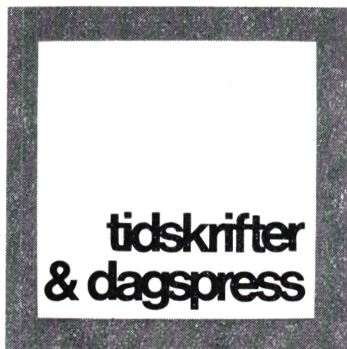




Red: Sten Söderberg

Storsjukhusen förorenar

Under de uppseendeväckande rubrikerna "Skrämmande passivitet av kommuner — landsting: Hälften av storsjukhusen släpper ut vattnet orenat" skriver *Svenska Dagbladet* bl. a:

Hygien vid våra sjukhus är god — men den slutar tvärt vid sjukhusväggen. I en undersökning av 108 större svenska sjukhus visade det sig att mer än hälften släppte sitt vatten helt orenat till kommunens reningsverk, som inte alls är avpassade för det farliga sjukhusavloppet.

Undersökaren Samuel Arfwidson, länsläkare i Jönköping, påpekar att sjukhusutsläppen är minst lika farliga som storindustrins — ofta farligare. Vårt moderna och rena samhälle är känsligare än någonsin för infektioner. SvD har pejlat stämningen bland centrala och lokala myndigheter runt om i landet och har ibland funnit en skrämmande passivitet hos de ansvariga i landsting och kommuner. Årets stad — Karlstad — släpper ut sitt sjukhusvatten direkt i Vänern.

En rad intervjuade sakkunniga bekräftar påståendena. Men det finns undantag:

Malmö allmänna sjukhus kan tjäna som "skolexempel" för många svenska sjukhus när det gäller hygienfrågan utanför sjukhusväggarna. Här har man ett ny-

byggt, effektivt reningsverk, där regelbundna prover tas. Man samarbetar intensivt med hälsovårdsnämnden. Man har hygiengrupper som arbetar utåt — de försöker upptäcka felaktigheter i vardagsrutinen som kan medföra smitt-fara utanför sjukhusets väggar.

Rörliga läkarstationer

Arbetsgivaren skriver:

Svårigheterna att bygga upp en innehållsrik företagshälsovård — som också innefattar arbetarskydd — inom en bransch med många ofta små och rörliga arbetsplatser är betydande. Inom byggnadsområdet har man utrett och planerat och stannat för en branschvis lösning i enlighet med rekommendationen i det huvudavtal om arbetarskydd och företagshälsovård, som träffades mellan SAF och LO för ganska precis ett år sedan. Resultatet blev Bygghälssan, en ideell förening omfattande företag inom Byggnadsindustriförbundet, Sveabund, Rörledningsfirmornas arbetsgivarförbund samt Målarmästarnas riksförening. När organisationen är uppbyggd 1972 får 200.000 anställda inom byggsektorn sin hälsa övervakad via 17 regioncentraler spridda över hela landet och genom återkommande hälsokontroller på arbetsplatserna med hjälp av mobila enheter.

Genom central registrering blir det möjligt att följa den enskilde anställda även när han byter arbetsplats och flyttar över regiongränserna. Han kan fångas upp vid hälsokontrollerna, som är tänkta att äga rum vartannat år, och han kan uppsökas om man vill nå honom av några speciella skäl.

Det är tydligen en väl genomtänkt plan man har kommit fram till. Svårigheten med sjukkontroll och sjukvård inom yrken med stor rörlighet är ju eljest uppenbar. Det är betydligt lättare att ordna sådana saker vid de fasta arbetsplatserna, exempelvis inom verkstadsindustrin, i synnerhet nu då arbetskraftens tidigare överrörlighet har dämpats.

Läkemedelsinformation

Debatten om det tilltänkta centrala organet för läkemedelsinformation har förts med en viss hetsighet. I en lång ledande artikel refererar *Arbetet* och framför sina egna synpunkter. Artikeln ger en god återspeglings av argumenten för och emot.

I början av året lade socialstyrelsen fram ett förslag om central läkemedelsinformation. Många remissinstanser ställde sig kritiska, i en del fall mycket kritiska, till denna tanke. Läkartidningen anser i en sammanfattande kommentar till remissvaren, att förslaget i själva verket skjutits i sank.

Omdömet torde vara något överdrivet. I varje fall tycks socialdepartementet ha funnit så betydande nyanser i svaren, att man är beredd att föra tanken vidare.

Redan i september ska socialstyrelsen lägga fram förslag till organisation av en central kommitté för läkemedelsinformation. Därefter är det troligt, att viss försöksverksamhet kommer till stånd i samarbete med de lokala läkemedelskommittéer, som finns vid de större sjukhusen.

Debatten om central läkemedelsinformation har kommit att snedvridas på ett ganska märkligt sätt. Sålunda görs på sina håll gällande, att en central kommitté skulle komma att binda läkarna nära nog till händer och fötter.

Läkarna skulle bli endast receptskrivande robotar, sägs det i *Sydsvenska Dagbladet* (ob lib). Tanken är grotesk. Något sådant kan inte ha föresvävat den samlade expertisen i f.d. medicinalstyrelsen. Tanken måste i stället ha varit att ge läkarna större och bättre möjligheter att orientera sig i den mängd av läkemedel, som står till förfogande.

Socialstyrelsen kan naturligtvis inte ha några planer på att ta ifrån läkarna rätten att fritt välja preparat på eget ansvar. Inte heller någon annan, som har ansvar för sjukvården, kan komma på en så horribel tanke. Däremot måste det vara ett gemensamt intresse, att preparaten används på bästa möjliga sätt.

Behovet av läkemedelsinformation är mycket stort. Det framgår

inte minst av läkarförbundets eget yttrande. Man pekar t. ex. på, att det behövs en motvikt till läkemedelsindustrins information, vilken inte kan sägas vara objektiv i betydelsen obunden. Just detta sista har lekmännen länge haft på känn, och det är bra att det nu bekräftas av läkarna. Det bidrar till att lyfta upp den allmänna debatten från en nivå, där det funnits alltför stort utrymme för tro och tyckande.

Bibliotek på sjukhus

Biblioteksbladet har utgivit ett mycket välredigerat specialnummer om sjukhusbibliotek och deras vård. Bortsett från ett mindre antal sjukhus tycks biblioteksservicen vara ganska illa ordnad i landet. Hela verksamheten behöver tydligen organiseras om så att den blir effektivare. Bibliotekskonsulent Lisbet Höök skriver:

"Biblioteksverksamheten är ett led i sjukhusens hela verksamhet. Det är sjukhusens huvudmän som ytterst avgör biblioteksverksamhetens omfattning. Anslagen till sjukhusbiblioteksverksamheten år 1965 varierade för landstingsområdenas del från ca 58 kr per vårdplats till ca 4 kr per vårdplats (räknat som ett genomsnitt för alla typer av sjukhusplatser inom landstinget). Inom de olika landstingsområdena förekom sedan betydande skillnader i anslagen per vårdplats mellan olika sjukhus. Anslagen varierade mellan över 90 kr per vårdplats till ca 3 kr per vårdplats. Här kan inskjutas att sjukhus för lättskötta psykiskt sjuka och enskilda sjukhus och sjukhem förefaller genomsnittligt vara speciellt illa ställda. Den olika inställningen till läsbehoven kommer till synes inte bara i de varierande anslagsbeloppen utan även i olika utrustnings- och inredningsfrågor. Sjukhus och sjukhem för långtidsvård som t. ex. saknar (läs-)lampor vid sängen finns ännu i olika delar av landet, och i fråga om tillgång på bandspelare, särskilda bibliotekslokaler etc. råder liknande förhållanden."

Det måste naturligtvis bedömas som ytterligt viktigt både ur tera-

peutisk och allmänkulturell synpunkt att frågan om sjukhusbiblioteken löses, helst lika för hela landet och med generositet. Det gäller ganska små pengar om man jämför med övriga kulturutgifter — till exempel vad staten bidrar med som stöd åt filmen.

Lisbet Höök har konkreta siffror att komma med. Om man anslog exempelvis 40 öre per vård dag åt kroppssjukhusen, skulle man få en mycket god biblioteksservice. Hon avslutar med konstaterandet:

"Ett boklån ger patienten en meningsfull sysselsättning under åtskilliga timmar, kan bidra till hans aktivering och förkovran och avlastar på så sätt mycket och dyrbart arbete för den direkta vårdpersonalen."

Ett experiment och dess resultat

Tidskriften *Alkoholfrågan* 3/68 konstaterar att fyllerisiffrorna fortsätter att öka, inte minst bland kvinnor och ungdomar under 18 år. I Gävleborgs län gjordes under tiden mars—oktober 1967 ett experiment med registrering av alla rusdrycksinköp i systembutikerna. Hur föll detta experiment ut? Tidningen summerar:

Om man då först jämför med motsvarande tid 1966, visar Gävleborgs län ökning med endast 3 % mot 6 % för riket i dess helhet, en skillnad som mycket väl kan vara av tillfällig art. Ser man på de olika polisdistrikten, visar tre större ökning än riksgenomsnittet. Bland dessa tre återfinnes Söderhamns polisdistrikt, det enda som inte gränsar till något annat län. Obetydlig minskning föreligger endast i Gävle och Ljusdals polisdistrikt.

Jämför man så förändringen i Gävleborgs län under försöksperioden med motsvarande förändring under fyramånadersperioderna närmast före och efter försöksperioden, finner man en något gynnsammare utveckling under försöksperioden, medan motsatsen

är fallet med rikssiffrorna. Inte heller denna skillnad medger dock någon säker slutsats. Ser man på de olika polisdistrikten blir bilden skiftande. Någon deciderad förbättring kan inte iaktas, medan däremot i ett distrikt (Sandvikens) en klar försämring framträder under försöksperioden.

Slut med fria starkölet

Ett experiment i motsatt riktning som nu har stoppats var den fria starkölsförsäljningen i Göteborg och Bohuslän samt i Värmland. Något direkt sifferunderlag för åtgärden föreligger inte. Det har från IOGT-håll sagts att ungdomen har missbrukat denna frihet, trots att försäljarna säkert i allmänhet strikt har hållit på 18-årsgränsen.

Livsrollen

Under rubriken "Livsrollen och samhället" publicerar *Arbetsrapporten* (5/6) en artikel om "haveriet med livsrollen".

Med dr Ricardo Edström, chefsläkare vid statens personalvårdsnämnd, efterlyser en mer konstruktiv mentalhygienisk inställning i vård- och socialpolitiken. Mycket av det som dagligen intygats vara sjukdom — neuroser, stress, alkoholism — kan snarare betecknas som ett "haveri med livsrollen". Samhället pressar fram supplikanter, genom att göra sjukintygen till en förevändning för hjälpåtgärder. Edström föreslår utökad psykoterapi på arbetsplatser, inom socialvård, rättsväsen etc — en verksamhet grundad på samarbete mellan sociologer, läkare och psykologer.

Det är svårt att dra en gräns för vad som är sjukdom i egentlig mening. Mycket av det som läkare dagligen intygats vara sjukdom — neuroser, depression, självmordsförsök, alkoholism, narkomani, stress — borde snarare hänföras till vad en del psykiatrer vill kalla "haveri med livsrollen". Till och med vår svåraste och största mentalsjukdom —

schizofreni — för vilken intet organiskt underlag har kunnat upptäckas, kan höra till livsrollshaverierna. De så kallade psykosomatiska sjukdomarna, magsår, tarmkatarr, högt blodtryck, migrän och allergier etc. kan då sägas vara sjukdomar endast i den utsträckning de och deras orsaker kan observeras med vanliga naturvetenskapliga metoder. Resten skulle vara livsrollsproblem. Upplevelsen av defekt och denna upplevelses konsekvenser för arbetsförmåga och självständighet är livsrollsproblem. Fördelen med denna nya indelning är bl.a. att den klargör att läkarna inte ensamma borde dra lasset när det gäller livsrollsproblemen. De flesta läkare är inte alls utbildade att handskas med den problematik man möter där. Myndigheterna har gjort det lätt för sig genom att ålägga läkarkåren en mängd ställningstaganden och uppgifter som borde vara alla ansvarsinstansers angelägenhet. Det första man måste göra för att få en skadad människa rehabiliterad är att förmå henne att överge känslan av att vara defekt. Det kan vara svårt. Det har sina fördelar att bli betraktad som sjuk. Man får medmänniskornas sympati och medkänsla, man får pengar från staten för uppehälle och omskolning. Man kan få bostad och förlåtelse för missgärningar. Men dessa fördelar är kortsiktiga. På längre sikt motverkar de individens intressen genom att sjukrollen hindrar honom från att bli självständig och bygga upp sin självkänsla.

Man kan jämföra detta med att det i USA förekommer att kineser även efter universitetsutbildning använder "pidzu-engelska" och att negrer med hög bildning då och då återfaller i Onkel Toms rotväliska, därför att folk väntar sig den rollen av dem och det är bekvämast att ej avvika från miljöns förväntan.

Mormorsroll för ensamma gamla

Sinnets Helse, den utmärkt redigerade lilla tidskriften för Norges Landsforening for Mentalhygiene, har i nr 2/68 ägnat flera artiklar åt åldringsproblemen. Magister Knut Langefeldt i Norges Sosialforbund talar i artikeln Mot en yngre alderdom om de gamlas möjlighet att lära nytt: den moderna vuxenpedagogiken anser att vi kan lära hela livet igenom, att vi alltid kan förnya oss. Det gäller bara att få de gamla att inse att forskningen har visat vilka möjligheter de har.

Ett intressant uppslag framförs av socialkurator Tove Tau i artikeln Kontakt mellom generasjonene:

Dette med å være gammel betyr jo ikke alltid, slik en ofte kan

få inntrykk av når en leser og hører om den eldre generasjon, at det dreier seg om skrøpelige og hjelpeløse individer. Tvert om er det forbausende å se hvorledes de fleste eldre klarer seg stort sett, eldre enkemenn som steler på egen hånd tross at de for lengst har passert de 90. Eldre damer som er både kvikke og livlige og fører hus og dyrker foreningsliv inntil de nærmer seg de 100. Vi hører så altfor meget om de isolerte, de deprimerte og de hjelpeløse som appellerer til samfunnet om hjelp. Svært mange, og flere enn vi kan klare å hjelpe, trenger denne hjelp, men svært mange burde kunne snu innstillingen og se at det kunne etableres et gjensidig forhold til de unge. Hvorfor ikke — til gjensidig glede og nytte skape slike kontakter? Skape tante-, bestefar- og bestemorroller for de enslige som har vært berøvet disse gleder og denne følelse av å høre med til en familie. Hvorfor skal de eldre sitte der og sture og vente på døden når det innenfor deres rekkevidde finnes nok av oppgaver som de kan klare og som de vil kunne fylle sitt liv med? Det gjelder ikke minst i drabantbyene og i de store blokkene hvor folk lever så isolert inten de er unge eller gamle.

Kort sagt: ensamma gamle kan vikariera som farfar eller morfar, farmor eller mormor åt ensamma unga. Sikert skulle båda parter kunna trivas med detta "rolltagande".

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 förbjudes.

Annonsavdelning:

Red. Nils Byttner, Strandliden 60, 162 04 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.