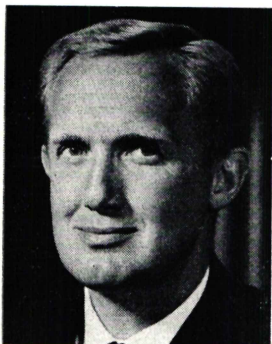


Sjukvårdens målsättning, resursbehov och resurstilldelning

Politikerns, administratörens och vårdgivarens uppgifter och ansvar



Svante Holmdahl

Med hänsyn till ekonomiska realiteter kan inte sjukvårdskostnaderna få öka i samma takt som hittills. Vi måste på ett helt nytt sätt inrikta oss på att förbilliga och förenkla. Kanske t.o.m. göra smärtsamma omprövningar av gällande principer.

Med. dr Svante Holmdahl är ledamot av Göteborgs sjukvårdsstyrelse.

Sjukvårdsorganisationen i Göteborg har alla brister till trots en så jämn och hög standard att den väl tål jämförelse med andra städer ute i världen. Den har kunnat byggas ut tack vare en utomordentligt gynnsam ekonomisk utveckling med en framgångsrik exportindustri. Förändringens vind sveper emellertid fram även över vår stad och när nu näringslivet möter hårdnande internationell konkurrens, så kommer sjukvårdssektorn, som expanderat ekonomiskt och personellt mer än någon annan under det sista årtiondet, att utsättas för ett begränsande tryck, som kommer, så vitt jag kan förstå, att bli större än tidigare under efterkrigstiden.

Jag tror att man bäst beskriver dagsläget genom att ur långtidsutredningens aktuella avstämmning citera följande. Det syftar på landet i sin helhet men har särskild aktualitet för Göteborg:

"Den starka ökningen av offentlig sektor har åtföljts av en snabbare höjning av skattekvoten och en fortsatt utbyggnad av denna sektor kom-

mer att ställa stora krav på den ekonomiska politiken. Finansieringsproblemen inom näringslivet har inte heller fått någon minskad aktualitet. De kan väntas komma alltmer i centrum för intresset genom den avgörande betydelse som investeringsutvecklingen har för den fortsatta tillväxttakten i ekonomin. Av vital betydelse blir därvid bedömningen av i vilken utsträckning investeringsincitamenten sammanhänger med möjligheterna till egenfinansiering.

I ett framtidsperspektiv framstår *den ökade internationella samhörigheten och beroendet* som ett av de viktigaste inslagen i vårt samhälles utveckling. — — —"

Efter socialdemokraternas valframgång och med hänsyn till den betydelse arbetsmarknadsproblematiken hade i deras argumentering så kan man på goda grunder slå fast, att det citerade fått ökad tyngd efter den 15 sept. Det innebär för stadens del att vi under de närmaste åren tvingas finansiera sjukvårdens nettoinvesteringar till mer än 80 % med kommunala skattemedel. När centralkomplexet byggdes var motsvarande siffra under de 20.

Våra aktuella investeringsuppgifter består som

Inledningsanförande vid sammankomst med Göteborgs läkarsällskap, okt. 1968.

bekant av utbyggnad av SS och fullföljande av Östra sjukhuset, upprustning av Vasa sjukhus och Lillhagens, minst en ny sjukvårdscentral och en lång rad mindre men nog så kostsamma projekt. De båda första projekten skulle om de genomfördes kontinuerligt under de kommande åren sluka alla investeringsmedel under 6 à 8 år. Då detta av praktiska skäl inte låter sig göra så måste vi förlänga byggnadstiden. Detta innebär ett allvarligt memento för den medicinska expertis, som engageras i nybyggnader. Möjligheten att inom rimlig tid genomföra dessa båda projekt blir helt beroende av läkarnas förmåga att förenkla och förbilliga.

Ekonomisk realpolitik

Gyllensten skrev för en tid sedan några ord om humanitet kontra ekonomiskt tänkande i sjukvården. Han ställde dessa båda begrepp i ett kontroversiellt motsatsförhållande och ansåg det ovärdigt en hederlig människa att ens darra på målet, när det gällde att skaffa fram resurser för att hjälpa sjuka och handikappade. I sjukvårdsstyrelsen nödgas vi tyvärr visa betydligt kraftigare sinnesyttringar. Hur gärna vi än skulle vilja det så kommer vi inte förbi deras ställningstagande, som har ansvar för landets och kommunens ekonomi. Deras trånga ramar utgör en pinsam realitet, som hjärt kontrasterar mot Lars Gyllenstens romantiserande. Humanitet och ekonomisk realpolitik är och förblir förenade som siamesiska tvillingar och man har svårt att föreställa sig att ens morgondagens supermedicin skall kunna skilja dem åt.

Vad beträffar driftskostnaderna så uppvisar de i Göteborg sedan omkr. 10 år en sådan dynamisk tillväxttakt, att skatteuttaget för enbart sjukvården under 70-talet måste höjas från nuvarande 6 till någonting mellan 12 och 18 kronor per skatte-krona. Detta under förutsättning att man inte kan bryta den nuvarande trenden eller arbeta fram finansieringsmetoder, som på ett revolutionerande sätt ökar resurserna. Med nuvarande skatteförhållanden skulle denna ökning medföra att kostnaderna för sjukvård per produktiv invånare skulle ökas från nuvarande omkr. 850 kr per år

till något mellan 2 och 3.000 kr. Då ökningen av skattetekniska skäl slår hårdare på de ekonomiskt svagare än på de andra så betvivlar jag att det är politiskt möjligt att genomföra en sådan stegring av kostnaderna.

Det blir mot denna ekonomiska bakgrund, som planeringen för framtiden skall ske. Varje försök att bortse från dessa ekonomiska realiteter bedöms av de för ekonomin ansvariga som meningslöst illusionsmakeri. Självfallet kan var och en med rätta hävda att våra möjligheter är ytterligt begränsade, när det gäller att förutsäga villkoren i morgondagens samhälle. Förhållandena är säkerligen annorlunda men hur vet ingen. Och de för ekonomin ansvariga får därför planera som om trenderna fortsatte, men de planerar inte mer än för högst två år framåt.

Resursbehovet för sjukvården i morgondagens Göteborg är redovisat i de sjukvårdsplaner som kansliet sammanställt i samarbete med överläkare och deras medarbetare. Önskemålen om utökning och förbättring är många och alla är de försedda med kommentaren "ett absolut minimum". Då vi i sjukvårdsstyrelsen omöjligen kan tillgodose alla önskemålen inom de ramar som erbjuds, så kan vi inte fästa något avseende vid kommentarerna. Detta smärtar oss självfallet och vi får i våra dystra stunder söka tröst i sådana fakta som att vi intar en mycket framskjuten ställning, när det gäller investeringar eller driftsanslag för sjukvård per capita räknat, eller i det förhållandet att vi har större utgifter för vår sjukvård än vad genomsnittsmänniskan har att leva av totalt nere i myllret kring ekvatorn.

Inför dessa svårigheter att få resurserna att räcka till för alla som behöver hjälp går tankarna från och till över till problem som i vad mån vården av iatrogena skador begränsar våra möjligheter att bringa hjälp till dem som skulle kunnat räddas till hälsa genom forskningens landvinningar. Hur stor energiförlusten genom Parkinson-effekterna är vet ingen men med hänsyn till sjukvårdsorganisationens omfattning och säregna ansvarsfördelning bör den vara betydande. För att söka uppnå en reduktion av de iatrogena skadorna borde en större del av forskningen in-

riktas på detta område. Och vad de olägenheter som vidlåder organisationen som helhet beträffar så vilar det ett stort ansvar på alla i arbetsledande ställning att integrera och förenkla verksamheten. Inte minst läkarna bör betänka att när vi nu tagit steget in i det nästan totala för att inte säga totalitära kollektivet — läkarförbundet tycks ha slagit in på denna linje också — så vilar det ett synnerligen stort ansvar på mina kollegor. Språkförbistringen tycks gripa omkring sig och jag ser i detta ett illavarslande tecken.

Massmedias roll

Massmediernas roll i spelet syns mig alltför disparat. Tidningarna t.ex. vill så väl men tycks inte vara medvetna om den destruktiva inverkan på det goda som deras hysteriska strävan mot det bästa innebär. Läkarförbundet har på sistone börjat ägna sitt intresse åt det kinkiga problemet: massmedia — kollektiv sjukvård i en fri demokrati. För alla som arbetar i praktisk sjukvård måste det stå klart att informationsflödet har en förvirrande inverkan på människornas sinnen och handlanden och utgör ett hot mot sjukvården som helhet. Eftersom det måste vara den enskilde läkarens primära uppgift att gagna sjukvården i sin helhet så bör han också vara försiktig i umgänget med massmedia.

Liksom vi måste solidarisera oss med den kollektiva sjukvårdsorganisationen så måste vi också göra det med tanken, att först av allt måste vi se till att vårt samhälle överlever. Det kan tyckas vara en onödig truism, men när man diskuterar samhälle och sjukvård med kollegorna så får man den uppfattningen att de alltför ofta tror att de sjuka skulle bli bättre av att samhället blir sjukt. Gunnar Sträng har så ett minst lika stort ansvar för vården av de sjuka som alla vi, som kommer i direkt kontakt med vårduppgifterna.

Prioriteringen

Målsättningen för den fortsatta utvecklingen av sjukvården i denna del av vårt land överensstämmer helt med det principprogram som socialstyrelsen nyligen redovisat i sin utredning om den

öppna vården i landet. Inom parentes sagt har dessa principer varit vägledande för den nuvarande ordföranden i sjukvårdsstyrelsen i snart tio år. Först av alla principer kommer självfallet den humanitära, grunden för vårt samhälle. Det medför att man måste låta kvantitativa hänsynstaganden komma före kvalitativa, att man över hela fältet måste söka sänka standarden till en lägre men om möjligt adekvat nivå. Vidare måste vi söka integrera arbetet olika sektioner emellan och inte minst mellan den sociala sektorn och den sjukvårdande, detta för att eliminera olägenheterna med nuvarande sektionsuppdelning och i hopp att kunna få ut större effekt inom nuvarande ramar. Inom innovationen måste förebyggande åtgärder komma före terapeutiska och yngre gå före äldre.

Läkarnas ansvar

I sjukvårdsstyrelsen är vi alltför medvetna om, att vi inte kan programmera arbetet inom resp. discipliner. Det förblir läkarnas tunga plikt, att inom för trånga ramar få plats med en aldrig sinande ström arbetsuppgifter och självfallet kommer Ni alltför ofta i konflikt med principen, att inte arbeta under villkor, som begränsar möjligheterna att hjälpa sjuka med allt vad dagens läkekonst kan erbjuda. Tyvärr kryper alltför många undan denna smärtsamma konfrontation genom att skicka över patienten till någon annan. Man får så ett remitterande som redan nu har nått en sådan omfattning att det verkar negativt inte bara på systemet utan även för de stackars sjuka.

Det har under de gångna åren utförts ett enormt och synnerligen gagnarikt arbete på våra sjukhus att med medicinska medel rationalisera arbetet. Diagnostik och terapi har förfinats och effektiviserats och i sjukvårdsstyrelsen tillhör vi självfallet dem, som mer än andra hoppas på att detta arbete skall fortsätta.

Många frågor rörande dagens sjukvård är tabubelagda. Man kan inte diskutera om det är rimligt eller ej att driva perfektionismen intill det absoluta av det möjliga i diagnostik och terapi. — De sista procenten måste vara mycket dyrbara

och ur helhetens synpunkt inhumana. Ej heller kan man diskutera, hur långt man bör driva för-
enklingen av sjukvården i fall, som med intill
säkerhet gränsande sannolikhet är tillspillogivna
under alla omständigheter. Med nuvarande möj-
ligheter att uppehålla livet i desolata tillstånd
konsumerar dessa patienter inte blott en orimligt
stor del av våra resurser, utan reducerar sanno-
likt dessa genom att stöta bort kvalificerad sjuk-
vårdspersonal från sjukhusarbetet. Många tycks
uppfatta denna form av läkekonst som en från-
stötande förhåvelsekonst.

Inte desto mindre kommer det att vara över
sådana omprövningar som ledningen för våra kli-
niker skall kunna bereda utrymme för den för-
nyelse, som är och förblir en av deras främsta
uppgifter. I detta arbete, som mer och mer drivs
som teamwork över skrankorna disciplinerna mel-
lan, uppnår man som jag hoppas en avveckling
av den artificiella uppdelningen av vår sjukvårds-
organisation i sektioner.

SEXUALKUNSKAP

för psykologer, skolkuratorer, socialarbetare, präster,
församlingssekreterare och ungdomsledare. **Kursle-
dare:** Familjerådgivare, fil kand Birgitta Linnér. **Dag
och tid:** 8 torsdagar kl. 18.30—20.00 med början tors-
dagen den 6 februari. **Lokal:** Ostermalm, Stockholm
(meddelas vid anmälan). **Avgift:** Seriekort (endast) 70
kronor.

Avgiften inbetalas före kursens början till Kursverk-
samhetens postgirokonton 5 68 08. (Ange på talongen
kursens namn.)

Program

6 februari: Fil kand Birgitta Linnér: **Familje- och äk-
tenskapsrådgivning.** Fil lic Maj-Briht Bergström-Walan:
Sexuallivets psykologi och sexuella störningar.

20 februari: Laborator Elisabeth Johansson och Docent
Jan Asplund: **Konception.**

27 februari. Pastor Ludvig Jönsson: **Sexuallivets etik.**

6 mars: Socionom Gerhard Bunerfeldt: **Adoption.** Do-
cent Rune Eliasson: **Sterilitet.**

13 mars: Överläkare Yngve Holmstedt: **Perversioner.**

20 mars: Professor Heinz Grassel: **Ungdomens sexuella
fostran.**

27 mars: Fil kand Tommy Hedlund: **Pornografi och
runda ord.** Professor Hans Thornstedt: **Sexualbrott.**

10 april: Docent Anna-Maja Nylén: **Könsdifferentieringen
och klädedräkten.** Sammanfattande paneldiskussion.

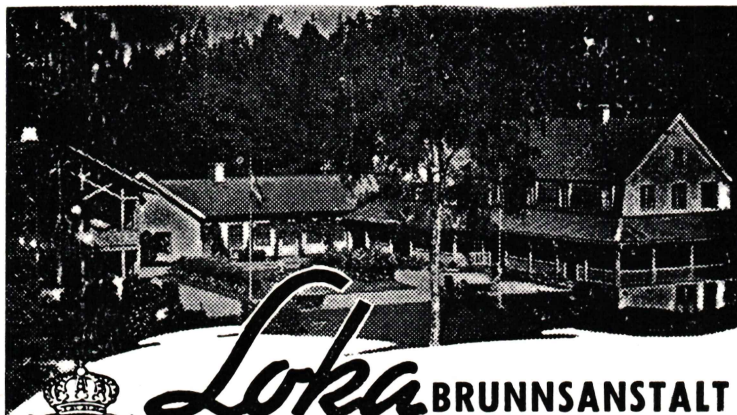
KURSVERKSAMHETEN

vid Stockholms Universitet

Grevturegatan 9, 3 tr

Box 5507 114 85 STOCKHOLM

Tel. 08/23 64 50, ankn. 17 eller 21



-för rehabilitering och konvalescens

Reumatiska, neurologiska och kärlsjukdomar.
Moderna behandlingsmetoder. Skyddat läge i
Västmanland. Säsong 1.6—24.8. Trivsamma rum. Restaurang i
egen regi. Moderata priser. Överläkare: Doktor Herman Lind-
berg, Stockholm. Begär prospekt från Kamrerarekontoret. Post-
adress: Grythyttan. Tel. 0591/144 90, 0591/300 80.

KUNGL. GYTTEBAD- OCH BRUNNSANSTALTEN LOKA