

FRÅGOR FÖR DAGEN

En nyttig konferens

I december 1963 höll läkarförbundet en styresmannakonferens i Stockholm med deltagande av ett 30-tal styresmän och blivande styresmän vid sjukhusen i landet. Läkarförbundet har redan tidigare vid upprepade tillfällen haft anledning anordna sådana konferenser. Det är angeläget att läkarna som ansvariga styresmän har tillfälle att komma samman och diskutera gemensamma uppgifter och överhängande problem inom den slutna sjukvårdens administration.

Vid styresmannakonferenserna brukar föredrag hållas av sakkunniga experter varefter frågorna diskuteras. En revolutionerande utveckling inom sjukhusvården har påbörjats. För denna har styresmännen stort ansvar.

Redan tidigare hade medicinalrådet Olof von Zweigbergk i fördrag inför Svenska sjukhusföreningens redogjort för den strukturomvandling som förestår inom lasarettsvården.

Med *progressiv vård* menas en vårdorganisation som är inriktad på att fördela patienterna i slutna sjukhusvård efter deras behov av diagnostiserande, behandlande och kontrollerande åtgärder. Det är alltså fråga om en uppdelning av patienterna på sjukhusen icke efter kliniska medicinska specialkrav utan efter de servicebehov som varje patient för sig är i behov av. Ett strikt genomförande av idén

med den progressiva vården innebär att nuvarande klinikindelning förändras. Den närmaste framtiden kommer att utvisa på vad sätt frågan kommer att lösas. Huvudmän, styresmän och övriga sjukhusläkare står här inför stora problem.

Inom den s. k. progressiva vården indelas avdelningarna i sådana som har att tillgodose de mest uttalade vårdbehoven, intensivvårdsavdelningar, och sådana avdelningar vars patienter kräver väsentligt mindre service, lättvårdsavdelningar. Mellan dessa två avdelningar föreslår von Zweigbergk en övergångsform i fråga om servicekrav benämnd intermediärvårdsavdelningar.

Intensivvårdsavdelningen är avsedd för patienter som fordrar ständig vård av sjuksköterska jämte övervakning dygnet runt. En patient i behov av sådan kontinuerlig vård skall icke behållas på någon av de andra vårdenheter inom ett sjukhus. Det beräknas att omkring tio procent av hela sjukhusklientelet kommer att tas om hand på intensivvårdsavdelningar. Enligt amerikanska förebilder krävs det på en sådan avdelning en sjuksköterska på sex patienter dygnet runt. Avdelningen kan inte göras större än på cirka 18 sängar. På större sjukhus kommer detta att innebära flera intensivvårdsavdelningar. På mindre sjukhus kan flera kliniker utnyttja en och samma intensivvårdsavdelning.

Lättvårdsavdelningar. Patienterna på dessa avdelningar beräknas vara utredningsfall i största utsträckning. Även en del andra patientkategorier som inte kräver alltför stor service kan vårdas där såsom bräck, gipsade benbrott och andra som genomgått smärre ingrepp eller med mindre påfrestande sjukdomsbilder. Diabetesfall, ledgångssjukdomar och hudsjukdomar kan tänkas väl lämpa sig för vård på dessa avdelningar liksom eftervårds- och konvalescentfall.

Vid den ursprungliga framställningen meddelade von Zweigbergk förslag om att dessa avdelningar också kunde ges typen av femdagarsavdelningar dvs. med öppethållande från måndag till fredag men stängda lördag-söndag. Detta fordrar en noggrann planläggning i förväg vid intagande av patienter och bedömning av deras vårdtidsbehov.

Intermediärvårdsavdelningar. Personalbesättningen på nuvarande vårdavdelningar om cirka 30 vårdplatser beräknas förslå till intermediärvårdsavdelningar på 40—50 sängar. Här rekommenderas tillfälle för undersköterskor att fullgöra sjuksköterskas uppgifter. Särskilt vid dessa avdelningar förutses att sekreterarebattningar inrättas.

Ett väl utbyggt system enligt denna modell fordrar även goda möjligheter till konvalescentvård och långtidsvård.

En förfrågan hos ett 20-tal överläkare på *kirurgiska* och *medicinska kliniker* utvisade att 20—30 procent av det totala antalet patienter på respektive kliniker beräknades kunna vårdas på lättvårdsavdelning; med 10 procent intagna på intensivvårdsavdelningen skulle 60 procent utgöras av patienter inom intermediärvården.

Från medicinalstyrelsen har starkt betonats att läkarens uppgifter vid inläggandet av patienterna ständigt måste ta hänsyn till den uppdelning av sjukvården som det nya avdelningssystemet kommer att innebära. Den progressiva vården måste genomföras i alla sina olika detaljer och principerna följas strikt. Eljest finns risk för att patienterna inte erhåller den vård de bör få. Det nya systemet torde bäst lämpa sig för stora kliniker och i första hand inom specialiteterna kirurgi och medicin, gynekologi och psykiatri. Inom Sverige har hittills endast begränsad erfarenhet inhämtats men en fortlöpande utveckling sker. Huvudmännens intresse knytes till förhoppningarna om personalbesparing och begränsning av

de stigande vårdkostnaderna. Men alla parter, främst patienterna själva, måste känna sig övertygade om att det nya vårdssystemet inte äventyrar eller försämrar den medicinska vården vid sjukhusen. Därför kommer patienter, huvudmän och läkare att med största intresse avvakta kommande erfarenheter.

Rationaliserad sjukvård

Tre milj. kronor ställs till förfogande för en utredning av sjukhusdriftens rationalisering. Stads- och landstingsförbunden erlägger 40 procent och staten resten. Den totala kostnaden för den allmänna sjukvården uppgick år 1961 till 2,7 miljarder kronor och har nu säkerligen överskridit 3 miljarder kronor per år, vilket motsvarar 3,5 procent av bruttonationalprodukten jämfört med 1,8 procent 1946. Alla möjligheter till rationalisering måste tillvaratas. En relativt sett obetydlig rationaliseringsvinst kan om den utnyttjas över hela fältet leda till stora kostnadsbesparingar och bättre patientvård. Utredningen bedrivs av det 1963 tillsatta statliga Rådet för sjukhusdriftens rationalisering med anlitande av experter på olika områden av sjukhusvården.

Nya läkarhus

Läkarhus AB fortsätter att planera för den öppna vården ute i landsortsstäderna. Det första läkarhuset utanför storstäderna står färdigt i höst i Uppsala. I Karlstad har man långt framskridna planer och nu har även Gävle börjat planera. Man tänker sig där två byggnadskroppar i kv. Sjöboden vid Norra Strandgatan med ett femvåningshus längs Strandgatan och ett fyrvåningshus mot Kyrkogatan. En stor läkarmottagning på 400 kvm får plats i bottenplanet och i huset för övrigt kommer att finnas nio mindre mottagningar med en sammanlagd yta av 700 kvm. Vidare tre tandläkarmottagningar

samt ett trettiotal bostadslägenheter i storlek från 2 rum och kök till 6 rum och kök samt sex smålägenheter om rum och pentry. Produktionskostnaden rör sig om drygt 5 milj. kronor. Ritningarna har utförts av arkitekt SAR Bengt Edlund och Byggnadsfirman Anders Diös, som äger tomten, har fått erbjudande att bygga. Drätselkammarens ordförande, kommunalrådet Sven Larsson, är positiv till projektet och är beredd att söka underlätta byggandet. En del trafikstudier och annat krävs dock för planeringen av dessa centrala stadsdelar. Direktör Fajerson i läkarförbundet säger till Arbetarbladet att Läkarhus AB är angeläget att få till stånd ett läkarhus i Gävle och det bör kunna bli färdigt ungefär samtidigt som Karlstadshuset.

Inom de närmaste fem åren planeras även ett hus i Norrköping. Östergötlands Folkblad uppger att förhandlingar begärts av läkarförbundet med de kommunala myndigheterna, vilka ännu icke svarat. Förste stadsläkare Sven Ljungberg svarar i en intervju att han är positivt inställd till ett läkarhus i Norrköping vilket skulle innebära en betydande avlastning av lasarettet.

De partiellt arbetsföra i statens tjänst

I en artikel i SACO-tidningen hävdar förste byråsekreterare Bruno Utbult i Arbetsfysiologiska institutet att regeringens goda vilja i förhållande till de partiellt arbetsföra inte alltid tränger ut till de lokala instanserna. Principiellt vill författaren påstå att t. ex. "en tankens arbetare" inte skall behöva gå utan sysselsättning därför att han har något fel på kroppen. För inte så länge sedan vägrades en polioskadad jur. kand. med rörelsehinder deltidstjänst i ett statligt verk trots mångårigt och väl vitsordat arbete.

Principen inom svensk arbetsvård är att de handikappade skall anställas på likvärdiga villkor med övriga arbetssökande.

Det finns huvudsakligen fyra anställningsformer för statens tjänstemän: ordinarie, extra ordinarie, extra och arvodestjänst. Därtill kommer aspiranter. Skillnaden mellan ordinarie och e. o. är i praktiken betydelselös.

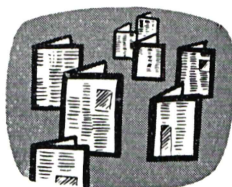
Tidigare har man inte anställt någon i statlig tjänst utan friskintyg. Det har alltså medfört att partiellt arbetsföra i stort sett varit utestängda. Ett Kungl. cirkulär 1957 medgav emellertid och rekommenderade anställning av partiellt arbetsföra. En ny upplaga av cirkuläret utkom 1960. Det är fråga om klara och koncisa besked. Om en handikappad med oviss prognos kan utföra normala arbetsprestationer kan han anställas som extra tjänsteman. Den som har stationärt handikapp, medförande att han inte orkar arbeta hel dag, skall kunna få ordinarie eller e. o. deltidstjänst. Om en person har nedsatt arbetsförmåga skall han kunna få extratjänst med reducerad lön. T. o. m. de sämst ställda skulle vara oförhindrade att få arvodestjänst med lön i förhållande till kapacitet.

En särskild nämnd, statens nämnd för partiellt arbetsföra, har sitt säte i arbetsmarknadsstyrelsen för att "noggrant följa utvecklingen av de partiellt arbetsföras anställningsförhållanden inom det statliga arbetsmarknadsområdet." Utbult menar att de goda intentionerna dock icke trängt ut till de lokala instanserna. Frågan är om anvisningarna är förpliktande då det talas om att myndigheterna "bör uppmärksamma", då det talas om "allmänna riktlinjer" etc. Det finns enligt författaren goda möjligheter att lösa de problem som uppstår då de redan anställda råkar ut för någon sjukdom eller skada som gör att de inte kan klara sina arbetsuppgifter. Framför

allt vid nyanställning synes dock ytterligare möjligheter böra öppnas för ett mera positivt utnyttjande av de partiellt arbetsförs kapacitet. Genom mycket enkla tekniska åtgärder på arbetsplatsen skulle ofta betydande vinster uppstå i fråga om de handikappades möjligheter att vara verksamma. En dörr kan breddas så att en rullstol går in, ett lutande plan kan läggas i en trappa, specialtillverkade stolar och bord kan undanröja vissa svårigheter, akustiska och visuella signaler införas etc.

Läkarstrejk i Belgien

Minst 10.000 belgiska läkare gick skärtorsdagen i blixstrejk som protest mot den nya lagen om allmän sjukförsäkring. I två av landets nio provinser är det under påsken omöjligt att uppbringa en läkare och strejken har spritt sig även till övriga provinser. Strejken var från början utlyst till 1 februari men uppsköts då regeringen gått med på att inleda nya förhandlingar. Sjukförsäkringsväsendet i Belgien har hittills varit ordnat med ett stort antal privata sjuk-kassor samt ett antal ledda av fackföreningarna. Den nya lagen förutser en samordning av alla dessa sjuk-kassor under statlig kontroll samt en reglementerad och kontrollerad taxa för läkarbesöken. Strejken har utlöst demonstrationer från fackföreningarnas sida och regeringen har ännu efter två veckors konflikt icke lyckats få någon lösning på problemet. Det anses försvårat bl. a. av att fackföreningarna velat uppträda som tredje part i målet i stället för att överlåta förhandlingarna helt åt läkarförbund och stat. Mobilisering av militärläkarna har endast komplicerat läget. Regeringskris hotade och riskerna för tredje man blev allt påtagligare ju längre strejken pågick. Den avslöstes efter nära 3 veckor och följdes av förhandlingar.



UR PRESS-DEBATTEN

Om åldringsvården

Tidningen *Arbetet* gör en kort tillbakablick till det tidevarv då människor i miserabel övergivenhet fick tillgripa tiggargraven för att på gamla dagar hålla sig vid liv. 1913 kom den första lagen om allmän pensionering och utvecklingen har därefter gått fram mot det sista tillskottet på försäkringsvägen ATP.

När ATP är fullt utbyggt kommer det knappast längre att finnas några ekonomiska bekymmer för pensionärerna — ett framsteg som inte bara dessa utan även de unga generationerna bör kunna känna glädje över.

Hur stor tillfredsställelsen än kan vara över den grund som lagts till goda ekonomiska förhållanden för morgondagens pensionärer, får vi inte glömma att det finns brister i nuet, som inte kan tolereras i en civiliserad stat. Sveriges folkpensionärers riksorganisation har gång efter annan fäst uppmärksamheten härpå. Detsamma har nu senast även socialpolitiska kommittén gjort i sina undersökningar av åldringsvårdens läge, vilka *Arbetet* tidigare publicerat och kommenterat. Socialministern har nu också tagit fasta på erfarenheter som gjorts och förelagt riksdagen en proposition med förslag till väsentliga reformeringar av åldringsvården.

Sammanlagt kommer de reformer av åldringsvården, som hr Aspling föreslår, att kosta staten 100 miljoner kr, men bättre kan knappast skattemedel användas. Vi är skyldiga den äldre generationen all den omsorg vi förmår. Alla erfarenheter säger väl också att den

yngre generationen, den skattebetalande, helhjärtat ställer sig bakom reformer som gäller de gamla.

Allt hänger på att freden kan bevaras och produktionen upprätthållas. Endast under dessa förutsättningar kan de väldiga kostnader bestridas som de sociala omsorgerna numera kräver.

Läkaren som de sjukas ombudsman

Doktor Mats Pers i Norrköping som i detta nummer av tidskriften bidrar med en utredning om vårdförhållandena för långtidssjuka i Norrköping, har tidigare i *Läkartidningen* avgett ett nödrop från sjukvårdskrisens Sverige. Han slutar sin framställning sålunda:

Slutsatsen blir: Våra genom vårdkrisen lidande patienter sakna egna röstresurser. De ha varken bland sjukvårdens huvudmän eller hos pressen några "ombudsmän". Själva ha vi mer och mer dragits in i en hopplöshetens tystnad. Denna bidrar till att huvudmännen saknar mycket av den intensiva, realistiska information som kanske skulle kunna flytta dem ur det oengagerade sifferbollandets tunna luft ned i vårdkrisverklighetens tunga och fräna dunster.

Socialpolitiska kommittén har i vinter tagit initiativ för att stimulera huvudmännen till vårdhems- och pensionärshemsbyggande och till utökad hemsamaritverksamhet. Huvudmännen har tydligen bedömts sakna nödiga resurser att klara uppgiften på egen hand. Att de skulle mäktat eller kanske inte ens inse nödvändigheten av tillräckligt radikala grepp på personalkrisproblemet — förefaller det troligare?

Vår individuella uppfattning på den sista punkten må variera. Kvar står att vårdkrisens offer i realiteten sakna andra förespråkare än sina läkare. Vi är deras ombudsmän. Till våra plikter mot dem kommer därför också den, att föra deras talan.

Kan den uppgiften ryktas effektivare än som skett?