

Kan vårdresurser omfördelas?

Fördelning av vårdresurser inom länssjukvården

Sven Dahlgren

Svensk sjukvård är inte främmande för omfördelning av resurser och har aldrig varit det. En kontinuerlig omfördelning har skett såväl mellan olika nivåer som inom nivåerna och också mellan förebyggande verksamhet och vård. Den omfördelning som idag äger rum måste dock ske med iakttagande av vaksamhet så att inte dagens sjuka löper risk att få en sämre behandling eller ingen behandling alls på grund av en prioritering av åtgärder för förbättrad hälsa i framtiden.

Professor Sven Dahlgren är överläkare vid kirurgiska kliniken, Umeå lasarett och dekanus vid medicinska fakulteten, Umeå universitet.

Det talas mycket om omfördelning av hälso- och sjukvårdsresurser i dag. För det mesta går tankarna då till en omfördelning från länssjukvård till primärvård. Här skall därför huvudsakligen diskuteras fördelningen av vårdresurser *inom* länssjukvården.

Vård på lika villkor — ett ouppnåeligt mål?

Den sk portalparagrafen i den nya Hälso- och sjukvårdslagen talar bl a om vård på lika villkor. Det kan synas vara en näst intill omöjlig uppgift för våra sjukvårdshuvudmän att tillgodose detta, bl a av geografiska och utbildningsmässiga skäl.

De geografiska förhållandena i vårt land innebär helt olika villkor när det gäller tillgängligheten av samhällservice. En av våra medborgare som bor ute i glesbygden kan ha

- 25 mil till närmaste länsdelssjukhus
- 40 mil till närmaste länssjukhus

- 60 mil till närmaste regionsjukhus
 - 100 mil till närmaste hjärtkirurgiska klinik
- Mot detta står att en medborgare som bor i närheten av Mälardalen kan inom 25 mils avstånd ha
- mängder av länsdelssjukhus
 - 4 länssjukhus
 - 4 regionsjukhus
 - 3 högspecialiserade brännskadeenheter
 - 3 högspecialiserade barnkirurgiska kliniker
 - 2 hjärtkirurgiska kliniker
 - 2 njurtransplantationsenheter

När man då vet av de utredningar, som gjorts under senare år, att utnyttjandet av sjukvården är större vid större tillgänglighet, så inser man att svårigheterna att erbjuda vård på lika villkor är mycket stora.

Den regionvårdsindelning och den princip om olika vårdnivåers tillgänglighet, som vi levt efter under de senaste decennierna har visserligen kunnat minska ojämlikheten när det gäller tillgänglighet. Ytterligare en förbättring har skett i och med att vi går in i en ny regionvårdsindelning som innebär en utjämning av regionernas befolkningsunderlag. Trots detta saknar norra regionen resurser som i riklig mån finns företrädna i Mellansverige. Jag vill bara i detta sammanhang peka på det förhållandet, att hela norra regionen fortfarande saknar en hjärtkirurgisk klinik. Såväl Finland som Norge har här varit långt före oss genom att man i Finland har en hjärtkirurgisk enhet i Uleåborg och i Norge en i Tromsø. Trots att befolkningsunderlaget enligt tillgängliga såväl skandinaviska som internationella siffror är tillräckligt stort för att motivera en hjärtkirurgisk klinik i Umeå, så synes det vara svårt att bygga upp en sådan med hänvisning till att det skulle vara

billigare att bygga vidare på befintliga resurser. Det är emellertid tveksamt om detta är helt korrekt, — allt beror på vilken matematik man väljer. När det gäller den högspecialiserade sjukvården så föreligger således en klar snedfördelning. Här kan förvisso vårdresurser omfördelas i en för Norrland gynnsammare riktning.

Även på utbildningens område finns fortfarande en snedfördelning av resurser vilket i sin tur medför att vårdresurserna också blir snedfördelade. Här kan tex nämnas att antalet läkarstuderande i Mellansverige är oproportionerligt högt i förhållande till övriga utbildningsorter. Att inleda minskningen av antalet läkarstuderande genom att minska antalet studenter i Malmö-Lund området ökar givetvis snedfördelningen. UHÄs förslag att börja nedskärningen av läkarutbildningen i Stockholm skulle medföra en mindre täthet av antalet studerande där och därmed möjligheter till en förbättrad utbildning.

Vad vet vi om fördelningen av vårdresurser och vårdutnyttjande?

För *regionnivån* del är det en klar snedhet i fördelningen av den högspecialiserade regionsjukvården.

Socialstyrelsen har visat att fördelningen av vårdplatser per 100 000 invånare är mycket olika inom olika sjukvårdsområden. Det finns visserligen en tendens till att glesbygdsområdena har ett större antal vårdplatser vilket vore rimligt med tanke på de långa avstånden. Det har visats att även många av de tätbebyggda områdena ligger förhållandevis högt i fråga om vårdplatser i relation till glesbygda områden.

Vi har också ojämlig fördelning av patienter på våra vårdplaneringslistor eller väntelistor som de rimligtvis bör kallas när det gäller vissa specialiteter där det inte är fråga om en planering utan en väntan. Jag behöver här bara nämna det stora antalet åldringar med höftledsbesvär som väntar på att få en arthroplastik utförd, väntelistan inom neurologin i vissa delar av landet, väntelistorna på såväl utredning för coronarscleros som operativ behandling av åkomman eller det antalet patienter med prostatahyperplasi som väntar på åtgärder.

Men det är inte bara brist på läkare inom primärvården utan också brist på specialister inom vissa

verksamhetsområden speciellt i vissa delar av landet och jag kan här nämna psykiatri, neurologi, men också andra specialiteter. Inom vissa av dessa områden är det brist på utbildade specialister inom andra är det brist på tjänster, — det senare beroende på olika prioriteringar av huvudmännen.

Vad kan göras för att rätta till snedfördelningen?

På *regionnivån* är det mycket angeläget att den nya regionindelningen slår igenom snabbt så att region-sjukhusen omedelbart anpassar sig efter de nya regionerna.

Länsnivån har varit föremål för omfördelning av resurser under en följd av år. Det är angeläget att betona detta: *svensk sjukvård är inte främmande för omfördelning av resurser och har aldrig varit det*. Under 50 och 60-talet skedde en utbyggnad av länssjukvården då behov fanns för detta. Under 70-talet har inletts en minskning av länssjukvården och en omfördelning mellan specialiteterna vilket framgår av följande tabeller. Av *tabell 1* framgår att vårdplatser har överförs från kirurgiska specialiteter till annan verksamhet. Detta har ägt rum under det senaste decenniet såväl på regionsjukhus som på länsdelssjukhus. Länssjukhusen har fått en viss ökning av antalet vårdplatser beroende på behovet av ortopedisk och urologisk kirurgi. Som helhet taget så har dock de kirurgiska specialiteterna förlorat ca 1000 vårdplatser under ett decennium dvs storleken av ett stort länsdelssjukhus fyllt av kirurgiska vårdplatser. Av *tabell 2* framgår också att det har skett en minskning av antalet allmänkirurgiska kliniker till förmån för ortopedisk och urologisk kirurgi. Detsamma är förhållandet när det gäller vårdplatser och deras omfördelning mellan olika kirur-

Tabell 1 Överföring av kirurgiska vårdplatser till annan verksamhet

	Antal vårdplatser i kirurgi totalt			
	1970	1975	1979	1981
Regionsjukhus	2 624	2 746	2 422	2 503
Länssjukhus	4 218	4 336	4 510	4 444
Länsdelssjukhus	6 353	5 758	5 416	5 261
Totalt i landet	13 195	12 840	12 348	12 208

Tabell 2 Omfördelning av kliniker mellan kirurgiska specialiteter

	Antal kliniker			
	1968	1973	1977	1981
Allmän kirurgi	101	98	96	94
Ortopedisk kirurgi	25	33	35	36
Urologisk kirurgi	9	12	13	14

Tabell 3 Omfördelning av vårdplatser mellan kirurgiska specialiteter

	1970	1975	1979	1981
	Antal vpl	Antal vpl	Antal vpl	Antal vpl
Allmän kirurgi	10 368	9 620	8 960	8 666
Ortopedisk kirurgi	2 410	2 802	2 794	2 912
Urologisk kirurgi	417	418	594	630

Tabell 4 Antal intagningar per år (x 1 000)

	Allm kir	Ortop kir	Urol kir
1970	291,0	46,1	10,6
1973	299,0	51,6	11,5
1975	294,8	54,0	11,8
1977	295,5	62,4	13,8
1979	288,7	68,2	18,8
1981	291,2	75,9	21,8

Tabell 5 Utvecklingen av medelvårdtider

	Allm kir	Ortop kir	Urol kir
1970	9,9	14,3	11,0
1973	9,4	13,3	10,6
1975	9,3	12,9	9,9
1977	9,0	12,2	9,3
1979	8,8	11,7	8,6
1981	8,4	10,8	8,0

giska specialiteter (tabell 3). Under det sista decenniet har allmänskirurgin förlorat drygt 1 500 vårdplatser, ortopedisk kirurgi ökat med ca 500 vårdplatser och den urologiska kirurgin med drygt 200. Antalet intagningar per år (tabell 4) har stått stilla inom allmänskirurgin, ökat inom såväl ortopedisk kirurgi som urologisk kirurgi – inom de två senaste

specialiteterna nästan en dubbling. Allmänskirurgin har således kunnat bibehålla sitt antal intagningar per år trots en avsevärd minskning av antalet vårdplatser vilket beror på en minskad medelvårdtid (tabell 5). Även för den ortopediska och urologiska kirurgin har medelvårdtiderna sjunkit.

Det sker sålunda en kontinuerlig omfördelning av antalet vårdplatser och detta helt i enlighet med förändringen av det kirurgiska panoramat. Detta framgår mycket klart av Socialstyrelsens studier över vårdkonsumtion baserat på officiell statistik under åren 1970–1981 ur vilken ovanstående siffror hämtats.

Kirurgerna här i landet är alltså ingalunda främmande för omfördelning av resurserna. Det borde också vara förståeligt att man bland företrädarna för olika specialiteter – och detta gäller givetvis generellt över hela vårdfältet – försöker måna om patienterna inom sina respektive ansvarsområden. Å ena sidan är vi således beredda till omfördelning av resurserna när sjukdomspanoramat förändras. Vi har å andra sidan svårt att se behovet av sjukvård inom de egna verksamhetsområdena och inte ha resurser att tillgodose dem. Här är givetvis en av de svåra konflikterna inom den svenska hälso- och sjukvården. Skall man acceptera ökade väntelistor inom vissa specialiteter för att minska dem i andra? Det är vidare nödvändigt med prevention. Inte heller är det svenska medicinalväsendet främmande för förebyggande vård. Även om det med rätta har sagts att alla förbättringar när det gäller hälsoläget inte är en följd av förbättrad sjukvård, så får man inte glömma bort att många sjukdomar utrotats som en följd av medicinsk forskning och sjukvård. Resurser för prevention behövs utan tvekan och balansgången mellan resursfördelning till förmån för behandling är givetvis svår och känslig. Den omför-

Även om alla förbättringar när det gäller hälsoläget inte är en följd av förbättrad sjukvård får man inte glömma bort att många sjukdomar utrotats som en följd av medicinsk forskning och sjukvård.

.....
Jag tvivlar på att våra politiker verkligen vill besluta att dagens sjuka skall få sämre tillgång till vård för att morgondagens medborgare skall få ett mindre behov av sjukvård.
.....

delning som önskas göras till förmån för förebyggande vård får inte bli av den arten att den kan jämföras med bilden i vilken barnet kastas ut med badvattnet. Jag tvivlar på att våra politiker verkligen vill besluta om att dagens sjuka skall få sämre tillgång till vård för att morgondagens medborgare skall få ett mindre behov av sjukvård.

Vi måste idag därför granska alla samhällsområden och diskutera omfördelning av resurser. Det kan inte vara så att resursfördelningen mellan olika samhällsområden är den mest ideala — man kanske skulle kunna omfördela en del resurser från andra områden av samhället till sjukvården. Vårt försvar tex är kanske inte så rationellt anordnat som man skulle kunna önska sig och med ett mera rationellt utnyttjande av resurserna året runt skulle försvaret kanske kunna avstå från resurser till förmån för sjukvården. Vi borde ha råd att utjämna olikheter inom vår hälso- och sjukvård inte bara inom befintlig ram utan även genom direkt förstärkning.

Primärvården är idag prioriterad och det kan man ha förståelse för. Emellertid bör primärvården förstärkas inte enbart genom att man tillskapar allmänläkare ute i primärvården som en "Mädchen für alles". Våra allmänläkare har enligt min uppfattning ett alldeles för stort verksamhetsområde. Att arbeta som allmänläkare i primärvården är något av det svåraste som finns — det är betydligt lättare att vara en specialist inom ett mindre fält som är mer överblickbart. Allmänläkaren idag skall ha hand om den primära somatiska vården men också samhällsmedicinska problem i form av hälsa, preventiv medicin, socialvård. Enligt min uppfattning är det omöjligt att ge en allmänläkare kompetens till allt detta på den korta tid som allmänläkarutbildningen har till förfogande. Inom specialistutbildningar vet alla att en kirurg, som just har erhållit specialistkompetens, ingalunda är kompetent att ta hand om en stor kirurgisk klinik. För detta krävs en tjänstgöring för

kompetensutveckling. En allmänläkare som blir färdig slängs direkt ut såsom ansvarig för ett verksamhetsområde som är mycket stort. Den utbildning han fått inom vissa somatiska discipliner kan rimligtvis inte vara tillräcklig. Primärvården borde därför förstärkas med specialister som skulle placeras ute i primärvården på våra vårdcentraler. Framför allt gäller detta pediatriker och gynekologer men kanske också på öronläkare som skulle kunna sitta som specialister ute i primärvården. Våra barn och våra gravida mödrar är värda omsorgen av specialist i pediatrik resp obstetrik. Till detta kommer behov av tillresande konsulter till vårdcentralen från länssjukvårdens specialister, såsom kirurgi, ortopedi, urologi och ögonsjukvård. Det är framför allt inom de kirurgiska specialiteterna som allmänläkarna har för lite utbildning. Många allmänläkare har också insett detta och ägnar sig i minimal utsträckning åt kirurgisk verksamhet. Även denna fördelning mellan antalet specialister och allmänläkare är en fråga om fördelning av resurserna.

Finns det makt i samhället att genomföra en omfördelning?

Tre grupper måste engagera sig i den fortsatta fördelningen av resurser inom hälso- och sjukvården:

Politiker. Denna grupp besitter givetvis — och skall besitta den verkliga makten att prioritera inom vården. Emellertid finns en viss risk för handlingsförlamning bland våra politiker, vilket beror på åtminstone två faktorer: Mandatperioderna är alltför korta vilket leder till att politikerna har svårt att fatta obekväma beslut med tanke på att nästa val ligger så nära. Man vågar inte stöta sig med sin valmanskår. Vidare hinner man inte utbilda sig för sina uppgifter i tillräcklig omfattning. Det finns sålunda en risk för att våra sjukvårdspolitiker inte har tillräcklig kunskap om den verksamhet de skall ansvara för.

.....
Vår allmänläkare har enligt min uppfattning ett alldeles för stort verksamhetsområde.
.....

Sjukvårdsadministratörerna har en närmare kontakt med vårdanordningarna än politikerna. De har ofta en svår roll att spela, nämligen att genomföra de beslut som politiker fattar. Vår sjukvårdsorganisation lider på sina håll av för stort antal beslutsnivåer. En större närhet mellan politikerna som skall fatta beslut och den administration som skall genomföra besluten ger större klarhet i ordergivningen – ju fler nivåer som finns bland sjukvårdsadministratörerna desto större är risken för förhandlingsförklarning även på denna nivå.

Läkarna måste också engagera sig i administrativ verksamhet. Det bör finnas ett skikt av läkare mellan beslutsfattarna och de som arbetar på kliniknivå. Dessa bör få en förstärkt utbildning i administration men samtidigt bibehålla en verksamhet i vården för att de därigenom skall ha en förståelse för såväl administrativa problem som vårdproblem. Genom dels sin kunskap av vård och administration

och dels sin närhet till de politiska beslutsfattarna kan denna grupp av läkare verkligen hjälpa till att prioritera.

Sammanfattningsvis sker sålunda, och har alltid skett, en kontinuerlig omfördelning av resurser inom sjukvården såväl mellan olika nivåer som inom nivåerna men också mellan förebyggande verksamhet och vård. Den omfördelning som idag äger rum, måste dock ske med iakttagande av en vaksamhet så att inte dagens sjuka löper risken att få en sämre behandling eller ingen behandling alls på grund av en prioritering av åtgärder för förbättrad hälsa i framtiden.

REFERENSER

En studie av Allmän, Ortopedisk och Urologisk kirurgi.
Socialstyrelsen pm 52/83.