tecknas om 10 kronor. Detta skall ske direkt hos **Socialmedicinsk Tidskrift**, Fack, 104 01 Stockholm 60, tel 08/83 20 83 eller 87 34 91.