

Sjukhus och öppen vård¹⁾

OHS-kommitténs sista betänkande

Den Sternerska kommittén har framlagt ett slutbetänkande som avser problemen kring sjukhus och öppen vård och erinrar där bl. a. om de stora kostnader som sjukvård och hälsovård betingar. 1960 uppgick dessa till 2,4 miljarder eller 3,5 procent av bruttonationalprodukten jämfört med 1,8 procent år 1946. En fortsatt ökning kan väntas men det erinras med jämförelse från England om att politiska och ekonomiska överväganden åtminstone temporärt kan minska andelen av sjukvårdskostnaderna. Stora brister finns fortfarande t. ex. i fråga om mentalsjukvård, åldringssjukvård, rehabilitering, vissa former av förebyggande vård och öppen vård. Även organisatoriska förbättringar kan höja sjukvårdens standard genom t. ex. progressivvård och genom att de kvalificerade krafterna avlastas mindre kvalificerade uppgifter, skrivarbete osv. År 1960 avsåg hälften av vårddagarna vid de kommunala sjukhusen i Stockholm ungefär en sjundedel av fallen, för vilka vårdtiden uppgick till minst en månad. En stor del av dessa hör till de högre åldrarna och antalet vård dagar per hundra invånare var för samtliga invånare i Stockholm 107, men för invånare över 65 år 320 och för dem över 75 år 413 (män). Denna statistik avser endast akut-sjukhusen och har icke medräknat sjukhus för långtidssjukvård och geriatrik. En utbyggnad av dessa kan möjligen minska belastningen på akut-sjukhusen för vård av högre åldrars patienter.

Behovet av utbildad sjukhusadministrativ personal antingen genom socialinstituten och/eller genom speciell sjukvårdsadministratörsskola i enlighet med CSB-utredningens förslag understyks. En bättre ekonomisk kartläggning av kostnaderna genom "kostnadsställe-undersökningar" i öppen och slutna vård har redan gjorts på några ställen men behöver göras i större omfattning och bokföringen omläggas. En förbätt-

ring av medicinalstyrelsens statistiska resurser är nödvändig för att undvika sådana kriser som sjukvårdspersonalsituationen de sista åren uppvisat. Man behöver periodvis återkommande samplingsundersökningar av representativa befolkningsgrupper för att få ett mått på den allmänna morbiditetsfrekvensen. En del av denna statistik kan erhållas ur försäkringskassans material. En sådan statistik kan belysa hur frekvensen av olika sjukdomar i slutna vård påverkas av förändringar i folkmängd och åldersfördelning, fördelningen på landsbygd och stad, geografiska olikheter i fråga om sjukvårdspanoramata och dess beroende av tillgång på vårdmöjligheter m. m. Först på sista åren har en förbättrad analys åstadkommit av personalstatistiken beträffande läkare och sjuksköterskor, men den måste fullföljas och förbättras.

Åtgärder mot personalbristen

År 1960 fanns det bortåt 45 procent flera arbetande inom sjukvården än år 1950. (Utbildningsväsendet visar inom samma tid en ökning med 60 procent medan arbetsmarknaden i sin helhet blott ökat sin personal med 5 procent.) Stegningen i efterfrågan har dock ökat ännu mera eller med cirka 55 procent. Arbetstidsförkortningen och den kraftigt ökade byggnadsverksamheten inom sjukvården accentuerar denna efterfrågan medan samtidigt utbyggnaden av sjuksköterskeutbildningen nästan helt avstannade mellan 1952 och 1958 och intaget av socionomer, som bl. a. blir kuratorer, minskade i början av 50-talet och först 1961 nådde samma nivå som 1949. Sjukvården har mer än 80 procent kvinnlig personal och för gifta kvinnor har sjukvårdens arbetstider inneburit ett stort problem, varför yrkesintensiteten är lägre än t. ex. bland kvinnliga lärare. Antalet helårsverken per 100 utbildade sjuksköterskor beräknas till 52 och för 100 legitimerade sjukgymnaster 44. Under

¹⁾ SOU 1963:21.

1950-talet minskade dessutom befolkningen i åldern 20—29 år med en tiondel. Från 1958 har utbildningskapaciteten både för laboratorier, röntgen-, operations- och radioterapiassistenter kraftigt ökat. Likaså utbildningen av hemsamariter, undersköterskor och sjukgymnaster. Men utbyggnaden kan inte ens till 1970 ensam häva bristen. Åtgärder måste därför prövas för att öka yrkesintensiteten för kvinnliga anställda, i fråga om sjuksköterskor helst med 10 à 15 procent. Sjukvården sysselsätter redan nu omkring en tiondel av de kvinnliga yrkesutövarna med minst halvtidsarbete. Inom åldersgruppen 20—29 år är andelen drygt 15 procent. Efter 1970 sker ånyo en minskning av folkmängden i denna åldersgrupp varför yrkesintensiteten *då* bör ytterligare ökas bland dem som ägnar sig åt sjukvård. Utredningen pekar på möjligheten att väsentligt öka det manliga inslaget men även där blir konkurrensen om yngre arbetskraft hårdare. En ytterligare möjlighet är att öka immigrationen av biträden från andra länder. Viktigast är dock att göra det lättare och mer attraktivt för gift kvinnlig personal att stanna kvar i vårdyrkena. I det syftet föreslås en omorganisation av arbetet för att möjliggöra odelad arbetstid, ökad kontant ersättning för arbete på obekvämt arbetstid, mera deltidarbete, flera barndaghem, underlättad bostadsanskaffning i närheten av arbetsplatsen samt en höjning av pensionsåldern.

Läkarprognosutredningen förutsätter att sjukhusvården tillföres 3.600 nya platser per år under 1960-talet jämfört med 2.100 i slutet av 50-talet. Utredningen förutser att denna utbyggnad starkt måste prutas ner mot 3.100 nya platser per år. En del av utbyggnaden hänför sig visserligen till sådana vårdgrenar som nu har låg personaltäthet t. ex. mentalsjukvården, men där kommer kravet på ökad personaltäthet att växa sig allt starkare. Vissa vårdgrenar som nu är under avveckling t. ex. tbc-vård och infektionsvård har arbetat med relativt låg personaltäthet medan nya regionspecialiteter kräver mycket stor personal. Per 1.000 intagna har landstingslasaretten nästan 50 procent färre läkare och 33 procent mindre vårdpersonal än sjukhus i lands-

tingsfria städer. Per 1.000 invånare har landstingsområdena mindre än hälften av läkare på lasarett och färre läkare utanför sjukhus än landstingsfria städer samt 40 procent mindre vårdpersonal på lasarett och 60 procent färre i öppen vård än i landstingsfria städer. Även utan platsökning kommer ökad efterfrågan på personal att inträda. På de egentliga kroppssjukhusavdelningarna ökade antalet platser endast 1 procent mellan 1950 och 1960, men personalökningen har varit inte mindre än 33 procent. Detta beror på att arbetstiden har förkortats, att intagningarna ökat 14 procent på 10 år och antalet besök i öppen vård ännu mer, att nya personalkliniker tillkommit samt att serviceavdelningarna väsentligt förstärkts, allt samverkande till en avsevärd stegring av arbetsvolymen per intagen patient eller öppenvårdsbesökare. Antalet röntgenundersökningar har ökat i en takt motsvarande en fördubbling på 10 år. Antalet laboratorieassistenter och laboratoriesköterskor beräknas behöva fördubblas på 10 år för att täcka behovet. Beträffande kurators-, arbetsterapiservice och fysikalisk terapi har sjukhusen inte resurser att ens på långt när tillfredsställa de egna behoven och kan icke alls tillmötesgå öppna vårdens önskemål.

För att bemästra situationen vill utredningen understryka två synpunkter. Den ena är att ett ökat utrymme måste reserveras även åt öppen vård utanför sjukhuset och den andra är en upprustning av hemsjukvården och slutenvård av långtidssjuka, varvid man kan begränsa anspråken på nya utbyggnader av dyr och personalkrävande lasarettsvård. Redan under 50-talet har vissa eftersatta grenar utvecklats. Så har t. ex. antalet förstagångsintagningar på egentliga mentalsjukhus ökat med 50 procent på 10 år och på de psykiatriska lasarettsklinikerna har platsantalet på 10 år fördubblats och antalet intagningar ökat med 140 procent. Avdelningar för långtidssjuka har på 10 år ökat såväl platsantal som intagningar med 90 procent.

Öppen läkarvård

Denna har ökat cirka 3 procent per år. Man

kan för närvarande räkna med 17 à 18 miljoner konsultationer årligen, vilket motsvarar 2,5 besök per år och invånare, medan USA har ungefär det dubbla. I Övre Norrland är antalet konsultationer per invånare bara hälften av det i Stockholm och Göteborg. Antalet läkartjänster vid kroppssjukhusen brukar öka med 4 à 5 procent per år men det sista året ökade det 7 procent varför just inga läkare blev över för den öppna vårdens expansion. 1958 gavs nära hälften av läkarkonsultationerna av sjukhusens poliklinikläkare, en fjärdedel av kommunal- och provinsialläkare och en fjärdedel av privatpraktiker. Genomsnittliga läkararvodet 1958 uppgick till 14 kronor och brukar stiga med 4—5 procent per år. Inberäknat poliklinikavgifter torde medelarvodet 1962 ligga i närheten av 17 kronor, medan sjukkassetaxan icke ändrats sedan 1955. Återbäringsprocenten har därför sjunkit till i närheten av 65 procent, varför patienterna i medeltal får betala 6 kronor själva. Den totala arvodessumman för öppen läkarvård torde ligga vid 300 milj. kronor pr år, varav sjukförsäkringen betalar cirka 185 och patienterna själva över 100 miljoner.

Den slutna vården drar omkring tre fjärdedelar av de offentliga vårdkostnaderna och utnyttjas årligen av omkring en åttondel av befolkningen. I den öppna vården konstaterades vid en sjukkasseundersökning att nästan hälften av alla läkarkonsultationer togs i anspråk av endast 6 procent av medlemmarna vilka erhållit 5 eller flera konsultationer under ett halvår. En väsentlig del av kostnaderna faller alltså på en mindre del av befolkningen som på grund av långvarig och svår sjukdom har svår ekonomisk ställning.

Skulle det lyckas att rekrytera tjänsteläkare till nya befattningar som förutses och till nuvarande befattningar utan vikarie skulle antalet tjänsteläkare öka med 20 procent från 1963 till 1967. Inom den närmaste tiden behöver tjänsteläkarorganisationen framför allt byggas ut i landsbygd och städer med upp till 15.000 invånare. En utjämning av sjukkassetaxan så att landsorten kommer i nivå med Stockholmtaxan föreslås successivt skola ske, samtidigt som sjuk-

kasseersättningen för poliklinikvård ökas.

Vid sjukhusens öppna vård behandlas drygt 2,5 miljoner fall årligen, varav 30 procent är remissfall. Ungefär 60 procent av besöken avsåg överläkare medan underläkare svarade för 40 procent. Storstäderna visar dock avvikande siffror. En femtedel av patienterna behandlas av icke specialistkompetenta läkare, inräknat jour- och eftervårdsfall mer än en tredjedel. Utredningen vill åstadkomma den ordningen att remissfall konsekvent behandlas av kompetenta specialister, vilket bl. a. kräver begränsning av tillströmningen till de öppna lasarettsläkarmottagningarna. För närvarande behandlas där mellan 20 och 30 procent patienter, som lika väl kunde ha skötts på annat håll. Eftervårdspatienter bör också i ökad utsträckning hänvisas till läkare utanför sjukhuset för eftervård vilket nu endast i ringa omfattning sker. En förutsättning för detta är givetvis kvalificerade tjänsteläkare och praktiker. Remisstvång till sjukhusens specialistmottagningar har övervägts men avisats, trots att Sverige är det enda av 16 europeiska länder, som undersökts, som icke har sådant remisstvång. De alltför fåtaliga läkarna utanför sjukhuset skulle nämligen få en orimlig arbetsbelastning genom ett sådant remisstvång, dock bör det stå sjukhusledningarna fritt att i vissa fall reservera resurserna för remisspatienter. I stället bör den öppna vården utanför sjukhusen utbyggas och även utrustas med kuratorer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Vid poliklinikerna i storstäderna tvingas nu behandlingstiden bli så kort att socialmedicinska och psykiska aspekter på fallen icke hinner närmare tillgodoses.

Samverkan mellan sjukhus och öppen vård

bör kunna förbättras genom dels det enhetliga huvudmannaskap för olika vårdgrenar i landstingsregi som nu successivt genomförs samt genom att hela administrationen inom sjuk- och socialvården samordnas under socialdepartementet, där också socialförsäkringen lyder med dess ökade intresse för invaliditetsförebyggande åtgärder och rehabilitering. Sjukhusen bör i

ökad utsträckning medverka i hemsjukvård dels vid speciella sjukdomar som kräver specialistinsatser, dels i viss utsträckning när det gäller geriatrisk vård där Göteborg och Malmö prövat sådan hemsjukvård som organiserats från ett sjukhusteam. Det är också angeläget att från sjukhuset företas turordningsundersökningar genom hembesök, när väntelistorna blir långa och patienterna inte själva kan komma till öppen mottagning. Normalt bör emellertid sjukhus icke driva hemsjukvård. Ett betydligt intimare samarbete mellan sjukhusläkare och läkare och sköterskor utanför sjukhus krävs. Lasarettens resurser inte bara i fråga om röntgen och laboratorium utan även beträffande fysikalisk terapi, arbetsterapi och kuratorservice bör utbyggas så att den direkt kan utnyttjas av läkare utanför sjukhus. Det är angeläget att läkare utanför sjukhus beredes tillfälle till nya tjänstgöringsperioder på sjukhus och att sådana strävanden understöljes av huvudmännen. Samtidigt bör sjukhusläkarna få tillfälle till arbetsperioder i öppen vård. Det föreslås att i kvalifikationskraven för specialistkompetens inom ett flertal discipliner ingår en fordran på visst arbete i öppen vård utanför sjukhus. Kvalifikationskraven för tjänsteläkare bör också höjas så snart det är möjligt. Endast genom en god kvalitet kan nämligen den öppna vården utanför sjukhusen konkurrera med sjukhusens mottagningar.

Förebyggande och rehabiliterande vård

bör utbyggas och konstlade skiljelinjer mot den kurativa vården brytas. Sjukhusen måste därför intensifiera sina kontakter med arbetsvård, försäkringskassor, sociala nykterhets- och ungdomsvårdsorgan m. fl. Industrihälsovården med dess hälsokontroller och medicinska råd för placering av personal bör fortfarande utbyggas. De hinder som rests inte minst inom offentlig förvaltning för utnyttjande av partiellt arbetsföra i pro-

duktivt arbete bör bortskaffas. I fråga om allmänna hälsokontrollundersökningar krävs först en ökad tillgång på läkare och annan personal samt vidare en klarläggning av metodiken. För rehabiliteringen krävs förstärkta resurser både på arbetsvårdssidan och på den medicinska sidan och framför allt behövs mera utbildad personal samt ett ökat engagemang av pensionsdelegationer och försäkringskassor. En dispensärorganisation för vissa grupper av handikappade och långvarigt sjuka torde vara erforderlig liksom också för sockersjuka och reumatiker.

Åldringsvård

Man räknar för närvarande med ett behov av platser för somatisk långtidssjukvård motsvarande 55 per tusen invånare i åldern 70 år och däröver samt ett behov av 50 platser på ålderdomshem per tusen invånare i samma ålder, om samtidigt resurser finns för en utvecklad hemsjukvård och god tillgång på pensionärslägenheter. För riket i sin helhet fanns sammanlagt 99 platser per tusen äldre människor varav jämnt en tredjedel var avsedda för långtidssjukvård och två tredjedelar s. k. rena ålderdomshemspatser. Detta innebär att ålderdomshemmen belastas med sjuka som de icke har resurser att sköta. År 1960 var antalet tillgängliga platser för långtidssjukvård 19.000 och behovet 31.500. 1970 beräknas behovet bli 40.000 och 1980 53.000 långtidsplatser. Det finns ingen möjlighet att bygga ikapp detta. Därför föreslås att vid varje nybyggnad eller ombyggnad av ålderdomshem omfattande minst 50 platser skall vederbörande landsting erbjudas möjlighet att medverka och delta i planeringen. Det bör också övervägas att överflytta den sociala åldringsvården till landstingens regi, vilket skulle möjliggöra en bättre samordning. En väsentlig höjning av statsbidraget för långtidssjukvård föreslås också, samtidigt som hemsjukvården måste ytterligare utvecklas.

Nils Brage Nordlander