

Framtidens öppna sjukvård

Kommittén för översyn av den allmänna öppna sjukvården har nu framlagt sitt slutbetänkande. Det konstateras där att de totala offentliga sjukvårdskostnaderna år 1960 nådde 2,4 miljarder kronor eller 3,5 procent av bruttonationalprodukten jämfört med 1,8 procent 1946. En fortsatt ökning skulle 1970 nå 4,5 procent. Jämförelse med bl. a. England visar dock att en sådan prognos inte utan vidare är säker. Det beror helt på politikens inriktning hur stor summa som sjukvården skall kosta. En viss stegring här i landet måste man dock räkna med därför att vi trots en hög internationell standard dock har stora brister i fråga om t. ex. mentalsjukvård, åldrings-sjukvård och rehabilitering samt även av den öppna vården utanför sjukhus. För att begränsa kostnadsstegringen är en medveten rationalisering nödvändig där t. ex. den progressiva sjukvården innebär möjligheter att leverera en kvalificerad sjukvård till mindre kostnader än som förut varit möjligt. Till rationaliseringsåtgärder-na hör också att låta den utbildade personalen koncentrera sig på det arbete som utbildningen avser dvs. avlasta läkare, sjuksköterskor och andra från skrivgöromål, införa röntgen-, laboratorie-, operations- och radioterapiassistenter samt, inte minst, utrusta den öppna vården med hjälp-personal av sådan art som nu börjar finnas på sjukhusen. År 1960 upptog i Stockholm $\frac{1}{7}$ av de patienter som vårdades på stadens sjukhus hälften av vård dagarna och antalet behövliga vård-dagar stiger raskt med stigande ålder. Detta beror till stor del på brist på platser för långtids-vård, konvalescentvård och resurser för organiserad hemsjukvård. Lasarettens dyrbara platser måste därför tas i anspråk för en del långtids-sjukvård, för vilken de är mindre lämpade. En utbyggd hemsjukvård med tillgång på sjukgym-naster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, under-sköterskor och samariter förutom läkare skulle här möjliggöra en avlastning. Rationaliseringen kräver bättre administrativ personal och utred-ningen hälsar med glädje förslaget om högre sjukhusadministrativ utbildning och forskning men vill dessutom påskynda utbyggandet av so-cialinstitutet samt anknypa dem till universiteten för att på så sätt möjliggöra en ömsesidig livgi-vande stimulans. För att bedöma sjukvårdskost-naderna måste man också ha en uppfattning om behandlingsresultatens värde dvs. en medicinsk bedömning. Framför allt måste medicinsk och

sociologisk forskning skaffa fram ett underlag för sådana värderingar. En förstärkning av den statistiska informationsbasen är en förutsättning för att sjukvården skall kunna utvecklas mot större effektivitet. Utredningen framhåller därför nödvändigheten av förbättrad medicinsk statistik både inom medicinalstyrelsen och ute på länsplan-et. Den nu påbörjade kartläggningen av sjuk-domarna på sjukhusen hoppas man skall bereda vägen för en mera allmän och kontinuerlig mor-biditetsstatistik i landet. Den kan eventuellt sam-ordnas med en bearbetning av sjukförsäkrings-materialet som innehåller ännu outnyttjade möj-ligheter på detta område. Kartläggningen statis-tiskt av den öppna vården innebär stora svårig-heter och någon tillfredsställande metodik har ännu icke framkommit men de erfarenheter som nu successivt samlas borde kunna medge en så-dan exaktare statistik framdeles. Långt allvarli-gare är de brister i precision och omfattning som vidlåtit personalstatistiken. Under allra sista ti-den har en förbättrad analys börjat åstadkommas för vissa personalgrupper, särskilt läkare och sjuksköterskor, men detta behöver fullföljas och förbättras. Landstingen måste bygga ut resurser-na för egna kartläggnings-, prognos- och plane-ringsarbeten.

Åtgärder mot personalbristen

Den väsentliga bakgrunden till den allmänt omvittnade personalkrisen ligger i den mycket starka sjukvårdsexpansionen. År 1960 var det bortåt 45 procent fler som arbetade i sjukvården än 1950. Bristen på tillfredsställande prognoser gjorde att utbyggnaden av sjuksköterskeutbild-ningen nästan avstannade mellan år 1952 och 1958. För kuratorer minskade intaget i början av 1950-talet och uppnådde först 1961 samma nivå som 1949. Sjukvården har mer än 80 pro-cent kvinnlig personal och dessutom till stor del obekväma arbetstider. I jämförelse med personal som erhållit systematisk utbildning och har mer bekväma arbetstider t. ex. kvinnliga lärare upp-visar sjuksköterskorna en lägre yrkesintensitet. Antal "helårsverken" per 100 utbildade sjukskö-terskor beräknas till 52 år 1960 och för kvinnliga sjukgymnaster är det ännu lägre, nämligen 44. Befolkningsutvecklingen ger också anledning till bekymmer då befolkningen i åldern 20—29 år under 1950-talet minskade med en tiondel.

Fr. o. m. år 1958 har utbildningen över hela linjen kraftigt intensifierats både när det gäller sjuksköterskor, sjukgymnaster, olika slag av assistenter samt även samariter för hemsjukvård. Under hela 1950-talet utbildades cirka 3.000 samariter men från 1961 utbildas lika många varje år. Att häva bristen enbart genom ökad utbildning är dock inom rimlig tid icke möjligt utan man måste dessutom söka öka yrkesintensiteten för de gifta kvinnliga anställda. Om denna för sjuksköterskorna bara kunde ökas med 10 à 15 procent så skulle bristen kunna hävas till 1970. I det syftet förordas bättre arbetstider, ökad konstant ersättning för arbete på obekväm tid, flera deltidsarbeten, bostadsanskaffning i närheten av arbetsplatsen samt flera dagbarnhem. Utredningen anför också att många anser att ytterligare lönehöjningar skulle verksamt påverka utbytet av arbetskraft men tar själv icke ställning till denna fråga. Märkligt nog förtiger utredningen helt och hållet effekten av den progressiva beskattningen som för särskilt sjuksköterskor med äkta män i de högre inkomstklasserna är helt och hållet avgörande för deras låga yrkesintensitet. Det är märkligt att utredningen, som för övrigt har många okonventionella grepp, totalt blundar för denna kärnfråga.

Sjukhusplatserna

Läkarprognosutredningen räknar med en utbyggnad som innebär att platsantalet vid sjukhusen från 1960 ökar med 3.600 per år jämfört med 2.100 per år under åren 1955—60. Det skulle innebära en ännu snabbare stegring än hittills i efterfrågan på personal och ännu färre som blir över för den öppna vården. Utredningen föreslår därför en brytning i takten så att man först 1980 skulle nå sitt mål, varför utökningen då skulle behöva bli endast 2.700 platser per år, men även detta är väsentligt mer än vad som nu kommit till. 95 procent av den förutsedda ökningen skulle komma på vårdgrenar som nu har låg personaltäthet, nämligen långvarigt kroppssjuka och mentalsjuka, men utredningen framhåller alldeles riktigt att särskilt mentalsjukvården torde behöva en väsentligt större personaltäthet än vad som nu är fallet.

För närvarande föreligger en egendomlig diskrepans vid fördelningen av läkare på sjukhusen. Per 1.000 intagna har landstingslasarettet nästan 50 procent färre läkare och 40 procent mindre vårdpersonal än sjukhusen i de landstingsfria stora städerna. De har också cirka 60 procent färre besök i öppen lasarettsvård än som fö-

rekommer i de landstingsfria städernas öppna sjukhus- och poliklinikvård. Inom den egentliga kroppssjukvården ökade platsantalet endast obetydligt under åren mellan 1950 och 1960, men personalen per 100 platser har stigit med ungefär 3 procent per år eller med ungefär en tredjedel på dessa tio år. Detta beror på att arbetstiderna har förkortats, att intagningen ökat med 14 procent på 10 år och att antalet besök i öppen vård ökat ännu mera. Dessutom har en strukturförändring ägt rum så att mindre arbetskrävande platser på allmänna avdelningar, epidemi- och tuberkulosavdelningar bortfallit samtidigt som personalkrävande regionspecialiteter tillkommit. Antalet röntgenundersökningar har ökat i en takt som motsvarar en fördubbling på 10 år och för laboratoriernas vidkommande räknar man med att antalet laboratorieassistenter och sjuksköterskor på sjukhusen borde öka i en takt motsvarande en fördubbling på 10 år för att kunna täcka behovet. Dessa utökningsplaner måste betraktas som ett minimum om sjukhusens serviceavdelningar dessutom skall betjäna en ökad öppen vård. Antalet utanför sjukhus verksamma sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer behöver också avsevärt ökas. I planeringen måste redan från början ett utrymme reserveras åt den öppna vården utanför sjukhusen. Det finns annars risk att sjukhusbyggnaden tar för sig all tillgänglig personal så att ingenting blir över åt den öppna vården. Hemsjukvård och slutenvård av långtidssjuka måste fullföljas med sådan kraft att den avsedda standarden kan någorlunda nås så tidigt som möjligt under 70-talet.

Öppen läkarvård

Säregnet för Sverige är dels att den öppna läkarvården är förhållandevis begränsad, dels att den till så ovanligt stor del är knuten till sjukhus. För närvarande torde cirka 17—18 miljoner öppna konsultationer årligen äga rum med rätt till återbäring från sjukkassan. Detta innebär cirka 2,5 besök per år och invånare, medan t. ex. USA uppvisar det dubbla. Antalet provinsialläkare i arbete har icke nämnvärt ökat sedan i början av 50-talet, medan däremot antalet läkartjänster på kroppssjukhusen ökat med 4 à 5 procent per år och ändå till 7 procent under år 1962. En enda förbättring inom den öppna vården som inträtt under senare tid avser ytterområdena i Stockholm med dess nya kollektiva läkarmottagningar för privatpraktiker. År 1958 gavs ungefär hälften av läkarkonsultationerna av sjukhus- och poliklinikläkare, en fjärdedel av kommunal- och

provinsialläkare och en fjärdedel av privatpraktiker. Medelarvodet i öppen vård inberäknat poliklinikavgifter torde nu ligga i närheten av 17 kronor. Då sjukkassetaxan icke ändrats under senare tid men de taxefria praktikerna nödgats öka sin taxa har återbäringsprocenten sjunkit och ligger för närvarande vid ungefär 65 procent, vilket innebär att patienterna nu får svara för cirka 6 kronor per konsultation. Försäkringen betalade ungefär 185 milj. kronor för öppen vård 1962 exklusive resekostnader. Även om poliklinikavgifterna medräknas ligger medelarvodet i Stockholm cirka en tredjedel högre än i landet i övrigt, vilket både beror på att sjukkassetaxan för stockholmsområdet ligger högre samt att frekvensen av debiteringar över sjukkassetaxan är vida större i landsorten. Utredningen framhåller att den ekonomiska belastningen för öppen läkarvård som faller på patienter naturligtvis inte är större än att den väl kan bäras av personer tillhörande den övervägande majoritet som har normala inkomster och begränsat vårdbehov. Svårare kan det ställa sig för en relativt liten minoritet människor som har stora sjukvårdsbehov och små inkomster. Ungefär $\frac{1}{8}$ av befolkningen utnyttjar årligen den slutna vården. Inom den öppna vården konstaterades vid en sjukkas-seundersökning ett halvår 1958 att nästan hälften av alla läkarkonsultationer avsåg 6 procent av medlemmarna och de hade erhållit 5 eller flera konsultationer var under halvåret. Nära 15 procent av konsultationerna avsåg endast 1 procent av medlemmarna, nämligen de som erhållit 10 eller flera konsultationer. Inte mindre än 20 procent av dessa hade dessutom erhållit slutna vård. För att tillgodose dessa relativt små men tungt belastade grupper av befolkningen anser utredningen att en taxebunden sektor av vården erfordras. Därjämte behövs emellertid även en utbyggnad med ökade resurser av den fria sektorn i första hand för den sannolikt växande befolkning som vill ha privatpraktikervård. Indirekt kan en sådan ökning bli till gagn även för den övriga befolkningen därför att den medför ett minskat tryck på den bundna sektorn. En utbyggnad av tjänsteläkarorganisationen förutses med 20 procent från 1963 till 1967 men utredningen är defaitistisk beträffande möjligheterna att rekrytera denna personal och hänvisar till fortsatt stöd genom immigration av kompetenta läkare från andra länder. Detta innebär verkligen ett eklatant underbetyg åt planerna i vårt från krig och hemsökelse skonade land, som förutsättes skola profitera av personaltillgången i länder med betydligt sämre förutsättningar än våra

egna. Utredningen föreslår en successiv avveckling av skillnaden i sjukkassetaxan mellan Stockholmsområdet och landet i övrigt, i första hand genom framtida taxehöjningar som särskilt avser landsortstaxan så att en utjämning efter hand kommer till stånd. Sjukförsäkringen bör ytterligare bidra till ökad hjälp åt svåra och långvariga sjukdomsfall samt rehabilitering, minska den på patienten fallande belastningen för öppen vård, erforderlig medicin och andra med sjukvården förenade kostnader.

Öppen lasarettsvård

Av de 2,5 miljoner konsultationer som behandlas i öppen sjukhus- och poliklinikvård kommer 30 procent på remiss av annan läkare, 60 procent besökte 1958 överläkare och biträdande överläkare medan underläkare och extraläkare svarade för 40 procent, men mera i Stockholm. Vid en undersökning av landsorten 1958 befanns att $\frac{1}{5}$ av besöken vid ordinarie lasarettsmottagning avsåg underläkare med mindre än 3 år inom specialiteten. Utredningen framhåller att det är önskvärt att de icke specialistkompetenta läkarnas medverkan i öppen vård inskränks till jour- och eftervård. 20 å 30 procent av de fall som mottagas vid lasarettsmottagningarna kunde med fördel skötas av andra icke specialistkompetenta praktiserande läkare. Hänvisning till läkare utanför sjukhus av patienter som vårdats inläggande eller ambulantly vid sjukhus förekommer endast i 4—10 procent vid olika undersökningar. På många håll sammanhänger detta med bristande tillgång på kvalificerade läkare i den öppna vården. Där provinsialläkartjänsterna uppehålls av ofta bytande vikarier söker sig klientelet naturligen hellre till lasaretten. Utredningen diskuterar frågan om remisstväng men avvisar denna tanke bl. a. därför att läkartillgången på många håll utanför sjukhusen är så dålig. I stället förordas en förstärkning av vårdresurserna utanför sjukhusen, varigenom en del av klientelet automatiskt dras dit. Önskvärdheten av tidsbeställningar, som nedbringar väntetiderna vid mottagningarna till minsta möjliga, understryks starkt.

Förbättrad samverkan mellan sjukhus och öppen vård

Detta samarbete måste alltid till stor del bero på den personliga kontakten olika läkargrupper emellan. Sjukhusen bör i viss utsträckning medverka i hemvården. Vid långa väntetider för intagning till slutna vård bör praktiker och tjänste-

läkare kunna begära hembesök från sjukhus för bestämmande av turordning för patient som inte kan komma till sjukhusens mottagning för öppen vård. Härvid kan en viss konsultationsverksamhet också ifrågakomma. I vissa sammanhang kan en från sjukhus organiserad hemsjukvård tidvis tänkas i synnerhet när personal på grund av stängda avdelningar kan friställas. Detta bör dock icke vara något normalförhållande. Hemsjukvård bör i stort sett vara en uppgift för läkare utanför sjukhus. Det är också angeläget att läkarna i den öppna vården får all den skrivhjälp och teknisk utrustning som erfordras för att underlätta korrespondens och kontakt med sjukhus. Kontakten mellan sjukhus och distriktsköterskor omedelbart vid patientens utskrivning är också nödvändig. Läkare i den öppna vården bör kunna sända patienter direkt till undersökning på röntgenavdelning eller speciallaboratorium samt till avdelningar för fysikalisk terapi, arbetsterapi och kuratorer utan att passera någon av sjukhusets öppna mottagningsar. För att underlätta kontakten bör också sjukhusens läkare beredas tillfälle att arbeta perioder i öppen vård utanför sjukhus. Den gamla frågan om specialistkompetens i allmänpraktik tas också upp till övervägande.

Förebyggande vård

Här förordas att sjukförsäkringar ges ökade möjligheter att stödja förebyggande vård i olika avseenden både beträffande hälsokontroller samt hygienisk inspektion o. dyl. Industri- och företagshälsovården bör stödjas och utbyggas medan däremot allmänna hälsokontroller omfattande hela folket eller vissa åldersklasser tills vidare bör fortsätta på det experimentella planet för att skaffa bättre och vetenskapligare resultat som kan stödja den fortsatta utbyggnaden. Rehabiliteringsverksamheten bör på olika sätt utbyggas och flera rehabiliteringsläkare utbildas. Här kommer även försäkringskassornas förtroendeläkare att ha viktiga uppgifter. Eventuellt kan man överväga en dispensärorganisation t. ex. för sockersjuka och reumatiker.

Långtids- och åldringsvård

En undersökning i Uppsala län visade att behovet av platser för somatisk långtidssjukvård skulle motsvara 55 per 1.000 invånare över 70 år. Motsvarande åldersgrupp behöver en tillgång på 50 platser på ålderdomshem. För närvarande finns sammanlagt i riket 99 platser per 1.000 äldre människor varav $\frac{1}{3}$ för långtidssjukvård

och $\frac{2}{3}$ för vård av friska åldringar. Det skulle alltså behövas en väsentlig utbyggnad av långtidsvården, varvid befintliga rena ålderdomshemsplatser skulle vara tillräckliga. För närvarande finns det knappast utsikter att man skall hinna bygga i kapp det stora behovet och det föreslås därför att landstingen skall få tillfälle att medverka i planeringen av varje nybyggnad eller större ombyggnad av ålderdomshem som omfattar minst 50 platser, detta för att möjliggöra en sådan planering att även långvarigt sjuka skall kunna vårdas där. Detta samarbete skall vara förutsättning för statsbidrags utgående. Utredningen föreslår också att huvudmannaskapet för den sociala åldringsvården liksom också för samaritverksamheten överflyttas till landstingen för att möjliggöra en bättre samordning. Härvid bör också formen för statsbidrag närmare övervägas bl. a. med hänsyn till att frågan om nuvarande speciella statsbidrag i kroppssjukvården ersätts av s. k. klumpbidrag varvid man även bör ta hänsyn till de ökade krav som åldringsvården ställer på landstingen särskilt i områden med hög befolkningsålder och lågt skatteunderlag.

Nils Brage Nordlander

Sjuksköterskeförmedling

Fr. o. m. 1 januari 1963 överförs den av Sveriges sjuksköterskors arbetsförmedling bedrivna förmedlingsverksamheten till den offentliga arbetsförmedlingen. Arbetsmarknadsstyrelsens övertagande av verksamheten sker i överenskommelse med Svensk sjuksköterskeförening, Medicinalstyrelsen, Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet.

Inom arbetsförmedlingens ram kommer verksamheten — liksom förhållandet är med vissa tjänstemannagrupper med speciell, längre utbildning — att centraliseras i regel länsvis och vara förlagd till särskilda expeditioner för vårdpersonal vid arbetsförmedlingens huvudkontor.

ARBETSMARKNADSSTYRELSEN
