

För många läkare vid lasaretten?

Till dagens svårigheter i den svenska sjukvården hör, att läkarkrafterna är ganska ojämnt fördelade mellan olika sjukvårdstyper. Framför allt är läkarbristen kännbar inom psykiatrien och i provinsialläkareinstitutionen. Också försvarets sjukvård är underbemannad. På rättsmedicinens område, liksom inom rättspsykiatrien, kan man med rätt tala om kris.

Det ligger nära till hands, att med olika regleringsåtgärder söka åstadkomma ett jämnare utflöde av den arbetskraft, som varje år i form av nyexaminerade läkare strömmar ut från våra utbildningsanstalter. Det har också från Medicinalstyrelsens sida framförts, att man kommer att vara ytterligt restriktiv vid beviljandet av nya tjänster. Man kan emellertid på goda grunder betvivla, att sådana regleringsåtgärder är riktiga i dagens situation.

De unga läkarna är inte väsentligt annorlunda beskaffade än annan ung arbetskraft. Den går dit, där de bästa arbetsmöjligheterna lockar. Våra sjukhus utövar en mycket stor dragningskraft på unga

läkare. De får här möjlighet till den vidareutbildning, som allmänt anses nödvändig. Ingen betraktar det väl som något önskemål, att läkaren enbart med sin examen skall börja självständig medicinsk verksamhet. Han eller hon behöver ytterligare förkovra sig och våra sjukhus med deras rikt differentierade arbete erbjuder särskilt goda möjligheter. Den unge läkaren behöver inte känna sig ensam. Han har alltid äldre och mera erfarna kolleger att fråga. Han är omgiven av ett uppbåd av ypperliga tekniska resurser. Då de ekonomiska villkoren därjämte är goda — en följd bland annat av framgångsrik facklig politik — blir det än mer tilltalande att söka sig in på något sjukhus.

Om sjukhusen sålunda onekligen utövar en stor dragningskraft på nyexaminerade läkare ligger det nära till hands, att genom restriktivitet vid beviljandet av nya tjänster söka göra portarna trängre till dessa eftertraktade arbetsplatser och på detta sätt söka förmå de unga läkarna att välja andra banor, men det kan allvarligt diskuteras, om metoden är riktig.

Arbetskraften går dit, där de bästa möjligheterna lockar. Detta behöver inte vara liktydigt med den bästa betalningen, det gäller arbetsvillkoren i stort, trivseln, framtidsmöjligheterna. Den riktiga principen bör väl vara att söka göra andra viktiga bannor lika attraktiva. Det är här arbetet skall sättas in, inte med restriktioner för tillträdet till vissa områden. Hur lockande det än kan te sig för en bekymrad målsman för mentalsjukvården, att med hjälp av statliga restriktioner få tillgång till en arbetskraft, som i brist på annat söker sig till psykiatrien, måste metoden i det långa loppet vara mycket tvivelaktig. Sak samma gäller militärsjukvård, provinsialläkareväsande och annat.

En restriktivitet i beviljandet av nya tjänster inom lasarettssjukvården får även andra konsekvenser, som förslagsställarna kanske inte gjort klart för sig. Det kommer att medföra en obenägenhet hos vederbörande huvudmän att förbättra villkoren inom bristområdena, om man får ett tillflöde av arbetskraft, som söker sig till dessa bristområden därför att den inte kunnat erhålla önskad placering på annat håll. Man kommer här att möta något av samma fenomen, som betraktas som så allvarligt i immigrationsländer. Låglöneområdena förblir låglöneområden därför att det ständigt finns tillgång till arbetskraft, som är villig att arbeta på de klena villkoren.

Ännu en synpunkt bör beaktas. En välbemannad sjukhusläkarstab är ofta en mycket stor tillgång för de på fältet arbetande läkarna. De läkare, som arbetar på landsortens stora sjukhus, t.ex. i provinshuvudstäderna, känner mycket väl till, att de

på fältet arbetande läkarna mycket gärna begagnar möjligheten att på sjukhuset avlasta de bekymmersamma akuta fallen, varigenom läkarna får bättre arbetsvillkor, större möjlighet att komma ifrån överveckslut, mera ostörd vila. Om man stryper sjukhusens utveckling kommer deras service på sådana områden, d.v.s. den kollegiala hjälpen till de på fältet verksamma läkarna, med nödvändighet att bli mindre effektiv.

Restriktioner leder ofta inte till önskat resultat. Ett centralt statligt organ som exempelvis Medicinalstyrelsen har ju åtminstone för närvarande mycket begränsade möjligheter att utöva restriktioner. Endast om det centrala organet beklädes med mycket stor maktfullkomlighet och helt kunde avgöra, var läkarna skall placeras, kunde man tänka sig en tillräcklig försörjning av bristområdena. Men i nuvarande läge kan man väl exempelvis inte hindra, att utbildade läkare söker sig till de för närvarande mycket lockande industriläkartjänsterna. Fråga är väl om icke industriläkartjänsterna för vår tids läkare kommit att vara samma lockande mål som provinsialläkartjänsterna på sin tid var. Det vore inte lyckligt med en allmän tvångsreglering av vår medicinska arbetskraft. En jämnare fördelning och ett tillgodoseende av bristområdena måste åstadkommas genom ett energiskt arbete att förbättra arbetsvillkoren inom de områden, som nu lider av brist. Det kan än en gång framhållas, att det här säkerligen inte endast är frågan om kalla pengar. Det gäller också utbildningsmöjligheter, forskningsmöjligheter, beföringsmöjligheter.