

Den öppna sjukvårdens förutsättningar

Av doktor *Sven Lundberg*, Göteborg

Vid diskussioner om organisatoriska problem inom sjukvården kommer man i kontakt med alla slags krav på inrättande av avdelningar eller mottagningar som skall kunna tillfredsställa olika önskemål. Dessa krav är vanligen mycket ensidiga och framställs utan hänsyn till vad som redan finns. De framkallas ofta genom att i pressen omtalas vissa medicinska erfarenheter, som kanske ej är slutligt klarlagda och färdiga för praktiskt bruk. Genom den publicitet, som vissa behandlingar inom den slutna sjukvården har vunnit, får allmänheten den uppfattningen att möjlighet till sådan behandling överallt skall finnas och att det är nödvändigt att den slutna vården skall ta hand om deras vanligen helt banala åkommor. Det kan vara mycket värdefullt för den slutna vården, att den omfattas av allmänhetens och de beviljande myndigheternas stora intresse, men dessa krav har nog förskjutit uppfattningen om proportionerna mellan å ena sidan den slutna vården och dess mottagningar och å andra sidan övrig öppen vård. Sjukvårdskraven kan ej läggas till grund för sjukvårdsorganisationen utan ingående granskning för att utröna huruvida och i så fall hur stort sjukvårdsbehov som ligger bakom den vanliga ensidiga framställningen.

Om man ser sjukvårdsbehovet som en rent medicinsk fråga, kan man kanske komma fram till vissa siffror som uttryck för behovet. Någon stabilitet kan man dock ej räkna med att få fram. Läkekonsten har alltid gjort, gör och kommer alltid att göra framsteg, som ändrar och vanligen ökar behoven. Samlade erfarenheter blir därför i många avseenden en osäker grund att stå på, om man skall planera för framtiden.

Sjukvårdsbehovet har emellertid utom de medicinska även ekonomiska och sociala aspekter av mycket stor betydelse. Fastställande av behovet är därför mycket komplicerat och prognosen

svårbedömd. Dock måste man få fram vissa linjer.

Utgår man från den nuvarande organisationen och dess utveckling under de närmast föregående åren är det inget större räkneproblem att få fram en kurva och kalla den prognos. En sådan kan dock endast accepteras om man är säker på, att den nuvarande organisationen är ett renodlat uttryck för sjukvårdsbehovet utan inblandning av svagt motiverade och ensidiga sjukvårdskrav. Så är enligt min mening ingalunda fallet. Utvecklingen måste därför gå den vägen, att den nuvarande organisationen underkastas en noggrann kritisk granskning med utrensning av svaga och felaktiga delar ur både medicinsk, ekonomisk och social synpunkt. Först då kan man få en tillräckligt stabil grund för sjukvårdens långsiktiga Babels torn. Mäktar landet fullfölja bygget?

I det följande vill jag framlägga vissa synpunkter på den nuvarande organisationen av den öppna sjukvården. Denna kritik har tidigare under hand delgivits en del intresserade personer.

Det är ganska naturligt, att den slutna sjukvården, som slukar de stora millioninvesteringarna, i första hand blivit föremål för utredningar och bedömanden. Centrala ämbetsverk och särskilda utredningar lägger ned mycket arbete på dessa frågor. Det har utarbetats långtidsplaner och det sker en fortlöpande granskning av vad som skapas inom den slutna vården. En allmänt välvillig inställning finnes hos anslagsbeviljande myndigheter. Den slutna vårdens inrättningar är till sina arbetsformer i stort sett likartade och är till sitt patientantal en ringa del av den öppna sjukvården. Allt detta underlättar den slutna vårdens analyserande och planerade och bedömande av vårdbehovet.

För den öppna vården ligger saken helt annorlunda till. Verksamheten inom denna är mycket skiftande. Storstaden, övriga tätorter, landsortsdistrikt med gles eller tätare befolkning ger helt

olika problem. Sjukhusens öppna mottagningar, industrisjukvården och privatpraktiker ger ytterligare variationer. På ovannämnda sätt verkssamma läkare arbetar i tysthet utan någon representant av veckopressvärde, som kan inrikta allmänhetens intresse för denna form av sjukvård, som dock har hand om mångdubbelt flera sjukdomsfall. Dessa fall är medicinskt sett enklare än sjukhusfallen, men säkert av lika stor betydelse för patienten, vars tillfrisknande och fortsatta arbetsförmåga är målet för all sjukvård. För den öppna sjukvården kan ej uppställas någon mall att tillämpa på de olika öppna mottagningarna.

Det har gjorts en del lokala och allmänna undersökningar på detta område. Den största har varit läkarförbundets enkät för år 1955, som till väsentlig del ännu kan anses gälla. I denna, som i de flesta, har det varit antalet besök hos olika läkare, som beräknats. Sådana undersökningar har dock endast begränsat värde, då man ej vet något om i vilka proportioner enklare saker blandas med svårare. Som allmänt omdöme kan sägas att i den öppna vården de tekniska resurserna för diagnostik och terapi är mindre än i den slutna, men denna regel har dock undantag. Man får försöka använda egna erfarenheter och hörsägnar, för att få en uppfattning av den öppna vården, en uppfattning som dock under alla omständigheter blir mycket ofullständig. Det finns sålunda icke och går knappast att få ett siffermaterial från den öppna vården, som säker grund för bedömning av vårdbehovet.

Gränsdragningen mellan slutna och öppna vård är ett centralt problem vid bedömandet av sjukvårdsbehovet. Enligt min mening skall alla fall, som kan få tillfredsställande vård i öppna vård, behandlas därstädes. Genom förbättrade resurser för läkare ute på fältet, kan denna grupp öka i jämförelse med nuvarande fördelning.

På sista tiden har framlagts några siffror, bl. a. av *Nils Faxén*, som visar, att i en viss sjuk-kassa omkring 14 % av de sjukskrivna medlemmarna vårdas på sjukhus. Tar man hänsyn även till dem, som vårdats öppet utan sjukskrivning kan man med all sannolikhet antaga, att siffran sjunker under 10 %. Det är möjligt, att man

efter en mycket omfattande granskning i flera centralsjukkassor skall kunna få fram användbara siffror på den nuvarande fördelningen. Sjukhusbeläggningen har från flera håll analyserats och man har funnit, att på sina håll en avsevärd intagning av utredningsfall förekommit, vilken skulle kunna minskas genom utredning i öppna vård. En sådan omfördelning har nog skett i viss utsträckning till förmån för vårdfallen. Kraven på sjukhusintagning är emellertid så pass stora på de tillgängliga platserna, att intagningar nog måste sänkas ned mot det verkliga behovets siffror. På en del ställen kan nog sägas att platserna ej kan tillfredsställa behovet. Om fördelningar verkligen sker enligt ovannämnda principer har jag ej tillräcklig kännedom om. I stort sett kan man säga, att med stränga intagningsrestriktioner, även beträffande fall med läkarremiss, sjukhusplatserna kan komma att tillnärmelsevis motsvara behovet på många ställen. Från denna sats undantages vården av åldringar, som nu, i brist på för dem avsedda vårdmöjligheter i slutna vård, i hög grad tamponerar akutvårdens sjukhusplatser. Psykiatriska vårdplatser är även klart otillräckliga.

Allmänhetens och även en hel del läkares uppfattning, särskilt om diagnosarbetets behov, har i alltför hög grad präglats av maskindiagnostiken. För den slutna vården talar *Biörck* om långt drivna fordringar för att om möjligt uppnå en 100% säkerhet i diagnosen. Om detta många gånger är önskvärt i den slutna vården, kan man i den öppna inte ställa sina fordringar så högt. Något allmänt behov därav kan ingalunda föreligga. Även utan ett sådant arbetssätt kan man i den öppna vården erbjuda tillräckligt kvalificerad vård åt den stora massan av fall.

Bland de fall, som skall behandlas i den öppna vården, finns en del som för diagnos eller terapi fordrar utnyttjande av speciell utrustning. Det brukar uttalas så, att de behöver tillgång till sjukhusets resurser. Allmänheten framställer ofta krav på dylik undersökning och det kan nog ge en del kontroverser att avvisa en sådan begäran. Särskilt i storstäderna, med mera specialiserad öppen vård, tror allmänheten att den själv kan

avgöra lämpligt val av behandlande läkare, men det är endast i grova drag sant. Patienten har full rätt, när han icke går till en ögonläkare för behandling av benbrott.

Liknande saker kan han själv avgöra, men det finns, oftare än han tror, situationer, som måste diskuteras med primärläkaren. Är denne patientens vanliga läkare har primärläkaren alla förutsättningar att utfärda en remiss eller avråda från en onödig undersökning. Denna nedskärning av sjukvårdskravet ned mot sjukvårdsbehovet, kan ej göras utan medicinsk bedömning av en läkare, som känner den öppna vårdens resurser. Denna kunskap är hos de läkare som ensidigt sysslar med slutna vård mycket bristfällig, som det alltid är på områden som icke utgör huvudsaken av en människas verksamhet. De uttalanden om den öppna vården, som göres av den slutna vårdens koryfeér, har därför ett begränsat värde, ehuru de ofta betraktas som den högsta sakkunskapen.

Några exakta beräkningar av en del av den öppna vården, som fordrar hjälp av sjukhusens resurser kan tyvärr ej göras. Efter samtal med många av den öppna vårdens läkare kommer man snart till den bestämda uppfattningen, att denna del är ytterst liten. Den vanligaste uppgiften som ges är, att de ej går upp till 1 % av klientelet. Denna siffra saknar visserligen underlag i säkra beräkningar och är grundad endast på en uppskattning. Att döma av vad som föreslagits i denna fråga tycks det ha föresvävat utredarna, att det här är ett stort och viktigt problem, som t. o. m. bör ge anledning till lagändringar. Då jag ej sett någon statistisk utredning av kvantiteten av fall, som behöver sjukhusens resurser, kan jag inte komma till annan uppfattning än att antalet sådana fall är mycket ringa.

I landet i allmänhet är det tämligen självklart, att här omtalade fall omhändertas av lasarettens öppna mottagningar, som redan nu sker. Utbyggnad av dessa mottagningar torde vara omöjlig. I vissa av de största städerna kan det vara ändamålsenligt att gruppera en eller annan av dessa utredningsinstanser även utanför sjukhusen och därigenom fördela arbetet med utredningsfallen.

Efter avskiljande av ovannämnda smärre grupper av fall, som fordrar särskilda anordningar för diagnostik, har vi kvar hela den övriga sjukvårdsgruppen, som behandlats i öppen sjukvård. Vissa gemensamma linjer finns här men variationerna är så stora, att dessa linjer endast kan gälla några fundamentala principer.

Den stabila grunden för all öppen sjukvård är sedan gammalt våra läkare med allmän praktik i tjänsteläkarställning eller som fria yrkesutövare. Det är dessa läkare, som lär känna sitt klientel och "skrifer ut sig själva i stora doser" som *Einar Ljunggren* formulerat saken. De kan bedöma patientens sjukvårdsbehov och avsondra de fall, som behöver speciell vård. Dessa speciella vårdtillfällen är vanligen endast episoder i patientens sjukdomshistoria under livet och efter dessa episoder återgår klientelet till sin vanliga doktor, som är deras ordinarie medicinska själsörjare.

När nu så många läkare arbetar som specialister eller detaljister enligt *Stig Holms* nomenklatur, blir det naturligt att dessa anlitas för konsultationer, men därigenom övergår inte ledningen av patienternas vård till specialisten, annat än möjligen för en kortare period. Därefter återgår patienten till sin vanliga primärläkare. I vissa fall då en specialiståkomma är det dominerande i patientens sjukdomshistoria, kan det bli specialläkaren som kvarstår som den medicinska rådgivaren. Ovanstående grundregler för den öppna vården utgör förutsättningen för en förnuftig kontakt och begränsning av sjukvårdsbehovet och dessutom får patienterna den personliga vård, som är kriteriet på en god sjukvård. Från dessa fundamentala förhållanden bortses alldeles för mycket när det blir tal om patienternas behov av fullständiga undersökningar och specialistutredningar. Den personliga och kontinuerliga läkarkontakten måste bevaras för att allmänheten skall få en god sjukvård. Med denna utgångspunkt vill jag diskutera några förhållanden i den öppna vården.

En sak har framställts som ett behov från den slutna vårdens läkare och även från allmänheten. Det gäller efterbehandlingen hos den slutna vår-

dens läkare av tidigare intagna fall. Motivet skulle vara att det är av betydelse för patienten att den fortsatta vården sker av samma läkare, som behandlat honom på sjukhuset. Detta låter fullt logiskt, men mycket kan däremot invändas. Det kan ju tänkas att sjukvården gäller en helt ny sak i hans sjukdomars livsprogram eller att sjukdomen och dess sjukhusbehandling är av central betydelse däri eller att den fortsatta vården fordrar större resurser. För sådana fall är det av vikt att han fortsätter hos sjukhusets läkare. Likadant är det med sådana fall, som behöver upprepade sjukhusperioder mellan tider av öppen vård. I det övervägande antalet fall är sjukhusbehandlingen en kortvarig episod i hans rad av åkommor under livet eller avslutningen på en behandlingstid hos patientens primärläkare. Den stora skaran av patienter skall med hänsyn till tidigare anförda principer efterbehandlas hos dessa primärläkare, vilka som regel har mera djupgående kunskaper om personerna ifråga och deras miljö. Härtill kommer svårigheterna för avdelningsläkarna att i sitt arbetsprogram kunna infoga regelbundna mottagningar för efterbehandlingar. Det finns erfarenheter om alltför stora växlingar mellan de efterbehandlande läkarna. Kontinuitetsprincipen i den öppna sjukvården synes mig ha en betydelse som betydligt överväger skälen för efterbehandlingen vid sjukhuset.

En annan behovsfråga är industrisjukvården. Om denna är organiserad på ett ändamålsenligt sätt och ej begränsad till en poliklinik för skador eller enligt den gamla ackordsläkaretypen, meddelas därvid en god sjukvård, som är lättillgänglig. Genom god anpassning kan arbetsförmågan vid sjukdom tillgodogöras i produktionen till förmån för både den sjuke och företaget. De stora ekonomiska fördelarna återkommer jag till senare.

Det finns på olika håll i landet sjukvårdsbehov, som nu ej är tillfredsställda. Det finns vakanta tjänster och bristande tillgångar på olika specialister. För att lösa dessa frågor behövs ett samarbete mellan läkarorganisationerna och eventuella huvudmän. Dessa bägge intressenter bör bilda en organisationsnämnd för sitt distrikt

och det kan ifrågasättas, om ej vederbörande centralsjukhus, som har en viss översikt av dessa förhållanden, bör inkopplas i detta sammanhang. Denna nämnd skall utreda om bristen inom en viss verksamhetsgren skall täckas genom tjänsteläkare, privatpraktiker eller poliklinik. Mycket skulle nog kunna vinnas genom ett sådant samarbete.

Utan att förringa värdet av hälsokontroll vill jag dock till de omotiverade kraven hänföra den fordran på friskintyg, som särskilt i tider av arbetslöshet gör sig ganska bred. Då skall alla endast ha A-människor i sin tjänst. Vid fullare sysselsättning lugnar sig detta krav.

Sjukvårdens utbyggnad har särskilt under senaste decennierna varit mycket stor och enligt vad på många håll planeras kommer krav på stora nybyggen att följa. De största investeringarna kommer att behövas för mentalsjukvården och ålderdomsvården. Regionplanens förverkligande kommer även att kosta stora summor. Om den öppna vården talas i detta sammanhang inte mycket. Man får i detta sammanhang ej glömma bort att trots vår slutna sjukvårds höga standard både medicinskt och tekniskt, den öppna sjukvården är vårt största problem, som dock ägnas ett mycket ljumt intresse.

Som tidigare framhållits är sjukhusens öppna mottagningar avsevärt dyrare än den övriga öppna vården i olika former. Det är nödvändigt att se till, att de dyra sjukhusmottagningarna endast besökas av sådana fall, som absolut behöver denna form av öppen vård. Detta innebär en noggrann genomgång av hela sjukvårdens organisation och ekonomi och ett genomförande av de förändringar och nedskärningar, som är möjliga för att sänka sjukvårdsutgifterna och ställa dem i proportion till övriga behov. Utan vissa beskärningar av verksamheten kan nog detta ej ske. Att gå upp i standard erbjuder aldrig några svårigheter, men en sänkning anses alltid primärt som ogenomförbar, fast man till sist måste låta något falla för yxhuggen.

Det brukar invändas, att sparsamhet från stat och kommun egentligen aldrig innebär någon besparing utan blott en omflyttning av utgifterna

på andra. Detta kan nog ofta vara en sanning, men i nuvarande läge måste man se sig om efter absoluta beskränningar. Sådana kommer säkert på många håll att väcka en kraftig opposition. Det måste varje inskränkare vara beredd på.

När det från läkarhåll framställs krav på en utredning eller nyskapelse för att tillfredsställa något, som framhålls som ett sjukvårdsbehov, åtföljes denna av en medicinsk motivering och går kanske ut på anställande av viss personal. Någon redogörelse för det ekonomiska problemet brukar ej vara med. Detta anses vara huvudmannens sak. Denne gör en sådan ekonomisk utredning oftast i samråd med förslagsställaren. Någon medicinsk instans för prövning av frågan i jämförelse med andra dylika framställningar finnes ej. Utvidgningarna blir därför ganska planlösa.

Även om den öppna verksamheten är av mycket mindre ekonomisk storleksordning än den slutna, kan nog ganska stora besparingar göras. Vi vet att ur driftskostnadssynpunkt sjukhuspoliklinikerna är dyra och övriga öppna vårdformer är mindre kostsamma. De olika mottagningarnas omkostnader står i viss relation till fördelningen mellan enklare och svårare fall inom klientelet. Detta bör närmare undersökas. Dessutom torde säkert finnas andra faktorer av ekonomisk natur, vilka kan påverkas i förbilligande syfte. Enligt de linjer, som tidigare framhållits, kan säkert en del omgrupperingar göras, som allmänt sett kan nedbringa driftskostnaderna. Hur dessa kostnader sedan betalas av patient, stat och kommun kan utan större svårighet beräknas. Genom samarbete med läkarorganisationen kan utarbetas vissa planer för den öppna vårdens organisation. Den fordrar emellertid en noggrann utredning och konferenser med olika intressenter. Även om detta arbete kommer att taga lång tid, tror jag, att det är nödvändigt i den nuvarande situationen, som absolut fordrar yttersta sparsamhet med allmänna medel.

Industriläkarvården har visat sig vara en besparingsorganisation av stora mått, varierande efter företagets natur. De direkta kostnaderna för läkarvården synes vara mycket moderata,

men detta har ej så stor betydelse. Det väsentliga är att läkaren i samarbete med arbetsledningen kan omplacera sjuklingar, som ej kan utföra sitt vanliga arbete, men väl ett annat, som passar hans förmåga. De annars mycket stora utgifterna för sjukpenning har vid de företag, som har en välordnad industrisjukvård, sjunkit till en bråkdel av tidigare kostnader. Rubbningen i produktionen blir också mycket mindre. Systemet är värt att spridas till alla företag, som är lämpliga för en sådan sjukvårdsorganisation.

Frågan om tillgången på arbetskraft inom sjukvården är den mest diskuterade frågan för närvarande. Det har nästan uteslutande talats om tillgången på läkare. Ståndpunkterna går i högsta grad isär, så att det knappast synes möjligt att sammanjämka dem. Argumenteringen innehåller alltför mycket av allmänna fraser och alltför litet analys av det behov, som kan beräknas. Tillgängliga grunder för konkreta siffror synes icke föreligga på något håll.

Innan man överhuvudtaget uttalar någon åsikt i denna sak bör man undersöka huruvida de befintliga läkarnas speciella kunnande utnyttjas på bästa sätt. Jag tror att denna sista fråga bör besvaras med ett bestämt nej. Så fort det blir frågan om att analysera läkarens arbete blir det tal om tidsstudier för en "löpande bands"-verksamhet och då kommer också masspoliklinikerna och deras förkastliga karaktärer med i samtalet. Vi får väl dock försöka se litet objektivt på vad det kan vara fråga om. Det gäller ju ingenting annat än att försöka dela upp arbetsuppgifterna. Vi har sådana, där läkarens speciella kunskaper kommer till sin rätt och sådana, som hör till den ena människans försök att reda upp den andras svårigheter även utan rent medicinska karaktärer. Dessa bägge sidor hör till den verkliga läkargärningen. Å andra sidan måste läkaren även handlägga en del praktiska ting som ekonomiska mellanhavanden, journalskrivning, intygsskrivning, remisskrivning och alla de papper som den nuvarande samhällsordningen med frikostig hand strör omkring alla våra åtgärder. Skulle man inte kunna avskilja en mängd tidsödande saker till underordnad arbetskraft och därigenom vinna

ökad tid till kontakter med den hjälpsökande människan och även få tid till att hjälpa flera? Något detaljerat förslag om vad som skall överflyttas, kan jag här ej ge, men kan meddela att erfarenheterna visar tydligt på att avsevärda fördelar kan vinnas genom sådan omändring. Jag är fullt medveten om, att många läkarmottagningar är så pass små företag att de olika momenten ej kan fördelas, men å andra sidan är det otvivelaktigt att organisationen kan drivas mycket längre, än som vanligen är fallet. För många läkare är dessa synpunkter helt främmande och det kan därför ej gå fort med förändringarna. Skulle man kunna öka läkarnas effektivitet med 10—20 % skulle detta ge samma effekt, som en ökning av antalet läkare med mer än hela importen. Frågan synes mig värd en noggrann prövning.

Sköterskepersonalen är en annan kategori med klart otillräcklig numerär. Hur denna brist skall täckas är nog ett besvärligare problem än bristen på läkare. Det kan kanske vara nödvändigt att påpeka att för övertagande av läkarens skrivgöromål och dylikt det icke kan anses försvarligt

att överlåta detta på en fullt upptagen sköterska, så att hennes egentliga sköterskeuppgifter därigenom ställas tillbaka. I vårt land, mer än i andra länder, utför våra sköterskor mycket arbete av kvalificerad natur, vilket annorstädes endast utföres av läkare. Det är synnerligen värdefullt att vi har så välutbildade sjuksköterskor, så att detta kan göras. Det ger läkaren mera tid till övrig läkargärning och har verkat i samma riktning, som de ovan föreslagna förskjutningarna av arbetet. Det utbildas visserligen ett stort antal sköterskor i landet för närvarande, men avgången, framförallt i samband med giftermål, är mycket stor. Det skapas dock därigenom en reserv, som skulle kunna utnyttjas som halvtidsarbete om ej i många fall nu gällande skattebestämmelser stode i vägen.

Övrig personal utan ovannämnda kategoriers större utbildning bereder även vissa svårigheter, som troligen kan bemästras om sysselsättningen i landet ej är alltför överfull. En rationalisering av de större inrättningarnas arbetsformer är av stor betydelse.

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila.

Patienter lidande av tuberkulos eller svårartad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.

Helpension från 27:— pr dag.

*Unna Er
en hälsobringande
vila på*

Mösseberg

Tel. Falköping 10046 för upplysningar Vx.
sanatoriet Falköping 13220