

Omänskligare sjukvård?

Sjukvårdspolitiken har tre nivåer. Den första är lokal och berör främst byggande och effektivisering, den andra rikspolitisk och gäller de generella socialreformererna och den tredje och högsta är den som betingas av människornas värderingar och hållning i livs-åskådningsfrågor, deras idealbildning och normer. De krav vi ställer på sjukvårdens mål och kvalitet, den vård vi tycker vi vill bjuda de sjuka beror ytterst på sådana värderingar. Den andra sidan är vad vi är beredda att ge — det är inte i första hand ett ekonomiskt problem. Sjukvård kan inte köpas för pengar om det inte finns människor som är intresserade av att göra jobbet skriver professor Gunnar Biörck i en artikelserie i *Svenska Dagbladet* (27/11, 29/11, 1/12).

Det hårda trycket på akutsjukhusen beror bland annat på den ökande andelen äldre — man är i färd med att byta ut dödlighet mot sjuklighet. Om hemmen, den öppna vården och långtidsvården kunde bära sin del av bördan skulle vi inte behöva bygga ut akutsjukhusen annat än för att anpassa oss efter befolkningsomflyttningarna, samordningen av kroppsoch mentalsjukvård och behovet av rationalisering och standardhöjning för patienter och personal.

Sjukvårdens "uttag" ur landets

arbetskraft behöver fördubblas från 1960 till 1980. Men rekryteringsunderlaget (kvinnor i 20-års-åldern) minskar samtidigt som utvecklingen inom skolväsendet sannolikt minskar vårdyrkenas andel av den tillgängliga arbetskraften.

Varje utvidgning eller kvalitetshöjning av sjukvården, som gör anspråk på ytterligare personal, kommer att ta denna personal från ett annat område inom sjukvården eller i varje fall hindra utvecklingen där. Detta innebär, att vi i framtiden ännu mera än nu kommer att bli ställda inför sjukvårdspolitiska prioriteringsproblem.

Sjukvården kommer att tvingas in i en ofrånkomlig lönsamhetsvärdering, allteftersom prioriteringen blir mera omstridd. En sådan uppgift är kuslig, både för läkare och lekmän.

Akutsjukhusen står inför en psykologisk konflikt: skall de framför allt arbeta för en begränsad grupp sjuka med "intressanta" sjukdomar eller främst fullgöra en social och medmänsklig uppgift att ta hand om människor som det är synd om, som behöver kost och logi och en hjälpende hand och som inte tycks kunna få detta någon annanstans? Andelen jourfall stiger, det blir allt värre att komma in på mer reguljärt sätt och medelvärdtiden stiger på nytt.

Sedan begrepp som "kall" och "plikt" länge förlöjligats och man ansett sig böra mäta människors och uppgifters värde endast i pengar kommer "vård" att i längden bli för dyr för den enskilde att köpa och så dyr för samhället att ansvaret för den grundläggande vården just i välfärdssamhället kommer att tvingas tillbaka till familjen. Det förefaller som om vi var på väg från ett tregenerationers- till ett fyragenerationerssamhälle med två arbetande mellangenerationer och två vårdbehövande.

Är det tänkbart att femtio—sextioåringar skall ha kraft, anpassningsförmåga och vara osjälviska

nog att ta vård om sin egen föräldrageneration? Kanske blir det så att när barnen flyger ut flyger föräldrarna in och barnbidraget ersätts av ATP-pensionen för de vårdande.

Men hur skall man kunna öka tillgångarna på sjukvårdssidan? Arbetstiden kan oavbrutet väntas minska, utrustningen stadigt förbättras och den kvalificerade personalen öka. Men de yrkesmässigt mindre avancerade uppgifterna torde få svårt att få tillräckligt med arbetskraft. Med en för den enskilde jämförelsevis billig sjukvård kommer anspråken att växa även utöver det som betingas av befolkningens ålderssammansättning. Endast genom att låta patienterna betala relativt mer än nu kan man vänta sig att kunna begränsa ökningen.

Vid en kvantitativt relativt oförändrad "produktion", stiger antalet anställda oavbrutet och deras löner ännu mera. Av sjukhusets driftskostnader torde lönekostnaden svara för cirka 80 proc. I ett sådant läge skulle industrien förmodligen göra tre ting: 1) rationalisera produktionen genom ökad mekanisering (automation), 2) koncentrera produktionen till de mest lönsamma områdena och ge upp de mindre lönsamma, samt 3) undersöka möjligheten att förlägga produktionen till länder med lägre produktionskostnader. Hur ter sig nu dessa möjligheter, tillämpade på sjukhusets uppgifter?

De stora enheterna som ger mindre individualiserad vård måste medföra omänskligare sjukvård. Men kanske de stora skolornas, snabbköpens och kontorslandskapens generation har större förmåga att acceptera kollektivets krav än de äldre, mera individualistiska generationerna.

Den för sjukvården viktigaste effekten av rationalisering och automation är den, som kommer att äga rum inom andra delar av närings- och samhällslivet, i den utsträckning som man där kommer att friställa den arbets-

III underkänns av sjukvården framgent kommer att ha behov.

Den medicinska forskningen ris-kerar att dela medicinen i två skikt: ett som är den icke-kurativa människobiologin med högt specialiserade studier av cellulär och molekylär biologi, ett annat som närmast är en profylaktisk och kurativ del av socialvården, friska barn, vaccinationer, åderförkalkning och alkoholism — utan glamour men med bekymmer och en känsla av futilitet. Klyvningen gäller också sjuksköterskorna, som alltmer söker sig bort från de tunga och "tråkiga" vårdavdelningarna.

Det sociala och ekonomiska klimatet är för närvarande väsentligt mera välvilligt gentemot framstegen på det tekniska området än i fråga om den hävdvunna personliga vården av de sjuka och hjälplösa. Vi löper ständigt ökad risk att få två privilegierade grupper och en eftersatt bland våra patienter. Privilegierade är i första hand de friska löntagarna och envar som lider av en sjukdom, tillräckligt intressant för att kunna locka ett antal vetenskapliga specialister till sin sjukbädd för diagnos och terapi. Eftersatta kommer att förbli — som de är redan nu — de gamla, de utslitna, de nergångna och kanske också de psykologiskt illa anpassade, med andra ord — de som uppfattas som värdelösa, ointressanta eller besvärliga.

Datasjukhus

Att våra svenska sjukhus länge sovit en törnrosasöm på driftsrationaliseringens område är ingen obekant. Med modern datateknik har man nu äntligen fått en möjlighet att mera aktivt åstadkomma en förbilligande rationalisering och effektivisering, skriver Knut Hæger och Christian Mellner i *Sydsvenska Dagbladet* (5/12). I USA har man länge kunnat servera patienten en räkning samtidigt som han skrivs ut och dessutom kun-

nat rationalisera inköp, lager och läkemedelskontroll. Man fann t.ex. vid ett sjukhus att så mycket onödigt penicillin skrevs ut att besparingen på detta konto finansierade hela datakontrollen på sjukhuset.

I USA visade det sig snart att diagnos med datamaskin inte blev någon succé, maskinen "gissade" inte mera rätt än en erfaren läkare. Nu koncentrerar man sig mer på patientövervakning, medicinsk statistik, laboratorierationalisering och journalproblem.

Vid patientövervakningen kan datamaskinen matas kontinuerligt med olika mätvärden, slå larm om kritiska gränser nås och därigenom hjälpa till att hindra en ogynnsam utveckling. Dessa projekt är dock ännu mycket dyra.

På den medicinska statistikens område kan enorma vinster göras i tid och pengar men längst har ändå databehandlingen kommit på laboratoriesidan. Där har behandling av stora material från hälsoundersökningar redan gjort att man måst rucka på många föreställningar om vad som egentligen är "normalt". En överlägsen överblick kan databehandlingen också ge — det finns nu omkring 6.000 sjukdomar och 700 provmetoder att ta hänsyn till...

För patienter som cirkulerar blir det ett oerhört arbetslöseri om journaler förs vid varje klinik. Mängden av papper skapar också ett arkiveringsproblem — och ofta är det ändå svårt att snabbt få tag i rätt journal. Med ett datasystem klaras dessa svårigheter.

Alla som närmare är insatta i de stora sjukhusens problem och har stiftat bekantskap med den automatiska databehandlingens möjligheter att förenkla och effektivisera arbetet är eniga om att databehandlingen förr eller senare måste inlemmas som ett led i sjukhusdriften, både på den administrativa och den medicinska sidan. Det verkar stundom som om de makthavande glömmar bort att ett stort arbete redan nedlagts

på åtskilliga ställen i landet och låter sig förledas av smart reklam om system som endast befinner sig på skrivbordsstadiet.

Nu är man tvungen att föra ut verksamheten på det regionella planet. Man borde skapa lokala arbetsgrupper av administratörer, läkare och datatekniker för att leda arbetet lokalt men i samarbete med andra lag. En sådan investering skulle ge riklig avkastning.

Flytta in samhället i mentalsjukhusen!

Minst 40 procent av de tiotusentals patienter landstingen övertar ansvaret för har redan präglats av anstaltlivet längre än kriminalvårdens fåtaliga s.k. livstidsfångar, konstaterar *Dagens Nyheter* (23/11). 10.000 sitter på mentalsjukhus sedan mer än tio år, över 5.000 mer än 20 år och 1.600 har varit intagna mer än 30 år. Hur är det sörjt för deras rättigheter till aktivitet, kontakt med omvärlden, ett mänskligt liv så långt sjukdomarna möjliggör. Och hur skall man sörja för att andra som är eller blir patienter slipper bli långliggare i onödan, inte trots utan kanske på grund av vården?

Möjligheterna till en humaniserad mentalvård har revolutionerats och också tillvaratagits i en icke obetydlig utsträckning. Men nya möjligheter skapar nya behov och krav, och i förhållande till dem är bilden ännu övervägande mörk.

Av debatten efter Monica Kempe och Staffan Lamms TV-serie kring mentalsjukhusen framgick att landstingen inte bara inte har något egentligt begrepp om patientstruktur och vårdbehov, utan också tar minst ett år på sig av praktiskt taget totalt anställningsstopp medan de gör den inventering som borde varit klar vid övertagandet. Många patienter och anförvanter som väntar på något bättre efter huvudmannaskapspre-

formen kommer att få vänta för länge.

Landstingens osäkerhet, den kroniska personalbristen och en hög ambition på vissa håll, låg på andra kan befaras leda till ytterligare förvärrad ojämnheter i omsorgen beroende på var i landet en patient råkar vara skriven.

Hoppet att förvandla de slutna mentalsjukhusen från anstalter för omhändertagande till ett gott "terapeutiskt samhälle" för patienterna hägrar långt i fjärran på de flesta håll. Möjligen är förväntningarna överdrivna men ansträngningarna får inte uppges. Varje förändring till en mer samspelsbetonad atmosfär och varje försök att både ge och kräva ett egenansvar, grunden för självkänsla och identitet, borde förbättra flertalet patienters chanser att återklara en tillvaro ute i samlivet. Men det behövs också ett nytt intensivare samspel tvärs igenom sjukhusmurarna. Isoleringen utåt måste brytas också av andra än de som har det dagliga omsorgsslitet och präglas av det.

För in "samhället" till dem som tidvis eller permanent inte kan leva i det! Man vill för mentalvården efterlysa initiativ av det slag som KRUM, riksförbundet för kriminalvårdens humanisering, tagit på ett närliggande område: organiserade besök, brevkontakter, studiecirklar, teater, gruppsamtal och debatter innanför murarna. Detta är gruppterapi som kan betyda mer än mycken professionell sådan inom isolatet självt. Förenings-Sverige och Folkörelse-Sverige, famlande efter uppgifter som upplevs som meningsfyllda och inte bara inbördes tidsfördriv, kan här finna stimulerande nya arbetsfält.

DN bidrar sålunda med friska fläktar och positiva förslag. Tyvärr har TV-reportage och vissa presskommentarer dock gett en ensidig och bristfällig orientering. Samtliga vårdfall på mentalsjukhusen är t.ex. registrerade. Sjuk-

husen lämnar regelbundet årsammansställningar till medicinalstyrelsen som sedan 5 år ägnar vårdklientelet speciell statistisk bearbetning. Mentalsjukvårdens omvandling är i full gång. Allt bör göras som kan bidra till att underlätta genomförandet.

Hälsa och hunger

Om livsmedelsförsörjningens globala dilemma skriver *Georg Borgström* en artikel i *Nordisk Medicin*, där han påpekar att jordens befolkning för närvarande växer med tre gånger invånarantalet i Norden för varje år. Det betyder ett tillskott på 1 1/4 milj. människor per vecka. Den nuvarande trenden ger en tredubbling av Latinamerikas befolkning och en fördubbling av Afrikas på 30–35 år. Asien kan kanske begränsa sin folkökning till 70 à 80 procent. Borgström ger en med tabeller och diagram väl grundad framställning rörande situationen och ställer våra insatser för att bekämpa världshungern i relief mot de väldiga investeringar som sker i upprustning och kosmisk forskning. "Det vore ett bedrägligt facit av vår tekniska utveckling om slutresultatet blev att vi erövrade universum men förlorade jorden", säger professor Borgström och fortsätter till sist:

Världens hälsoarbetare, vare sig de är läkare eller ingenjörer, har en nyckelposition. Det är inte bara fråga om en väldig yrkesmässig vardagsuppgift. Mänkligheten måste läras att tänka i andra banor än den isolerade specialistens. Alla tillgängliga krafter måste till barrikaderna för att rädda mänskligheten och för att ta ledningen i en heroisk kamp för mänsklig lycka och hälsa. Det måste bli identitet mellan hälsoarbetet och åtgärderna mot näringskrisen. Den hittillsvarande uppsplittringen mellan de två har varit djupt ödesdig. Vi driver mot ett farofyllt Niagara, och den stora frågan är om vi skall få i gång motorn på mänsk-

lighetens farkost och sätta ny kurs innan vi sugts ned i avgrunden. Tiden är utomordentligt knapp, och detta måste ta gestalt under det närmaste årtiondet om vi skall ha minsta chans att lyckas. Medan en var av oss arbetsamt och energiskt sysslar med sina specialiteter och med förfining av våra arbetsinstrument, går mänskligheten under. Människan måste återta tyglarna och ta sitt öde i egna händer.

Sedlighetstänkande

Giftermålsfrekvensen ökar just i de yngre åldersgrupper, där skilsmässofrekvensen är störst. Samtidigt gifter fränskilda om sig i allt större utsträckning. Det allvarliga och oroande är skilsmässornas ekonomiska konsekvenser främst för de standardfall, där barnen är minderåriga, kvinnan utbildad hemarbetande och mannen normal- eller lågavlönad. Underhållen blir ofta för små för kvinnans och barnens försörjning och för stora för mannen. Enligt skilsmäsojuristen Henning Sjöström blir bortåt 30 procent av de fränskilda beroende av socialhjälp, konstaterar *Dagens Nyheter* (19/12).

Samhällets reaktioner på skilsmässofrekvensen är inte helt tillräckliga och inte helt rationella. Kanske skulle något mer kunna göras för att bromsa ökningstakten: effektivare familjerådgivning, bättre sexualundervisning i skolorna (som bot mot nödfallsäktenskapen) och propaganda för högre giftermålsålder. Och säkert kan mer göras för att mildra eller neutralisera de ekonomiska konsekvenserna: en könsneutral praxis i domstolarna, där även barnlösa äktenskap ofta betraktas som försörjningsinrättningar; förbättrad daghemsservice som ger fränskilda kvinnor med barnavårdnad större möjligheter att stå kvar i förvärsarbetet; och en reducering av äktenskapets skattetekniska gynnande på de ensamstående befolkningen.

Samhällets ingripande vid äktenskapsupplösning bör i första hand vara ett försök att värna rätten för de minderåriga barnen.

Men samhället reagerar efter exakt samma mönster mot båda äktenskapstyperna, trots den stora reella skillnaden.

Både äktenskapsrättens formella lagregler och domstolarnas praxis i skilsmässomål avspeglar på flera punkter en konventionell, konservativ äktenskapsuppfattning, fast förankrad i ett tidigare århundrades sedlighetstänkande. Trots giftermålsbalkens försiktiga reformering räknas fortfarande s.k. otrohet i rent teknisk mening som tillräckligt skäl för skadestånd och snabbskilsmässa utan hemskillnad. Det är knappast rimligt att lagen och juristerna automatiskt skall solidarisera sig med en så extrem bedömning.

Skall lagstiftning och rättspraxis rimligt följa förändringarna i samhället bör den erotiska äktenskapsdisciplinen ges måttligare juridisk betydelse.

Fyllerikliniker

Under senare år har det i några fall hänt att sjuka människor gripits som misstänkta för fylleri och dömt i arrestlokalerna. En förändring till det bättre har nu skett genom att polisen i tveksamma fall för de omhändertagna till sjukhus för undersökning och eventuell behandling. Men här stöter man på ett annat problem — de vanliga sjukhusen är inte lämpade för denna speciella socialmedicinska service och deras resurser är otillräckliga för den aktuella extrabelastningen, påpekar *Svenska Dagbladet* (22/12).

Många fyllerister är högljudda och våldsamma. De stör nattron för patienterna och blir genom sitt oväsen särskilt påfrestande för svårt sjuka. Ibland går de handgripligt till väga mot personalen, vilken har det nog så arbetsamt och besvärligt denna belastning förutan.

På Serafimerlasarettet i Stockholm exempelvis blottas skräm-

mande interiörer. Medan polisen för in den ena skränande fylleristen efter den andra skall läkare och sköterskor i samma miljö bereda vård åt inkommande akutfall av exempelvis hjärtinfarkt. Det är ofta svårt sjuka som får sitta emellan.

Det är orimligt att på traditionellt vis föra in alla fyllerister i fyllfinka — orimligt inte bara därför att någon faktiskt kan befinna sig i överhängande livsfara, utan också därför att det för normalfallen krävs en mer adekvat behandling än några timmars inlåsning i en betongcell. Men det är å andra sidan en omöjlig ordning att de redan hårt ansträngda vårdresurserna på våra sjukhus skall tas i anspråk av fylleriklientelet till förfång för väsentliga sjukvårdsuppgifter. Den riktiga lösningen är självfallet att man inrättar speciella fyllerikliniker i överensstämmelse med intentionerna i fylleristrafutredningen.

Särskilt viktigt är det att de större städerna får sådana akutkliniker så snart som möjligt. Där finns de svåraste fylleriproblemen.

Muren i Kumla

Sjumetersmuren runt den nu färdigbyggda fångvårdsanstalten i Kumla har uppmärksamrats åtskilligt mer än de positiva nyheterna anstalten kan skryta med. De 435 interner man får plats för tycks dock i allmänhet uppleva muren och den genom TV ständiga övervakningen som en psykisk press. Visserligen vore det knappast naturligt om interner skulle visa någon översvallande glädje över ens en ny fängelsemiljö, men eftersom Kumla torde få stå modell till många andra anstalter har nybygget häftigt kritiserats i pressen.

Det är risk för att Kumla trots kritiken får bli förebild för de närmaste hundra årens slutna kri-

minalvård, anser *Aftonbladet* (3/12). Att allt färre blir föremål för slutan staltsvård betyder inte att de som får stanna kvar bakom murarna far mindre illa. De svårast belastade lagöverträdarna behöver den mest omsorgsfullt utformade behandlingen. En stark ytterlinje sägs ge större möjligheter till frihet och god behandling innanför denna linje. Men det är inte givet att man ens bör försöka göra fängelserna rymningssäkra.

Det är nämligen möjligt att blotta existensen av en ytterlinje, som är omöjlig eller i det närmaste omöjlig att forcera, skapar en så stressfylld miljö att den behandling som ska ges blir förfelad även hos personer som aldrig drömt om att rymma.

Men har muren i Kumla ökat friheten innanför? Klart är att de intagna är strängt övervakade och har ytterst begränsad frihet. Det är inte nödvändigt, en hel rad av de för individen kränkande frihetsinskränkningarna skulle tveklöst kunna rensas undan, just i skydd av muren. Livet på vissa avdelningar liknar en vistelse i en kinesisk ask, restriktionerna vid besök är stränga med kroppsvisitation efteråt. Alla dessa saker behövs inte, tycker *Aftonbladet*.

Det är ett ambitiöst program som förverkligats med Kumlaanstalten. Det finns möjligheter att bättre differentiera klientelet, det finns en sjukhusmiljö med goda resurser o. s. v. Det är snyggt och prydligt, kliniskt, rent, rätlinjigt och metallblänkande men ingenting av det nya förmår rubba grunderna för den kritik i stort som från många håll riktats mot Kumla, konstaterar *Svenska Dagbladet* (5/12).

Tekniska finesser hjälper föga, om internerna känner sig inklämda i solid betong och är totalt avskärmade från den omvärld, till vilken de skall återanpassas.

Var man än går på Kumla och från vilket fönster man än tittar ut

— de kan inte öppnas — stirrar man in i en vägg eller mur. Sikten är ingenstans mer än några tiotal meter gårdsplan. Sedan är det slut, bortsett från en eller annan grannstopp långt bort i fjärran. Vad som sker utanför muren kan internerna endast hörsägenis få veta.

På en anstalt som är så psykiskt påfrestande som Kumla är det alldeles särskilt angeläget att man satsar stort på själva människo-vården. Men i betydande utsträckning är vården fiktiv. Gruppsamtal m.m. förekommer endast i begränsad utsträckning och bristen på i egentlig mening vårdande personal är oerhörd. Ansvar är inte fångvårdsmyndigheternas, det faller på regeringen och riksdagen. Det behövs inget mindre än ett nytänkande från statsmakternas sida. Kriminalvården måste få kraftigt förstärkta personella resurser. Är det inte misshushållning att lägga ner 45 miljoner på ett nytt fängelse, där vårdsektorn är så underbemannad att den resocialiserande effekten ter sig minst sagt oviss?

Generaldirektör Torsten Eriksson svarar kritikerna i Dagens Nyheter (12/12). Han klarlägger att disciplinära åtgärder, t.ex. användning av isolering som bestraffning, inte är hans personliga uppfinning

utan lagens och att han i en reservation i strafflagberedningen helt ville avskaffa disciplinstraffet. (Isolering av våldsamma och särskilt farliga är dock ur behandlingssynpunkt nödvändigt både i fångvård och mentalvård). Och isoleringstiderna har i verkligheten betydligt reducerats. Brevcensuren vill kriminalvårdsstyrelsen se över, besökstiden beror helt och hållet på personal- och lokaltillgången. Talet om "den obefintliga eftervården" är fel. Övervakningsnämnderna och ett stort antal enskilda och organisationer hjälper till i betydande omfattning. Men den måste utvecklas ännu mer — mer folk, mer pengar behövs och det måste komma från riksdagen.

I en ledarkommentar samma dag tycker *Dagens Nyheter* att humaniseringen borde ta sig tydligare uttryck och vidhåller kritiken mot generaldirektören för brevcensuren och besökstiderna. I Kumla har man exempelvis med en personalstyrka på 256 personer inte råd att ge de 435 strängt isolerade internerna mer än två halvtimmars besökstid i månaden!

Eftervården är otillräcklig, underdimensionerad och efterbliven. Och den förblir otillräck-

lig så länge frigivna lämnar fängelserna med en struntsumma på fickan, utan att ha arbete och bostad ordnat i förväg.

Hejda faran!

Redaktionen för *Medicinska förenings tidskrift* riktar i sitt decembernummer, som innehåller en rad artiklar och referat i årets debattämnen, en lätt spexartad anmaning till svenska folket att ta vara på sina intressen i sjukvårdskrisen.

Du patient, måste säga ifrån som frisk. När du väl är sjuk har du ingen chans. Du varken vill eller vågar. Ingen lyssnar. Du måste säga din mening om experimenten på dig, om när man får transplantera från dig, om när du inte vill leva, om läkarens undanglidande och hans sanning. Du måste se över våra sjukhus. Räknar man med dig som människa? Du måste se över våra ålderdomshem. När den sista allvarliga sjukdomen, åldern, kommer blir du definitivt omyndigförklarad. Så upp och hävda med kraft ditt liv i kriserna och vid gränserna. Medan du är frisk och någon lyssnar. Hejda faran. Stöd mänskligheten.

socialmedicinsk tidskrift

Prenumerationspris:

Helår kr 30, halvår kr 16.

Studentprenumeration helår kr 16.

Lösnummer kr 3:50.

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

Annonsavdelning:

Red. Nils Byttner, Strandliden 60, Vällingby.

Tfn 08-38 52 99, 38 77 58.

Annonspriser:

Omslaget andra och fjärde sida 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.
