

Vård åt vem?

Från sjukvårdsteknik till fördelningsproblem

En programskiss

Erik Allander

Nils-Erik Landell

Professor Erik Allander är överläkare och doktor Nils-Erik Landell bitr överläkare vid socialmedicinska institutionen/avdelningen, Huddinge sjukhus.

INGRESS

Sjukvården har en tendens att utvecklas till samhällets gökunge. Den har, i stort samförstånd och i de bästa avsikter matats med allt större resurser.

Det börjar bli tydligt att fortsatt tillväxt kommer att gå ut över andra samhällsfunktioner. Genom att sjukvårdsapparaten blir så stor har den också själv med sina egna medel alltmer kraftfullt kunnat argumentera för och styra sin expansion.

Samspelet mellan vårdorganisation, sjukdomspanorama, människor och vårdresultat, speciellt i ett storstadsområde, blir i en sådan situation svåröverskådligt.

I vår programskiss vill vi utan att tynga framställningen med referenser, siffror och andra fakta föra fram vissa huvuddrag i vårdsituationen idag. Vår avsikt har varit att på det sättet och i diskussionsunderlagets form, föra fram ett socialmedicinskt synsätt på sjukvård och planering.

I den uppgiften ingår att peka på bakgrund och förklara samband, orsak och verkan, betydelsen av mått, mål och medel.

Valda delar av Harry Martinssons "Vägen ut" från 1936 har försett oss med sentenser som vi har inflikat i texten.

Sent på hösten hade stora händelser börjat förebådas. Alla möjliga rykten kommo igång. Det sades att Sverige från och med nyårsskiftet skulle börja sättas på ransoner på samma sätt som folket i en livbåt efter ett skeppsbrott.

Harry Martinsson

Bakgrund

På kvällen lövade hon huset som till evig sommar. Detta varade till hösten.

Harry Martinsson

Sverige har internationellt sett ett osedvanligt stort antal vårdplatser. Det svenska välfärdssamhället har odlat en sjukvårdsfilosofi under 1960-talet som innebär en intensiv satsning på stora sjukhusbyggnader. Resultatet kunde året 1970 avläsas i 16,6 vårdplatser per 1 000 invånare medan man registrerade endast 2,8 besök i öppen vård per invånare. Internationellt låg då Sverige i topp när det gäller vårdplaster men i botten när man talar om antalet öppenvårdsbesök.

Hela sjukvården har i Sverige följt samma instrumentella utveckling som all övrig samhällsservice. Man har betonat stordriftfördelarna när det gäller att få patientunderlag för dyrbar och raffinerad apparatur. På samma sätt som affärerna förts samman i särskilda servicehus under mottot

koncentration och flexibilitet har även sjukvårdsresurserna samlats till jättelika sjukhusenheter.

Under det "gyllene" 60-talet tycktes det inte finnas någon större ekonomisk begränsning för sjukvårdens expansion. Medicinens och teknikens senaste landvinningar omsattes snabbt i praktiken. Resultatet kunde bara bli ett: Från att året 1920 bara ha varit en blygsam procent av bruttonationalprodukten (BNP) steg hälso- och sjukvårdens kostnader så att man året 1974 var upp i 7.5 procent av BNP. Samtidigt har man under 70-talet ifrågasatt det lämpliga i att över huvud taget använda begreppet BNP, som beskriver summan i reda pengar av antalet varor och tjänster under ett år. Man har påpekat hur livskvalitet, en fungerande miljö och hälsa faller utanför BNP-begreppet. Under exempelvis FN-konferensen om den mänskliga miljön 1972 betonades livligt hur hänsyn till människans hälsa och en fungerande natur borde få väga tyngre än krassa ekonomiska synpunkter. Ändå är väl alla överens om att miljö-kvaliteter tyvärr fortfarande väger ganska lätt mot rent ekonomiska vikt.

Ekologi definierat som samspelat mellan människor, djur, växter och miljö, är visserligen ett begrepp som populariserats ordentligt under början av 70-talet. Men samtidigt är rubbningar i det ekologiska samspelet så komplicerade att det blir svårt att ge de ekologiska vikterna klara konturer när man skall göra avvägningen mot ekonomiska intressen. Överfört till sjukvårdsplaneringens område leder resonemanget fram till att en sjukvårdsapparats produktion mätt i vård dagar är lättare att definiera än insatser på den förebyggande hälsovårdens område där man aldrig säkert vet hur mycket sjukdom man förhindrat genom att förbättra miljön.

Nu, vid mitten av 1970-talet, har dock hälso- och sjukvården blivit så dyrbar mätt i andelen av BNP att friskvårdsplaner börjar bli politiskt gångbara även om deras effekter är svåra att mäta. Med samma resonemang är man till en viss gräns villig att satsa pengar på miljövård även om resultatet är svårt att avläsa. Man är angelägen att satsa på förebyggande åtgärder i en övertygelse att nuvarande förhållanden med en snabbt allt dyrare

sjukvård i varje fall inte kan fortsätta.

Man är också öppen för det faktum att många patienter som söker sig till de stora sjukhusens raffinerade behandlingsmöjligheter inte behöver dem. Tvärtom skulle många patienter vinna på att inte vårdas av specialister. Kontinuiteten i patient—läkar kontakten kan vara långt viktigare för många patienter än tillgången till en centralt belägen ytterst komplicerad utredningsapparat, där man ständigt får träffa olika läkare. Genom decentralisering av sjukvården har man också tänkt sig få ekonomiska fördelar. Mindre komplicerade fall kan vårdas av mindre kostsam primärvård. Här i Sverige liksom i välfärdslandet USA har man konstaterat hur hälso- och sjukvården redan tar cirka 10 procent av BNP och är på väg uppåt. Förutom en decentralisering där man försöker fånga upp patienterna ute i bostadsområdena kan man satsa på samarbete med övriga människovårdande instanser. Påtagligt ofta görs sociala utredningar för patienter inlagda på sjukhus trots att patienterna redan är välkända inom socialvården.

Primärkommunen har det yttersta vårdansvaret och i helhetsprincipens tecken försöker man nu enhetligt tackla problem inom socialhjälp-, barnvårds- och nykterhetsvårdsområdet. Tidigare rådde den s k funktionsprincipen där varje socialassistent närmade sig en problemfamilj med utgångspunkt från sitt eget specialområde som då gällde verksamheten inom någon av de tre sociallagarna — barnvårds-, nykterhetsvårds- eller socialhjälpslagen.

En vidareutveckling av helhetsprincipen skulle nu kunna vara att man utvecklar samarbetet sjukvård—socialvård för att få en helhetsbild av patienten. Det gäller då att landstinget samordnar sina egna vårdresurser samtidigt som man tar upp en dialog med kommunernas socialbyråer.

På senare tid har också röster höjts för att rent geografiskt samordna den landstingsdrivna primärvården med socialvården. På en del håll i Sverige har man vårdcentraler och socialbyråer i samma hus. Socialassistenterna kan då gå över till läkare och sköterskor på vårdcentralen för att få hjälp åt klienter med påtagliga medicinska eller

psykiatriska besvär. Omvänt kan vårdcentralens läkare lätt nå socialassistenter när man upptäcker att sociala problem är en framträdande del av patientens sjukdom. Ännu har man inte fullständigt utvärderat effekterna av samlokaliseringen.

Det är en katalog, sade Martin. Det kostar ingenting att titta i den.

Harry Martinsson

Socialstyrelsen har i sina remisshandlingar "Sjukvård under 80-talet" från 1973 betonat vikten av en satsning på primärvård som kan bestå av vårdcentraler ute i bostadsområdena. Kärntruppen bland vårdcentralens läkare skulle vara allmänläkare med god utbildning i bland annat medicin och psykiatri. Andra specialiteter — barnläkare, öron-näsa-halsläkare, ögonläkare och ortopedier — skulle också kunna finnas på vårdcentralen. Socialmedicinsk utbildning är viktig för allmänläkaren. Till vårdcentralerna kan man också knyta distriktssköterskor, sjukgymnaster. Mödra- och barnvårdscentraler kan också lokaliseras i anslutning till de vårdcentraler som nu växer fram.

En viktig del av den framtida sjukvården kommer att gälla äldre personer. Fram mot år 1990 kommer proportionen äldre att växa markant och även efter 1990 kommer andelen personer över 80 år att fortsätta öka. Vad kan vårdcentralerna göra för de äldre? Vi vet att äldre personer är särskilt känsliga för den skadliga stress som kan bli följden av miljöbyten. Det är därför önskvärt att så många äldre som möjligt får stanna kvar i sin in-vanda miljö. Här kan vårdcentralerna göra en insats med uppsökande sjukvård — både läkare, sköterskor, sjukgymnaster kan ägna sig åt regelbunden hemvård. I moderna ålderdomshem eller pensionärshotell kan man ha stor glädje av medicinsk service från den närbelägna vårdcentralen. Särskilt de moderna ålderdomshemmen med tillräcklig personaltäthet vad gäller undersköterskor och vårdbiträden skulle få en väsentlig möjlighet att behålla sina hyresgäster om man samtidigt hade stadigvarande möjlighet att konsultera en vårdcentral i närheten med en fungerande jourverksamhet.

Det talas med rätta om ett allt större behov av utbyggd långtidsvård. Men samtidigt måste det vara önskvärt att så många äldre som möjligt får vara kvar i sina gamla boendemiljöer. Många personer flyttas nu över från sk insprängda pensionärslägenheter, servicebostäder eller pensionärshotell till långtidsvården. De skulle med en satsning på vårdcentralerna ha ökade möjligheter att vara kvar i sin gamla miljö förutsatt att den uppsökande medicinska servicen utökas. Särskilt med en satsning på moderna ålderdomshem där det finns gott om vårdpersonal skulle man kunna behålla äldre personer som annars flyttas över till långtidsvården.

Mycket av framtidens sjukvård skulle kunna ske med utgångspunkt från vårdcentralerna förutsatt att man där också har jourverksamhet, som bör kombineras med en satsning från primärkommunen på en socialjour. Alltför många patienter känner sig nu tvingade att söka de stora sjukhusens akutmottagningar med besvär som skulle kunna behandlas på vårdcentraler. Vi vet att uppåt 80 procent av akutsjukhusens inläggningsfall kommer via juren. En större del av inläggningarna på sjukhus kan säkert ske under mer planmässiga former om vårdcentralerna kan delta i jourverksamheten. Ökad satsning på primärvården bör ge en vård bättre anpassad till besvärens svårighetsgrad och en bättre förståelse för de bakomliggande mekanismerna.

Stadsplanering och regionalpolitik i Stockholms läns landsting från ett socialmedicinskt perspektiv

Han kände Staden omkring sig som ett väldigt, nästan ofattbart instrument. Själv var han som ett dammkorn som virvlar runt inne i en jätteorgel.

Harry Martinsson

Hur planerar man storstaden för att söka nedbringa anledningar till ohälsa?

Vi börjar redan alltmer glida bort från den planeringsfilosofi som kommit till uttryck i jättelika homogena bostadsområden av antingen flerfa-

miljshus eller villabebyggelse. I stället vill man nu "växa långsamt" och betonar ökade ansträngningar att använda bebyggelsen på bästa sätt. Ett framtidsalternativ skulle då kunna vara en rikt varierad bebyggelse som då också ger upphov till rika sociala kontakter och en allsidig ålderssammansättning. För närvarande har vi dock ett boendekonomiskt mönster som medför att höglönetagare bor i villor eller radhus och låglönetagare i flerfamiljshus vilket medför segregation — uppspaltning i befolkningskategorier med åtföljande sociala problem.

Lyckas ansträngningarna att skapa långsamt växande rikt varierade områden återstår ändå problemet med arbetsplatsernas placering. Människor bor för närvarande i närheten av arbetsplatserna i högre utsträckning ju längre bort från storstadens centrum man kommer. Frågan är då om man är belåten med bebyggelsen nära arbetsplatsen eller mest bor där därför att kommunikationerna är så dåliga.

Oavsett hur frågan besvaras bör framtidens bostadsområde vara så varierat och attraktivt att man känner sig stimulerad att bosätta sig i närheten av en arbetsplats med god arbetsmiljö.

Skall då arbetsplatserna vara lokaliserade över hela Storstockholm eller koncentrerade till några ytterområden förutom i stadskärnan?

I den frågeställningen ryms problemet att ge arbete som är lättåtkomligt för bägge makarna i en familj. Inom en del moderna flerfamiljsområden med goda kommunikationer och samtidigt god tillgång till arbete kan man se hur framför allt halvtidsarbetande kvinnor gynnas. Medan en liten procent av männen arbetar inom området finns där en ganska stor del halvtidsarbetande kvinnor som givit sig ut på arbetsmarknaden därför att arbete erbjudits nära hemmet. Alternativet hade då varit att stanna hemma. Samtidigt kan man anta att många av de lokalt erbjudna arbetsplatserna ger relativt okvalificerad sysselsättning. Många kvinnor som vill ut på arbetsmarknaden måste alltså förena den dubbelarbetande husmoderns roll med relativt okvalificerat arbete. I en framtid med bättre jämställdhet mellan könen även vad gäller arbetets kvalifikationsgrad kan det bli svårt

att lokalt tillfredsställa hela familjens behov av stimulerande sysselsättning. Frågan om spridning eller koncentration av arbetsplatserna blir i hög grad beroende av arbetslivets struktur framöver. Även om man fortsätter nuvarande specialisering och automatisering måste man samtidigt se till att bägge makarna har lätt att ta sig till ett rikt utbud av arbetstillfällen. Oavsett om man då vill sprida eller koncentrera arbetsplatserna måste man skapa goda kommunikationer.

Från socialmedicinsk synpunkt framstår det givetvis som tilltalande att satsa intensivt på kollektiva transporter som minskar både miljörisker och olycksfall. Med en rikt varierad bostadsbebyggelse behöver man då samtidigt intensivt subventionera den kollektiva trafiken. Befolkningsunderlaget för kommunikationerna blir inte så dåligt som i renodlade låghusområden men inte heller så rikligt som i utpräglade flerfamiljshusområden. Människors väl och ve beror mest på allmänna samhällsförändringar. Arbetsplatserna fjärrstyr människor så att monotona arbeten utan medinflytande och kontakt med arbetskamrater också tenderar att ge passiva människor på fritiden. Nuvarande omläggning till data innebär ofta monotoni och här gäller det att se i vilken utsträckning den tekniska utvecklingen kan ge människor tillräcklig behovstillfredsställelse utan att bryta det hävdvunna ekonomiska effektivitetstänkandet. Det är möjligt att den intensiva debatten om livskvalitet under 70-talet behöver sätta betydligt djupare spår i samhällsplaneringen för att förhindra sjukdomsuppkomst.

*De som voro från Staden voro självfallet
de mest försigkomna. De andra, som kom-
mit rymmande hit, fingo rätta sig in efter
hand.*

Harry Martinsson

Inom storstadsregioner är psykiska och kroppsliga besvär och sjukdomar mer dominerande än i övriga delar av landet. Framför allt tycks psykosomatiska besvär vara något som är knutet till storstaden. Här framstår det som en angelägen so-

cialmedicinsk uppgift att granska uppkomsten av och bakgrunden till psykiska och kroppsliga besvär, speciellt på arbetsplatser som är särskilt fysiskt och psykiskt pressande samt riskbemängda så att man snarast kan sätta in förebyggande åtgärder.

Martin nickade och tänkte efter vad det kunde betyda men fick tills vidare ingen reda. Han förstod bara att det måste vara nästan omöjligt för honom att gå till sjöss. Språket reste sådana hinder

Harry Martinsson

En riskgrupp i befolkningen är invandrarna med lägre utbildning, annat sjukdomsplaner och ofta med sämre betalda arbeten, vilket är en av orsakerna till att invandrarna koncentreras till vissa flerfamiljsområden. Över huvud taget har vi förmodligen en grupp människor som drabbas av storstadens nackdelar men som inte kan ta vara på fördelarna.

Den som av ekonomiska och psykologiska skäl inte förmår kompensera det lokala områdets kontaktlöshet genom resor till släktingar, vänner, arbetskamrater i olika delar av storstadsregionen hamnar i en hård isolering.

Inom bestående samhällsutveckling kan man satsa mer pengar på personal i kvartersgårdar och samtidigt minska ned satsningen på lokala vaktstyrkor som skall förhindra skadegörelse. Social kontroll måste förvandlas till social kontakt.

Fördelning av sjukvård

Sjukvård kommer givetvis alltid att behövas hur bra man än planerar miljön och söker minska sjukdomsriskerna. Men hur skall denna växande sjukvård fördelas?

När man är sjuk, går man till doktorn. Efter denna princip är sjukvården uppbyggd. Aktivitet hos den sjuke eller hans anhöriga, vänner eller arbetskamrater är alltså en förutsättning för att sjukvårdens resurser skall komma den sjuke till del. Det stora och som helhet relativt väloljade

och fina maskineri som sjukvården idag är, måste dessvärre ses som i stort sett passivt anpassat till vårdbehovet. Mycket läggs på den sjuke och hans omgivning.

För flera sjukdomar spelar detta dock inte så stor roll. Vid magblödning kommer de flesta till sjukhus, liksom vid lårbenshalsbrott och hjärnblödningar. Olycksfallen kommer nog också till läkare men redan när det gäller så vanliga sjukdomar som hjärtinfarkt blir en enbart passivt mottagande vårdapparat en nackdel. En inte obetydlig del av infarktpatienterna dör på platsen innan något händer. En del dör på väg till sjukhus. Ytterligare en annan del söker inte sjukvård därför att de bagatelliserar sina besvär.

Äldre anför ofta olika skäl för att inte gå till läkare. Hinner inte, vågar inte, för långt, sjukhuset så stort, är nog inget farligt, orkar inte, går nog över, vill inte besvära, förklaringar där objektiva eller skenbart objektiva förklaringar blandas med psykologiska. Även om sådana förklaringar är tydligare hos äldre måste vi vara medvetna om att de finns hos de flesta människor och att de i själva verket är den stora reservoar ur vilken sjukvårdsexpansionen kan hämta sin näring.

Huttrande rabblade de fram sina talesätt för att ha något att säga. På himlen stod stjärnan ingenting.

Harry Martinsson

Det stela fyrkantiga siffermaterialet i sjukvårdsplanerna döljer alla i sin exakthet alla dessa krafter. Sjukvårdsplanerna är till för patienter och inte för sjukdomarna hos människorna.

Den passivt väntande sjukvården kommer alltså i den alltid på något sätt permanenta bristsituationen att hämta sin kunder bland dem som är aktiva och kunniga, ringer flera gånger på telefon, tar sig till aktumottagningen, skriver till överläkare och påminner, ber om återbesök, får träffa kuratorn, röntgas för säkerhets skull, skickas till den specialistkonsult han önskar, får de prover tagna han egentligen vill ha, envisas med att få tag i en taxi, råkar känna någon läkare, är sjukvårdspersonal.

Hon bestod utifrån och innan av stängda dörrar och beundransvärda kassaskåp med något av jagets ärtä i ett och vart. Hon var ett sinnrikt men dock organiskt levande maskineri av förkonstling.

Harry Martinsson

De ovan nämnda exemplen visar vilka olikartade förhållanden som påverkar sjukvårdsutnyttjandet. Kunskapen om dessa faktorer finns på olika håll men har vunnit obetydligt gehör inom sjukvården och påfallande lite hos planerare och politiker.

Olikheterna i sjukvårdskonsumtionen framgår klart när man ställer utbredning och konsumtion bredvid varandra. För 1973 i Stockholm får vi för ledgångsreumatism, att konsumtionen av slutenvård (åldersjusterad) är 8 gånger större i den församling som har högsta konsumtionen jämfört med den som har den minsta. Från flera befolkningsundersökningar känner man till att den här sjukdomen är cirka 3 gånger vanligare hos kvinnor. I Stockholm 1973 var det dock en mycket svag korrelation mellan antalet män och antalet kvinnor intagna från samma församling. Inför sådana uppgifter måste man fråga sig vad detta kan bero på. Frågorna är stora, viktiga och allvarliga och gäller verkligen inte bara ledgångsreumatism.

Skulle sjukdomarna kunna vara utbredda på ett dramatiskt annorlunda sätt än vad vi tidigare trott? Så skulle kunna vara fallet eftersom de epidemiologiska undersökningarna inte är heltäckande. Det finns emellertid starka skäl som talar mot en sådan förklaring.

Är sjukvårdsstatistiken från slutenvård trots stora satsningar så felaktig att den ännu inte tål dagsljuset? Kompletterad är den förvisso inte, rapporteringen har sina brister men på det hela taget är den acceptabel. Inte heller den förklaringen vill vi acceptera som något huvudskäl till de ur konventionell synpunkt kantiga siffrorna.

Kan möjligen förbryllande siffror i sjukdomsstatistiken förklaras genom att de diagnostiska variablerna varierar? Även denna förklaring är som de tidigare tänkbara men skulle, om den var riktig, röja så stora kunskapsskillnader och skillnader i

synsätt mellan läkare att det vore uppseendeväckande, men är klart värd ett studium.

För konsumtionen i vissa mindre församlingar är detta fullt tänkbart men det gäller bara för en mindre och i det här sammanhanget nästan betydelselös del av det statistiska materialet. Vi är övertygade om att den samverkande effekten av geografiska, psykologiska och vårdorganisatoriska omständigheter tillsammans med de skillnader som sammanhänger med utbildning, ålder och kön är orsak till de ofta förbryllande siffrorna i vårdstatistiken. Hur de olika faktorerna samverkar just i storstaden Stockholm har man inte några exakta och samlade kunskaper om.

Och hon var inte ond. Hon skulle inte ha uthärdat att se människor gå under annat än på stora avstånd.

Harry Martinsson

Avstånd

Att närhet till sjukvård föder konsumtion är kanske i och för sig inte något sensationellt. Storstäder har högre konsumtion av sjukvård än mindre områden och landsbygd. Till viss del beror detta på den högre sjukligheten i storstäderna. Vi kan anta att den högre konsumtionen i storstäder beror på närhet till sjukvård och inte på sjukhuset som sådant. Att vi samtidigt har en del av den högre sjukligheten i storstäderna som inte leder till konsumtion måste hållas i minnet.

Sjukvård är uppbyggd kring livräddande funktioner: Dess funktioner är lättast att identifiera, lättare att motivera och lättast att försvara. Men räddad utbyggnad verkligen flera liv? Dödligheten i bröstcancer är sannolikt ungefär lika stor nu som under 30-talet. Hjärtinfarktavdelningens livräddande funktion finns troligen men har diskuterats. Närhet föder konsumtion. De församlingar som är närmast reumatologklinikerna vid Karolinska sjukhuset och S:t Eriks sjukhus har åtminstone 5 gånger fler intagningar än församlingar som ligger inom upptagningsområdet men som är längre bort belägna. Solna och Sundbyberg

nära Karolinska sjukhuset har ändå totalt sett en vårdkonsumtion för reumatoid artrit, som ligger under genomsnittet för landstinget. Skillnaderna i vårdkonsumtion är alltså mycket stora.

Geografiska skillnader är emellertid svåra men naturligtvis inte omöjliga att studera i Stockholmsområdet. I övriga Sverige finns det däremot några sådana områden som lämpar sig bättre Gävle—Sandviken, Östersund—Sveg och Falun—Borlänge är sådana konstellationer där centrallasarett finns i den ena staden medan sjukvårdssurserna är relativt små i den andra staden.

Ett område där skillnad i sjukvårdskonsumtion — slutenvård — har studerats med utgångspunkt från avstånd och stor skillnad i tillgång på vård är Falun—Borlänge. Två ungefär lika stora samhällen med lika åldersstruktur, där det ena — Falun — har ett stort sjukhus och det andra — Borlänge — endast har ett mindre långvårdssjukhus. På ett material från 1968 gick det att visa att Falun hade cirka 20 procent högre konsumtion och att skillnaden var minst för kirurgi och störst för invärtesmedicin. Sjukhuset drar till sig vård, både öppen och slutenvård. Det rör sig om en vårdmagnetism. Skillnaderna i vårdkonsumtion framkommer speciellt för bukobservationer och blindtarmsinflammation. Skillnaderna mellan Falun och Borlänge var obetydliga för blindtarmsinflammationen men stora för bukobservationerna. Sistnämnda "beteendediagnos" var 2,5 gånger vanligare bland Faluborna. Samma gällde hjärtinfarkt och angina pectoris (kärlekkramp). Har man nära till sjukhuset så söker man oftare för symtom. Dessa uppfattas med viss rätt som sjukdomsrisker och patienten har viss sannolikhet att läggas in. Läkaren betar sig som han är upplärd och patienten som han känner sig.

I England hade man till exempel 1972 stora skillnader i ortopedisk kirurgi mätt i konsumtion av specialistvård, vilket inte kan förklaras genom skillnader i sjukdomsförekomst mellan olika områden, i varje fall inte rimliga skillnader. I U-länder blir sådana skillnader i vårdkonsumtion uppenbara — kvalificerad sjukvård för få finns i storstaden medan landsbygdens många får dålig sjukvård och otillräcklig.

*Och nu förstod Martin hur det måste vara:
att inte ens hela världen visste om allting.
Men bitarna av den stora vida världen
visste var för sig lite grand och samsades —
under stor blodsutgjutelse — så gott sig
göra lät.*

Harry Martinsson

Åldern förklarar ju också på ett sätt — enkelt sätt — vårdkonsumtionen. På den punkten är sjukvårdsplanerna ofta klara: Befolkningsprognoser finns tillgängliga och ändå! Om vi ser på konsumtionen av slutenvård så ökar den visserligen med ålder men inte så starkt som sjukligheten. Vi vet också att sambanden mellan sjukvårdskonsumtion och dödlighet inte är speciellt stora. För öppen vård visar de uppgifter vi har från andra håll än Stockholm att antalet besök visserligen ökar något med stigande ålder men att däremot sambandet här är betydligt svagare än för den slutna vården. Detta måste hållas i minnet inför den framtida utbyggnaden vinklad mot den öppna vården.

*Varför skulle vi inte få vara rika vi också?
sade han utan att vända sig om. Han anda-
des på frosten tills det blev synplats för
båda ögonen.*

Harry Martinsson

Män och kvinnor. Ojämliga sjukvårdskonsumenter

*Du får inte brusa upp har doktorn sagt,
sade hustrun.*

Harry Martinsson

Männen har i alla åldersgrupper högre dödlighet än kvinnorna även om den i den högsta åldern utjämnas utan att på något sätt utplånas. Kvinnor har flera läkarbesök än män även om man bortser från gynekologiska besvär. Kvinnorna har flera fall i slutenvård och detta gäller även om förlossningarna räknas bort. I sjukdomspanoramat finner man att kvinnan har betydligt flera symtom än männen, och deras benägenhet att söka läkare och vård därför större. Större sjukdomskunskap

och vårdarroller, längre överlevnad är andra orsaker till kvinnodominansen på området. Trots allt borde denna övervikt i läkarbesök för kvinnor i jämförelse med män egentligen vara ännu större än den är. Om vi skall acceptera att man skall söka för symtom mer än sjukdomar då kommer sjukvårdsapparatus lugnande effekt att behövas — den är självexpanderande. Den nuvarande fördelningen är "orättvis" gentemot männen som ur "livssynpunkt" får för liten del av sjukvården, dvs om vi anser att man med sjukvård tidigare kan upptäcka och bota livsförkortande sjukdomar. Kvinnor utan yrkesarbete kan också friare disponera sin tid för att t ex gå till läkare. Männen har å andra sidan något bättre tillgång till företagshälsovård.

Utbildning

Den välutbildade söker mera sjukvård än den mindre utbildade men en förkrossande dokumentation visar att sjukdomar och symtom är klart vanligare bland lägre utbildade. Det finns mer än dubbelt så många blindtarmsopererade i socialgrupp I som i socialgrupp III. För bortopererade halsmandlar är dessa skillnader ännu större. Livmoderhalscancer är klart vanligare i lägre socialgrupp men i hälsokontroller tycks bortfallet vara större i just dessa lägre socialgrupper. De här resultaten är varken typiska för Stockholm eller för Sverige utan dyker upp mer eller mindre uttalade på olika håll i världen.

Graden av utbildning liksom socialgrupp är inga entydiga eller okontroversiella mått. Många har ivrat för att de skulle avskaffas. Från socialmedicinsk synpunkt är uppdelningen klart relevant, då man finner stora skillnader mellan grupperna — skillnader som man alltså får möjlighet att utjämna. Vårt nuvarande vårdssystem tillhör främst den unge, starke och välutbildade, men skall det vara så?

Utan att veta det hämnades de genom att hastigt vänja sig vid det nya och blevo slöa. Med en likgiltighet som inte var naturlig åsågo de sedan fortsättningen.

Harry Martinsson

Den ideala sjukvårdsplanen Brister i nuvarande planer

Martin Tomasson hade sin eftertankedag, men det var inget hjältemärke speciellt för honom. Någon annan dag kunde det vara någon annan av pojarna som hade den.

Harry Martinsson

Landstingen har ju gjort en massiv sjukvårdssatsning för utvecklingen fram till 1985. Planerna är, ur socialmedicinsk synvinkel, inte särskilt livskraftiga hybrider mellan försök till ananalys av sjukvårdens mål och medel och inte särskilt raffinerade framräkningar.

Man kan kan där inte hålla isär patienternas behov från befolkningens, inte skilja på vårdefterfrågan och behov, inte klara ut skillnad mellan behov och vårdkonsumtion. Vårt förslag till definitioner som bygger på resonemang och olika undersökningar blir följande:

Vårdbehov. En egenskap hos en person som förete defekt, sjukdom, symtom, syndrom eller process som på vetenskapens eller den beprövade erfarenhetens nuvarande ståndpunkt går att förebygga, bota, lindra eller uppskjuta.

Med vårdbehov förstås alltså här i förenklad mening sjukdomar etc i befolkningen där någon form av medicinsk åtgärd är rimlig. Med viss omformulering kan definitionen användas även för sociala och psykologiska behov.

Vårdefterfrågan. Vårdbehov som vårdorganisationen inregistrerar men som den inte omgående tillgodoser.

Här finner vi köerna men också den uppfattning av behov som grundas på efterfrågan överhuvud taget. Den sjuke som tar sig fram till vårdorganisationen representerar alltså vårdefterfrågan medan den med samma sjukdom som tyst stannar hemma representerar vårdbehov.

Vårdkonsumtion. Det bruk av vårdorganisationens resurser som görs av eller förmedlas till personer med vårdefterfrågan.

Måtten här är besök, kontakter, fall, patienter,

prover, undersökningar, personer intagningar etc.

Dessa tre definitioner kan användas förutom i traditionell sjukvård även för hälsokontroller. Hjälp för strukturering av sjukvårdsmål är ytterligare en användning.

En fara med nuvarande sjukvårdsplanering är kombinationen av bristande kunskap om sjukvårdskonsumtionens natur och vaga eller inte alls uttalade mål för sjukvården. Då man beskriver och utbygger sjukvård på basis av fall och inte individer får detta speciellt i ett bostadsområde en ödesdiger effekt. Målen för sjukvården beskrivs ofta i så allmänna termer att alla instämmer. Man gör resonemangen så allmänna att sjukvården blir något allmänt okontroversiellt gott.

Man förväxlar också teoretiskt god tillgänglighet med svåröverskådlig och svårforcerad praxis. De nuvarande sjukvårdsplanerna kommer att omedvetet dölja den stora ojämlikheten i sjukvårdens reella tillgänglighet. De presenterar en medeltalsjämlighet som förlamar en sund sjukvårdsdebatt. Specialisten kan ju i varje situation mobilisera fram vetenskapligt slagkraftig argumentering för att en utbyggnad av just hans specialitet skulle leda till framgångar i räddade liv, förhindrat lidande och ökad produktion. Avvägningarna mellan olika specialiteter kan endast delvis göras av läkare och kräver detaljerade mål för vården.

De varna för slöseri. Här kan finnas många grindar innan vi kan nå fram till hälsobrunnen. Tänk Dig för. Vinden blåser.

Harry Martinsson

De nuvarande sjukvårdsplanerna är hårt penningfixerade. Man tror att ökad "vårdproduktion" nödvändigtvis behöver betyda ökade kostnader. En sådan planering kommer att stärka de redan starka och försvaga de redan svaga. Alternativa vägar att nå samma mål tas alltför sällan upp framför allt just därför att man inte har specificerat målen bättre. En förbättring av öppen vård tror man skall medföra ett mindre tryck på slutna vård. Flera undersökningar om sjukdoms-panorama och vårdkonsumtion talar direkt eller

indirekt för att det inte är så. Resonemanget blir då detta. Sjukdoms- och symtomanoramat i befolkningen erbjuder ett överflöd av medicinskt oklara fall. En förstärkning av resurserna i den öppna vården innebär att antalet utredningar kommer att öka och därmed ökar kravet även på de delar därav som av tekniska och medicinska skäl sker på sjukhus — röntgen, komplicerade laboratorieutredningar etc. Fler intagningar kommer alltså att krävas.

I ett inledningsskede torde trycket bli klart större på den slutna vården och någon stor minskning kommer vad vi tror knappast att ske. Man kommer i stället att öka vårdens kvalitet. I den nyligen färdigbearbetade hälsokontrollen i Gävle fann man att den undersökta gruppen hade inte mindre än 6 gånger så många remisser till sjukvård som en kontrollgrupp. I Hälsokontrollen i Eskilstuna fann man att experimentgruppen klart hade större slutenvårdskonsumtion än en kontrollgrupp. Andra studier talar i samma riktning.

Detta resonemang gäller i högre grad för ett storstadsområde. För mindre städer kan en minskning tänkas. I en del av Reykjavik har en utbyggd öppenvård givit lägre sjukvårdskostnader totalt. Men i en måttligt stor stad som Reykjavik där det personliga kontaktnätet är rikt förfogar man samtidigt över effektiva medel att slussa befolkningen till öppenvårdens läkare.

Nuvarande läkarutbildning är upplagd på ett sådant sätt att teknisk utredning prioriteras. I samma riktning för också Medicinalväsendets ansvarsnämnd, i varje fall genom det sätt som den av läkaren uppfattas arbeta. Detta utreds dock nu.

Den som klagade kunde få till svar att maskiner snart kunde göra allt.

Harry Martinsson

Man tror att man med relativt enkla studier, typ "produktionskontroll", kan närma sig sjukvårdens kärna. Sådana studier är tvärtom teoretiskt och begreppsanalytiskt krävande, svåra att genomföra och resultaten inte alltid så klara som man hoppas. Produkter som sjukvården skall leverera är ju inte bara teknisk bot utan också lind-

ring och uppskjutande av sjukdom. Resultaten måste också relateras till en riskbefolkning. Urvalet av människor som kommer till de vårdformer man studerar måste man veta en hel del om. Detta har med skärpa framhållits i en lång serie arbeten av Alvan Feinstein från USA. Om 20 procent botas på en viss klinik mot bara 10 procent på en annan sammanhänger kanske detta med urvalet och hur många som behandlas på annat sätt i andra områden, diagnostiska normer kan vara olika etc.

Sjukvårdsplaner ser alltid så märkvärdigt oflexibla ut. Hela den stora flexibilitet, som finns inbyggd i sjukvårdsverksamheten, finns mycket lite av i planerna.

Så här borde det vara

Förståelig, aktuell i sina grunddata, förändringsbar är några av de kriterier som karaktäriserar den ideala sjukvårdsplanen. Alternativa arbetsformer måste ingå.

På nationell nivå måste vi komma till en betydligt bättre klarhet beträffande sjukvårdsmål än vi har för närvarande. Landstingens egna sjukvårdsplaner blir inte bättre än de ramar och grundföresättningar, som ges av Socialstyrelsen och andra. Eller kan de bli det? Ett så stort och komplicerat område som Stockholmsregionen behöver en rätt ingående analys och genomgång och precisering av sjukvårdens mål just för det speciella området. Sjukvårdens mål mår inte bra av att formuleras mot bakgrund av akuta konflikter i vårdapparaten.

Målen bör ju beskrivas inte bara i termer av sjukdom utan i termer av enskilda individer. Det är ju friska personer, eller i varje fall personer med en viss hälsovinst, som är slutmålet och inte bara en reducering av sjukdomen enbart.

Du skall tala sanning, men åt oss. Då är Du ärlig. Du skall alltid vara ärlig. Och så skall Du ha Din egen mening, dvs Du skall ha vår mening. Det är den enda meningen med det hela.

Harry Martinsson

Målen bör formuleras så tydligt som möjligt och brytas ned så långt att meningarna om dem kan skifta. En diskussion mellan politiker, allmänhet och tjänstemän blir då möjlig på ett konstruktivt sätt, då målen ger medlen.

Politikerna kan möjligen tveka i precisering, då politikernas åsiktsförändring enligt spelets regler måste gå relativt långsamt. Sjukvårdspolitiken är för politikerna ett bra fält just därför att förändringar går långsamt. Målen måste också relateras i tiden. När skall de vara uppfyllda? Målen skall då inte beskrivas i besök och platser utan i förändringar av sjukdomspanoramat, färre fall, minskad dödlighet, färre recidiv, bättre lindring av sjukdom och symtom.

Målen kan därför bäst beskrivas i de termer, som man finner inom epidemiologin, nya fall, gamla fall, incidens, prevalens etc.

Men allting går och den här båten får också sina frakter. Den gör skäl för sig.

Harry Martinsson

De mål som används skall vara ordentligt definierade så att diskussionen om förändringar — sjukvårdsmål som kommer och skall förändras — blir så klar som möjligt. Målen skall anges på olika befolkningsgrupper. Olika partier bör arbeta fram sina sjukvårdsmål. Stora, tunga sjukdomsgrupper kräver bättre preciserade mål. I en sådan precisering kommer man att märka skillnader mellan mål och medel. Beskrivningen av sjukhusplatser och läkarantal som mål måste bort och ersättas med en beskrivning av medel. En bättre målbeskrivning blir nämligen en beskrivning av effekter.

De tidigare sjukvårdsplanernas stora tilltro till sjukvårdens medel som goda och tillförlitliga kommer att bli annorlunda om man i stället flyttar över tyngdpunkten till fördelning av medel och mätning av effekter. Man kommer då att upptäcka målkonkurrensen bättre än man gör i det nuvarande systemet, där det blivit slagsmål om tjänster, sängar, laboratorier.

De komma till kyrkan ibland, men bara när någon av deras avlidna skall begravas. Ifall det är vanlig sängdöd eller död på lasarett, det är inte så många då heller. Men ifall det är olycksfallsdöd i fabriken; då komma de.

Harry Martinsson

Sjukvårdsplanernas blundande inför döden är förståeligt men inte ursäktligt. Det är beklagligt att den mesta sjukvårdsdebatten, både omkring döden och i övrigt, förs kring ofullständigt sakunderlag. Man dör aldrig i sjukvårdsplaner, man bara rehabiliteras, botas och livräddas. Vilken kvalitet under döendet bör erbjudas?

Medel

Sjukhusplatser och läkare, byggnader, personal, tekniska resurser skall naturligtvis beskrivas på ett riktigt sätt. Lekmannen, patienten, både den som är patient och den som skall bli, måste få bättre utbildning och upplysning om sjukdomar och sjukvårdens funktion. samarbete mellan sjukvård, skola och vuxenutbildning är här ett viktigt fält. Lekmannainflytandet i sjukvården måste förstärkas. Det för många slutna system som sjukvården utgör skulle motverkas av en större öppenhet. Vi tänker då inte i första hand på meddelanden som partsinlagor från politiskt ansvariga utan andra mera neutrala produkter. Här stöter man på svårigheter liksom i all kommunikation med allmänheten i ett komplicerat samhälle. Väsentligheter, nya planer, sjukdomsyttningar och sjukdomspanorama måste populariseras. Framgång och misslyckanden skulle säkert vara ett av många inslag i sjukvårdsupplysningen. Men vi måste få fram och vi behöver upplysta konsumenter.

Politikerna är i det här avseendet ännu så länge otillräckliga. Det måste underlättas för befolkningen att på ett enkelt och konstruktivt sätt framföra både individuell kritik och kritik mot systemet. Ansvarsnämnd, anmälning, insändare, arga brev är synnerligen ofullständiga och olämpliga medel i en förnuftig kommunikation med befolkningen i dessa frågor.

*Nu har jag åter hamnat i kroken
jag har skött mig som en riktig drul.
Fått en skamfläck i förhållningsboken.
Och får ingen permission till jul.*

Harry Martinsson

Man måste bygga ut de redan färdiga metoder som finns för att följa befolkningens hälsotillstånd — dödsorsaker, vårdkonsumtion i öppen vård och symtomförekomst samt sjukdomsförekomst. Datatekniken är därför, rätt utnyttjad, ett förträffligt och egentligen oöverträffat hjälpmedel både för enskilda och för grupper av befolkningen.

Datatekniken är nödvändig för att kunna se hur sjukvård fördelas och vilka effekter som uppnås. En försämrad datautbyggnad kommer att gynna de friska och missgynna de sjuka. Den kommer också att gynna de välutbildade och missgynna de lågutbildade. Det är ju användningen av data det handlar om.

Debatten just nu är nyttig som precisering och väckarklocka. Det är tyvärr en debatt som på sina håll består av lika delar Hitler och Orwells 1984. Inte försvinner sjukdomar och problem med utbredning i samhället bara för att vi inte registrerar dem. Vi får inte anamma gammaldags inställning, där vissa saker är skamliga och fula att veta om.

Visa fram verkliga händelser där just datorbaserat material har lett någon till direkt skada! Förakt för oro är inte vårt budskap men en mera balanserad debatt, där fördelarna inte kommer i skymundan. Datatekniken skulle hjälpa oss att verkligen tränga in i det virrvarr, som t. ex många köer innebär och som också är en del av fördelningsproblematiken. Ett väl utbyggt datasystem skulle till exempel kunna föra med sig att upptagningsområdesfilosofin skulle kunna uppmjukas betydligt och leda till en jämnare fördelning av resurser utan att man förlorar den centrala möjligheten att hänföra sjukdomsbilder till definierad riskpopulation.

Hela miljödebatten där man ständigt diskuterar sjukdomsrisker i miljöer, är ju helt omöjlig att få något grepp om utan befolkningsregister och datateknik inom sjukdomssfären.

Förebyggande vård

Bästa var att ställa fantasierna alldeles på noll och försöka somna ifrån dem.

Harry Martinsson

Preventionens plats i sjukvården måste definieras. Den vaga men bland allmänhet och politiker tämligen utbredda tilltron till alla typer av förebyggande åtgärder ropar på en bättre verklighetsförankring.

Sjukdoms- och preventionspanoramat är nu inne i en tid, där förändringar på kort tid kommer att vara obetydliga eller kanske rent av inga och även på 10—25 års sikt blir förändringarna rätt små. För att kunna följa små förändringar behöver vi mera exakta metoder om vi inte bara skall hamna i gissningar. En hel del, visserligen något komplicerade, beräkningar kan göras för att vi skall kunna uppskatta effekten av prevention.

Experiment i sjukvård

Hjärtrtransplantationer uppfattas troligen som bra men det är de ju enbart av två skäl: Att självmord och olycksfall bland yngre fortsätter att vara tillräckligt många för att ge material samt att läkare och vårdpersonal inte finner någon bättre lämpad teknik inom någon annan sjukvårdssektor.

Runt hörnet väntar experimentell sjukvårdsforskning. Vissa delar av befolkningen får en typ av vård. Inom en annan del av befolkningen ger man en annan vård. En förutsättning för sådana experiment är att behandlingsresultaten ligger nära varandra men att man är osäker om vad som

är det bästa resultatet. Man får då möjligheter att se samspelet mellan medicinsk metod och organisation, ett försummat område där man utgått från att problemet blivit löst i och med att den medicinska sidan är avklarad. De medicinska problemen är numera alltmera multifaktoriella.

SLUTORD

Inom sjukvårdsplaneringen förfogar samhället över många styrmedel. För andra delar av samhällsplaneringen som exempelvis regionalpolitik och riksplanering är styrmedlen betydligt färre. Debatten har varit livlig beträffande t ex regionplanen för Stockholm trots att garantier saknas för att skisserade planer omsätts i praktiken. För sjukvården har det varit tvärtom — debatt har till stor del saknats trots att landstinget som huvudman kan se till att skisserade planer verkligen omsätts i praktiken. Nu kan vi räkna med en omsvängning. Inför valet 1976 har i varje fall de olika partierna kommit med ansatser till sjukvårdspolitiska program.

I en sjukvårdsdebatt kommer säkert meningarna att skifta snabbt om vad som skall prioriteras. Huvudsaken är att debatten är igång och att sjukvårdsplanering blir en väsentlig del i samhällsdebatten.

För tillfället var Martin Tomasson endast på Väg Ut och betraktade allt han mötte som övergående fenomen.

Harry Martinsson