

Sjukvårdskrisens kännetecken i skilda nordiska länder

Från de nordiska läkarförbundens gemensamma möte i augusti 1964 har vi i föregående nummer av tidskriften redovisat danska synpunkter om sjukvårdskrisen i de nordiska länderna. Här följer nu två referat rörande Finland av överläkare Ilkka Väänänen samt i fråga om Norge av överläkaren G. Rohde Moe. Båda är styrelseledamöter i resp. läkarförbund.

Finska synpunkter

I Finland har under de senaste åren uppstått en situation på sjukvårdsområdet som med allt skäl kan kallas för kris. Det är ganska stor brist på läkare och sjuksköterskor. Läkarna har inte fått någon administrativ utbildning. Det finns inget slags adekvat organ för utvecklandet av den allmänna sjukvården. När det gäller de faktorer som konstituerar behovet av ökad personal anför förf. att den sociala inställningen blivit allmännare, att upplysningen stigit och att befolkningsstrukturen förändrat sig i det att de äldre årsklasserna tilltagit i storlek. En medverkande orsak är också att bostäderna minskar i storlek, eller med andra ord att boendetätheten ökar.

Samtidigt med detta har sjukvårdsstandarden stigit framför allt på grund av den kraftiga utvecklingen av den medicinska vetenskapen. Sjukvårdens uppgifter har mångfaldigats, genom ökad specialisering bl. a., och sjukhusväsendet är i tillväxt.

Bland de medel som bör komma i fråga för att trygga tillgången på sjukvårdspersonal rekommenderar föredragshållaren en ökning av läkarutbildningen, förbättring av arbetsfördelningen och anskaffande av tillräcklig hjälppersonal. Den öppna vården bör få möjligheter att ytterligare utvecklas (speciellt i fråga om hemvård för äldre). Automatiseringen bör tas i bruk och arbetsbetingelserna för gifta befattningshavare förbättras genom upphävande av sambeskattningen.

Läkarsituationen i Finland

I början av år 1963 fanns det i Finland 3.215 läkare eller en läkare per 1.400 invånare. Endast 10 procent av de finska läkarna är enbart beroende av privatpraktik. Antalet obesatta läkartjänster ger därför en god bild av bristen på läkare. Antalet sluttjänster i Finland är ungefär 2.500. Av dessa är 1.775 sjukhusläkartjänster och 550 stads- och kommunalläkarbefattningar.

Vid sjukhusen fanns det vid årsskiftet 1962—63 110 långvarigt obesatta tjänster eller 6,2 procent. 165 tjänster var tillfälligt besatta av icke kompetenta tjänsteinnehavare motsvarande 9,3 procent. Det förelåg alltså inom sjukhusen i Finland 275 vakanta tjänster motsvarande 15,5 procent av samtliga. Inom stads- och kommunalläkarområdet registrerades 47 vakanser eller 8,5 procent av samtliga. Läkarbristen är särskilt besvärande i fråga om specialläkare. Befattningar som kräver specialistkompetens är till 20 procent antingen obesatta eller tillfälligt uppehållna av icke kompetent innehavare. Efter en närmare analys av vakanssituationen inom olika specialiteter framhåller den fiske föredragshållaren att läkarbristen just nu är en följd av att antalet studerande år 1963 starkt minskades emedan undervisningsutrymme saknades. Endast 60 studerande har kunnat intas vid fakulteten år 1963. Senare har kurserna utökats och medicinska fakulteter har grundats både i Åbo och vid Uleåborgs universitet. Härigenom stiger intagningskapaciteten ända till 385. Dessutom har medici-

nalstyrelsen ombesörjt att 50—60 studenter årligen rest utomlands för att studera medicin. År 1973 beräknas härigenom den finska kåren nå upp till ett antal av en läkare per 880 invånare och år 1980 kommer relationstalet att vara en på 730.

Bristen på sjuksköterskor

Totalantalet sjuksköterskor i början av 1963 var cirka 18.000. Av dessa var omkring 12.500 eller 68 procent i arbete. Trots att detta antal som uppgår till 280 sjuksköterskor per 100.000 invånare motsvarar vad som i USA räknas som norm har man i Finland ännu i dag ett ständigt behov av cirka 1.000 sjuksköterskor ytterligare. Bristen måste därför rubriceras som skriande.

Orsaken till underskottet på sjuksköterskor anses vara en felaktig arbetsfördelning i första hand. De kvalificerade sjuksköterskorna utför både kontorsgöromål och sådant arbete som rätteligen kunde omhänderhas av sjukvårdsbiträden, vilka dock icke har blivit anställda på grund av administrativa hinder. Utbildningskapaciteten i fråga om sjuksköterskor har ökat kontinuerligt årligen. Utexamineringen av sjuksköterskor har sålunda stigit från 40-talet från 400 till 2.000 pr år. Trots detta har behovet stigit snabbare, varför situationen år efter år blivit allt sämre. Medicinalstyrelsen i Finland har försökt lätta situationen bl. a. genom att förkorta sjuksköterskornas utbildning från 3 till 2 1/2 år. Någon förbättring har dock härigenom inte kunnat skönjas då kapaciteten knappast ökat på grund av relativt minskat intag. Den förkortade utbildningen har också väckt berättigad kritik. Avgången från yrket har i Finland skett med 4,5 procent under sista året. I USA är det 5 procent. Detta betecknas som en normal företeelse och kan inte tas som försvar för den som bär ansvaret för utbildningsplaneringen.

Väänänen rekommenderar en ändamålsenlig arbetsfördelning genom anställande av kontorsbiträden, sjukvårdsbiträden m. fl. Därigenom befrias sjuksköterskorna från göromål som deras skolning inte förutsätter och de skulle öka sin arbetsinsats med de uppgifter som rätteligen skall utövas inom respektive branscher. En förständig

beskattningspolitik skulle också kunna medverka till att en anseelig del av gifter yrkesinnehavare blev kvar i sitt arbete. Det är knappast lönt att försöka attrahera med halvtidstjänster och sådant, eftersom den behållna lönen praktiskt taget försvinner till skatt.

Administrationskris

Läkarutbildningen i Finland innefattar ingen undervisning i administrativa frågor. Därför finns inte heller några skolade administrationsläkare i landet. En läkare med sådan utbildning borde vara den rätte att leda sjukhusens drift. Införandet av progressiv vård och andra nya vårdformer inom sjukhusen åskådliggör hur sjukhusens ledare måste stöta på problem som trots administrativa komponenter av planerings-, organiserings- och koordinationsnatur dock innebär att de allt igenom är av medicinsk natur. Ett annat exempel är anslutningen av rehabiliteringen till sjukhusens program, likaså den rätta koordineringen av uppgifterna i öppen och sluten vård.

Den administrativa krisen gör sig gällande från de nedersta trappstegen i den finska sjukvårdshierarkin upp till medicinalstyrelsen. För att i någon mån råda bot på bristen i administrativ utbildning har Finlands läkarförbund ordnat årliga seminarier i sjukhusadministration. Förbundet har även tillsammans med sjuksköterskeorganisationer och sjukhusekonomiföreningen samt med tillhjälp av medicinalstyrelsen grundat en "sjukhusadministrativ utbildningsstiftelse". Denna stiftelse har börjat arrangera korta seminarier för tjänsteinnehavare i ledande ställning vid sjukhusen. Man åsyftar även att få till stånd ett program för en speciell sjukhusadministrativ examen. Det är här fråga om en grundexamen för alla tjänsteinnehavare i sjukhusförvaltningen. Ett önskemål vore att de nordiska länderna kunde förena sig om att gemensamt lösa dessa uppgifter och eventuellt förlägga högre administrativa kurser till hälsovårdshögskolan i Göteborg.

Planeringskris

Finland fick en ny sjukhuslag 1957. Denna förpliktar varje kommun att delta i planering och

byggande av tjugo nya centralsjukhus över hela landet. De skall vara i kommunalförbundens ägo. Tidigare var administrationen av de allmänna sjukhusen centraliserad till medicinalstyrelsen. Den nya lagen som förutser decentralisation har animerat kommunernas självverksamhet på sjukhusområdet och på ett avgörande och gynnsamt sätt påverkat utvecklingen. När hälften av de planerade sjukhusen är färdiga har det emellertid blivit klart att ännu en reform blir nödvändig. Det finns inget organ inom kretsen av centralsjukhus som kan sköta utvecklingen av den allmänna sjukvården och dess planering med hänsyn till respektive regioners intressen. Härför skulle behövas ett särskilt organ. Problemen skulle lösas eller förbättras om de ledande läkarna vid centralsjukhusen fick i uppdrag att planera och koordinera hela den tillhörande regionens sjukhusverksamhet. Svårigheterna är dock stora då upptagningsområdena för tuberkulos och sinnessjukdomar icke överensstämmer med regiongränserna. Tidigare har 7.000 platser för tuberkulosvård funnits. Numera är endast 1.500 i användning. Efter ytterligare några år kommer antalet tomma sängar att vara 4.000—5.000 inom denna vårdgren. Nuvarande ordning tillåter ingen gemensam planering. Det samfälliga intresset för befolkningen i ett helt landskap torde inte kunna tillgodoses bättre än genom en organisation påminnande om den svenska landstingsordningen.

Norska synpunkter

Även den norska tolkningen av krisföreteelserna inom sjukvården koncentrerar sig i väsentlig grad till sjukhusen. Sjukhusväsendets situation i Norge har länge varit, är och kommer att förbli vanskelig. Spörsmålet om en kris är därför högst berättigat. Det är tydligen fråga om en skandinavisk företeelse där vi möjligen kan lära något av varandra för att finna botemedel. Det paradoxala är att vi i Norge samtidigt som vi saknar sjukhusplatser har för många av dem. Det hjälper inte att bygga nya sängplatser när man inte har sört för någon som kan sköta dem. Ständigt upplever man att nya sjukhusavdelningar måste stå oanvända under kortare eller längre

tid eller att avdelningar under vissa perioder har måst stängas på grund av personalbristen. Bland myndigheterna har man menat att då platsbrist föreligger måste den resultera i beviljningar till nybyggnader och så får det väl bli någon råd med personal. Därmed är man mitt uppe i krisen.

Läkarbristen

Bristen på läkare är ett välkänt fenomen i alla de nordiska länderna, ja även utanför dem. Det behövs ingen lång framställning om den saken. Prognosen är milt talat dubiös för åratals framåt men några drag i bilden får man väl ändå peka på. I många år har man hållit på med prognoser och alla har varit lika oriktiga. Läkarbehovet har varit undervärderat generellt och därför har man försummat att bättra på tillgången. En undersökning av Den Norske Laegeforenings nuvarande ordförande Gerhard Larsen har visat att 200—300 läkarbefattningar inte är besatta i Norge. Därtill kommer underbemanning på offentliga läkartjänster och inom den praktiserande läkarkåren. Ändå har antalet läkarbefattningar vid sjukhusen, som under en 30-årsperiod fördubblat sina platser fram till 1962, ökat med 585.

Det är också fråga om en ojämn fördelning av läkarna. Inom fylkena kring Oslofjorden har man 15,2 läkare per 10.000 invånare, i Syd-Norge 9,1, i Trøndelag 7,6 men i Nord-Norge endast 5,6 läkare per 10.000 invånare. Till detta har man att räkna med en starkt ökad avgång av läkare under kommande år på grund av den åldersfördelning som föreligger.

Den norska läkarföreningen har gjort hederliga försök att finna en läkarordning vid sjukhusen varigenom läkarna där bättre skulle kunna utnyttjas. En väg har varit att inrätta flera fasta ansvariga ställningar och färre underordnade befattningar vid sjukhusen.

Sjuksköterskebristen

Här har vi det andra spöket i vår beträngda sjukhussituation, kanske värre än den första.

Det är uppenbart att det råder en stor brist på utbildade sjuksköterskor och detta sannolikt

av samma orsaker som i fråga om läkarbristen. En skillnad är dock att utbildningskapaciteten för sjuksköterskor har ökat betydligt under sista åren så att den numera torde vara tillräcklig för utbildningsbehovet.

En huvudorsak till bristen är som påpekats av Jervell 1962 att så många av befattningshavarna lämnar yrket efter fullbordad utbildning. Genom studier av avgången under en 5-årsperiod har man funnit att det skulle krävas en genomsnittlig tjänstetid av varje sjuksköterska på 12—14 år för att behovet skulle vara fyllt. I stället visar det sig att av 100 utexaminerade under samma period endast 29 var kvar i aktivt arbete vid periodens slut. En stor del av de aktiva sjuksköterskorna är dock gifta.

En huvudpunkt i diskussionen om dessa frågor har gällt hur man skall kunna få tillbaka sjuksköterskorna i tjänst igen. Härvid har frågan om arbetstiden och fasta fridagar varit särskilt berörda. För den händelse det möjligen kan vara till någon nytta för andra drar föredragshållaren, som är överläkare vid ett sinnessjukhus, fram det arbetstidsschema som gäller vid hans sjukhus. Dagpersonalens arbetstid är från kl. 7 till kl. 19 med 2 timmars fritid mitt på dagen, 2 fridagar per vecka plus varannan söndag ledig. Bestämt schema finns och är känt för personalen som växlar inom detsamma. Sålunda förskjutes under en 3-månadersperiod fridagarna så att måndag och torsdag är fridagar i 3 månader, tisdag och fredag i 3 månader samt onsdag och lördag i 3 månader. I anslutning till den fria lördagen är också varannan söndag fri.

Nattpersonalen har en arbetstid från kl. 19 till kl. 7 med 2 timmar s. k. "vilande vakt". 2 nätter tjänstgöring, 2 nätter frihet. Systemet kan också inriktas på ledighet varannan helg. De timmar som överskider maximitiden kompenseras genom extra frinatt varannan månad.

I samband med diskussionen om personalbristen vid sjukhusen brukar vi också tala om rationalisering av arbetet. Det är knappast något tvivel om att vi befinner oss i en omställningsperiod och att vi i en ganska stor utsträckning håller på

att lämna det konservativa och vanemässiga i den nuvarande vården. Vi kan nämna den fortskridande specialiseringen och inom den psykiatriska vården en omställning från den gamla passiva "safety first"-inställningen till en aktiv och personlig insats i den enskilda patientens behandlingssituation liksom också i gruppens. Vi kommer här in på sådana saker som höjning av utbildningskvaliteten, en starkare specialisering, delegering av enklare arbetsuppgifter till andra arbetstagare och mera högkvalificerade uppgifter för den utbildade sjuksköterskan. Nya tjänster kan inrättas för laborationer, röntgenteknik, EEG-verksamheten och skrivgöromål. Det visar sig att synpunkterna i den norska framställningen i stor utsträckning stämmer med de problem som förekommit och alltjämt förekommer i Sverige. På en del punkter har dock den svenska utvecklingen fört vidare, ungefär i den riktning som torde komma att ske även i Norge. Refererande till en artikel i *Word Medical Journal* konstaterar Rohde Moe till frågan om vad slags sjuksköterska vi behöver i dag och i morgon, att folk i ökad grad blir missnöjda med den brist på kvalitetsmässig omsorg och vård som sjuksköterskorna kan ge och borde ge. I stället går tendensen mot en vård som saknar respekt för individens välfärd och önskemål. Nu börjar patienterna att återkräva den humanitära och värdiga sjukvården. Rent teknisk service kan lämnas av därtill utbildad personal medan den mänskliga omsorgen skall tillgodoses av sjuksköterskorna som alltså bör ges större möjlighet att erbjuda personlig hjälp. En högt uppträdd rationalisering inom vårdområdena kan föra till att huvudvikten läggs på yrket i stället för på sjukvården. "Og til syvende og sist risikerer man i sine bestrebelser på å uvikle høy kvalitet og effektivitet (tekniskt sett) å helde barnet ut med badevannet."

Utvecklingen av sjukhusväsendet i Norge har varit lång och smärtsam och präglad av planlöshet såväl rent byggnadsmässigt som finansiellt och administrativt. Helsedirektören har tagit initiativet till en samlad landsplan för den framtida utbyggnaden inom enskilda fylken. Resultatet

visade att det var påträngande nödvändigt att gå vidare, och detta förde till bildandet av Sjukhusordningskommittén 1957, med mycket omfattande mandat. I ett första betänkande 1959 som gällde den psykiatriska sektorn, har huvuduppgiften i fråga om planläggning, byggnad och administration samt finansiering av sjukhusen lagts på fylkena. Samtidigt överlät staten utan vederlag till respektive fylken fyra av sina sex psykiatriska sjukhus. Denna reform kopplades samman med en ny lag som trädde i kraft från 1 juli 1962, enligt förslag av en lagkommitté för sinnessjukvården.

Senare har den stora sjukhuskommittén avgett ett andra betänkande i mars 1963 som omfattar hela sjukhusväsendet i Norge. Här går man vidare på de principer som lanserats i det första betänkandet om sinnessjukvården.

De förhållanden inom sjukhusväsendet som kommit att gälla i Norge genom den sista reformen torde i ganska stor utsträckning överensstämma med de svenska förhållandena. När det gäller sjukhusens ledning har man i Norge såväl

som i Sverige gått in för att hålla den administrativa topptjänsten öppen för såväl läkare som icke läkare. Föredragshållaren hävdar särskilt att en medicinsk administrerande chef är nödvändig i fråga om mentalsjukhusen. Däremot kan förhållandena vid de största sjukhusen vara av den art att en överläkare och chef för en klinik icke samtidigt kan påta sig ansvaret för hela administrationen.

Såsom tillhörande krisföreteelserna i Norge framhäver föredragshållaren slutligen bristen på utbyggnad och resurser inom den s. k. enklare vården i fråga om patienter som icke är i behov av de högdifferentierade akutsjukhusen. Han uttrycker sitt tvivel på att de s. k. B-sjukhusen skulle kunna uppföras och drivas billigare än A-sjukhusen. Det är en obevisad dogm att separata B-sjukhus skulle vara billigare att bygga och driva. Det riktiga torde vara att B-sjukhusen uppföres i anslutning till de större sjukhusen. Därigenom skulle administrationen underlättas och A-sjukhusens resurser lätt kunna ställas till förfogande för B-sjukhusens klientel.

Förnya prenumerationen

Socialmedicinsk tidskrift 1965

PRENUMERATION:

helår	kr. 25:—
halvår	„ 13:—
studentprenumeration, helår	„ 13:—
kollektivprenumeration (minst 25 ex.) helår ..	„ 20:—
Postgiro 11 79 - Villagatan 5 - Stockholm Ö	