

Sjukvårdsproblem i välfärdssamhället

Av professor *Gunnar Biörck*, Stockholm

Även för en medelålders person är det överraskande att iaktta, hur snabbt förändringarna sker i vårt samhälle. Särskilt under 1950-talets senare del har mycket stora förskjutningar ägt rum i genomsnittsmänniskornas vanor och värderingar. Före andra världskriget levde de flesta av oss nog i en värld, som dominerades av krav på oss och skyldigheter — mot föräldrar, skola, arbetsgivare, samhälle. Plikt-känsla, ansvar och ordentlighet var honnörsord. Att arbeta var ett ändamål i sig själv var knappast ifrågasatt. De första krigsåren gav ökat eftertryck åt denna livsuppfattning, och höll dessutom vid liv en känsla av att envar måste hålla sig beredd för svårare och tyngre dagar i framtiden.

Den generation, som nu går ut i arbetslivet, har inte upplevt någonting av detta. I höghusens, snabbköpens och motorvägarnas samhälle ser förhållandena annorlunda ut. Den höga beskattning, som medverkat till att fördela välståndet jämnare, har kommit att bli en belastning för arbetsglädjen och ett starkt incitament till en hög värdering av fritiden: kortare arbetsvecka — längre semester. Samtidigt har bilar, sällskapsresor och TV skapat nya möjligheter att utnyttja fritiden. Huruvida de nya, omfattande obligatoriska försäkringarna därjämte minskat den enskildes ansvar för familjens framtid är omstritt; även om försäkringssparandet icke nedgått, har man ändå en känsla av en attitydförändring. Strukturförändringar inom näringsliv, förvaltning och servicenäringar har medfört en genomgripande uppluckring av tidigare sociala och ekonomiska skrankor, vartill naturligtvis också de yrkesarbetande hustrurna bidragit. Denna uppluckring fortsätter nu inom skolor och utbildningsanstalter. Rörligheten i samhället skulle troligen vara ännu större, om inte bostadskrisen på många håll låste fast läget.

I detta nya samhälle — av statsministern kallat "valfrihetens samhälle" — känner medbor-

garna inte längre mycket av trycket från gamla traditioners krav och skyldigheter. De har i stället sina rättigheter. Rätt till fria skolmåltider, rätt att välja utbildning, rätt till fri sjukvård, rätt till stipendier och understöd, rätt till årlig löneförhöjning, rätt till standardhöjning. Plikt-känsla eller ordentlighet är inte nödvändiga i en säljarens marknad, där envar också har rätt — och möjlighet — att byta sysselsättning, om arbetet inte skulle passa. Självklart är att detta, ur individens synvinkel sett, är ett förträffligt samhälle.

Sjukvården har emellertid sina problem i det samhället. Sjukvård har i alla tider inneburit att ta hand om medmänniskor, som det varit synd om — fattiga, smutsiga, nedlusade, spetälska, slagrörda, sinnesförvirrade, tuberkulösa, personer med kolera, smittkoppor, tyfus, invalider, krigsfångar, självmördare, flickor i olycka, föräldralösa barn osv. Under århundraden ombesörjdes den verksamheten av personer, som var beredda att uppoffra sig för andra, och fortfarande sker sådant, fast verksamheten då huvudsakligen är förlagd till främmande världsdelar. Sedan några decennier har våra sjuksköterskor utbytt sitt kall mot ett yrke, och sedan ett par år har statsmakterna ersatt ordet läkarkonsten med läkaryrket. Medvetna ansträngningar har sålunda ägt rum från två håll att s. a. s. kommersialisera sjukvårdsarbetet. Självfallet rör det sig här inte bara om formaliteter. Det uppoffrande sinnelaget och den personliga läkargärningen ersätts med reglerad arbetstid och strikt avgränsade arbetsuppgifter.

När läkar- och sjuksköterskeyrkena på så sätt befriats från de ideella moment, som tidigare gav deras utövare en speciell ställning i det allmänna medvetandet, kommer de att vid unga människors yrkesval bli mera jämnställda med andra yrken. En konsekvens härav, som är tydligt märkbar i fråga om sjuksköterskorna, och som

också kan spåras i nya tongångar från de praktiserande läkarna och Sylf, är att man begär arbetstider, som så nära som möjligt ansluter sig till arbetstiderna i det övriga samhället. Allt fler av sjuksköterskorna är gifta och allt fler av läkarna är gifta kvinnor, så man förstår dem väl. Idealet för alla är femdagarsvecka, kontorstider och 3 månaders sommarsemester (med barnen på landet). Därför är det lätt att besätta skolskötersketjänster, fast de är dåligt betalda, men svårt att få folk till vårdavdelningarna. För flertalet av dagens och morgondagens sjuksköterskor betyder arbetstiden mer än lönen. De unga läkarnas långa motstånd under 1940- och 50-talen mot att gå ut till en egen praktik börjar minska: grupp-mottagningar och industriläkartjänster, i båda fallen med kontorstid och femdagarsvecka, håller på att bli populära. Företagen bygger ut sin läkarverksamhet, och hälsoundersökningar börjar bli på modet. Det kommer att finnas fler och fler läkare och sjuksköterskor, som sysselsätter sig med medborgarna, *innan* de blir sjuka. Risken är, att det blir färre och färre, som vill sysselsätta sig med dem, *när* de sen blir sjuka.

Vid de diskussioner, som i höst ägt rum på Svenska läkaresällskapet under rubriken "Inför morgondagens hälso- och sjukvård", har det kommit fram att den snabba utbyggnaden av hälsokontroll och företagshälsovård kanalisera det lätthanterligare medelålders arbetsföra klientelet till en gynnad del av sjukvårdsorganisationen, medan de fria praktiserande läkarna får ta en allt större del av det äldre, svårplacerade, tyngre klientel, som blir över. Denna utveckling kan, om den fortsätter, driva dessa läkare ur marknaden.

Även om den andel av befolkningen, som tidigare var så att säga "täckt" av en familjeläkare, var mindre än man ibland föreställer sig, är det obestridligt att vi nu ser ett helt annat mönster för den öppna sjukvården avteckna sig i den svenska storstaden. I England svarar fortfarande allmänpraktikern för huvudparten av den lokala sjukvården och han gör det, liksom våra tjänsteläkare, på en dygnet-runt-basis. Här hemma håller vi på att få en *dag-* och *nattstruktur* av den

öppna vården. Till den rena dagstrukturen hör företagshälsovården, poliklinikerna och de läkare, som inte svarar i telefon efter mottagningstidens slut (och som för övrigt ofta inte heller bor i den stadsdel, där praktiken är belägen). Denna dagstruktur omfattar redan nu en mycket stor del av befolkningen i arbetsför ålder. Till nattstrukturen hör jourläkarnas bilar, olycksfallspoliklinikerna och sjukhusens jourhavande. Många av nattstrukturens patienter hör, som nämnts, till den icke arbetsföra befolkningen, som inte är lika väl täckt av dagstrukturen som den arbetsföra. Mellan dessa båda strukturer finns påfallande få beröringspunkter. En ytterligare vansklighet är att socialvården, på några få undantag när, inte fungerar efter kontorstid, ja ibland inte kan nås ens under eftermiddagen.

Nu hör jag inte till dem, som tror på möjligheten att få tillbaka en familjeläkare med dygnet-runt-service i vårt land. Även om en ökad läkartillgång i öppen vård relativt snart kan bli en verklighet, tror jag inte dessa läkare kommer att avstå från välfärdssamhällets inriktning på kortare arbetstid och mera ledighet. Mönstret med en dag- och en nattorganisation kommer nog att bestå; sannolikt kommer dagpasset att bli allt kortare och nattpasset allt längre, och sträcka sig från fredag middag till måndag förmiddag.

Vad har detta för konsekvenser för sjukvården? Det besvärliga i situationen är naturligtvis, att sjukligheten inte följer kontorstiden eller femdagarsveckan. De akuta insjuknandena är inte färre — troligen flera — under dygnets mörka timmar; olycksfall och alkoholpåverkade tillstånd har sitt maximum kring veckoslut och helger.

Det är uppenbart, att den utveckling, som nu pågår, kräver att man ägnar väsentligt mera uppmärksamhet åt *natt- och helgstrukturens* problem. Det är inte nog, att utschassade jourhavande, i bilar på stan, eller inom sjukhusens murar (med utsålt hus) försöker mobilisera ett uppehållande försvar i avvaktan på att dagstrukturen skall öppna. Den kan ligga 60 timmar borta. Och det är för länge för välfärdssamhällets återstående problemkategorier: de gamla, de ensamma, de psykiskt läderade och alkoholisterna. Ty dessa

personer måste först och främst *omhändertas* — vilket är en mycket vidare term än enbart *medicinskt* omhändertagande. Men vem vill ta hand om dem — på natten, på söndagen, på sommaren? Vem vill uppoffra sig? Det skall "samhället" sköta om. Och av vilka består "samhället"? Av någon annan. De enda två instanser, som inte stänger ute den förtvivilade, är polisen och sjukhuset. De kan förstå den förtvivilades situation. Den är ofta deras egen.

Man stirrar sig så lätt blind på alla tekniska finesser, på nya sjukhus med centraldammsugning och "progressiv" sjukvård. I varje fall inom den verksamhet, som jag har någon erfarenhet från, är det inte här skon klämmer. Det är ett ringa fåtal patienter, som behöver en *medicinsk* dygnet-runt-service, men det är många, som behöver en *praktisk vård- och socialservice* dygnet runt. Utskrivningen av sådana patienter från våra avdelningar, som behöver fortsatt *medicinsk* service, hämmas *inte* av att Stockholm bara har 33 distriktssköterskor, men den hämmas av att sjuk- och socialvård tillsammans bara har 1.400 hemsamariter och liknande. Kommer vi någonsin att få flera — i valfrihetens samhälle? Om man inte vill vårda sin egen sjuka mor på natten, kommer man då att vilja vårda någon annans?

Jag har här ställt frågor, satt frågetecken. Det är inte bara vårdavdelningarna, som är i farozonen. Det finns stora sjukhus, där det är katastrofalt med kökspersonalen. Maten kan man kanske klara genom servering av djupfrysta plastpaket i stället. Vad skall vi ha i stället för den svala handen på pannan, det vänliga ordet, det lugnande beskedet? Soft music i panelerna och bandinspelade budskap genom ljuddosor i huvudkuddarna?

Det här är inte menat som kverulans. Det är så litet man kan göra åt samhällsutvecklingen. Problemen har inte med politik och regeringsmakt att göra. Det ser likadant ut i alla överflödssamhällen med full sysselsättning oavsett partifärg. Det går kanske inte att göra något åt. Det *måste* kanske bli synd om de gamla och sjuka i valfrihetens samhälle.

Vi har nyss fått en ny socialminister, som själv verksamt bidragit till att skapa ett utmärkt samhälle för de många, friska medborgarna, de många glada fritidskonsumenterna. Skall han också kunna förmå dem att göra mot andra människor, vad de ville att andra människor skulle göra mot dem? Låt oss hoppas det, och önska honom lycka till.

En ålderdomshemsinventering

Av överläkare *Sten Landergren*, S:t Jörgen sjukhus i Göteborg

Under senhösten 1961 och förvåren 1962 har jag, tillsammans med Statens socialvårdskonsulent i Göteborgs och Bohus län Gunnar Sjöbeck och en hjälpverksamhetsföreståndarinna, inventerat samtliga 36 ålderdomshem inom den södra delen av Göteborgs och Bohus län, som utgör S:t Jörgens sjukhus' upptagningsområde.

Under min verksamhet som hjälpverksamhetsläkare har jag tyckt mig märka, att ålderdomshemmen mången gång var av rätt dålig kvalitet samt att på dem vårdades många patienter, vil-

kas psykiska och kroppsliga tillstånd var sådant att de kanske icke hörde till ett normalt åldershems klientel. Avsikten med inventeringen har varit att studera hemmen, de intagna och personalen. Vi har tittat på fastigheterna med hänsyn till deras storlek, ålder och byggnadssätt. Vi har undersökt, hur man disponerat vårdutrymmena och vilka brandskyddsanordningar man vidtagit. Personalens antal och utbildning har noga studerats, framför allt med hänsyn till dess kapacitet att sköta ett klientel, som delvis är sjukare än