

Den sjuke inför den nya sjukhuslagen

Av dr *Albert Grönberg*, Vänersborg

Sjukhuslagstiftningskommittén av år 1951 har 1956 framlagt sitt betänkande. Detta innehåller en rad förslag till förändringar av sjukvården i riket av vilka flera komma att på ett mycket kännbart sätt förändra speciellt den av Landstingen bedrivna sjukvården.

Kommitténs strävan har bl. a. varit att i tvenne författningar, Sjukhuslagen och Sjukhusstadgan samla så många som möjligt av nu gällande författningar berörande sjukvården. Denna strävan får anses ha i stort sett lett till en ökad och förbättrad översiktlighet och klarhet, vilket skall erkännas.

Som en följd av kommitténs målsättning har man i lagförslaget och stadgeförslaget infört gemensamma bestämmelser och föreskrifter för den sjukvård, som bedrivs av landstingen och de s. k. fria städerna. Till den senare kategorien höra landets största städer Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping m. fl. Hittills ha dessa städer i sjukvårdshänseende varit underkastade vissa specialreglementen, som i vissa avseenden avvikit från sjukhuslagen och stadgan.

För alla dem, som ha att lita till Landstings-sjukvården innebär det nya förslaget i vissa avseenden högst avsevärda förändringar. Särskilt gäller detta den i detta sammanhang viktigaste kategorin av medborgarna — de hjälpsökande sjuka.

Det kan då vara av intresse att se efter i vilka avseenden storstadssjukvården och landstings-sjukvården skiljer sig från varandra.

Låt oss först kasta en blick på den slutna sjukvården, dvs. den sjukvård som tillhandahålles de på lasaretten och sjukhusen inneliggande patienterna vid storstädernas och landstingens sjukhus.

Kvalitativt sett torde man våga påstå att sjukvårdens nivå är densamma i båda fallen.

På storstadssjukhusen finnes i de flesta fall en möjlighet, som landstingssjukhusen numera saknar. Den sjuke kan om han så önskar erhålla personlig behandling av överläkaren, som disponerar s. k. privatrum för dessa fall. Begreppet privatpatient är numera avskaffat vid lands-

tingssjukhusen. Visserligen finnas alltså enskilda och halvenskilda rum att få men den som lägger in sig på ett sådant rum har därmed ingen som helst garanti för att överläkaren kommer att behandla honom eller henne. Endast sjukdomens art och svårighetsgrad är bestämmande för vilken läkare, som behandlar den sjuke. Den högre dagavgiften anses endast kompensera den ökade komforten, och innebär ingen ersättning för mera personlig läkarvård.

En patient på ett storstadssjukhus har alltså i allmänhet en möjlighet att välja sin läkare då han lägger in sig på ett sjukhus som en landstingspatient saknar.

Den öppna sjukvården visar också en del olikheter vid storstadssjukhusen och landstingslasaretten.

Storstadens sjukhus har sedan många år s. k. polikliniker där allmänheten mottages och behandlas på löpande band av den för tillfället tjänstgörande läkaren. Någon som helst möjlighet för den sjuke att välja läkare finnes inte. Ombytena av läkare är ofta återkommande. Det har hänt att en person på 7 läkarbesök undersökes och behandlas av 6 olika läkare. Att detta ur kontinuitetens synpunkt inte är särskilt bra kan var och en förstå. Polikliniken, som helt drives av storstaden—huvudmannen, är industrialiserad sjukvård. Arbetet blir ett slags bandarbete med korta och snabba behandlingar, som främsta kännetecken.

Landstingslasaretten ha sedan många år tillbaka haft en annan anordning för den öppna vården. Lasarettens mottagningar ha varit och äro ännu resp. lasarettsläkares privata mottagning. Förr sköttes denna mottagning helt av lasarettsläkaren. I och med att lasarettsenheterna blivit större ha även underordnade läkare såsom bitr. lasarettsläkare och underläkare fått deltaga i den öppna vården. Det har också varit en allmän strävan att lasarettens öppna mottagningar skola hava karaktär av specialistmottagningar, en strävan som rönt förståelse även hos huvudmännen.

Landstingsklientelet kan alltså söka en be-

stämd läkare med specialistkompetens inom sitt fack och där behandlas av honom vid sjukhuset, vilket innebär att patienten kommer i åtnjutande av lasarettets alla resurser för behandling och undersökning.

Det står väl tämligen klart att landstingsklientelet i detta avseende är betydligt bättre ställt än storstadsklientelet, som vid sina sjukhus aldrig kunna vara säkra på att träffa en bestämd läkare, såvida de inte söka på en, ofta utanför sjukhuset belägen privat mottagning.

Enligt det nu framlagda lagförslaget kommer all öppen vård vid alla lasarett att läggas om. Deltagandet i öppen vård blir ett åläggande för såväl överläkaren som underläkaren. Man kan med till visshet gränsande grad av sannolikhet påstå att detta kommer att leda till att den operonliga industrialiserade polikliniken snart kommer att införas även på landstingslasaretten.

Nå, säger någon, det är väl inte så farligt? Farligt är det väl kanske i allmänhet inte, men dåligt. Det är allmänt omvittnat att polikliniken som form för öppen vård står på ett lågt plan som läkekonst betraktad. Ja, man skulle vilja skärpa uttrycket och säga att polikliniken både för patienten och läkaren är en styggelse inför Herran!

Man får verkligen hoppas att de, som bestämma och som ha erfarenhet av öppen sjukvård vid landstingslasaretten förstå att man här har ett värde att värna om. Den personliga kontakten mellan patienten och en viss läkare, patientens egen läkare, är av ett sådant värde att vi inte ha råd att förlora det. Men om den nya lagen kommer, förloras det med största säkerhet.

Från läkarhåll har det rests en exempellöst enig kritik mot det framlagda förslaget.

Bittrast har kritiken varit mot bestämmelsen

om åläggande att deltaga i den öppna vården. Det bör kanske framhållas att ekonomiska faktorer icke varit avgörande för läkarnas ställningstagande. Läkarnas ekonomi har mycket litet att göra med de nu aktuella problemen i samband med lagförslaget. Kritiken bottnar i det förhållandet att lasarettsläkarna anse, och detta på goda grunder, att de äro tillsatta för att sköta lasarettens slutna vård. Denna arbetsuppgift är den nutida lasarettsläkaren utbildad för och hans dagsprogram dikteras av den slutna vårdens krav på hans arbetsinsats. Den öppna vården, mottagningen, är att betrakta som ett slags fritidssysselsättning men för all del en både påfrestande och samhällsnyttig sådan. Lasarettsläkaren vill inte tjänstemässigt belastas med mer än han kan sköta. Ty det är förvisso en ganska avsevärd belastning att åläggas att svara för tvenne uppgifter av den karaktär det här är fråga om, chefskapet för en klinik för slutna vård och en omfattande poliklinik. Han varken kan eller *bör* sköta två *heltids-tjänster*. En sak som man tycker att även huvudmännen borde inse. Att lasarettsläkarens animositet mot polikliniken helt bottnar i hans förakt för mindervärdig sjukvård är säkert. Han vill inte befatta sig med detta och anser att det betyder ett steg nedåt för lasarettet att få denna storstadsföreteelse införd där.

Det är förvisso även andra förslag i den nya lagen, som kunde vara värda kritik. Man skulle kunna peka på att sjukhusens ledning enligt lagförslaget skall anförtros en administratör utan någon som helst garanterad medicinsk sakkunskap. På centrallasarett skall han kallas Överintendent, en titel som annars helt är förbehållet vissa hovdignitärer.

Det är emellertid ingen anledning att i en artikel av denna art gå in på problem, som ej direkt beröra patienterna varför det sagda må vara nog.

Sammanfattningsvis må endast framhållas att den allmänhet, som har att vid sjukdom söka hjälp vid landstingens sjukhus, i fortsättningen blir sämre ställd än nu i det att den sjuke varken i den slutna eller den öppna sjukvården får någon som helst möjlighet att välja sin läkare om, nota bene, så olyckligt skulle vara att Sveriges Riksdag godtager det framlagda kommittéförslaget och gör det till lag.

Läkerol

Välgörande — Välsmakande

Världsberömd