



TIDSKRIFTER OCH DAGSPRESS

Alkoholisten i den medicinska vården

I *Läkartidningen* har överläkaren vid Stockholms stads alkoholpolikliniker Rune Dimberg skrivit en artikel om det medicinska sättet att omhänderta fyllerister. Många har länge undrat vari den medicinska behandlingen av alkoholister består och även hur en fyllerist skall tas om hand.

Dimberg påpekar hurusom en bred opinion under de sista 10—15 åren med stöd av sociala, polisiära, juridiska och medicinska intressen krävt en radikal omläggning av fylleristbehandlingen. Det har hänt dödsfall i polisaresterna, även självmord bland för fylleri omhändertagna har inträffat. En omprövning av hela frågan om fylleristernas omhändertagande pågår i en Kungl. kommité som tillsattes 1963.

Dimberg tänker sig nu att själva gripandet av fylleristen måste ske som hittills genom polisens försorg. Man kan dock tänka sig att civilpatruller får uppgiften om hand i större utsträckning än nu, likaså att ambulanser, räddningskårens bilar, taxi och andra transportmedel snarare kan komma till användning än polispiketer. Efter

gripandet skulle fylleristen kunna föras till hemmet, som ofta sker i Danmark, eller han kunde transporterats direkt till sjukhus. Normalförfarandet kommer dock sannolikt att bli att fylleristen tas till poliskontoret och därefter till sjukhus. Frågan är sedan vilka sjukvårdsinrättningar som skall användas för alkoholvården. Man vet att de psykiatriska klinikerna har ont om plats och detsamma gäller de internmedicinska avdelningarna på lasaretten. Alkoholpatienterna verkar för övrigt inom den normala kroppssjukvården ytterligt störande och tar upp alltför stor del av personalens arbetstid. Dimberg menar därför att nyinrättade specialavdelningar krävs för alkoholvården. Men det är fråga om en stor sak. Enbart i Stockholm har man att räkna med 20.000—30.000 fylleristfall per år! Redan planering och utbyggnad av vårdenheter blir en besvärlig uppgift. Än värre kommer personalproblemen att bli.

Personalproblemet inrymmer i första hand frågan om utbildningen. Det gäller alla slags kategorier, läkare, sjuksköterskor, vårdare, psykologer och socialkuratorer. Den utbildning dessa grupper normalt får räcker icke för detta specialområde. Såväl teoretisk som praktisk komplettering krävs därutöver. Om någonting praktiskt inom rimlig tid skall kunna ske måste utbildningen igångsättas så snart som möjligt. Om det är så, att alkoholvården skall betraktas som en medicinsk uppgift, måste medicinalstyrelse och landets sjukvårdsstyrelser väsentligt aktiviseras för dessa uppgifter. Detta har inte skett. Konsekvenserna är många och betydelsefulla.

Hela frågan om alkoholproblemet som medicinsk vårduppgift växer ytterligare i betydelse och svårighet då man väl känner hur besvärande och hittills olöslig sjukvårds krisen utan alkoholklientens belastning redan är.

Kanske sammanslagning av social- och medicinalstyrelserna

Tidningen *Sjukhuset* nr 11 1964 ger ett referat av de utredningar som pågår för en omorganisation av Socialstyrelsen respektive Medicinalstyrelsen. De båda utredningarna har nu av Socialdepartementets chef fått i uppdrag att i samråd utreda och framlägga förslag rörande en ev. gemensam centralorganisation för socialvård och medicinalväsande. Några vårdområden är av intresse för båda styrelserna och i ett flertal gränsområden, t. ex. ifråga om långtidsvård och åldersvård, uppkommer kompetenssvårigheter med nuvarande organisation. Socialstyrelseutredningen anser sig emellertid redan nu behöva yrka på personalförstärkningar i Socialstyrelsen för att den skall kunna tillfredsställande fullfölja sina skyldigheter fram till dess att en ev. ny organisation kan träda i kraft. F. n. är Socialstyrelsen organiserad på 4 vårdbyråer och en lagbyrå. En administrativ byrå föreslås nu tillskapas. Personalstyrkans storlek blir beroende på hur mycket samhället är berett att satsa på en statlig aktivitet i syfte att höja standarden inom åldersvården.

Vår kommentar: Det kan vara en fara i att förstärka de centrala myndigheterna så mycket att det byråkratiska systemet blir för tungrott. De kommunala och landstingskommunala huvudmännen för ålders- och sjukvård har numera så stor erfarenhet och stort ansvar att behovet av central granskning och dirigerings blir allt mindre. Tankarna på en decentralisering av många statliga uppgifter till länsstyrelser med karaktären av demokratiskt vald länsregering skulle innebära att behovet av central byråkratisk förstärkning minskar.

Sjukhusets miljö

I tidningen *Sjukhuset* nr 10 1964 pläderar inredningsarkitekterna Kaj Larsen och Dareljus för att byggherrarna på ett tidigt stadium skall planera även miljöutformningen av sjukhus. Sjukhuset skall jämföras med en stad där en hel mängd olika funktioner skall tillfredsställas men där det finns en viss risk för att miljön blir alltför steril, artificiell och skrämmande. För att få en mänskligare och vänligare atmosfär är naturmaterialen trä, textil och blommor viktiga komplement. Planeringsavdelningen med arkitekt och specialistgrupper bör så tidigt som möjligt omsorgsfullt diskutera miljöfråga och arbetsmetodik.

Rationalisering och experiment i sjukhusdriften

Sveriges landstings tidskrift ger i sitt decembernummer ett referat av *höstens radio-TV-debatt* om sjukvårdskrisen. I sin kommentar framhåller tidningen att egentligen inga nya uppslag framfördes i debatten och att de faktiskt pågående rationaliserings- och experimentarbetena alltför litet berördes. Tidskriften innehåller en del fakta om sådant arbete. Organisationsdirektören i landstingsförbundet Sverre Royen redogör för rationaliseringsbehov inom sjukvården. Vi får överge den lilla autonoma vårdavdelningen med sin fast anknuten personal och i stället betrakta sjukhusets vårdresurser som tillhörande hela sjukhuset att fördelas efter skiftande vårdbehov. Arbetsmängden på en avdelning skall baseras på vårdbehovet i stället för på antalet patienter, vilket innebär en värdering av nödvändig service på olika avdelningar. Den erforderliga rörligheten kanske kan uppnås genom att en del av personalen blir gemensam för flera avdelningar och fördelas efter behov.

Sjukhuskontoren

Ökningen av antalet tjänstemän i administrationen accelererar snabbt, samtidigt som en så låg effektivitetsgrad som 50—60 % kunnat konstateras. Automatisk databehandling kommer ofrånkomligt att införas på olika sätt och landstingen planerar att ADB-systemet skall vara infört vid årsskiftet 66—67 genom samarbete mellan de olika landstingen. I arbetet på detta har rådet för sjukhusdriftens rationalisering SJURA en central roll. Den arbetar nu med en rad expertgrupper som sysslar med datatransmission, journalbedömning och upptagning på magnetband, kemisk laboratorieautomatisering med ADB, standardisering av röntgenutlåtanden, bildlager och bildanalys, utnyttjande av ADB för giftinformationscentralens material, kontinuerlig registrering med databehandling av Ekg under anestesi. En annan SJURA-grupp utreder arten och omfattningen av de administrativa arbetsuppgifter som utförs inom vårdavdelningen, en annan med sjukhushygien för utarbetande av enhetlig metodik för provning av desinfektionsmedel och autoklaver samt utformning av bäddcentraler.

Kostutredning

För utredning av kostförhållandena planeras ett samarbete med andra storköksnärings, t. ex. inom restauranger och matserveringar, där ett forskningsinstitut kallat institut för storköshållens rationalisering är under organiserande. Sjukhusets personal föreslås centraliserad till särskilda personalkontor. Central utbildning av personaltjänstemän planeras också.

Effektiv sjukhusstädning

Landstingsförbundens organisationsavdelning utreder en ekonomisk städorganisation. Städningen av landstingets olika institutioner kostar f. n. 100 miljoner kronor om året. Genom att organisera centra-

la städgrupper fristående från vårdavdelningarnas personal och genom effektivare städmetodik och tidsbesparande organisation beräknas stora besparingar kunna ernås samtidigt som hygienien förbättras genom centraltvättning av golvmoppar som steriliseras och våtförpackas innan de följer med städpatrullerna ut på avdelningarna. Efter centrala arbetsstudier kan ackordsarbete tänkas bidra till effektiviseringen.

Ny länsindelning

Förre landshövdingen K. J. Ohlsson har avgivit sitt betänkande: Organisations- och samarbetsfrågor i Stockholmsområdet, där han föreslår ett storlandsting med gemensamt arbetsmarknadsorgan samt en gemensam länsmyndighet. Avgränsningen av det nya storlandstinget hänskjuts till den nya länsutredningen, som pågår under ledning av bankdirektör C. H. Nordlander. Denna utredning behandlas kritiskt av landstingsdirektör Fredrik Lindencrona i Mariestad som påpekar att inte endast de statliga länsbehoven får bestämma den framtida indelningen. Landstingens rationella sjukvårdsorganisation måste tillmätas avgörande betydelse. Det är inte säkert att så stora enheter som 400 000 personer är önskvärda ty den nära kontakten mellan sjukvårdens huvudman och dess avnämare, d. v. s. patienterna, måste bibehållas om landstingets goda resultat om sjukvårdsorganisation skall bestå. Den lämpliga landstingsenheten bör alltså vara så stor att en rationell organisation av sjukhusväsendet möjliggörs, men icke så stor att kontakten med patienterna förloras. Faran med alltför stora enheter har visats av den statliga mentalsjukvården där ju den planerade överflyttningen till landstingsdrift innebär en decentralisering.

Skatteutjämningsproblemet är vitalt men kan knappast lösas ge-

nom sammanslagning av angränsande landstingsområden då dessa ofta har likartat skatteunderlag. Så är t. ex. fallet med sydöstra Sveriges landstingsområden där en sammanslagning är föreslagen. (Kronobergs, Kalmar och Blekinge län).

Standard för ambulanser, sjukbilar och sjukbåtar

Efter de riktlinjer som redovisats i tidigare utredningar håller Centrala Sjukvårdsberedningen på att genom särskilda arbetsgrupper få till stånd en svensk standardisering av ambulanser, sjukbilar och sjukbåtar. I *Sveriges landstings tidskrift* (häfte 7/1964) redovisar byrådirektör C. E. Engblom för de förslag som hittills framlagts och som därefter gett anledning till påpekanden och ändringsförslag. Tills vidare är det klarlagt att sjukhytten bör göras rymligare än vad den varit i flertalet ambulanser. Inredning och utrustning skall anpassas för vård under transporten av två liggande eller skadade personer.

Det förekommer i Sverige omkring 300.000 sjuk- och olycksfallstransporter per år i ambulanser. Därtill kommer ett betydande antal transporter även av liggande sjuka i sjukbilar (droskbilar). Vederbörande arbetsgrupp i CRB föreslår att de standardiserade fordonen skall vara avsedda för såväl sjuk- som olycksfallstransporter. Man har ingående diskuterat måtten på sjukhytten. Ur medicinsk synpunkt är vårdarens naturliga plats, särskilt där andningshjälp krävs, bakom den sjukas huvud. Det behövs därför en sittplats bakom bårarna och ett visst rörelseutrymme däromkring. Man har hittills angett dels minimimått och dels önskvärda mått på sjukhytten. Några mått i millimeter av sjukhytten (minimimått anges inom parentes): inre längd 2.800 (2.450), inre bredd 1.600 (1.300), inre höjd 1.600 (1.450).

Detta mått anger "ståhöjd" mellan förarhytt och bårens huvudända. Inre höjd i bårplanet 1.200 (1.000).

Följande materielsatser föreslås: förbandsmateriel, vårdmateriel, förlossnings-, infusions- och annan läkarteknisk utrustning. Materiel för konstgjord andning och syrgasbehandling samt för allmän hygien. Viss materiel skall vara plomberad och får endast bytas av behörig t. ex. läkare. Vissa läkemedel skall också finnas, om vilket medicinalstyrelsen bör utfärda anvisningar.

I fråga om droskbilar som skall användas för transport kräves att den sjuke skall kunna föras in och tas ut utan svårighet och att det finns plats för vårdare vid båren. Vid sjuktransport skall droskbilen medföra utrustning av materiel för sjukvård och därjämte viss fordonsteknisk utrustning utöver vad som stadgas i vägtrafikförordningen.

I fråga om båtar finns internationella rekommendationer.

Antiröckkampanjer

I sitt nummer 4 1964 redogör tidskriften *Tobaken och vi* för det arbete som den amerikanska medicinalstyrelsen nedlagt i propagandan mot cigarrettrökning. Den 1 januari 1965 träder en bestämmelse i kraft som säger att varje paket cigaretter som säljs till den konsumerande allmänheten klart och tydligt skall ange att cigarrettrökning är farlig för hälsan och kan förorsaka död av cancer och andra sjukdomar. Reklam för cigaretter skall innehålla en liknande upplysning, men först fr.o.m. 1 juli 1965.

Inom Sörmlands läns landsting har väckts motion om inrättande av rökavvänjningskliniker i Sörmland.

Medicinalstyrelsen har två arbetsgrupper som sysslar med tobaksfrågor, den ena en expertgrupp under ledning av professor Stig

Björkman, som skall sammanställa de vetenskapliga forskningarna i Sverige beträffande cigarrettrökningens faror, den andra en arbetsgrupp med representanter för Statens ungdomsråd som ägnar sig åt upplysningsfrågor under ordförandeskap av doktor Malcolm Tottie.

Skolöverläkaren i Stockholm, Sven Ivar Rollof, säger bestämt ifrån, att det här och var praktiserade systemet med rökrutor i skolorna är av ondo och innebär en sanktionering av en ovana som man vill försöka skona ungdomarna från att lägga sig till med och torde enbart bidra till att öka den totala cigarrettkonsumtionen. Ett klart avståndstagande från skolornas sida mot rökningen är vad man måste eftersträva.

Internationell sjukhuskongress i Stockholm 1965

Den 14:de internationella sjukhuskongressen kommer att äga rum i S:t Eriksmässans utställningshall på Storängsbotten under veckan 21—25 juni 1965. Tre överläggningsärenden kommer att behandlas. 1) *Mentalsjukvårdens differentiering och dess integration i sjukhusvården*. 2) *Sjukhusens öppna vård*. 3) *Centralisering av serviceavdelningar för flera sjukhus*. Deltagare från hela världen väntas komma till kongressen.