

Risk för dyrbar felplanering inom sjuk- och hälsovården

Det officiella utredningsväsendet har väl aldrig varit i livligare verksamhet ifråga om hälso- och sjukvård och angränsande samhällsområden än under det sista årtiondet. Emellanåt har en utredning knappt hunnit bli färdig innan den passerats av en ny. Dubbelarbete och upprepningar hör till vanligheten. Behovet av samordning och litet sans gör sig alltmer gällande. Genom några av de utredningar som senast blivit färdiga såsom regionsplansutredningen ifråga om den specialiserade sjukvården och utredningarna rörande läkarbehovet och läkarutbildningen, som färdigställdes i stor hast, har åtskilliga väsentliga data och förslag av t. ex. Statens sjukhusutredning och Arbetskraftsutredningen passerats som föråldrade. I vissa avseenden har även Åldringsvårdsutredningen själv som blev färdig 1956 och visat god vitalitet under ett par år redan börjat visa allvarliga ålderstecken. Ö. H. S.-utredningens stora förslag om reform av provinsialläkarväsendet ser inte ut att stå sig inför verkligheten. Hela komplexet av problemställningar inom den stora del av samhällsvården som de många utredningarna har täckt skulle vara i behov av socialpsy-

kologisk analys. Många lärdomar och nyttiga slutsatser kunde inhämtas, om hänsyn togs till alla de element som fört fram till dagens situation. Utan tvivel är dessa främst av politisk och ekonomisk natur och sammanhänger med den standardförbättring som förunnats sjuka och hjälpbehövande inom socialvårdsfältet. Genomförandet av den obligatoriska sjukförsäkringen, förbättringen av ålderspensionen och tillkomsten av ATP-systemet bildar några väsentliga utgångspunkter. Å ena sidan hävdas att den förbättrade ekonomiska standarden för tidigare missgynnade samhällsklasser utlöser en ökad konsumtion av service inom det berörda området, å andra sidan har erfarenheten visat att den förbättrade ekonomiska standarden torde vara en av de avgörande orsakerna till att några av de svåraste samhällssjukdomarna kunnat nedkämpas. Det ligger en motsägelse i att dels hävda detta samband och dels påstå att en förbättrad socialekonomisk standard måste skärpa det objektiva sjukvårdsbehovet.

Den livaktiga samhällsplaneringen inom hälso- och sjukvårdsområdet måste noteras som en stor

tillgång också för dem som yrkesmässigt är satta att förvalta tjänster och tillhandahålla service åt de hjälpbehövande. Det kan dock finnas allvarlig fara för att det positiva samhällsintresset och den ökade investeringsviljan till en del kan förbrukas på projekt, som inte täckes av långsiktiga behov. Vi har tidigare berört detta ifråga om den öppna sjukvården. Inom den slutna vården finns det i regel goda möjligheter att särskilja de vårdkategorier som behöver tillgodoses men också ett brett fält där dubbelorganisation och overlapping kan resultera i ett "Parkinson-system" av betydande mått. Det är känt att på grund av en differentierad utbyggnad av medicin och socialvård i stora städer klientelet remitteras mellan byråer och mottagningar snart sagt till sitt eget fördärv och till förfång för en sund hantering. Någoting i samma väg hotar inom ett stort område av medicinen, nämligen kroniker eller långtidsvården. En överskådlig redogörelse för förhållandena inom detta vårdområde kan inhämtas i läkarprognosutredningen. Utredningen tänker sig en utbyggnad av lasarettsväsendet med ytterligare nära 1.700 läkare, verksamma där år 1970. Samtidigt förutses en expansion av den slutna långtidsvården så att det behövliga antalet heltidsanställda läkare inom densamma skulle uppgå till 360. Därtill kräves för ett antal vårdplatser inom reumatologien ytterligare 80 läkare, inom rehabiliteringsavdelningarna vid centrallasaretten ett 70-tal etc. Antalet vårdplatser inom kronikervården, som i Statens sjukhusutredning i slutet av 1940-talet föreslogs utbyggda till 20.000, har av prognosutredningen beräknats till 40.000! Riksdagsrevisorerna föreslog på sin tid att pensionsstyrelsens sjukvårdsverksamhet skulle överföras till ordinarie sjukvårdshuvudmän. En stor del av pensionsstyrelsens klientel har varit reumatiskt sjuka. De reumatiska sjukdomarna är samtidigt typiska

långtidssjukdomar, kan kräva en periodisk tillsyn med hjälp av de resurser som finns vid lasarett och blivande regionssjukhus, men huvudparten av de sjuka torde komma att vårdas på de långtidsplatser som redan existerar eller som planeras. Det är emellertid nödvändigt att tillvarata de s. k. långtidssjukas resterande arbetsförmåga och i en utbyggd rehabiliteringsverksamhet befordra densamma. En stor del av dessa fall kommer därför att vara omhändertagna vid rehabiliteringsinstitutionerna! Även yrkesmedicinska kliniker finns redan eller tänkes tillkomma i regionsjukvården. Till dessa sprides en del av just samma klientel. Dessa påpekanden torde tillräckligt motivera en närmare analys av såväl plats- som personalbehovet inom medicinska vårdområden som har så nära samhörighet. Ett närmare studium av dessa förhållanden torde kunna föra till ett klarläggande utan större tidsåtgång. Som komplettering av material som redan nu kan sammanställas för detta ändamål borde även en närmare analys av sjukhusens väntelistor genomföras. En stor del av kronikerfallen i landet utgör inga populära vårdobjekt på sjukhusens specialavdelningar. De enstaka fall som återfinnes där men som enligt vissa utredningar inom Stockholms län dock uppgår till ett väsentligt antal, torde i övrigt återfinnas på väntelistor eller på sekundäranstalter. En närmare registrering av detta klientel har ej gjorts under senare årtionden. Både den medicinska och sociala utvecklingen har avlägsnat sig långt från de förhållanden som rådde, då de "partiellt arbetsförs" problem penetrerades. Samhällets kostnader är redan så stora att lyxen av överorganisation och felinvesteringar inom de mest kostnadskrävande sektorerna av sjuk- och hälsovården måste undvikas, för att icke andra angelägna behov skall riskera att bli ställda åt sidan.