

Greppet direkt!

Av överläkare *Stig Zethraeus*, Borås

Regeringen har tillsatt en delegation direkt ansluten till socialdepartementet med representanter för staten, landstingsförbundet och stadsförbundet och med huvudsaklig uppgift att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurserna i landet och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. Utöver representanter för regeringen, speciellt socialdepartementet, ingår i den nya delegationen generaldirektörerna i resp. medicinalstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen och skolöverstyrelsen, vidare landstingsförbundets ordförande, ordföranden i stadsförbundets sjukvårdsdelegation m.fl.

Jag vet inte vad mina kolleger tänker härom, och följande skall ses helt och hållet som mina privata reflexioner. För mig som chef för en psykiatrisk klinik vid ett större landsortslasarett (Borås) innebar emellertid läsningen härom — förmedlad genom dagspressen 10/7-65 — en känsla som närmast kan beskrivas som lång natts färd mot dag!

Äntligen förutsättningar för ett nytt och fastare grepp om svensk sjukvårdsplanering på riksnivå.

Den nya delegationen har möjlighet att avpassa antal i landet faktiskt existerande befattningshavare med kompetens för sjukvård (läkare, sjuksköterskor, sjukvårdare, sjukvårdsbiträden, sekreterare, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter, gymnaster m.fl.) efter antal befattningar och antal befattningar efter faktiskt existerande kompetenta befattningshavare.

Det förefaller alldeles uppenbart att det inte räcker att "öka inkomsterna" genom att utbilda allt fler läkare, sjuksköterskor, kuratorer m.m. utan att man samtidigt måste antingen "minska utgifterna" eller hålla dessa nere, genom att bromsa inrättandet av nya befattningar.

De enkla räknesätten

Om man t.ex. väljer läkarna, så är det uppenbart att antal existerande svenska läkare i landet inte står i någon som helst rimlig proportion till arbetstillfällen (befattningar m.m.). Om det finns 10.000 befattningar och 7.500 läkare (jag väljer helt fiktiva siffror) så faller det av sig själv att 2.500 läkarbefattningar måste stå vakanta. Om vi nu ökar antal läkare genom ökad utbildning till 20.000 men samtidigt ökar antal befattningar till 25.000 så kommer i stället för tidigare 2.500 nu 5.000 befattningar att stå vakanta. Vilka? Med hittills tillämpade principer — och det finns ingen anledning att ändra på dem — som innebär att var och en fritt får välja den specialitet eller befattning inom läkaryrket han helst önskar, så blir följden att de minst attraktiva befattningarna kommer att stå vakanta. För närvarande — och sedan en icke obetydlig tid tillbaka — är dessa minst attraktiva regioner inom läkaryrket dels tjänsteläkarbefattningar, dels psykiatrien.

Ingenting kan vara mera orimligt än att försöka hyscha ner detta faktum. Det är helt enkelt så att bl.a. psykiatrien inte är attraktiv på landets läkarkår, det må sedan smaka bra eller illa att svälja denna sanning, och illa smakar den förvisso oss psykiatrer som själva valt vårt yrke.

Orsakerna kan man sedan börja diskutera. Man kan säga, som flera av mina kolleger gjorde när jag skrev härom i Sv.D. i mars 1965, att metoden att rätta till detta missförhållande måste vara en helt annan (än den jag då rekommenderade, nämligen en kontroll på riksnivå över läget), nämligen att omvandla den impopulära specialiteten eller de impopulära specialiteterna till populära genom att

förbättra arbetsförhållandena, öka lönerna, förbättra undervisningen etc.

Javisst! Allt det där är bra. Men det kan aldrig någonsin eliminera ett ventuellt numerärt missförhållande mellan läkare och befattningar. Finns det 10.000 befattningar och 7.500 läkare så blir 2.500 befattningar vakanta hur man än vänder och svänger sig. Gör man psykiatrien attraktivare än andra specialiteter så får vi vakanserna där i stället, den saken är uppenbar.

Täta läckorna

Men att "täta till läckorna" är en uppgift som kräver just en delegation på regeringsnivå med just den auktoritet och den kompetens som den tillsatta delegationen har fått. Medicinalstyrelsens restriktivitet vid inrättandet av nya befattningar har uppenbarligen inte haft den effekt som erfordras och erfordrats. Detta är självklart eftersom medicinalstyrelsen inte haft någon som helst kontroll över ett antal sektorer. I och för sig hindrar ingenting varenda svensk läkare från att bli privatpraktiserande, i vilket läge varenda läkarbefattning i allmän tjänst skulle stå vakant. Att "täta läckorna" måste alltså innebära icke blott att skaffa sig kontroll över läkarbefattningar i allmän tjänst, utan också att man från centralt håll, på regeringsplanet, tar kontroll över rätten att utöva privat läkarpraktik, nämligen på det sättet att central myndighet bereder sig rättighet att *maximera antal läkare per varje särskild region i landet* som får utöva privat läkarpraktik. Jag menar alltså att i X-löv endast 2 läkare får rätt att utöva privat praktik medan i Y-stad motsvarande antal får vara t.ex. maximalt 3.

En effektiv tätning av läckorna måste också innebära att privata industrier, rederier m.fl. får rätt att inrätta läkarbefattning endast efter medgivande av central myndighet. Som det nu är kan ingen hindra ett rederi att inrätta skeppsläkarbefattningar, ett järn- och stålverk att anställa industriläkare, en läkemedelsfirma att inrätta forskarbefattningar för läkare.

Dessutom finns det ett antal regioner om vilka jag inte har klar kunskap, där medicinalstyrelsen hittills inte haft möjlighet att vägra inrättandet av

läkarbefattningar. Jag skulle föreställa mig att detta gäller läkare inom försvaret, fångvården samt rena forskningsinstitutioner. Även över dessa befattningar måste central myndighet skaffa sig kontroll.

Det finns för närvarande möjligheter att kringgå ett avslag från medicinalstyrelsen om inrättandet av en tjänst. Det kan t.ex. röra sig om en överläkartjänst vid en rehabiliteringsklinik. Vederbörande huvudman kan då i stället inrätta en befattning för "en konsulterande läkare vid arbetsvården" i form av en arvodesbefattning med i stort sett likartade anställningsförhållanden som en överläkarbefattning.

Betydelsefullare är väl i praktiken det fall att ett landsting bygger ett nytt lasarett med medicinsk klinik, kirurgisk klinik, gynekologisk klinik, röntgenavdelning. Och så, när hela miljonbygget har utförts för skattemedel presenteras räkningen för medicinalstyrelsen, man begär medgivande till inrättandet av så och så många överläkar-, biträdande överläkare- och underläkarbefattningar. Medicinalstyrelsen har nu försatts i ett tvångsläge och kan ej gärna avböja.

Vad som ur en synpunkt kan förefalla som framsynthet, driftighet, ambition och energi, ter sig ur en annan synpunkt som ren tilltagsenhet från landstingens sida, från forskningsinstitutioner, från professorer eller mäktiga och inflytelserika professors- eller överläkarkollegier.

Vad jag här skriver är i stort sett samma som jag skrev i Sv.D. i mars i år. Det var inte populärt, och det är säkerligen inte populärt nu heller. Jag skriver det i alla fall av den enkla anledningen att det är min privata uppriktiga mening att ett nytt grepp *måste* till.

Överflödet på befattningar inom sjukvården och bristen på kompetenta befattningshavare har lett till missförhållanden som helt enkelt är olidliga.

Läkarbrist in absurdum

Vid mentalsjukhus och psykiatriska lasarettskliniker har man fått vänja sig vid att underläkarbefattningarna antingen är vakanta eller bestrids av tillfälliga flyttfåglar, särskilt av danska stud. med. Vad de unga danskarna beträffar skall sägas att de

i regel gör mycket god nytta. De har en god medicinsk grundutbildning och har en — som det tycks — för unga danska intellektuella typisk tilltro till det egna sunda förnuftet, och ett gott sådant.

Men det är ju inte tal om att dessa unga flyttfåglar skall uträtta någonting som ens liknar kompetent psykiatriskt kliniskt läkararbete. De stannar 1—2 månader under sommar- och julferier och säger ofta rent ut att de har kommit för att tjäna en slant och att de inte alls tänker bli psykiatrer.

"Mentalsjukhuset" eller "den psykiatriska kliniken" innehåller vid dylikt förhållande stundom en enda kompetent läkare, överläkaren, i andra fall ett mindre antal överläkare och/eller biträdande överläkare. Till dessa institutioner vänder sig en vårdsökande allmänhet och till dem hänvisar myndigheter av skilda slag bedömnings- och avvägningsärenden liksom terapifall som kräver fullt kompetenta psykiatrers hela yrkeskunighet och skarpsinne, försäkringsärenden, körkortsärenden, omyndighetsärenden, abort- och steriliseringsbedömningar, rättspsykiatriska bedömningar osv. osv. i en aldrig sinande ström, för att nu inte tala om konsultförfrågningar från kroppskliniker.

En psykiatrisk klinik utan läkare, eller ett mentalsjukhus utan läkare, existerar det? Jag menar att t.ex. en kirurgisk klinik som står fullt utrustad med hus, golv, väggar, tak, operationsutrustning, sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden, städerskor och patienter, men som saknar läkare, kan den rätteligen benämnas "kirurgisk klinik"? Är den inte falskskyltad fram till det ögonblick då den också innehåller en funktionsduglig läkarstab?

Det är inte meningen att utsätta läsaren för några spetsfundigheter i form av "Gör tre korn en hög?" eller "Mentalsjukhus utan en kompetent psykiater — Mentalsjukhus med en kompetent psykiater — Mentalsjukhus utan två kompetenta psykiatrer — Mentalsjukhus med två kompetenta psykiatrer . . ."

Men faktum är att det får inte fortgå inom psykiatrien som det gjort hittills att "läkare" utan några som helst förutsättningar för att bedriva psykiatri (t.ex. mer eller mindre grovt främdspråkiga sådana) icke blott kan bli anställda vid psykiatrisk

klinik eller mentalsjukhus, utan till och med kan ställa villkor, t.ex. krav på familjebostad för den händelse man skall taga ett erbjudet vikariat på 3 veckor.

Kejsarens nya kläder

Jag har fullständigt klart för mig att jag härmed berör ett område som är mycket mer tabubelagt än sexualiteten.

Att 2 ggr 2 är 4 får man tala om. Att summan av kvadraterna på kateterna är lika med kvadraten på hypotenusan får man också tala om. Men att inte 7 läkare räcker till 10 läkarbefattningar får man *självfallet* inte tala om, och allra minst får man nämna det faktum att det bara finns ett botemedel: att dra in de 3 befattningarna fram till det ögonblick då antalet läkare ökat.

Men vad är egentligen mest tilltalande för Er, mina läsare, att vara den vuxna menigheten, som står och gapar på den nakna kejsaren, eller att vara barnet som säger: "Men han har ju inga kläder!?"

Demoralisering

Man kan som chef komma i tragikomiska situationer. Det har t.ex. hänt mig att skrivcentralen (som är väl utbyggd vid Boråskliniken) tillfälligt blivit överbelastad. Jag har uppdragit åt chefssekreteraren att aktege härpå och att vid sådana tillfällen anmoda underläkarna att själva skriva kortare polikliniska journaler. Vid ett sådant tillfälle meddelade sekreteraren till mig att underläkarna svarat med ett gapskratt och replikerat att om de inte fick skrivhjälp här så fanns det otaliga andra psykiatriska sjukhus i landet som ropade efter dem och där skrivhjälp stod till buds.

Propåer från min sida när klinikens mottagningsavdelning med dess vilhytter varit fullbelagda med akut sjuka personer att jourhavande läkare borde ligga på jourrummet bemöts med invändningar — "vi bor ju så nära . . ."

En klok chef vet vid sådana tillfällen att denna demoralisering är en naturlig konsekvens av den på området överhettade arbetsmarknaden, och att om han inte är ytterst mjuk och böjer sig i det rätta ögonblicket så står han utan underläkare.

Räkningen och värden

Senare decenniernas sociallagstiftning har uppenbarligen varit besjälad av en humanitär, progressiv och konstruktiv anda. Jag tror att de psykiatrer som — i likhet med mig — har förmånen att vara medarbetare i en pensionsdelegation också är ense med mig i att detta arbete är stimulerande ur olika synpunkter. Det ställer krav på medverkande läkares kunskaper, omdöme och goda vilja, samtidigt som de får tillfälle att medverka till att ge människorna det ekonomiska stöd till vilket de är berättigade. Detta är en sida av saken. En annan sida är att detta arbete krävt ett antal arbetstimmar från kompetenta psykiatrer, arbetstimmar som faktiskt inte fanns disponibla, utan som därför måst tas ifrån andra kanske lika viktiga uppgifter.

De familjerådgivningsinstitutioner vilka landstingen animerats att inrätta, är också synnerligen väl motiverade. Det måste vara av utomordentlig betydelse att familjer som plågas av söndring och som kanske riskerar att upplösas med allt det elände detta medför, kan finna en institution till vilken de kan vända sig för att få hjälp och stöd av olika slag, inklusive den psykoterapi som i dessa fall är oundgänglig.

Desto mera tragiskt då att dessa av statsmakterna planerade och i konstruktiv atmosfär tänkta institutioner på vissa håll över huvud taget inte kunnat komma till stånd på grund av bristen på psykiatrer. På senare tid har för övrigt en hotande brist börjat förmärkas också på kuratorer och psykologer. Beträffande kuratorer tycks det vara så att socialvård och sjukvård konkurrerar med varandra genom olikartad lönesättning, och beträffande såväl kuratorer, som speciellt psykologer förekommer också en konkurrens från industrins sida.

Att här krävs ett nytt och samlat grepp på riksnivå om över huvud taget inte av regering och riksdag planlagd sociallagstiftning skall äventyras, är alldeles tydligt.

Prioritering

Prioriteringsfrågor är också någonting som måste tillmätas högsta betydelse. Om man inte kan få allt, vad skall man då välja? Vilket är viktigast?

Barnsjukvård? Äldringsjukvård? Klinisk psykiatri? Rehabilitering? Neurologi? Vilket är viktigast, att rädda liv t.ex. genom att ge en tillfälligt nergången och deprimerad människa som befinner sig inom självmordszonen möjligheter att överleva och kanske en god hälsa genom en begränsad tids klinisk psykiatrisk vård eller att rehabilitera en person som kanske inte lider så förfärligt av sin arbetsoförmåga till social funktionsduglighet med den samhälsekonomiska vinst detta innebär? Vilket är viktigast, att rädda liv och minska det ohyggliga lidande som t.ex. en melankolisk eller schizofren sinnessjukdom innebär, eller att rehabilitera?

Det är givet och ligger i sakens natur att enskilda representanter för kliniska specialiteter mer eller mindre ensidigt arbetar för just den specialitet han blivit satt att förvalta. Men i dagens läge innebär det ovillkorligen att om jag får ökade resurser för min specialitet dessa resurser måste tagas från någon annan specialitet. Allehanda irrationella faktorer kommer därvid lätt att medverka till lokal utbyggnad av en eller annan specialitet. Det kan röra sig om en särskild diplomatisk begåvning hos en ämnesrepresentant, om energi eller ambition hos denne eller kanske till och med om en så irrationell faktor som temperament och pondus. Man skulle t.ex. i tanken kunna konstruera det fall att för en befolkning på 250.000 eller 300.000 människor endast 18—36 kliniskt psykiatriska vårdplatser står till buds medan man samtidigt välver planer på mer än 100 sängplatser för neurologi. Huvudmannen måste i sådana lägen stå rätt rådvill.

Jag försökte diskutera hithörande frågor med en kollega för vilkens intelligens och omdöme jag har stor aktning. Jag påpekade nödvändigheten av en prioritering och nämnde som en utgångspunkt för samtalet barnsjukvården. Jag menade att vi här utan vidare skulle kunna komma överens om en specialitet med hög eller högsta prioritetsgrad. Han replikerade omedelbart: Nej, se det går jag absolut inte med på, för sjuka barn kan praktikererna mycket väl klara i hemmen!

Det är möjligt att kollegan därmed ville avstyra fortsatt samtal om ämnet i fråga, i så fall lyckades han. Men jag tror inte att en rimlig prioritering

över huvud taget kan komma till stånd genom en konversation mellan överläkare eller professorer inbördes, och inte heller att lasarettsdirektioner och landsting kan klara upp den saken. En officiell vägledning måste utarbetas.

Antal läkare i landet ökas undan för undan, men genom de medicinska framstegen kommer vi ändå alltmera i det läget att vi inte kan få allt vad vi vill. Varje nytt framsteg kräver nya specialister och nya arbetstimmar av läkare. Man kan bara ta den moderna åderbråckskirurgien. Plötsligt upptäcker man helt nya och framgångsrika metoder att operera åderbräck. Eftersom bensår m.m. är en folksjukdom strömmar genast patienter till och man måste igångsätta särskilda "åderbråcksdispensärer" bemannade med högkompetenta kirurger...

Logik utan nåd

Effekten av den reduktion och planhushållning med avseende på läkarbefattningar som jag tänkt mig, vill jag illustrera med följande schema: Varje cirkel representerar en tjänst och varje X en läkare. En cirkel jämte ett X är alltså en besatt tjänst, enbart cirkel en vakant tjänst och enbart X en friställd läkare.

De rektangulära fälten illustrerar olika specialiteter i landet. Schemat skall tänkas illustrera samtliga specialiteter i landet, samtliga läkarbefattningar och samtliga läkare.

Den schematiska uppställningen nedan är naturligtvis endast avsedd som en illustration av den tankegång jag här velat framställa. De i schemat 3 friställda läkarna kan ju utan vidare engageras i vårt oavbrutna behov av läkarvikarier.

Å andra sidan om vi skall fortsätta att vara ärliga — så har naturligtvis diskrepansen mellan arbetstillfällen och faktiskt existerande läkare i landet lett till en bottenskrapning av läkarresurserna, och frågan är om inte en viss grupp nu arbetande läkare faktiskt borde friställas, för att kunna återvända till studier i avsikt att avlägga läkarexamen, eller för den delen också för att ålderspensioneras, sjukpensioneras . . .

Vad händer med sjuksköterskorna?

Går man till sjuksköterskebristen, så är även detta problem i behov av ett nytt, samlat och överblickande grepp.

Tar man mycket fel om man — som jag nu vill göra — förmodar att vi här står inför ett helt nytt sociologiskt problem, nytt därför att det snabbt utvecklats under de senaste 20—10 åren?

Jag menar följande:

Vi har i vårt land under de senaste decennierna upplevt en mycket klar allmän välbästandssökning, man behöver ju bara se på bilägarnas antal, på hur snart sagt var och varannan familj numera kan resa utomlands, äger sommarstuga, TV, båt.

Vi vet ju att de nyutbildade sjuksköterskekullarna nästan omedelbart vidkänns en ytterst stark avtappning i det att sjuksköterskorna gifter sig och blir hemmafruar. Kan man inte förmoda att detta helt enkelt är en sida av välbästandssökningen?

Dessa särskilt mammiga unga kvinnor som valt det utpräglade feminina sjuksköterskeyrket står inför valet att — utan alla bitankar på den kulturradikala debatten om "könsroller" som de tycks vara rätt lamt intresserade av och i grunden sub-

Före planhushållning och reduktion:

Med.	Teor.	Kir.	Rtg.	Gyn.	Ped.	Öron.	Ögon.	Rehab.	Psyk.	Tjläk.
XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO
XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO O	XO XO
XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	O O	XO O
XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	O O	O O

Efter planhushållning och reduktion.

Teor.	Med.	Kir.	Rtg.	Gyn.	Ped.	Öron.	Ögon.	Rehab.	Psyk.	Tj. läk.	Frist.
XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	X
XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	X
XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	XO XO	X
XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	

limt oberörda av — förbli i sitt yrke, eller förverkliga sig själva som kvinna, sin makes älskarinna och livskamrat, sina barns mamma. Världet ger dem chansen att välja det senare, och de är fullt ut så normala, så oneurotiska att de utan att tveka gör detta.

Det skulle innebära att vi med fortsatt världsökning får kalkylera med allt färre och färre sjuksköterskor, en konsekvens av utvecklingen i landet som vi i de unga sjuksköterskornas eget intresse inte gärna kan lägga oss emot.

Hur långt tenderar en utveckling av detta slag, och hur länge kommer den att pågå?

Tenderar den så långt att sjuksköterskan upphör att existera, liksom tidigare hänt med toffelmakare, tunnbindare, kittelflickare, hembiträden? I så fall måste vi ju så snart som möjligt få reda på det så att vi inte fortsätter att planera *som om* sjuksköterskor skulle existera även i fortsättningen.

Tanken på manliga sjukskötare (vdb borde genast acceptera denna beteckning så att vi kunde upphöra att förolämpa våra medarbetare med beteckningen "Sjuksköterskan, Systers Olle..." en formulering som alltför ofta användes i formella skrivelser från myndigheter!) förefaller rätt orealistisk.

Jag tror verkligen på biologiska och icke blott traditionella könsskillnader. Jag tror aldrig att de där förbanden av kvinnliga soldater som sätts upp här och var i världen någonsin kommer att bli särskilt talrika, och inte heller tror jag att män i den fulla sysselsättningens eller översysselsättningens samhälle någonsin kommer att i större skala lockas till utpräglat "mammiga" vårdyrken. (Varanda lantbrukare i världen vet att det är tjuren man får sätta nosring på, vill man ha ett garanterat fredligt och snällt djur kastrerar man den och får den slöa oxen, det är män som begår våldsbrotten, det är män som mördar och kvinnor som blir mördade etc. etc.).

Hur länge kan en sådan förmodad avtappning till hustruskap och mammeskap tänkas fortsätta? Vi kan inte fortsätta att vara naiva och sticka huvudet i busken. I dag hindrar ingen en nybliven sjuksköterska att bli mamma. Men före år 2.000, när våra små flickebarn som vi nu lyfter upp och

som ler mot våra ansikten, när dessa små babies har blivit 35 år gamla har mänsklighetens numerär ökat från nu 3 miljarder till 7,5 miljarder. Förr eller senare måste det sättas ett stopp, alternativen är alltför ohyggliga, massväld, atomkrig. Vi måste tro på vårt förnuft och det säger oss att förr eller senare måste vi hindra kvinnorna från att bli mödrar.

Vi män kan väl fördraga att inte bli pappor, men stackars kvinnor som inte får bli mammor. Snart nog måste otillfredsställda kvinnor söka utlopp för sina behov, då får vi yrkeskvinnor...

Till dess får vi kanske ställa in hela vår sjukvård på en minimalkader av sjuksköterskor och i övrigt självbetjäning, teknik, automation...

Jag skall inte fortsätta att skapa huvudvärk, bara dra en lättnadens suck över att jag själv, mina kolleger, lasaretsdirektionerna och andra kan få avböja sig litet av våra huvudvärkar till den nya delegationen.

"Vi och vår hälsa"

HULTAFORS

**fysikalisk-dietisk kuranstalt enskilt
sjuk- och konvalescenthem**

Postadress: HULTAFORS

300 meter över havet.

Lämplig rekreatiorts.

Alla moderna badformer,

elektricitetsbehandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Överläkare: Dr. N. Blomstedt

Konsulterande läk.: Dr. I. Unhäll

Mod. priser. Inga drickspengar

Begär utförligt prospekt.

Telefon Borås 033/950 50.