

tidskrifter & dagspress

Red: E. Husmark och Y. Karlsson

Graderat barnstöd

En enig familjepolitisk kommitté föreslår att nuvarande bostadsbidrag till barnfamiljer slopas samtidigt som ett nytt inkomstgraderat barnbidragssystem införs 1 januari 1969. Barnbidragen inkomstgraderas och delas upp på ett grundbidrag och familjetillägg för varje barn utöver ett. Grundbidraget höjs från nuvarande 75 kr per månad till 110 och familjetillägget är för varje barn 20 kr per månad för två barn, 30 för tre, 40 för fyra, 50 för fem samt för varje barn utöver fem 90 kr per månad. För ensamstående med barn föreslås ytterligare 30 kr per månad i allmänt familjetillägg.

Kommittén har genom att gradera bidragen efter inkomstens storlek respektive antalet barn sökt stödja dels familjer med låga inkomster, dels ensamstående med barn. Man räknar med att det slopade bostadsbidraget innebär att 25 procent skulle kunna få likadana bidrag som nu eller försämringar och föreslår därför vissa undantagsregler.

Kommittén har i sina jämförelsetabeller visat att de nya bidragen innebär försämringar jämfört med nuvarande barnbidrag först i enbarnsfamiljer med över 40 000 kr i årsinkomst och i flerbarnsfamiljer över 60 000. I dessa tabeller där maximala förbättringar är över 5 000 kr per år för en fem-

barnsfamilj, tas dock ingen hänsyn till förlusten av bostadsbidragen.

Barnavårdsnämnderna skall som nu betala ut pengarna, så småningom skall försäkringskassorna ta över. Graderingen av bidragen görs efter föräldrarnas sjukpenningssklass, och justeringar sker via skattesedeln. Ingenting i förslaget hindrar, tekniskt sett, en övergång till obligatorisk särbeskattning.

Tidningar ur alla läger har efter antydningarna om förslaget utformning krävt att en omläggning av familjestödet skall göras samtidigt som konsekvent särbeskattning införs.

Aktenskapet är premierat i skattehänseende oavsett om där finns barn eller inte, vilket är fel. Men en omläggning kräver övergångsbestämmelser för att inte de många äldre kvinnornas handikapp när det gäller att gå ut på arbetsmarknaden skall drabba deras familjer orimligt hårt, skriver *Aftonbladet* (27/8).

Aftonbladet skärper senare kritiken (25/9): Att gradera barnbidraget efter inkomst är ett administrativt klumpigt system, som påminner om gamla idéer om socialhjälp. Inkomstutjämning bör ske med andra medel. Förslaget får samma effekt som skärpt skatteprogressivitet men verkar avhållande på kvinnors benägenhet att förvärvsarbeta. Dessutom betyder det en försämring för högre inkomsttagare med barn — medan höglönefamiljer utan barn inte berörs. Det är inte troligt att socialdemokraterna skulle gå med på en reform med dessa effekter, menar *Aftonbladet*, som (26/9) får kraftigt stöd för sin kritik från *Expressen*.

Det förefaller utsiktslöst att förslaget skulle antas om man inte samtidigt vidtar kompletterande åtgärder inom skattepolitiken, menar *Handelstidningen* (29/9). Någon påtaglig förbättring torde det inte innebära, merkostnaden på

210 miljoner kan väntas i stort sett vara uppäten av inflationen, när nyordningen kan träda i kraft. Det reella värdet av bidragen torde sjunka för 40 procent av barnfamiljerna, om man jämför värdet då systemet träder i kraft med värdet då kommittén tillsattes.

Kommittén saknar helt säkert inte god vilja. Men den har förmodligen bundits av kostnadsramar, fastställda av finansdepartementet. Och de har varit så tränga att ingenting väsentligt kan uträttas. Reformviljan är okuvad, försäkrar våra socialdemokrater. Men numera får inte reformerna kosta pengar. Det förbjuder våra statsfinanser. Inte underligt att reformförslagen ter sig allt egendomligare.

Ljuger statistiken?

Att tala om en verklig ljusning på personalsidan i sjukvården enbart med statistiken från 31 mars i år som grund är knappast realistiskt, menar *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* (17/1967). Mera realistiska resultat skulle man få med fyra mättilfällen om året i stället för som nu två, nämligen 31 mars och 30 september. Nu speglar statistiken inte heller om tjänsterna är besatta kontinuerligt eller bara tillfälligt — kanske bara just vid mättilfället. På en tjänst kan t.ex. under en månad finnas 10—12 olika vikarier. Dessutom blir statistiken missvisande, eftersom en stor del av sjukvårdspersonalen med barn i skolåldern bara tjänstgör under terminerna och tar ledigt vid skolfrierna.

Inom sjukvårdssektorn kan man idag inte som inom andra områden planera personaltillgången på lång sikt. Man tvingas istället ofta att organisera arbetet dag för dag. Ett väl dokumenterat faktum är att personalföreståndare och klinikföreståndare runt om i landet många gånger tvingas sitta och

ringa runt ända fram till i sista minuten för att exempelvis finna en sjuksköterska som kan övertas att rycka in tillfälligt. Lyckas de inte får någon annan överta ytterligare ett sjuksköterskeområde utöver det egna. Det framgår inte av statistiken att många tjänster för sjuksköterskor och assistenter, undersköterskor och sjukvårdsbiträden uppehålls av personal som saknar den för tjänsterna avsedda utbildningen.

Men siffrorna kan också vara ett utslag av den uttunning som skett av antalet sjukskötersketjänster — antalet ökade bara 1 procent 1965—66 mot 4—6 proc. de närmast föregående åren. Samtidigt ökade underskötersketjänsterna med 7,6 proc. och övrig vårdpersonal med 5,8 proc.

Och ännu är enligt vårstatistiken 6 proc. av sjukskötersketjänsterna vakanta (6,9 proc. 1966). Ännu högre vakanssiffror är det för laboratorieassistenter med 8,3 proc., operationsassistenter 11,7 proc., röntgenassistenter 20,4 proc. Förbättringen bland specialsjuksköterskor är liten och vakanserna på operation ännu 8,6 proc. (10,5 proc. år 1966), mottagning 4,1 (4,4), röntgen 8,6 (11,6) och vårdavdelning 5,4 (6).

Och man skall inte glömma att en försämring skedde i vissa län, t.ex. Uppsala, Östergötland, Malmöhus, Älvsborg, Gävleborg och Jämtland.

Modernt sjukhus bara på papperet

Trots en relativt livlig försöksverksamhet har man inte kunnat visa på några sensationellt stora rationaliseringsvinster inom sjukvården — och förslår det egentligen med mindre än sensationer frågar *Handelstidningen* (7/10). En av orsakerna är den inrotade skepsis sjukvårdens eget folk hyser mot tanken att maskinerna skulle överta deras uppgifter i större utsträckning. Först när tekniken lyckats övertyga om att den i stället för att tränga ut människan kan ge henne större möjligheter till personlig omvårdnad av patienterna kan man räkna med ett minskat motstånd.

Planerna till höggradigt automatiserade sjukhus har fått stanna på skissens stadium trots allt vad de lovar i form av personalbesparingar. Man fortsätter att bygga nya sjukhus som inte alls ser ut som om de tillhörde automationens tidsålder och aldrig kommer att kunna anpassas till den på ett rationellt sätt. För automationen gäller nämligen att det inte går att tillämpa den styckevis och delat om man vill att den skall vara verkligt lönande. Automatiseringen måste drivas långt för att ge avsevärda vinster, hävdar experterna och menar att den ännu inte fått någon rimlig chans att visa vad den kan uträtta inom sjukvården.

Pengar eller livet

Det går inte att resonera så som representanter för svensk njursjukvård gjort, när de förklarat att 500 personer varje år dör därför att dialysverksamheten — den konstgjorda njuren — inte är tillräckligt utbyggd och resurstilldelad. Man kan inte använda döden som ett känslomässigt argument för anslagsökning, menar med.lie. *Sven Britton* i *Dagens Nyheter* (8/10). Ökade anslag till njursjukvård betyder minskade till någon annan sektor, vars behov kanske är lika pockande men inte kan framföras med samma patetiska slagkraft.

Njurläkarnas argumentering är förställd. Det måste vara ohyggligt att avvisa en patient från livsupphållande vård och att välja ut de lämpligaste dialysfallen och därmed döma ut andra. Men det är en kortsynt och snäv argumentering — indikationerna för dialysvård kan vara vidgade när vården byggs ut och argumenteringsläget blir där samma som nu.

Om samhället satsade mer på att försöka spåra cancer i mat-smältningsapparaten skulle kanske 2.000 av de 4.500 som nu dör i denna sjukdom varje år kunna räddas.

Men ingen för dessa anonyma döds-kandidaters talan, och detta

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 svårtartad 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.

Begär prospekt.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

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

beror inte på någon hjärtlöshet, utan på en kännedom om att samhället någonstans måste dra en gräns — ekonomisk och inte humanitär — för vilka medicinska eller sociala insatser som skall göras för den enskilda människan.

Denna gränsdragning är svår och måste ofta bli feldragen då våra kunskaper visar sig ha varit bristfälliga, men den skall dikteras av kravet att ingen person skall lida i onödan och att så många som möjligt skall få del av välfärdsstatens resurser.

Kunskaperna om var ökade samhällsinsatser ger högsta utdelning i produktivitet och anständigt liv måste ökas. Är det riktigt att utöka sjukvården i stället för att satsa mer på kamp mot buller och luftföroreningar eller förebyggande psykisk och fysisk sjukdom? Detta är problem som man sakligt och med allvar måste börja diskutera, konstaterar dr Britton.

Det inträffar ofta på en njurklinik, varav det bara finns två självständiga ännu i Sverige, att läkarna måste avvisa patienter från livsuppehållande vård, replikerade i DN (11/10) Jonas Bergström och Hjärje Bucht, båda läkare vid Njurmedicinska kliniken på S:t Eriks sjukhus. Flertalet av dialyspatienterna går eller skall kunna gå i fullt arbete — anslaget till njursjukvården innebär inte minskade resurser för någon annan samhällssektor. I framtiden vidgas säkert indikationerna för dialysvård, men samtidigt kommer billigare och säkrare dialysapparater. Fler patienter kan då behandlas för en lägre kostnad per patient.

Tyvärr måste döden användas som argument när det gäller anslag till njursjukvårdens fortsatta utbyggnad. Den tekniska utvecklingen har givit oss möjligheter att återföra döende patienter till ett produktivt liv. De ansvariga njurläkarna kan inte stillatigande låta dessa patienter dö. Argument av det slag som Sven Britton använder, det vill säga att man i

första hand skall satsa på profylax, forskning och transplantation, är i och för sig riktiga, men hjälper oss ej i vårt *akuta dilemma*.

Visst kan man, som Sven Britton säger, förstå hur njurläkarna plågas av sin maktlöshet inför bristande resurser. Man kan inte heller komma ifrån att en prioritering på sjukvårdsområdet med "döden som argument" kan bli olycklig. Om varje vårdområde eller specialitet träder fram med löften om att för så och så mycket pengar rädda så och så många människor riskerar man att piska upp kortvariga opinionsstormar, att skapa en inflammatorisk debatt som i värsta fall kan medföra att den mest högljudde blir mest gynnad. Men att vara högljudd behöver ju inte betyda att ha rätt, att lova att rädda 1.000 människor betyder inte alltid att man kan göra det.

I dag kan vi inte bortse från att en debatt med "döden som argument" måste kretsa också kring världen utanför Sverige. Det behövs inte mycket pengar för att rädda ett svältande barn eller att bota en leprasjuk. Vad blir svaret när u-hjälpen inte kräver mer pengar för att rädda kanske 10.000 svältande än en svensk vårdgren gör för att rädda 500 svenskar?

Kvasiläkare

I anslutning till förslag om förkortad grundutbildning för läkare kom *Dagens Nyheter* i en ledare (30/6) in på frågan om utbildningsbehovet för olika läkarbefattningar.

Frågan diskuterades av professor Ingelman-Sundberg i *Läkartidningen* (nr 30/67). Professorn rekapitulerar att sjukvårdens andel i bruttonationalprodukten nästan fördubblats under de senaste 15 åren samtidigt som läkarkåren ökat med 63 % och inga tecken

märkts på ändring i utvecklingen. Man frågar sig då säger han om vi verkligen har råd att på alla läkarbefattningar ha personal med full grundutbildning d.v.s. minst 8 år.

Inom hälsovården, eftervården, kronikervården, socialvården, åldersvården och militärsjukvården finns redan i dag stora arbetsfält som sköts av läkare med full utbildning, men som lika väl eller bättre skulle kunna bestridas av kvinnor och män med en ganska elementär medicinsk kunskap, kombinerad med sociologisk och administrativ utbildning.

Utbildningstiden för här äsyftad medicinalpersonal borde kunna begränsas till cirka 3 år, varav 2 år skulle ägnas rent medicinska ämnen och det tredje året psykologi, psykiatri, samhällskunskap, sociologi, arbetsledning etc.

Denna utbildningslinje skulle i första hand vara öppen för sjuksköterskor och sjukvårdare med goda betyg och meriterande praktisk tjänstgöring.

Redan en flyktig bekantskap med detta förslag skapar många frågetecken och en ganska trygg förvisning att det inte kan komma till seriös bedömning. Visserligen har i *Läkartidningen* endast doktor Mats Pers, överläkare vid långvårdskliniken i Norrköping, kommit med ett ironiskt genmäle. Många andra läkare inom specialområden som uppräknats av Ingelman-Sundberg har väl betraktat förslaget som förfluet eftersom någon diskussion inte kommit till stånd.

I *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* (nr 18/67) diskuteras det emellertid i en ledare som i varssamma ordalag men i sak bestämt avvisar förslaget.

Ingenting nämns om de aktuella arbetsuppgifterna och varför de skulle motivera sjuksköterskeutbildning och därefter 2 års studier i medicinska och 1 års studier i samhällsvetenskapliga ämnen, arbetsledning m.m. Det är emellertid tydligt att denna personalgrupp inte skall överta den medi-

cinska vård och de medicinskt-tekniska arbetsuppgifter som idag delegeras från läkare till sjuksköterskor. Dessa åläggs alltså fortfarande sjuksköterskorna.

Hur realistiskt är förslaget? Sjuksköterskeutbildningen/grundutbildningen omfattar 5 terminer, dvs 2,5 år. Innan vidareutbildning påbörjas rekommenderas praktisk tjänst som biträdande avdelnings-sköterska 6—12 månader. Därpå följer vidareutbildning under 1—2 terminer. Aktuella linjer i detta fall är utbildning för arbete i öppen hälso- och sjukvård, långtids- och åldringsvård m.m. Praktisk tjänstgöring inom yrke och område som kan rubriceras som meriterande kan väl knappast understiga 1 år. Sjuksköterskeutbildning kombinerad med den föreslagna utbildningen skulle alltså ge en studie- och utbildningsgång på 6—7 år eller mera. Har vi råd med det?

En betydligt allvarigare fråga är emellertid om samhället har råd att åderlåta sjukvården och det praktiska vårdarbetet på sjuksköterskor med goda betyg och meriterande tjänstgöring. Är det inte att underminera grunden för den medicinska verksamheten?

I Sovjet har man en halvutbildad yrkeskår inom sjukvården vars medlemmar kallas "feltscherer," kanske ett minne av våra egna fältskärers verksamhet i kriget mot ryssarna en gång. Förslagen om tillskapande av en liknande kår kan knappast tas på allvar. Vi har redan gått in på andra linjer ifråga om differentieringen av vårdpersonalen. Inom ramen för sjuksköterskeutbildningen finns för övrigt, om den inte avkortas till orimlighet, goda möjligheter att tillgodose de uppgifter som inte prompt behöver läkarens personliga medverkan.

Gulsotsepidemi

Gulsoten bland narkomanerna i Stockholm ökar oroväckande. Det har bland annat lett till att inga njurtransplantationer kan genomföras vid Serafimerlasarettet. De omfattande blodöverföringar som

krävs skulle genom tillförsel av gulsotsinfekterat blod leda till katastrof. Situationen är en drastisk belysning av att knarkandets risker och skadeverkningar ingalunda är begränsade till de direkt berörda kretsarna utan sträcker sig vida längre ut i samhället, betonas *Svenska Dagbladet* (14/10). Någon praktiskt hanterbar metod att identifiera de gulsotsinfekterade narkomaner som uppträder som blodgivare synes för närvarande inte finnas.

En nära till hands liggande möjlighet att i någon mån begränsa denna form av gulsotsepidemi är uppenbarligen att på något sätt reglera handeln med injektions-sprutor. Denna är för närvarande helt fri; att en betydande försäljning till narkotikamissbrukare äger rum är helt uppenbart. Det säger sig självt, att den föreslagna kontrollen långt ifrån kommer att bli hundraprocentigt effektiv. Smuggling kommer att förekomma. Olaga överlåtelser, försäljningar och lån narkomaner emellan kommer givetvis också att ske. Helt kommer det förmodligen inte att kunna förhindras att viss materiel från sjukhusen kommer på drift ut på den illegala marknaden.

Det viktiga är dock att den föreslagna kontrollen kommer att ha någon begränsande effekt på den riskabla hanteringen. Det vore ansvarslost att vara passiv av perfektionism, att låta det ouppnåeliga bästa bli det någorlunda godas fiende.

Stora famnen mot invandrare

Det finns idealister som hävdar att vi inte har rätt att hindra andra att delta i våra glada njutningar. Valfärd är brottslig, om den inte delas med behövande utanför våra gränser. Deras filosofi är medmänsklig men kan tyvärr inte uppfattas som praktisk svensk politik, skriver f.d. lands-hövding *Ragnar Casparsson* i

Svenska Dagbladet (20/9). Som bekant hotade han att i protest lämna utlänningskommissionen, som desavouerades av regeringen i den s.k. zigenaraffären.

Få lär på allvar yrka på att vi ensamma i en farlig värld, skulle avveckla vårt militära försvar och lita på andras respekt för vårt människovärde. Kan vi tänka och handla annorlunda, när frågan gäller invandringen till Sverige. Jag är övertygad om att jag har en majoritet av det svenska folket som stöd för tanken, att vi som andra också härvidlag måste skydda våra egna intressen.

I pressen framstår statens utlänningskommission ofta som ett tillhåll för reaktionärer med sadistiska böjelser. Kommissionen beskylls för godtycke. Men den har fasta regler att gå efter. Reglerna skall hindra utlännningar som kan tänkas äventyra statens säkerhet eller uppträda störande mot allmän ordning att komma in eller stanna i landet — men också anpassa utländska arbetstagare till Sverige och ge utlännarna, särskilt politiska flyktingar, ett så starkt rättsskydd som möjligt.

Men UK är inte ensam om att hindra utlännningar att komma in eller stanna i Sverige. Genom polisbefäls beslut avvisades förra året 1.609 personer, genom domstolsbeslut förvisades 708 som dömts för brott och länsstyrelserna utvisade 92 personer. Utlänningskommissionen beslöt bara om förpassning i 39 fall. Ändå sätter sig ingen till doms över länsstyrelsernas och domstolarnas avlägsnande av 800 personer!

Innan kommissionen beslutar hörs utlänningsnämnden, som är oberoende av kommissionen och en övervakare av utlännings rättsintresse. Och slutligen kan utlännningen överklaga hos regeringen. Sveriges utlänningspolitik måste i jämförelse med de flesta andra länders betecknas som generös, hävdar hr Casparsson, som belägger detta med exempel från

våra grannländer, från England och USA.

De restriktioner som skapats för att reglera invandringen tillkom för att förhindra en hotande proletarisering av hitresande. Utlänningar som släpps in har i stort samma skyldigheter och rättigheter som svenskar.

Beslut i enskilda ärenden kan av utanför stående bedömare tyckas orimliga, i täta intervaller i sensationspressen såsom hänsynslösa. Men såvitt jag kan påminna mig har kritiken aldrig kunnat visa, att beslut i ett enskilt utlänningsärende träffats i strid mot gällande lagbud.

Ofta beror kritiken mot UK på att kritikerna inte har tillgång till fakta i målet — handlingarna är hemliga och måste vara det. Men

inte ens senaste utlänningsutredningen som gjort en granskning av några tusen godtyckligt valda fall har framställt någon anmärkning mot kommissionens handläggning.

Ambassadör *Kjell Öberg* kritiserade i *Dagens Nyheter* (21/9) den nya utlänningsutredningens förslag. Han konstaterar att vi i dag inte har tillräcklig kunskap om invandrarnas anpassningsproblem för att nu formulera målen för vår politik mot invandrarna. Men vi vet tillräckligt för att fortsätta och bygga ut den påbörjade försöksverksamheten. Och vi bör engagera invandrarna själva vid dessa försök. Vi lever ju i ett Organisations-Sverige, där organisationerna har outnyttjade möjligheter att leda invandrarnas

medbestämmande förbi lagens formella spärrar. Och kunde vi inte ge dem kommunal rösträtt, när de bott här ett par år?

Hr Öberg efterlyser också en likabehandling för alla invandrare:

Vi har haft åtminstone en viss framgång i kampen mot det svenska klassamhället. Kan vi då acceptera en ny klassindelning, där den infödde svensken bildar överklass, invandrarna från Norden medelklass och de från andra länder underklass? Immigrationen från Norden är fri; mot andra nationaliteter har vi satt upp spärrar vid gränsen. Man kan beklaga detta, men det är svårt att se en utväg ur det. Men om man accepterar gränsspärren mot andra än nordbor, bjuder konsekvensen att alla som släpps in får samma rättigheter oavsett varifrån de är.

socialmedicinsk tidskrift

Prenumerationspris:

Helår kr 30, halvår kr 16.

Studentprenumeration helår kr 16.

Lösnummer kr 3:50 (specialnummer kr 4)

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

Atergivande helt eller delvis av originalartiklar ur smt utan angivande av källan förbjudes.

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.