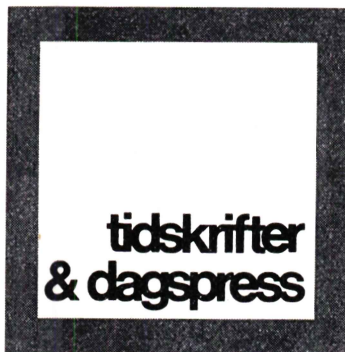




Red: Y Karlsson

Sjukvårdsavgift av bilist, rökare

I allmänhet måste man avvisa en prissättning på sjukvårdstjänster när behovet uppkommit, skriver ekon.lic. Ernst Jonsson i Landstingens tidskrift (2/68) som en kommentar till planerna på att höja vårdavgifterna vid sjukhus till mer än det dubbla. Ofta har individen inte något val när ett sjukvårdsbehov aktualiserats. Men en prissättning kan vara motiverad innan behovet uppkommit förutsatt att individen då har valmöjlighet. För en relativt stor del av sjukvårdsbehovet kan vid närmare eftertanke så vara fallet, t.ex. vad gäller bilism, rökning, yrkessjukdom och olycksfall i arbetet samt kostvanor.

För närvarande betalar bilisten ej för den andel av sjukvårdens kostnader, som den orsakar. Dessa kostnader betalas i stället via skatterna. Därigenom kommer denna kostnad ej att ingå i priset på bilinnehav, vilket innebär att detta pris blir i motsvarande grad subventionerat. Därigenom snedvrids konsumentens val mellan bilar och övriga varor. Denna snedvridning kan man rätta till genom t.ex. en särskild sjukvårdsavgift som knyts till bilinnehavet.

En sådan avgift kan ses som en försäkringspremie. Risktagarna — bilisterna — får betala sjukvårds-kostnaden, inte riskfallen — de skadade. Trafiksäkra bilar kan

t.ex. premieras genom lägre sjukvårdsavgifter. Vårdslösa bilister med hög skadefrekvens kan få betala högre sjukvårdsavgift.

Också rökare borde få betala motsvarande avgift. Man kan också tänka sig att lägga avgifter på sådan kost som kan medföra vissa sjukdomar. Genom att låta sjukvårdskostnaderna bäras av dem som orsakar dem kan landstingsskatten sänkas i motsvarande mån. Därigenom slipper icke-rökare, icke-bilister och så vidare vara med och betala. Genom att rikta priser mot företagen skulle man kunna förmå dem att i ökad utsträckning söka förebygga yrkessjukdomar och olycksfall i arbetet.

"De fattigas kris"

Om vi i någon rimlig mening kan tala om en "vårdkris" gäller det just de ekonomiskt och socialt svagaste grupperna, skriver *Aftonbladet* (3/4). Det är först vid en relativt hög standard som människor har möjlighet att fråga efter vård, utbildning och liknande ting. En trolig förklaring till det av låginkomstutredningen påvisade sambandet mellan stor sjuklighet och låga inkomster är att samhällets erbjudanden inte når dem som inte har en relativt hög standard.

Kravet på kollektiva ansträngningar ökar i takt med den höjda standarden — inte tvärtom som en del tror. De som för närvarande har de minsta möjligheterna att tillgodogöra sig samhällets tjänster på vårdområdet — liksom när det gäller utbildning — är de som har det allra största behovet av dessa tjänster.

Även — eller just — de fattiga måste få del av sjukvård och hälsovård, men för detta krävs inte bara mer aktiv vård utan även höjd materiell standard, större ekonomisk rättvisa.

Vad som i dag är mer angeläget är en fantasilös ytterligare

satsning på vårdsektorn är en omstrukturering av insatserna inom denna, t.ex. upprustning av vård och omsorg åt sjuka, gamla, handikappade, asociala etc. Behoven är på alla dessa områden omätliga. Den mest realistiska utgångspunkten för en diskussion om vårdfrågorna är vilka behov som skall tillgodoses, vilka ambitioner vi bestämmer oss för, slutar *Aftonbladet*.

Servicestängt efter kontorstid

Det är nödvändigt att rationalisera inom hälso- och sjukvården men situationen på vård- och specialavdelningarna gör att man efterlyser den totala målsättningen för rationalisering på våra sjukhus, skriver *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* (5/68). Är det verkligen lämpligt att indela dygnet i högfrekvent, lågfrekvent och övervakningstid när man på normalvårdsavdelningarna har många svårt sjuka, långtidssjuka, alkoholist och narkomaner som kräver omfattande vård och arbetsinsatser under dygnets alla timmar. I långvården är denna dygnsindelning endast teoretiskt genomförbar, eftersom praktiskt taget all tid är högfrekvent.

En annan märklig företeelse är att vårdavdelningarnas personal förväntas överta nödvändiga delar av serviceavdelningarnas verksamhet efter kontorstid, under sena eftermiddagar, veckoslut och helgdagar — dvs. under lågfrekvent och övervakningstid då personalantalet är uttunnat. Personalen på vårdavdelningarna får svara för frukostmatlagningen, koka välling och ägg, göra i ordning smörgåsar osv.

Det orimliga i detta förhållande att personer, som är utbildade och avsedda för det praktiska vårdarbetet med de sjuka i så stor utsträckning är sysselsatta med uppgifter som normalt åligger serviceavdelningar, är inte svårt att inse. Givetvis återverkar det på patientvården.

Nödvändig service måste finnas under hela dygnet om en tillfredsställande patientvård skall kunna ges. Går inte det krävs ytterligare personal till vårdavdelningarna, skriver Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor.

Hälsovårdsdepartementet

Vi måste lära oss varför vi blir sjuka, vi måste lära oss hur vi skall leva för att hålla oss friska, vi måste lära samhället hur man måste sköta omvärlden för att inte öka risken för sjukdom genom felaktig exploatering av mark, vatten, luft. Sådana små problem som diet och vikt, motion och elementär hygien är redan det i alltför stor utsträckning dimmiga begrepp bland medmänniskorna, skriver dr *Lag Hannerz* i Svenska Dagbladet (14/3).

Socialstyrelsens anslag — under en miljon kronor per år — för förebyggande hälsovårdsupplysning räcker ingenstans, man annonserar inte gratis. En god vara som den förebyggande hälsovården är väl värd att utbjudas på det sätt som andra ofta mindre goda varor går att sälja på. För den som har ensamrätt till Sveriges viktigaste annonsorgan, Sveriges radio och TV, kan det inte vara någon större svårighet att producera sådan regelbunden förebyggande hälsovårdsupplysning.

Men för att kunna genomföra en sådan allmän förebyggande hälsovårdsupplysning måste vi ha ett hälsovårdsdepartement med en speciell avdelning som enbart sysslar med förebyggande hälsovårdsupplysningsfrågor och som kan följa upp verksamheten och leverera material inte minst till radio och TV.

I skolorna gäller det att snabbt eliminera den skada som uppstått genom eftersläpningen i gymnas-

tiksalsbyggandet. Dessutom rekommenderar dr *Hannerz* förebyggande hälsovårdsupplysning på schemat. Kanske skulle man kunna komplettera gymnastiklärarnas utbildning med ett års skolning i förebyggande hälsovård — det skulle snabbt ge kompetenta lärare. Skolläkaren och skolsköterskor skulle kunna komplettera deras undervisning inom sina områden.

"Stort ont öga" i mentalvården

När man som patient alltför ofta utsätts för ett "mammigt" bemötande (mestadels av den typ som inget småbarn skulle tolerera), då upplever man givetvis situationen som pinsam och löjlig, irriterande och förnedrande. Och man är övertygad om att personalen uppträtt uppåt väggarna felaktigt. Men det har den alltså inte gjort — tvärtom, uppträdandet är helt i linje med en statlig utrednings allvarligt menade behandlingsförslag, skriver författarinnan *Gulli Lundström-Michanek* i en debatt om behandlingsetiken på det framtida sjukhuset i Läkartidningen (12/68).

Nåtan alla nyintagna första-gångspatienter känner sig berövade sitt fria handlande, sin bestämmanderätt över den egna välfärden — kort sagt sin vuxenhet. Det är känslor som konserveras om personalen behandlar oss som underåriga och menlösa. Känslan av förnedring är total. Vid min första intagning förändrades inte attityden hos personalen förrän jag blivit stark nog att upprepade gånger bita ifrån mig, skriver författarinnan.

90 procent av de hundratala akutpatienter jag mött har reagerat häftigt mot att bemötas som småbarn. Kusligt vanlig är kommentaren: "De behandlar mig som

om jag inte vore tillräknelig". Ibland tillfogas misstanken: "Men tänk om jag faktiskt är tokig, tänk om det är därför!"

Vårdpersonalen borde anbefallas att mot alla patienterna uppträda med samma normala vänlighet och respekt som mot vilken annan som helst vuxen utomstående. De läkare och sjuksköterskor som från början får oss att känna oss respekterade att verkligen hjälpa oss till hälsa. I ett par avseenden reagerar vi faktiskt som små barn: vi stegar oss inför allt som smakar nedlåtethet, och vi är allergiska mot "larvighet".

Utsikten att överallt på sjukhuset kunna utsättas för systematisk psykoterapi finner jag som patient skrämmande. Jag kan ju inte längre vända mig till någon utan att riskera hela min integritet. Detta att i framtiden "all personal på en psykiatrisk avdelning skall ha terapeutiska roller" kommer att kännas som ett stort ont öga, som man inte kan fly undan. Det kan bli outhärdligt för patienten och behandlingsresultatet blir lidande. Det är helt verklighetsfrämmande att tänka sig att all personal undantagslöst skulle vara lämpad för en terapeutisk roll. Men alltför många av de vårdande kommer mycket kompetent att utnyttja sitt övertag över patienterna. Det sker redan nu i en utsträckning och på ett sådant sätt att man fasar vid tanken på hur det kommer att bli när beteendet så att säga legitimeras.

Ett gott behandlingsresultat bygger mycket på förtroende, öppenhet, mänskligt jämställt bemötande och respekt för ens integritet. Dessa kvaliteter får inte gå förlorade i den framtida högefektiva sjukhusorganisationen. Hur utvecklingen än gestaltar sig får den inte ge mentalpatienten känslan av att successivt förvandlas från sjuk medmänniska i personlig ställning till ett effektivt bearbetat vårdobjekt, slutar författarinnan.

Oro för läkare

— Man kan inte undgå att känna en viss oro vid tanken på de läkare som man i en framtid kan tvingas anlita, skriver professor *Gunnar von Bahr*, Uppsala, i Svenska Dagbladet (26/3). Förslagen om vidareutbildningens organisation för läkare är ett glädjande framsteg, som kan främja kvaliteten av utbildningen inom de speciella facken. Det är dock att beklaga, att denna utveckling enligt förslaget kommer att gå ut över den väsentliga grundutbildningen.

Det har länge stått klart att den medicinska grundutbildningen åter måste reformeras. Den nya studieordningen som infördes 1955 byggde på flera felbedömningar. Det visade sig att genomsnittliga studietiden för med.lic.-examen blev över 8 i stället för 6½ år och man underlät att organisera en vidareutbildning, som kunde ge erforderligt teoretiskt underlag för specialistutbildning på olika områden. Det propedeutiska år som inskötts som en förmedlande länk mellan en förminskad med. kand-examen och studierna i kliniska ämnen motsvarade inte helt förväntningarna. Och utbildningen i det viktiga psykiatriämnet fick inte den omfattning och det värde som önskats.

Utredningen och ämbetsverkan finner att en relativt bred grundutbildning är nödvändig. Man framhåller också önskvärdheten av ökad utbildning i beteendevetenskaperna. Denna kan dock inte ersätta den biologiska skolningen. En läkare utan tillräcklig biologisk skolning är inte blott en dålig läkare — han kan vara en farlig läkare.

Sammanfattningsvis finner man att behovet av nuvarande grundutbildning kvarstår och att utökning med nytt kunskapsstoff är önskvärd. Erfarenheterna av nu gällande studieordning har visat att många studenter icke kan tillägna sig erforderlig utbildning i

kliniska ämnen inom därför avsedd tidrymd. Att under sådana omständigheter minska studietiden ytterligare är uppenbarligen orimligt utan sänkning av kvaliteten i utbildningen.

För våra myndigheter är tydliggen kvaliteten hos läkarkåren en bisak i förhållande till förkortningen av studietiden. Således föreslås grundutbildningen förkortad med ett år.

Möjligheterna till praktiskt arbete under grundutbildningen beskärs kraftigt, hävdar professor von Bahr, som anser att detta sänker undervisningens kvalitet. Han kritiserar skarpt den kunskapsprövning som föreslagits efter vidareutbildningens allmänna period. Denna kontroll skall inte "i första hand" vara att utröna läkarens kvalifikationer, vilket förefaller vara cyniskt med hänsyn till de hjälpsökande sjuka människorna. Kontrollen kan visserligen ge uppgift om en del minneskunskaper men inte någon uppfattning om vederbörandes förmåga att utnyttja dessa, vilket är väsentligare än att välja mellan olika givna alternativ.

Provet skall emellertid poängsättas, och det säges att detta betyg kan vara av betydelse för vederbörandes möjlighet att få befattning för vidareutbildning till specialist, respektive läkare med rätt att annonsera allmän praktik! Eftersom genomgången allmänutbildning skall ge rätt till självständig läkarverksamhet oberoende av nyssnämnda kunskapsprövnings resultat, riskerar man, att de mest okunniga läkarna kommer ut i självständig verksamhet men ej får möjlighet till vidareutbildning. Detta kan knappast vara en riktig ordning.

Kritiken mot utbildningsförslaget förstärktes senare av en rad skrivelser från professorer i psykiatri, medicin och kirurgi till socialministern. Man vände sig mot att det ovan nämnda provet enligt direktiven "inte bör underkännas". Professor *Jack Adams-Ray* utvecklade synpunkterna närmare i Läkartidningen (15/68).

Saknad dimension

Knarkfilosofin är ett symtom på att något är sjukt. Det är en dimension av religiös art som saknas. Men skall en drog vara nödvändig för att finna den dimensionen? Den frågan är en utmaning av både samhället och kyrkan, skriver stiftsadjunkt *Inge-mar Simonsson*, föreståndare för stiftsgården i Båstad, i Svensk kyrkotidning (6/68).

Det kan gömma sig inte så lite cynism i den vackra frasen: "Ni har er valfrihet". För hur fungerar det i praktiken? Jo, vi dukar upp ett smörgårdsbord med olika livsåskådningsrätter. Var så goda och smaka, säger vi. Själva äter vi inte. Och det finns inte någon av rätterna, som vi vill rekommendera. Det är inte så lätt, som teoretikerna tror, att välja allra helst som engagemanget så ofta helt lyser med sin frånvaro hos den som dukat upp smörgåsbordet.

Har vi inom kyrkan möjlighet att fånga upp den entusiasm och många gånger sunda protestlusta, som finns hos ungdomarna? Vi borde ha det. Evangelium har väl alltid fungerat som en utmaning mot det etablerade, som stelnat och blivit sig själv nog, och Kristi krav är revolutionärt och asocialt i den meningen, att det utmanar det inhumana i det sociala och samhälleliga mönstret. Alltför kristna ungdomar tycks inse detta och bidrar positivt till att häva den borgerliga belastning, som kyrkan varit drabbad av.

Är vi inom kyrkan till händer och fötter bundna av de äldres åsikter om vad som är passande i fråga om kyrklig verksamhet? Vilka mängder av entusiasm och goda initiativ har inte den bundenheten tagit död på.

Behöver narkomanens bristande anpassningsförmåga alltid vara ett sjukdomssymtom? Kanske borde dessa människors avhopp från samhället tvinga oss att fråga vad det är för fel på samhället i stället för att koncentrera oss på frågan, vad det är för fel på narkomanen. Det torde vara nöd-

vändigt att ställa frågan så, skriver pastor Simonsson, som ställer sig positiv till tanken att kyrkan skulle våga sig på experimentet att låta "klassikerna i narkomanvärlden, aparta till sin läggning och omöjliga att återanpassa till det samhällsmönster vi nu har, få skapa sitt eget lilla samhälle".

Vi behöver miljöer, där människor, som känner sig oacceptabla blir accepterade och behandlas som vanliga människor. Den miljöterapi, som vi hittills bedrivit på Stiftsgården i Båstad, har lärt mig, att just upplevelsen av att bli tagen på allvar betyder mer än något annat för att återvinna det självförtroende, vars avsaknad en gång fick vederbörande att ta sin tillflykt till narkotikan. Vi behöver massor av såna här miljöer, om inte vår insats skall bli en droppe i havet. Jag har fått mängen klapp på axeln för mitt initiativ. Men jag börjar bli rätt trött på axelklappandet. Vad jag helst önskar se är att andra följer efter. Men varför sker det i så liten utsträckning?

Ny narkomaniform

Återigen har läkarkåren kommit på efterkälken i fråga om lust- och stimulationssökande individers företagsamhet att utnyttja vissa läkemedel till missbruk i euforiserande syfte och sättet att skaffa dem. Denna gång är det avmagringspreparat som i stort sett ansetts ofarliga: Tikobes, Tylinol, Dobesin, Obesidyl som innehåller dietylpropion, konstaterar chefsåklagare Jan Allmark, Halmstad, och professorn i rättspsykiatri Gösta Rylander, Stockholm, i Läkartidningen (15/68). De båda gör konstatandet efter utredningen om en narkotikahärva i Halmstad.

Dietylpropion kom ut på marknaden 1958, två år senare varnade Modell för riskerna och 1962 skildrades ett narkomanifall, där preparatet ersatt amfetamin och preludin. Därefter har enstaka fall

förekommit i Sverige men i Halmstad utvecklades bruket till en hel epidemi.

Gänget i Halmstad använde avmagringsmedlet ungefär som sprit, på lördagskvällarna, men doserna ökades snabbt och man började använda medlet också vanliga veckokvällar. Gänget började växa. Flera av dess medlemmar uteblev från arbetet och presterade sämre resultat. Preludin och ritalin, t.o.m. i några fall heroin och LSD samt hasch kom med i spelet. Polisen sprängde dock gänget innan de flesta fastnat i narkomani.

Ett popband och en yngling som lärt sig misbruka dietylpropion på ungdomsvårdsskola tycks ha varit "smittkällan" från början. De fetaste i (eller ibland någon utanför) gänget skickades till läkare för att få nya tabletter. Det gick uppenbarligen lätt att lura läkarna, bl.a. därför att man vidgade kretsen och gick till grannstäderna också.

Dietylpropion var inkörsport till andra preparat. Allmark och Rylander betvivlar att medlet har något medicinskt berättigande — den aptitnedsättande effekten räcker högst två veckor och sedan äter patienterna upp sig. Slutsatsen ligger då nära till hands att preparatet antingen läggs under narkotikaförordningen eller förbjuds.

Inkörsport till rehabilitering

En noga kontrollerad legal tilldelning kan tänkas bli en inkörsport till en social rehabilitering, oavsett om medlet förgiftar eller normaliserar vederbörande. Man kan dra en parallell — en äventyrlig sådan det medges — med de s.k. kurativa motböcker med begränsad sprittilldelning som på sin tid gavs åt missbrukare i syfte att minska deras benägenhet att söka upp langare. Ett stort antal

psykiatriska patienter får löpande underhållsdoser av beroendeskapande läkemedel mot depression etc. De långsiktiga verkningarna är ovissa, men man känner ingen bättre utväg, skriver *Dagens Nyheter* (1/4) om Nils Bejerots utdömande av underhållsdosering av centralstimulantia.

Den föreskrivning av centralstimulantia som alltså pågår hos ett flertal läkare bör utnyttjas vetenskapligt så att jämförelse kan ske med andra behandlingsformer. En förutsättning för metoden torde vara att varje läkare har endast ett fåtal patienter. Vid massbehandling blir risken för överlåtelser överhängande.

Bejerots recept, att eliminera smittspridarna genom massinspärning på anstalter under långa perioder, är i praktiken inte genomförbart. Metoden är betänkligheten från rättssäkerhetssynpunkt, ty de svåraste missbrukarna är inte alltid de farligaste smittspridarna. Man vet ytterst litet om självläkningen bland intravenösa missbrukare. Det är svårt att mobilisera opinionsstöd för en behandlingsform som går rakt emot strävandena till ökad öppen vård inom angränsande vårdområden och som med visshet kommer att fixera missbrukarna i sociala attityder utan att på lång sikt bota själva giftberoendet.

Till dess erfarenheten visat motsatsen måste lösningen av narkomanvårdsproblemet sökas väsentligen inom öppna och uppsökande socialmedicinska behandlingsformer i linje med strävandena inom övriga sociala och psykiatriska vårdområden, slutar *Dagens Nyheter*.

Öppna dörren utåt

Öppna dörrarna på ålderdomshemmen men öppna dem åt rätt håll — mot det levande samhället, manar sekreteraren i Svenska kommunförbundet K. G. Larsson i *Socialt forum* (2/68). För den andligt vitale åldringen måste det vara mer stimulerande att ha kontakterna mot det levande sam-

hället än mot ett — om än så bra — sjukhem. Och vi skall väl i det längsta stimulera den åldrande människans aptit på livet.

I många kommuner tycks den öppna och slutna åldringsvården fungera som två i huvudsak helt olika vårdgrenar. Föreståndaren på ålderdomshemmet svarar för omvårdnaden av sina patienter, socialvården för den öppna vårdens aktiviteter. Flera skäl talar för en bättre samordning.

Enighet råder om att den öppna åldringsvården bör effektiviseras. Det kan gälla utspisning eller matdistribution, fotvård eller hårvård, sysselsättning eller gymnastik, förströelse eller studieverksamhet, d.v.s. aktivering och personlig omvårdnad. Aktiviteter av detta slag kan med fördel knytas till ålderdomshemmet, som då blir en central för hela åldringsvården i kommunen. Ledningen av hemsamaritverksamheten kan läggas på föreståndare eller biträdande föreståndare.

Man kan på detta sätt både bryta ålderdomshemmets isolering och genom öppnavårdens pensionärers kontakt med ålderdomshemmen underlätta en flyttning dit så småningom. Hemsamaritverksamheten skulle kunna ges ett bättre samlat grepp om vård-situationen och ge möjlighet till viss jourtjänst. För vårdpersonalen slutligen bör en integrerad öppen och slutna vård ge mer omväxling, anser K. G. Larsson.

socialmedicinsk tidskrift

Prenumerationspris:

Helår kr 35, halvår kr 18.

Studerande helår kr 18.

Lösnummer kr 4.

Tidskriften utkommer med 10 nummer per år (1 per månad utom juli och augusti).

Återgivande helt eller delvis av originalartiklar ur smt utan angivande av källan förbjuds.

Annonsavdelning:

Red. Nils Byttner, Strandliden 60, Vällingby.

Tfn 08-38 52 99, 38 77 58.

Annonspriser:

Omslagets andra sida kr 500, omslagets fjärde sida kr 600, första inlagssidan kr 500,

helsida kr 450, halvsida kr 250, kvartsida kr 150. mm-pris kr 1: 25 pr enkel spalt 70 mm.

Spalthöjd 210 mm, spaltbredd 70 mm, sidans bredd (2 spalter) 150 mm.

LÄDER och SKINN

för handskar, väskor, portföljer
och läderplastik

★

**Leverantör till sjukhusens
arbetsterapiavdelningar**

CV KLINT

Lilla Nygatan 11 — STOCKHOLM

TELEFONER: 10 23 38, 20 03 68

Unna Er en hälsobringande vila på Mösseberg

Tel. Falköping 0515/100 46 för upplysningar
Vx. sanatoriet Falköping 0515/132 20

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning, mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila.

9 håls golfbana (6 km.)

Patienter lidande av tuberkulos eller svårartad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.

Begär prospekt