

Sjukvårdens målsättning, resursbehov och resurstilldelning

Politikerns, administratörens och vårdgivarens uppgifter och ansvar



Olof Holmstrand

Sjukvårdsområdet karakteriseras både av att målsättningen ofta är oklar och att uppgifterna om resursbehoven är mycket svårvärderade. I brist på ett tillfredsställande beslutsunderlag för resursprioriteringen ökas riskerna för att resurstilldelningen otillbörligt påverkas i olika riktningar genom ovederhäftig opinionsbildning och personliga hänsynstaganden, konstaterar i denna artikel Olof Holmstrand, sekreterare vid Göteborgs sjukvårdsstyrelse.

Frågan om sjukvårdens målsättning, resursbehov och resurstilldelning berör oss alla som samhällsmedborgare och skattebetalare, oavsett roll — vi må vara politiker, sjukvårdsadministratörer, vårdgivare eller helt vanliga medborgare, som kanske förr eller senare behöver utnyttja sjukvårdens resurser. Alla har vi intresse av denna fråga, även om motiven härför kan vara olika och skifta allt efter omständigheterna.

Sjukvårdens målsättning — i varje fall i princip — förutsättes vara utgångspunkt för inventering av vårdbehoven. Samtidigt måste den då också utgöra utgångspunkten för resursbehovsberäkningar och erforderliga överväganden om resurstilldelning och utformning av den vårdapparat, varmed behoven skall tillgodoses. Målsättningen kan uttryckas i olika termer, som exempelvis anger vilka behov som skall tillfredsställas, dvs man avgränsar personkrets och art av behov eller preciserar vårdresurserna beträffande mängd, sammansättning och kvalitet. Ytterligare ett exempel på formulering av målsättningen är denna, näm-

Inledningsanförande vid sammankomst med Göteborgs läkarsällskap, okt. 1968.

ligen: Att ge alla vårdbehövande bästa möjliga vård till lägsta möjliga kostnad.

Gällande lagstiftning ger sjukvårdshuvudmännen praktiskt taget fullständig rörelsefrihet, när det gäller att fastställa sjukvårdens målsättning och anpassa resursbehov och resurstilldelning efter denna. Ur huvudmännens, dvs ur politikernas synpunkt, är denna rörelsefrihet mer eller mindre ett "livselixir", ty den ger dem betydande möjligheter att i olika situationer agera och fatta beslut efter råd och lägenhet utan att de därför behöver komma i konflikt med den lagstadgade skyldigheten att ombesörja sjukvård. Detta förhållande kan givetvis skapa osäkerhet bland de vårdbehövande och också de i sjukvården yrkesverksamma, när det gäller sjukvårdens utveckling och styrningen av sjukvården. Utan en entydig, klart formulerad målsättning med åtföljande härtill avpassad resurstilldelning inom olika vårdgrenar är det — som en konsekvens av detta mitt resonemang — ej säkert, att i konkurrensen om vårdresurserna just de mest behövande specialiteterna får sina berättigade krav tillgodosedda.

Jag har nyss sagt, att sjukvårdens målsättning

förutsättes i princip vara utgångspunkt för inventering av vårdbehoven etc. Man kan naturligtvis också börja med att först utreda vårdbehov och med ledning härav beräkna resursbehov och kostnaderna härför. Sedan man på så sätt kommit fram till kostnaderna, så fastställer man målsättningen med hänsyn till de resurser man av olika skäl anser sig kunna eller böra tilldela sjukvårdssektorn. Oftast är det väl så, att den sistnämnda ordningen tillämpas, i den mån man nu överhuvudtaget fastställer någon målsättning alls annat än i så att säga underförstådd form, dvs i form av investerings- och driftsramar, inom vilka ramar resurserna förutsätts bli utnyttjade på bästa sätt. Det finns i dag ett klart uttalat behov av att konkretisera målsättningen och debatten om denna.

Sjukvårdens målsättning liksom resursbehoven och resurstilldelningen påverkas av en mångfald faktorer, som det ej är möjligt att behandla mera utförligt i ett kortfattat anförande. Jag får därför här nöja mig med att ge en exemplifiering.

Resursbehovens bakgrundsfaktorer

Vad först resursbehoven beträffar sammanhänger de främst med vårdefterfrågans och vårdbehovens omfattning och art och den kunskap man har härom. Här kommer sådana kända faktorer in i bilden som folkmängd, befolkningens ålderssammansättning och sociala struktur, morbiditet, levnadsstandard, bebyggelseförhållanden, kommunikationer, vårdavgifternas storlek och kostnaderna i övrigt för den vårdbehövande under sjukdomstiden etc. Stor betydelse för efterfrågan på vårdresurser — vi får komma ihåg att efterfrågan ej är möjlig att reglera — har också omgivningshygienens standard, effekten av hälsovårdssupplysning, allmänhetens kunskap om medicinens möjligheter att bota och lindra, människornas stigande krav på välbefinnande, läkarvetenskapens utveckling — denna både ökar och minskar efterfrågan på sjukvård, man kan säga, att vi i viss omfattning bytt dödlighet mot sjuklighet — vidare tekniska innovationer och personliga initiativ. I det sistnämnda exemplet kan det vara fråga om en läkare vid någon sjukhusklinik, som börjar utveckla en ny metod för behandling av en viss

sjukdom eller sjukdomsgrupp, som tidigare kanske kunnat behandlas endast delvis och som därför varit mindre resurskrävande. Läkaren har framgång i sitt arbete, fler och fler vårdbehövande får kännedom härom, en ny subspecialitet utvecklas och behov av ökade vårdresurser uppstår som en följd därav. Ur samhällsekonomisk synpunkt kan emellertid en sådan företeelse i och för sig vara lönande med hänsyn till de förbättrade behandlingsresultaten och de därmed åtföljande minskade eller helt eliminerade behoven av fortsatt hjälp från samhällets sida.

Resursbehoven påverkas också av hälso- och sjukvårdsorganisationens utformning, av hur arbetet inom vårdapparaten bedrivs och hur effektivt resurserna utnyttjas. Mot bakgrunden av principen om lägsta effektiva omhändertagandnivå håller sjukvårdsorganisationen nu på att omstruktureras, vilket kommer att medföra en förskjutning av tyngdpunkten i organisationen från sluten vård över halvöppna vårdformer till öppen vård. Syftet härmed är att totalt sett minska resursbehoven. I samma syfte ägnas ökad uppmärksamhet åt den förebyggande vården, som kommer att byggas ut successivt. Jag vill i detta sammanhang även erinra om den systematiska rationaliseringsverksamhet, som nu pågår inom sjukvården för att bl.a. få till stånd ett mer intensivt resursutnyttjande.

Samhället ställer år efter år allt större resurser till sjukvårdens förfogande. Vår kunskap om utbytet härav är dock tyvärr mycket ofullständig. I vilken utsträckning blir t.ex. behandlingsresultaten bestående? Kanske är det så, att de till avsevärd del äventyras eller rent av går förlorade i brist på fortsatta stödåtgärder från exempelvis socialvårdens sida. Åtskilligt tyder på att det i många fall föreligger ett stort behov av en samordning av olika sjuk- och socialvårdande åtgärder. Genom att anlägga en helhetssyn på den enskilda individens olika vårdbehov och anpassa behandlingsprogrammet därefter, skulle man sannolikt kunna minska både sjukvårdens och socialvårdens resursbehov. I en sådan samordning har icke minst socialmedicinen en stor uppgift att fylla.

Prioriteringen

Jag skall nu övergå till att något beröra resurstilldelningen, som helt naturligt i första hand påverkas av förhållandet mellan tillgång på och behov av resurser. Om det finns tillräckliga resurser i samhället för alla uppgifter och åtaganden, skulle sjukvårdens resursfrågor ej utgöra något problematiskt. Jag förutsätter då, att kraven på resurser är väl underbyggda och att målsättningen är utformad med utgångspunkt från en hög ambitionsnivå. Nu är emellertid samhällets personella och materiella resurser begränsade, varför sjukvårdens företrädare får tävla om resurser i konkurrens med andra verksamhetsområden. En prioritering blir då nödvändig. Att prioritera är en svår uppgift för politikerna, som härvid har att ta ställning till en rad olika faktorer och synpunkter och samtidigt också söka bedöma konsekvenserna för samhällsutvecklingen och i detta fall de vårdbehövande av det ena eller det andra prioriteringsalternativet. Vid prioriteringen spelar de samhällsekonomiska synpunkterna en icke oväsentlig roll och kan alltså lätt komma i konflikt med de humanitära aspekterna på sjukvården och annan vård.

Även vid en prioritering mellan olika vårdgrenar finns risker för att lönsamhetssynpunkter kan komma att i alltför hög grad inverka på besluten.

Prioriteringen — och därmed resurstilldelningen — skulle naturligtvis underlättas, om sjukvårdsadministratören, som har att sammanställa och bearbeta underlaget för framställningar om ökade resurser, och förtroendemännen, som beslutar, hade tillgång till entydiga bedömningar från läkarna-experterna beträffande utfallet av det ena eller andra prioriteringsalternativet. Så väl är det emellertid sällan. Detta medför obestriddligen ökad osäkerhet i beslutsfattandet och därmed också större risker för en felaktig resursfördelning mellan olika vårdgrenar. Denna bristande samstämmighet hos läkarexpertisen, som så ofta kommer i dagen, när det gäller att råda lekmännen i dessa frågor, kan i och för sig förklaras med att läkarna i sin egenskap av företrädare för skilda specialiteter och vårdgrenar är mer eller

mindre medvetet benägna — kanske i och för sig inte något egendomligt — att i första hand se till det egna verksamhetsområdets intressen.

I brist på ett tillfredsställande beslutsunderlag för resursprioriteringen ökas riskerna för att resurstilldelningen otillbörligt påverkas i olika riktningar av ovederhäftiga opinionsbildningar och personliga hänsynstaganden. Bakom dessa opinionsbildningar kan exempelvis stå intressesammanslutningar, vilkas medlemmar lider av en viss sjukdom eller tillhör en viss sjukdomsgrupp. Dessa föreningar uppträder ibland som s.k. political pressure-groups och kan därvid få ett icke obetydligt inflytande över utvecklingen. Vi har också sett många exempel på presskampanjer, initierade från olika håll, i syfte att verka för en ökad resurstilldelning åt en viss vårdgren utan något som helst hänsynstagande till följderna härav för andra vårdgrenar.

Schablonlösningar önsketänkande

Jag har tidigare talat om sjukvårdens målsättning. Även om denna från början ställs högt, kan omständigheterna, när t.ex. samhällsresurserna är begränsade, framtvinga en lägre målsättning. En fråga som då kan uppkomma är om man i en sådan situation bör inrikta sig på att ge så många vårdbehövande som möjligt hjälp, om än i många fall otillräcklig, eller i stället ägna sig åt ett mindre antal patienter och ge dessa verkligt fullödigt vård. Vid de överväganden och diskussioner, som förekommer härom, saknas förvisso ej kritiska röster, vilka ifrågasätter, om det verkligen kan vara riktigt att i en bristsituation tillåta utbyggnader av nya, särskilt resurskrävande specialiteter, för vård åt ett mindre men så att säga mer exklusivt klientel.

Vid överväganden om sjukvårdens målsättning och resurstilldelning får man akta sig att hemfalla åt önsketänkande och att ha alltför stor tillit till enkla men plausibla patentlösningar av problemen. Sådana lösningar kan ibland komma att dominera diskussionen. Ett exempel på en sådan schablon är: Bygger vi bara ut den öppna vården tillräckligt, ordnar sig nog allt annat till det bästa.

Omfördela våra tillgångar

Allt fler anser, att gränsen för ett effektivt skatteuttag kommer allt närmare och att vi snart måste lägga ett tak över de ökande sjukvårdskostnaderna. Inför detta perspektiv kanske en och annan bland oss börjar reflektera. Vad skall våra arbetstimmar, vår samhällseliga produktivitet, vår industriella kapacitet och tekniska skicklighet tjäna till — allt detta som vi kan mäta i pengar och som hälso- och sjukvården skall ha att träda tillbaka för. En ökning av levnadsstandarden med fler och bättre TV-apparater, fler och snabbare bilar, större och effektivare vapen, längre semestrar, fler utlandsresor till allt mer avlägsna länder,

större bostäder, fler kylskåp och frysboxar etc. Allt detta och annat sådant, som vi producerar i vårt aktiva liv, är inte självklara mål för vår strävan och ger i och för sig inte någon objektivt giltig mening åt vår tillvaro. Allt detta får sitt värde först genom att vi värderar det. Kommer vi in på sådana tankar, kanske de för oss vidare till en omvärdering av det materiella till förmån för det humanitära.

Går vi nu ett steg vidare, kanske det också resulterar i att vi blir mer positiva till en omfördelning av våra tillgångar, så att sjukvården får ett relativt sett ökat utrymme, även om detta samtidigt skulle leda till någon skattehöjning.

För rationellare kontorsrutin

- **Stenografering**
engelska, tyska, franska
- **Maskinskrivning, maskinräkning**
Renskrivning, adressskrivning, utskrifter efter Rex-Recorderskivor och bandspelare
- **Fakturerings**
utskrivning av tabeller och dylikt
- **Översättningar**
- **Bokföring**
manuell och maskinell

- **Kopiering**
Rank Xerox- och fotostatkopior
- **Duplicering**
stencil duplicering
- **IBM COMPOSER**
Framställning av reproduktionsfärdigt textmaterial

elitstenografens
skriv & bokföringsbyrå ab

Kungsgatan 55 t. h. 3 tr.
111 22 Stockholm
Växel. 21 67 01, 03, 10, 11