

frågor för dagen

Red: E. Husmark och Y. Karlsson

Bättre frivård

En huvudtanke i den nya kriminalvården har varit att satsa på frivård, d.v.s. att genom övervakning och hjälp och inte genom inspärning försöka återanpassa dömda eller i varje fall hindra dem att begå brott. Men frivårdens mål kan inte nås med nuvarande knappa resurser. Trots att klientelet blivit svårare — villkorligt dömda övervakas inte längre t.ex. — och att antalet övervakade ökat till över 20.000 mot omkring 5.000 i anstalterna har resurserna knappast utökats. Fortfarande finns bara 60 kr per person och år tillgängligt för frivårdens hjälpverksamhet! Kostnaden för en dag på anstalt torde inte vara så mycket lägre . . .

Kriminalvårdsstyrelsen begär en ordentlig upprustning av resurserna för frivård. Det kan ge god utdelning. Frivårdsklinikerna används inte helt för sitt ändamål — där finns åtskilliga fängelsedömda. Det räcker inte med två månader på skyddstillsynsklinik, säger styrelsen, som föreslår att tiden på anstalt vid skyddstillsyn kombinerad med anstaltsbehandling utsträcks till sex månader. Bristen på psykologer och psykiatrer måste också avhjälpas.

Sluss till livet

Det finns flera olika vägar till återanpassning i samhället för de straffade men många av dem är bara återvändsgränder. I många fall kan det bero på att den frivivne får en dålig bostad, hamnar i slummiljö igen och inte får eller kan behålla ett lämpligt arbete. Hur går det då om han i stället får bästa tänkbara bostad, får leva anonym med sin familj och sköta et vanligt arbete?

Den frågan kanske kriminalvårdsmyndigheterna får svar på med sitt försök att låta ett par långtidsdömda interner, en för övrigt livstidsdömd, med familj få bosätta sig i varsin villa någonstans i Sverige. Grannarna känner inte till deras bakgrund, på arbetsplatsen är de "bara" nya jobbare.

Naturligtvis tas endast "pålitliga" interner ut till sådana här experiment, visserligen långtidsdömda, men med några straffår av exemplarisk skötsamhet och i övrigt gynnsammast möjliga förutsättningar. Men hur går den när anpassningstiden är slut? När kriminalvårdsmyndigheterna vill sätta en annan intern i villan? Det är då om inte förr som det visar sig om utslussningen till normalt liv har utsikt att lyckas. Misslyckas det i något fall, begär den "privilegierade" ett nytt, kanske grovt brott — ja, då vet vi att allmänhetens dom över försöket blir förkrossande.

Kräftsvulst i kriminalvården

Sinnesundersökning efter domstolsbeslut tar i genomsnitt fyra månader men det är inte ovanligt att den tar upp till nio månader, påtalar JO i en skrivelse till regeringen. Detta är en kräftsvulst i kriminalvården och försämrar möjligheterna till anpassning samtidigt som det förstärker de berör-

das ovilja mot samhället. I många fall förstör det möjligheterna att skapa en effektiv kriminalvård. Det dröjer minst två år innan nya kliniker kan avlasta de redan existerande.

Outbildad övervakare

Bara en tredjedel av landets övervakare har gått på övervakarkurs. En utredning, ledd av riksdagsman Per Bergman, föreslår därför att korrespondensundervisning skall provas. Övervakare är dels 9.000 frivilliga, dels skyddskonsulentorganisationens personal. Handplockning av övervakare anses fortfarande bäst.

Utredningen föreslår att ersättningen till enskilda övervakare fördubblas från 25 till 50 kr, beskattas enhetligt och utbetalas årsvis i stället för som nu efter avslutat uppdrag.

Passar sig själva

Socialstyrelsen kräver att nästa budgetår få rusta upp daghemsverksamheten så att man får 4.500 nya daghems- och 1.000 nya fritidshemsplatser. Dessutom önskar styrelsen 48 miljoner mer, totalt 104 miljoner, till nya barnstugor och driften av samtliga. Barnfamiljer och äldre skall få ökad social hemhjälp. Omfattande rehabilitering skall sättas in för att hjälpa äldre och handikappade samt nedgångna familjer. Socialstyrelsens arbete med flyktinghjälp växer kraftigt.

Socialstyrelsen bör ha fått ett ordentligt stöd för sina krav i familjedaghemsutredningens betänkande. Detta visade att omkring 60.000 barn under 10 år är helt utan tillsyn kortare eller längre tid, medan föräldrarna förvärvsarbetar. 210.000 hemarbetande mödrar vill förvärvsarbeta om barntillsynen kan ordnas — deras

önskemål kan förverkligas, om det skapas 70.000 barntillsynsplatser på heltid och 290.000 på deltid. Lekskolorna skulle kunna utnyttjas bättre för barntillsynen och dessutom föreslår utredningen att familjedaghemsvärksamheten byggs ut. En dagbarnvårdare bör anses arbeta på heltid om hon tar hand om fyra dagbarn och få lön och semester därefter. Läkarkontroll även i familjedaghem och utbildningskurser för dagmammor föreslås också.

Barnmisshandel

Medicinalstyrelsens utredning om barnmisshandel är enig om att föreslå allmän anmälningsplikt vid misstanke om misshandel. Om läkare misstänker att ett skadat barn misshandlats skall han mot föräldrarnas vilja kunna hålla kvar barnet på sjukhus. Medicinalstyrelsen föreslås få en rådgivande nämnd med läkare, jurister och socialvårdare, som skall registrera alla anmälda fall av barnmisshandel och se till att misshandeln inte kan upprepas. Barnmisshandel skall leda till åtal och föräldrarna sinnesundersökas så att de kan få vård.

Äktenskapshinder

Forskarna har numera allmänt den uppfattningen att epilepsin i övervägande grad är förvärvad, inte nedärvd, förvärvad genom skador i moderlivet, vid födelsen eller senare. Epileptikernas asocialitet överstiger inte märkbart genomsnittets, de flesta patienter håller sin mentala nivå. Allt talar för att äktenskapshindret för epileptikerna bör slopas, hävdar professor Nils Antoni i *Dagens Nyheter* (24/8).

Nu gällande lag och förordning förbjuder epileptiker att ingå äktenskap med mindre han med hjälp av medicinsk sakkunskap kan visa att sjukdomen icke "härör av övervägande inre orsaker". Detta, som man ser, "eugeniskt", det vill säga arvshygieniskt menade stadgande, är helt förfelat, ty de fåtaliga arvsbetingade fallen är i genomsnitt mycket lindriga, medan de av hjärnskadade och hjärnsjukdomar förorsakade fallen just är de svåra, ibland med allvarliga mentala defekter, eventuellt av fortskridande natur, behäftade. Det står för övrigt knappast i mänsklig makt att avgöra om en epilepsi härrör av "övervägande inre orsaker" eller ej.

Familjerättskommittén vill nu av äktenskapshindren för epilepsi behålla deklarationsplikt med tillägg av obligatorisk läkarupplýsning. Det är från rashygienisk synpunkt omotiverat. Mycket större anledning till deklarationsplikt skulle gälla en rad i hög grad ärftliga, organiska nervsjukdomar och därtill åtskilliga andra sjukdomar som grön starr, hjärt- och hjärninfarkter, högt blodtryck, elakartad blodsjukdom och sockersjuka!

Hur har för resten folkets breda lager i själva verket brytt sig om dessa taggtrådshinder? De har gått dem förbi, negligerat dem, förtigit. En lagbestämmelse som befolkningen notoriskt negligerar och icke godkänner är ett oting. Mentalt allvarligt efterblivna eller skadade epileptiker får av denna anledning ändå inte gifta sig — någon generell exklusiv regel för epileptiker behövs inte.

Ölalkoholism?

En fortsatt kraftig ökning av vin- och ölkonsumtionen och en procentuellt något långsammare men i praktiken ändå stor ökning av spritförsäljningen noteras för första halvåret 1967. Försäljningen av sprit steg 3 procent, av vin 12 och av starköl 13 procent.

Uppgången är mest markant för lättvinerna och mellanölet — för det senare var konsumtionsökningen hela 25 procent! Svagare öltyper såldes avsevärt mindre än förra året. Propaganden för övergång till vin och mellanöl har alltså gett resultat i övermått. Det är möjligt att spritförsäljningen därigenom dämpats något — men också möjligt att propagandan lett till en ökning av alkoholkonsumtionen där det inte skulle blivit någon ökning annars. Är vi på väg mot ökad öl- och vinalkoholism?

Lång arbetstid

Systemet för fördelning av nya läkartjänster bör decentraliseras, föreslår den av landstingsförbundet och läkarförbundet gemensamt tillsatta utredningen om sjukhusläkarnas arbetsförhållanden. Medicinalstyrelsens nuvarande detaljbeslut föreslås ersatta med en central kvotering, som anger önskvärd fördelning av tjänster mellan sjukvård, undervisning och forskning samt mellan regionvård och annan vård och olika huvudmän. En viss specialitet skall också kunna ges förtur genom centralt beslut. Men detaljfördelningen av tjänster skall huvudmännen få besluta.

Utredningen har också gjort en undersökning av 2 200 läkares arbetsförhållanden under en vecka vid 97 lasarett. Det visade sig att exempelvis underläkarna inom medicin, kirurgi, gynekologi, och öron i genomsnitt tillbringade 65—67 timmar på lasarettet, inom barnmedicin 59 och inom röntgen 50 timmar. För överläkare och biträdande överläkare redovisas genomgående kortare tid på sjukhuset. I den angivna tiden ingår raster samt väntan och vila under jour.

Någon större skillnad i arbetstid

var det inte mellan små och stora lasarett eller kliniker. Men vid de mindre enheterna var jourbundenheten värst. Dessutom har de små sjukhusen fler vakanta tjänster eller tjänster besatta med mindre kvalificerade vikarier. Problemen på storsjukhusen berör mer väntelistor, orationell patientstruktur och resursbrist.

Personalläget var bäst inom medicin och kirurgi och besvärsligast inom röntgen, långtidsvård och psykiatri. Uppåt 15—20 procent av läkarna inom några specialiteter är medicine kandidater. 40—60 procent av underläkarna var icke specialistutbildade.

Flertalet underläkare föredrar regionssjukhus och normallasarett. Privatpraktik lockar mer än arbete som tjänsteläkare och grupp-praktik eller flerläkarstation är mest attraktivt.

Spara vårddagar

Material från medicinalstyrelsens patientstatistik har använts för att studera vårdtiden för fall av opererade inguinalbräck vid olika sjukhus inom Uppsala-regionen. De 2281 sådana fall som förekom år 1964 har analyserats, varvid materialet renodlats i olika sjukhus. Centrallasarettens som grupp har c:a 3 dagar kortare medelvårdtid än övriga sjukhus. Den vanligaste vårdtiden (modalvärdet) varierar mellan 3 och 8 dagar för olika kirurgiska kliniker. Denna skillnad kan inte till någon väsentlig del förklaras av olikheter i patientklienteletets sammansättning utan torde bero på växlande praxis för handläggning av dessa fall. Med liknande studier, även inkluderande andra typer av fall, bör man kunna närma sig den svåra frågan om effektiviteten i sjukhusens arbete och få underlag för diskussioner, som måhända kan medföra insparade vårddagar.

Hälsoupplysning

Medicinalstyrelsen återkommer i sina anslagsäskanden för nästa budgetår till sitt krav på medel för en bättre hälsovårdsupplysning. Förra året begärde man 1,9 miljoner — men en miljon prutas i socialdepartementet. I år vill man ha 2,3 miljoner och kan stödja sitt krav med hänvisning till ökat missbruk av stimulantia bland ungdom, ökad sjukdomsfrekvens på grund av fel diet eller brist på motion samt fler fall av veneriska sjukdomar. I styrelsens planer finns ett centralt hälsoupplysningsinstitut med, men uppenbarligen kan det inte förverkligas på något år. Man planerar vidare att ge ut en skrift om familjeplanering och ordna en stor kampanj mot nedskräpning i naturen.

"En lycklig och frisk födelsedag" i USA

I rapporter om Medicare's första årsresultat har sådana rubriker förekommit i amerikansk press. Det stora programmet att bereda sjukvård åt 19 milj. amerikaner över 65 år hade passerat sitt första år i somras. Med anspelning på de amerikanska läkarnas farhågor beträffande den socialiserade medicinen konstaterade hälsovårdsministern Wilbur Cohen att ingen läkare hade blivit socialiserad och inget sjukhus reglementerat under detta år. Programmet hade kostat omkring 12½ miljarder kronor i sjukhuskostnader för 4 milj. patienter. 3½ miljarder kronor hade åtgått till att betala 25 milj. sjukvårdsräkningar, mest läkarvårdskostnader. 60 milj. hade åtgått för poliklinisk vård och 70 milj. till hemsjukvård.

Man kan redan nu konstatera ett starkt inflytande av det nya programmet på hela den amerikanska medicinen. En ny drive

har skapats vid sjukhusen och i försäkringsverksamheten och hårda krav reses ifråga om sjuk- och hälsovårdsfrågorna över huvud taget.

En närmare analys av erfarenheterna visar att det första verksamhetsåret inte definieras rätt genom rubrikernas fanfarer. Kostnaderna har stigit i hög grad och den "gigantiska papperstiger" som skapats verkar skrämmande. Till en början kunde konstateras att upp emot 40 % av de inlämnade verifikationerna var felaktigt ifyllda. Härigenom har skapats stora dröjsmål i expeditionen och utökad kontorshjälp har blivit nödvändig. Förmånstagarna har haft svårt att förstå vad programmet egentligen skulle täcka. Många patienter har blivit missräknade på att Medicare inte betalar glasögon, tandproteser och medikamenter. I Boston måste en man finna sig i att läkaren icke kunde attestera kostnaderna för installation av ett badrum i hans hem.

Punkt A i programmet täcker sjukhuskostnaderna under 90 dagar sedan patienten betalt 200 kronor för de första 60 dagarna. Punkt B, som avser läkararvoden, omfattade under det första året inte mindre än 18 milj. män och kvinnor. Inom systemet betalas 80 % av läkarsättningen sedan patienten själv betalat de första 200 kronorna. Denna avgift har kommit som en överraskning för många äldre trots att all den information som lämnats. Men de största svårigheterna har uppstått därigenom att läkarna har krävt hela ersättningen av patienten. Detta har visserligen inneburit avsevärd minskning av läkarens kontorsarbete men försvårat och försinkat proceduren för patienten.

Överhuvudtaget har alla kostnader inom Medicare blivit högre än beräknat. Inom hälsovårdsdepartementet anser man det finnes en fara för att Medicare kommer

att bli en "öppen matho" för både sjukhus och läkare. Man har funnit att dessa lugnt höjt sina taxor efter införandet av systemet. Läkarna från en löpande höjning av 3 % per år till 8 % under sista året. Dyrbara nyanläggningar och höjda löner har nödvändiggjort en ökning av sjukhusens priser. Ökningen beräknas till 17 %, till uppmot 300 kronor per dag och patient under sista året — den största höjningen under 18 år. Enligt en beräkning av Blue Cross, den stora försäkringskoncernen, kommer vårdkostnaden år 1970 att nå upp till över 350 kronor per dag. Men sjukhusen klagar ändå över att Medicare inte i tillbörlig omfattning svarar för de ökade kostnaderna. Det visar sig också att sjukhusen av olika skäl måste behålla åldringarna i genomsnitt två dagar längre än de gjorde förut. Å andra sidan har de överhopade allmänna sjukhusen fått något lättare ifråga om väntelistorna. En del goda sekundära konsekvenser kan konstateras. Den tidigare klasskillnaden i vården har till en del utjämnats. Patienter till förfogande i undervisningen tillhör inte längre enbart "fattigsjukvårdens" klientel etc.

Trots den korta tid som förlöpt och de svårigheter som förekommit bereder sig kongressen nu på en proposition om utbyggd sjukvård för 1½ milj. män och kvinnor under 65 år. Dessutom har nyligen en kommitté tillsatts som skall undersöka möjligheterna att täcka kostnader för medicin i öppen vård. På längre sikt önskar man också komplettera med vissa förmåner för änkor, barn och mödrar i programmet.

Amerikanska läkarförbundet vidhåller sina kända betänkligheter. Man konstaterar att följderna av programmet är omöjliga att i detalj förutse men att det kommer att bli utomordentligt dyrbart och utgöra en administrativ

nattmara. Förvaltningskontrollen betraktas som otillbörlig i förhållande till god medicinsk vård. Man vidhåller att programmets tillskyndare kommer att kräva ytterligare expansion av systemet till en totalt statlig garanti för alla medborgare i varje ålder. Förbundet återkommer till tidigare påståenden om två stora principiella fel. För det första täcker systemet sjukvård åt miljoner människor som klarar sig själva utan statlig hjälp. Det andra felet är att systemet är centralt dirigerat och kontrollerat, varigenom varje anpassning omöjliggöres. Varje stats speciella behov och önskemål kan ej fyllas. Ett centralt dirigerat program skall inte ge hjälp åt andra än dem som behöver. Varje utvidgning av planen kommer hastigt att öka alla kostnader för hälso- och sjukvården och minska möjligheterna för privata och frivilliga företag inom området, framhåller förbundet.

Handikappöversikt

Som nummer 13 i SVCR:s skriftserie har nu utgetts ett häfte "Svensk rehabilitering", där kanslichef Karl Montan ger en översikt över handikappvården.

Trots att ansatser till vård av syn- och hörselskadade och rehabilitering av rörelsehindrade förekom redan på 1800-talet har först på senare tid en samordnad planering satts in. Hur stort behovet av rehabilitering är visar bl.a. följande: Årligen behöver 585 nya fall på 100 000 invånare medicinsk rehabilitering och 323 i en motsvarande grupp arbetsvård. Det är också nödvändigt att uppmärksamma rehabilitering för åtskilliga pensionärer — den gruppen växer stadigt och kraftigare satsning på området är ofrånkomlig.

Visserligen har utvecklingen av

den medicinska rehabiliteringen gått sakta men stor rehabiliteringsverksamhet pågår dock inom sjukvården, fast under andra beteckningar. Största hindret för en utbyggnad är här som på andra håll i sjukvården personalbristen. Det finns dock hopp om en förbättring då utbildningsresurserna ökas för de viktigaste rehabiliteringsledarna: ledare, kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Författaren betonar i sin översikt över arbetsvården att både dess effekt och den sociala tryggheten i allmänhet är beroende av möjligheterna att behålla den fulla sysselsättningen. Uppenbarligen är det minst gjort för arbetsvård av mentalt skadade — dock har där en institution av experimenttyp upprättats i Uppsala. Den drivs av en enskild stiftelse men med stöd av AMS. Bland de senaste årens nyheter finns också Åsbrohemmet vid Örebro, där yrkesutbildning för alkoholsjuka pågår.

Arbetsvårdsklientelet har den senaste tioårsperioden förändrats på ett par punkter. De lungsjukas andel har minskat från 10 till under 2 procent, medan socialt missanpassades och alkoholmissbrukares stigit från 10 till 20 procent.

För att göra stödåtgärderna mer åtkomliga för de handikappade behövs centralt en samordning av alla bidragsformer och instanser. Dessutom krävs bättre möjligheter att snabbt få fram nya hjälpmedel och på det kommunala planet en servicefunktion som hjälper den handikappade att hitta rätt bland alla stödåtgärder.