

Kan vårdresurser omfördelas? Hälso- och sjukvårdspolitiska aspekter

Gunnar Hofring

Vi kan inte räkna med någon kraftig ekonomisk tillväxt i samhället. Den fortsatta utvecklingen måste ske inom i stort sett samma ekonomiska ramar som vi idag disponerar. För att klara anpassningen till befolkningens vårdbehov och nya möjligheter till vård måste vi kritiskt granska vad vi gör och vad det faktiskt betyder för olika människor. Som förtroendeman har man då skyldighet att be experterna förklara de utomordentligt stora skillnader som finns inom akutvården beträffande inläggning av patienter, diagnostiska undersökningar, operationer och medelvårdtider. Kanske kan vi tillsammans konstatera att det verkligen finns vårdresurser som kan omfördelas och som skall omfördelas.

Gunnar Hofring är landstingsråd i Uppsala läns landsting och vice ordförande i Landstingsförbundet.

Sven och Göran Dahlgren har här tidigare visat varför vårdresurser *måste* omfördelas om sjukvårdshuvudmännen skall kunna nå upp till hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Överger vi de politiska ambitionerna är risken stor att vi sviker de sämst ställda som behöver hälso- och sjukvårdens insatser.

Jag skulle vilja tillägga att resurserna *kan* omfördelas. Så sker ju redan i dag i betydande grad. Exempel på detta under 70-talet är psykiatri och omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda. Utvecklingen på dessa områden har inneburit att mer än 10 000 fått vård i öppna former i stället för vid institutioner. Sedan landstingen övertog mental-sjukvården från staten 1967 har antalet patienter i

sluten vård halverats. Skulle man gå in på olika sjukdomsgrupper inom psykiatri är förändringarna än större.

Inom hela den slutna sjukvården har också under 70-talet skett stora omfördelningar tex från yngre till äldre patienter. Antalet inneliggande barn (0–14 år) har tex minskat från 3 000 år 1970 till ca 1 700 i dag. År 1970 var litet mer än hälften av patienterna över 64 år. Tio år senare var det två av tre patienter som nått den åldern.

Samtidigt finns det – inte minst bland vissa politiker och läkare – överdrivna föreställningar om hur snabbt de vårdpolitiska prioriteringarna kan få och faktiskt fått genomslag ute i vården. *Tabell 1* visar vad som hänt under åren 1973–81.

Landsting och kommuner har byggt ut långvård och serviceboende i takt med att antalet äldre stigit. Detta betyder i realiteten en minskad relativ vård-

Tabell 1. Utvecklingen av vissa vårdresurser och vårdkonsumtion 1973–81

	1973	1977	1979	1981
Långvårdsplatser/1 000				
inv > 70 år	49	53	52	53*
Ålderdomshemsplatser/1 000 inv > 70 år	78	69	65	61
Serviceägenheter/1 000 inv > 70 år	8	16	20	25
	135	138	137	139
Primärvårdens andel av totala sjukvårdskostnader (exkl sjukhem)	11 %	12 %	12 %	13 %
Läkarbesök (utanför sjukhus)	41 %	41 %	41 %	43 %

* exkl ca 2 000 platser som förts över från psykiatri: 50

platstillgång därför att det inom gruppen äldre skett en förskjutning mot de allra äldsta och mest vårdkrävande. Primärvårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna har stigit något, men inte mycket. Från 11 procent år 1973 till 13 procent år 1981. Samtidigt har läkarbesöken utanför sjukhus ökat från 41 procent till 43 procent.

Den för en sjukvårdspolitiker något dystra slutsatsen så här långt skulle kunna vara att det skett betydande förändringar men knappast i den takt och på det sätt som planerats.

Och takten kan vi inte vara nöjda med framöver. Det gäller både av de skäl som Göran och Sven redovisat, dvs för patienternas bästa, men också av rent samhällsekonomiska begränsningar.

Utgångsläget är helt klart:

- Vi skall inte räkna med någon kraftig ekonomisk tillväxt i samhället. Sjukvårdssektorn kan därför inte heller räkna med en ökad andel av våra totala resurser. Jag är alltså mer pessimistisk än Sven Dahlgren beträffande möjligheterna att radikalt omfördela resurser mellan olika samhällssektorer – i alla fall på den sikt som är rimlig ur vår planeringssynpunkt.

Därför måste den fortsatta omfördelningen ske inom i stort sett de ekonomiska ramar som vi i dag disponerar. Där ligger en stor skillnad jämfört med de förändringar som skedde under 70-talet. De genomfördes under en period då resurserna inom vår sektor ökade. Nu är utgångsläget ett annat!

Ett annat konstaterande är också att när vi inte kan räkna med en fortsatt tillväxt och utbyggnad så ligger resignationen nära till hands med en allt mer rigid vakthållning om det bestående.

Jag hoppas för all del att jag har fel på den punkten, men mina fortsatta reflektioner kanske ändå förklarar en del av min oro.

Politikernas roll

Vad blir då politikernas roll i förändringsarbetet? Jo, naturligtvis först och främst att formulera de sjukvårdspolitiska målen. Att gentemot patienter, administratörer och sjukvårdspersonal tala om vilken verksamhet vi skall ha och vilka resurser som finns att tillgå.

Kanske kan man summera Ulla Söderströms och

Göran Sterkys syn på oss politiker som så att vi skall vilja, kunna och våga fatta beslut och ta ansvar. Ulla ansåg också att vi politiker har otillräckliga kunskaper för att göra det vi skall. Jag vet inte det. I konkreta omfördelningsdiskussioner är röstläget från många ett annat. Då kan vi tex få höra av ansedda professorer att vi prioriterar handpåläggning av friska före vård av svårt sjuka osv.

Olika undersökningar visar att hälso- och sjukvård angår människor mer än mycket annat i vårt samhälle och dessutom på flera olika sätt. Det är minsann något som vi ständigt påminns om.

Den angår flertalet under ett år som patienter och anhöriga. Den angår nästan var tioende förvärvsarbetsbetande som arbetar med vård. Den angår oss också direkt som skattebetalare med ett uttag på drygt 13 procent av de beskattningsbara inkomsterna.

Politikens viktigaste uppgift blir ju att väga samman ofta motstridiga krav och önskemål. Slutresultatet blir självklart en kompromiss – sammanjämkning – av olika synpunkter och önskemål, allt beroende på vilka totala resurser vi har att fördela.

Vid sådana sammanvägningar möter vi ofta experter som gör anspråk på att sitta inne med hela "Sanningen". Om de experterna inte får sin vilja igenom blir det lätt så att man beskyller politikerna för att vara fega, vankelmodiga, okunniga och inte inse att man verkligen måste ge experterna det de vill ha!

Nu är det ju så att demokrati bygger på förtroendevalda *lekmän* som inte kan vara eller skall vara specialister utan generalister, dvs politikern skall inte kunna mycket om litet utan litet om mycket. Skall det fungera så måste experterna – läkare, ekonomer och jurister för att bara nämna några grupper – lojalt ställa upp med ett allsidigt och begripligt beslutsunderlag.

Det skall vara ett begripligt material, utformat på demokratins och lekmännens villkor; inte experternas!

En annan viktig grundförutsättning för demokratin är att man ställer upp och fullföljer beslut som fattats i demokratisk ordning även om de kan strida mot de egna, professionella, intressena.

Naturligtvis ställer nästan alla upp på en väl fungerande demokrati och ytterst få förordar något an-

nat alternativ när frågan ställs på sin spets. Men ändå tycker jag att det alltför ofta är politikerna som ensamma får stå i snålblåsten vid kontroversiellt beslut om förändringar.

Låt mig ta två konkreta exempel. När ett otidsenligt och överdimensionerat mentalsjukhus skall läggas ned på en mindre ort, då kan man förstå att de anställda blir rädda för att bli arbetslösa. Däremot är det enligt min mening oacceptabelt med klinikchefer som leder protesterna utifrån medicinska argument. Än mer anmärkningsvärt är att läkarkollegerna i övrigt håller knäpptyst.

Samma sak gäller i regel vid nedläggningar av mindre förlossningsenheter med större risker för mödrar och barn. I princip förordar läkarkåren, såvitt jag förstår, en sådan utveckling, men i praktiken är det en helt annan sak. Då är det inte någon som utifrån medicinska grunder försvarar politikernas beslut. Alltför ofta möter man motsatsen.

Skall vi klara våra omställningar framöver så räcker det inte med att de samlade intressena enbart företräds av politiker och några ledande tjänstemän. Av tex en klinikchef måste vi också begära att han lojalt företräder huvudmannens intressen och inte enbart ser till den egna verksamheten och specialiteten. Hälso- och sjukvården är i det avseendet närmast i en unik situation med ett väldigt smalt skikt som företräder helheten.

En orsak till spänningar mellan läkare och politiker är otvivelaktigt att läkare har och skall ha ett patientperspektiv medan yrkmannen också måste ha ett samhällsperspektiv. Som så många utredningar visat på senare tid är befolkningens hälsa inte bara eller ens främst beroende på sjukvården, utan på hur vi enskilt och tillsammans formar våra liv och vårt samhälle.

Omfördelningen av resurserna måste på många håll främst ske för att nå de sjukvårdspolitiska målsättningarna om en utbyggd primärvård. Inte bara ur patient- utan också ur samhällsekonomisk synpunkt är en sådan omfördelning nödvändig.

Lös upp blockeringen

Men skall vården kunna omfördelas så tror jag också det är nödvändigt att lösa upp den blockering som jag upplever i dagens debatt. Jag tror det är

viktigt att vi politiker erkänner det självklara faktum att även i 90-talets vård så kommer sjukhusen att spela en central roll vid behov av komplicerad diagnostik och behandling, där en kombination av ett stort specialistkunnande är nödvändigt och där akuta ingrepp krävs.

Jag tycker inte att det skall behöva finnas något motsatsförhållande mellan sjukhusvård och primärvård. Båda behövs i ett fungerande samspel. Däremot har sjukvårdspolitikerna ett stort ansvar för att resurserna blir rätt avvägda i förhållande till behoven och respektive verksamhets följder. För mycket resurser kan humanitärt vara lika tveksamt som för litet!

För att klara anpassningen till befolkningens vårdbehov och nya möjligheter till vård måste vi i en kärv ekonomi kritiskt granska vad vi gör och vad det faktiskt betyder för olika människor. Som för-troendeman och lekman har jag då skyldighet att be experterna förklara skillnader och komma med förslag till åtgärder när det tex i en rad undersökningar visar sig finnas utomordentligt stora skillnader inom akutvården beträffande inläggning av patienter, diagnostiska undersökningar, operationer och medelvardtider.

Det är kanske genom en kritisk granskning av sådana fenomen som vi finner att vi på olika håll har resurser som kan omfördelas. Låt mig nämna några exempel på sådan frågeställningar:

Jag kan börja med medelvardtiderna i min egen sjukvårdsregion – Uppsala-regionen. Av *tabell 2* framgår att medelvardtiderna för samma diagnos kan vara upp till fem gånger så långa vid en klinik som vid en annan.

Socialstyrelsen har också i en nyligen publicerad rapport om vissa kirurgiska specialiteter redovisat liknande skillnader när det gäller operationsfrekvenser.

Olika undersökningar visar på betydande skillnader i utnyttjandet av akutvård. Redan på länsnivå kan vi, som *tabell 3* visar, konstatera att om hela landet hade Malmöhus tillgång på akutvård så skulle vi ha ca 7000 färre akutvårdplatser. I ett pågående arbete i Gävleborgs län har man funnit att Sandvikens befolkning ligger ännu lägre utan att man därför har sämre hälsoläge eller sjukvårdsser-

Tabell 2. Medelvårdtid för patienter som opererats i sin huvuddiagnos, utskrivna från allmänkirurgiska kliniker i Uppsalaregionen (18 sjukhus)

	Min	Max	Genom- snitt	Index: Max (min = 100)
Varicer, nedre extr	2,3	9,5	4,2	513
Hemorroider	3,5	14,1	5,9	403
Magsår				
Duodenalsår	9,7	19,4	14,0	200
Appendicit	3,5	7,9	5,4	226
Ing bräck, utan obst	3,5	6,8	5,0	194
Övr bräck, inst obst	7,5	18,3	9,8	244
Gallsten, Kolecystit	8,0	14,5	10,7	181
Stensjd, urinvägarna	6,0	21,2	11,8	353
Prostata- hyperplasi	7,1	37,4	18,2	527
Collumfraktur	24,3	46,6	34,7	192

vice med tex väntetider. Skulle Sandviken vara Sverige hade vi 9 800 färre vårdplatser i landet. Med en ersättningsutbyggnad med 3 000 sjukhemsplatser skulle det ändå bli över till en 50-procentig utbyggnad av övrig primärvård. Som politiker har vi inte bara rättighet utan också skyldighet att begära rimliga förklaringar till sådana här stora skillnader och få bättre alternativ; både mänskligt och ekonomiskt.

Tabell 3. Räkneexempel VPL 1982*

	Medicin (per 1 000)		Kirurgi (per 1 000)	
Riket	18 058	(2,2)	20 549	(2,5)
Nivå				
Malmöhus	14 627	(1,8)	16 850	(2,0)
Nivå				
Sandviken	13 164	(1,6)	15 671	(1,9)

* Sandvikens nivå innebär att 9 800 vårdplatser i somatisk korttidssjukvård ej behövs justering har gjorts för skillnader i beläggning och åldersfördelning

Dessa frågeställningar och liknande vill jag som lekman ha experternas hjälp att besvara. Kanske vi då – om vi kastar prestigen åt sidan – tillsammans kan konstatera att det verkligen finns vårdresurser som *kan* omfördelas – och som *skall* omfördelas.

Jag skall sammanfatta det jag sagt med hjälp av en bild från en gammal film med bröderna Marx. När dom inte fick ner allt i väskan så klippte dom av det som stack ut och förstörde därmed det mesta. Det är den risk vi löper med det som kallas osthylmetoden. Tidigare har vi alltid löst den här typen av frågor genom att skaffa en större väska, men den möjligheten finns inte längre. I stället får vi ta ut innehållet, granska det tillsammans och bara lägga ned det som patienterna faktiskt har nytta och glädje av. Det är min övertygelse att det som blir kvar gott och väl skall rymmas i väskan.