

Det framtida läkarbehovet

Läkarprognosutredningens betänkande om läkarbehovet och läkartillgången, som i korthet refererades i januarinumret av Socialmedicinsk tidskrift, har nu varit föremål för remissyttrandet från en rad instanser.

Sveriges läkarförbund framhåller det ytterst väsentliga i att en långsiktig arbetskraftsbalans inom sjukvårdssektorn åstadkommes. Hållbara prognoser har tidigare helt saknats och utredningens förslag om en kontinuerlig rullande prognos under framtiden tillstyrkes. Den aktuella prognosen bygger emellertid på en rad osäkra extrapolationer utgående från att den takt i sjukvårdens utbyggande som just nu råder kommer att fortsätta oförändrad. Hänsyn har icke tagits till om sjukvårdsbehovet inom vissa områden kommer att bli mättat under den tid prognosen avser och inte heller om de ekonomiska förutsättningarna för en lika snabb utbyggnad i fortsättningen existerar. Statsmakterna måste ta ställning till det redovisade programmet och de förväntade kostnadsökningarna. Utbyggnadstakten kommer i mindre grad att påverkas av förhållanden inom sjukvården själv än av den allmänna ekonomiska och politiska utvecklingen. Som långsiktiga expansionsprogram synas beräkningarna för de olika delområdena i stor utsträckning kunna godtagas.

Utredningen synes i viss utsträckning ha gjort dubbelräkningar av sjukvårdsbehovet. Sålunda torde den planerade utbyggnaden av den öppna vården medföra en minskad efterfrågan på öppen vård vid sjukhusen. Likaså torde en stor del av den öppna mentalsjukvården böra tillgodoses genom psykiatriskt skolade allmänläkare. Utbyggnaden av långtidsvården kommer att influera behovet av olika former av slutna akutsjukvård och slutligen kan hälsovården komma att påverka sjukvårdsbehovet. Bristen på sjuksköterskor som accentuerats genom arbetstidsförkortningen kan förväntas under hela 60-talet sätta bestämda gränser för den slutna vårdens utbyggnad. Relativt obetydliga eftersläpningar i tiden ger kraftigt reducerat behov av nya tjänster. Prognosen räknar i genomsnitt med över 500 nya tjänster per år. En förskjutning av utbyggnaden på två år reducerar alltså behovet med cirka 1.000 läkare. Om programmet skulle förverkligas 1975 i stället för 1970 kan läkartillgången förväntas komma att täcka behovet. Möjlighet torde också finnas att genom att avlägsna flaskhalsar möj-

liggöra ett ökat utnyttjande av sjukhusens alla avdelningar. Härvid bör speciell uppmärksamhet ägnas åt sjukhusens interna kommunikationsproblem. Rationalisering av formulär och blanketter och ett ökat utnyttjande av hjälpkrafter inte minst inom laboratorier och serviceavdelningar kan förbättra utnyttjandet av läkarnas arbetskraft.

En utbildning av svenska medicinare vid utländska lärosäten förutsätter att medicinska högskolor som erbjuder en med de svenska jämförbar utbildning står till förfogande. De erfarenheter av en sådan anordning som kunnat samlas i Norge torde knappast tala till förmån för projektet.

Läkarförbundet hemställer att energiska åtgärder vidtas för att öka tillgången av kvalificerade hjälpkrafter, att de av förbundet framförda synpunkterna angående olika vägar att mycket snart reducera läkarbristen upptages till behandling, att i betänkandet föreslagna utredningar verkställs samt att ett beslut om mera långsiktiga åtgärder icke grundar sig på kommitténs trendberäkningar utan sker med hänsynstagande till av förbundet framförda synpunkter.

Läkarutbildningssakkunnigas förslag behandlas i ett remissvar av *Sveriges läkarförbund*, som framhåller att det vore synnerligen oekonomiskt att söka bemanna den alltmer komplicerade sjukvårdsapparaten med otillräckligt kvalificerad arbetskraft. En mindre fulländad diagnostik och mindre effektiv behandling leder till krav på flera vårdplatser och drar väldiga kostnader för den enskilde och samhället. Vid vilken nivå läkarantalet i landet än kommer att ligga måste garantier skapas för att läkarnas utbildningsnivå ligger på toppen av dagens medicinska vetande. De snabbaste resultaten kan förväntas genom en ökning av utbildningskapaciteten vid befintliga högskolor. Dessutom är utbyggandet av den medicinska högskolan i Umeå till att omfatta även teoretisk utbildning önskvärd, då en högskola med enbart klinisk utbildning icke kan hålla en hög standard beträffande undervisning och forskning. Inrättandet av helt nya medicinska undervisningsanstalter kommer att dra betydligt större kostnader och först efter en längre tid ge resultat i form av ökad läkarexamination. En oefftergivlig förutsättning för en ökad läkarutbildning måste vara en förstärkning av undervis-

ningsresurserna. Att i detta sammanhang åberopa läkarbristen som motiv för återhållsamhet med inrättande av nya lärartjänster synes förbundet vara ett tämligen meningslöst resone-mang. Läkarförbundet föreslår att det ökade undervisningsbehovet i första hand tillgodoses genom inrättande av lämpligt antal laboratorer i de kliniska ämnena. Kapaciteten vid flertalet undervisningsinstitutioner utnyttjas redan maximalt, varför även obetydliga ökningar av antalet elever kommer att kräva kraftiga anslagsökningar om icke en desorganisation skall uppstå som motverkar syftet med reformen bl. a. genom att förlänga studietiden. Utbildningskapaciteten bör dimensioneras med hänsyn till behovet av fortbildning för läkarna och vidare bör de internationella kontakterna främjas genom att utländska studenter erbjudas utbildning i landet.

Frågan om urvalet av de sökande till de medicinska högskolorna har ävenledes utretts och det föreslås att ungefär 75 % av platsantalet reserveras för sökande vilka enbart konkurrerar med studentbetyget som bas. Härigenom motverkas tendensen till ett icke önskvärt konkurrenskompletterande efter studentexamen. För personer som redan avlagt akademiska examina av typen fil. kand., fil. mag. etc. föreslår utredningen att högst 4 betygsenheter tillgodoräknas, medan läkarförbundets sakkunniga anser att full betygsberäkning här bör äga rum. 25 % av platserna reserveras för sökande där konkurrenskomplettering får förekomma. Utredningsförslaget försvårar emellertid för humanistiskt inriktade studenter att komma in på läkarbanan genom att medge tillgodoräkningen även av kompetenskomplettering i naturvetenskapliga ämnen endast inom 25-procentsgruppen. Läkarförbundets sakkunniga föreslår emellertid att kompetenskomplettering räknas som originalstudentbetyg och sålunda skall falla inom 75-procentsgruppen.

Svenska läkaresällskapet anser i sitt remiss-svar på läkarprognosutredningens betänkande att utredningen praktiskt taget helt underlåtit att undersöka vad som kan göras för att under 1960-talets första hälft minska disproportionen mellan tillgång och efterfrågan på läkare genom förbättrad läkarutbildningskapacitet och genom effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser och helt underlåtit att undersöka hur sjukvårdsorganisationen måste utformas om såsom utredningen föreslår intaget av medicine studerande till undervisning vid svenska läroanstalter snarast ökas till högsta möjliga utan avkall på undervisningens kvalitet. Det synes som utredningen icke

oväsentligt underskattat den framtida läkartillgången. Studieavbrottsfrekvensen kan nämligen enligt erfarenheterna från den nya studieordningen antagas bli rätt mycket lägre än vad utredningen räknat med och vidare torde man ha rätt att räkna med flera aktivt arbetande läkare i åldrarna över 65 år. När det gäller sjukvårds-konsumtionens volym förutsätter utredningen att de faktorer som styrt utvecklingen under efterkrigstiden eller delar av denna kommer att verka på precis samma sätt, och med precis samma styrka under 1960- och 1970-talen. Ett dylikt stelt statistiskt betraktelsesätt kan inte läggas till grund för framtidsbedömningar i ett samhälle som präglats och präglas av utomordentligt stora förändringar. Som mått på konsumtionsvolymen inom den slutna vården har utredningen använt antalet intagningar per år utan att ta hänsyn till att medelvårdtiden nedgått från 23,6 dagar år 1945 till 16,3 dagar år 1958. Redan dessa siffror räcker för att visa att hela prognosen skulle radikalt förändras om såsom mått på konsumtionsvolymen använts antalet vård dagar i stället för antalet intagningar. Beträffande långtids-sjukvården har utredningen i stället ansett antalet vård dagar vara det bästa måttet och anför att under perioden 1940—1958 antalet intagningar ökat med endast 39 % medan antalet vårdplatser ökat med cirka 175 %. Antalet vård dagar har ökat med 186 %. För mentalsjukvården räknas med dels ett index för förstagångsintagna, dels ett index för vård dagar. Det index som utredningen kommer fram till genom att dividera sitt index för sjukvårds-konsumtion med antalet konsumentenheter ger en stegring från 1945: 100 fram till 1958: 131. Utredningen lägger den genomsnittliga stegringen för hela perioden, 2,4 enheter, till grund för extrapolation men observerar inte att ökningen sjunker så att den under de första 5 åren utgör 2,6 enheter men följande 5-årsperiod 2,4 enheter och under åren 1956—58 2,0 enheter. Samma godtyckliga extrapolationsmetod använder utredningen vid uppskattningen av den totala sjukvårdspersonalen fram till 1980. Den konstaterar där att den egentliga vårdpersonalens andel av hela personalen ökat från 70 % i slutet av 1940-talet till nära 75 % år 1958 och antar att andelen under 1960 skall öka till 80 % och därefter bibehållas. I fråga om läkarantalet antar utredningen att den kommer att vara 9 % av den egentliga vårdpersonalen ty medeltalet under åren 1947—1958 ligger där. I själva verket var siffran 9,4 % år 1947 och 9,1 % år 1958. Om utredningen konsekvent tillämpat sin extrapoleringsmetod skulle

siffran för 1958 ha blivit 8,5 %. En justering av extrapoleringen med hänsyn till de båda sistnämnda indexförskjutningarna skulle ge 1980 ett behov av 13.200 i stället för utredningens 15.500 läkare. Utredningen anser sig på grundval av indextalet 131 böra räkna med en årlig stegring av konsumtionsvolymen per konsumentenheter med 2,4 enheter per år. Om man i stället använder antalet vård dagar som mätetal får man indextalet 110 och i stället en årlig stegring av konsumtionsvolymen per konsumentenhet med knappa 0,8 enheter. De anförda exemplen visar att beräkningar av detta slag icke kan utgöra underlag för en bedömning av läkarbehovet eller den erforderliga utbildningskapaciteten. Utredningens programmatiska prognos, där läkarbehovet år 1970 uppskattas under vissa förutsättningar om hälso- och sjukvårdens organisation vid denna tidpunkt, skulle ha varit ännu mera värdefull om den kompletterats att avse även program för 1960 och 1980. Utredningen beräknar att vid oförändrad intagning skulle antalet läkare heltidsarbetande år 1970 bli 8.960 och år 1980 11.220. Det är enligt läkaresällskapet långtifrån självklart att en fortsatt standardökning kräver en större ökning av läkarantalet efter år 1970 än vad som svarar mot ökningen av antalet konsumentenheten. Utredningen nämner att 1980 kommer att finnas 1,4 miljoner människor över 65 år mot nu 0,9 miljoner. Den säger intet om att många av dessa äldre bl. a. många läkare kommer att vara fullt arbetsföra. Den utbyggnad av hälsovården som beräknas komma att ske enligt den programmatiska prognosen kan också förväntas ge resultat i form av minskad morbiditet, nedgång i dödlighet och minskat behov av sjukhus- och läkarvård. Utredningen framhåller att en ökning av intaget till medicinska studier höstterminen 1961 från nuvarande cirka 450 till 800 vore erforderlig för att åstadkomma balans mellan läkartillgång och läkarbehov år 1980. Man har däremot avstått från att göra några beräkningar angående situationen efter år 1980. Med en årlig intagning på cirka 800 medicine studerande skulle vi vid sekelskiftet år 2000 ha en läkartäthet av 1 läkare på cirka 300 invånare. Det är i hög grad anmärkningsvärt att utredningen helt avstått från att behandla problemet om hälso- och sjukvårdens organisation vid en sådan läkartäthet. Under alla omständigheter måste de studerande som avser att utbilda sig till läkare kunna resa berättigade anspråk på en tillfredsställande orientering om de förändringar i läkarnas arbetsförhållanden och villkor som ligger implicerade i

läkarprognosutredningens förslag. Utredningen karakteriserar Sveriges ställning i hälso- och sjukvården på följande sätt: "Spädbarnsdödligheten är den lägsta i världen, medellivslängden bland de högsta, viktiga infektionssjukdomar har försvunnit, sjukvårdsresurserna är på visst håll knappa men dock internationellt sett mycket goda, läkekonsten står på en hög standard och visar allt bättre resultat." Det borde ha varit en självklar uppgift för utredningen att söka klarlägga de orsakssammanhang som förklarar varför trots lågt läkarantal goda resultat nåtts. Läkaresällskapet vill för sin del nämna några av de viktigaste av dessa orsaker:

a) Den kliniska undervisningen (vid sjuk-sängen) har givit den svenska läkarutbildningen en kvalitet som är vida överlägsen utbildning av annan typ (katedrala föreläsningar).

b) Genom omfattningen och utformningen av den slutna sjukhusvården med därtill knuten öppen vård har hög effekt kunnat utvinna av läkarnas arbete.

c) Fördelningen av arbetsuppgifterna mellan olika personalkategorier på sjukhusen har möjliggjort att läkarnas arbetskraft kunnat på effektivare sätt än på flertalet andra håll i världen utnyttjas för kvalificerat sjukvårdsarbete.

d) Läkare av alla kategorier gör en stor personlig arbetsinsats.

Läkaresällskapet understryker betydelsen av en fortsatt effektivisering av läkarnas arbete genom en vidgad användning av kvalificerade medarbetare bl. a. läkarsekreterare, kuratorer och laboratriser samt genom rationalisering av registratur och uppgiftslämnande för olika ändamål. Sådana åtgärder skulle enligt sällskapets mening vara ägnade att snabbt och dessutom med förhållandevis små kostnader ge ökad effektivitet och möjligheter till en fortsatt rationell utbyggnad av hälso- och sjukvården. Utredningen framhåller själv: "För närvarande subventioneras den slutna vården genom den allmänna sjukförsäkringen vilket motverkar en orientering mot öppen vård. Detta måste betecknas som irrationellt. En revision av sjukförsäkringens förhållanden synes därför motiverad för att öka konkurrenskraften hos den öppna vården. Enligt läkaresällskapets uppfattning tar programmets beräkning av läkarbehovet år 1970 inte tillräcklig hänsyn till tre omständigheter, nämligen för det första den fortsatta nedgång i sjukligheten som kan förväntas, för det andra de möjligheter som ett ordnande av en effektiv långtidssjukvård skapar för en rationell och arbetsbesparande omfördelning inom klientelet av vårdbehövande

samt för det tredje den åtminstone temporära effekten av mentalsjukvårdens utbyggnad. Resultatet av samspelet mellan dessa olika faktorer synes enligt sällskapet mening bli att hälso- och sjukvårdsresurserna enligt det uppställda programmet bör kunna uppnås vid ett lägre läkarantal än 11.300. En ökad aktivitet i fråga om allmänna hälsoundersökningar måste samordnas med sjukvårdsresurserna och anpassas efter dem. Många av de förändringar som skett mellan 1945 och 1958 och således lagts till grund för utredningens extrapolationer är sådana att de inte kan upprepas eller i varje fall inte kan upprepas med samma styrka. Urbaniseringen har skett i snabbt tempo men kan inte fortsätta i samma takt. Kommunikationerna har nått en sådan utveckling att det helt övervägande antalet invånare i landet har sjukhus och läkare inom någorlunda bekvämt räckhåll. Under den period som ligger till grund för extrapolationen genomfördes den allmänna sjukförsäkringen; eftersom nu praktiskt taget alla medborgare är sjukvårdsförsäkrade kan det inte komma en sådan förändring till. Slutligen understryker läkaresällskapet nödvändigheten av att en utredning göres beträffande åtgärder som bör vidtagas för att skapa bättre balans mellan efterfrågan och tillgång på läkare redan under 1960-talet.

Nils Brage Nordlander



SOCIAL-MEDICINSK LITTERATUR

Strålar ur askan

ROBERT JUNGK.

Bonniers förlag. 279 sid. Pris kr. 24: 50.

Den 6 augusti 1945 föll atombomben över Hiroshima, åstadkommande död, förintelse och bestående strålskadorna hos de överlevande. Den tyske journalisten Robert Jungk ger i sin bok "Strålar ur askan" en inträngande skildring av händelseförloppet, i stora delar genom direkta ögonvittnesskildringar. Förutom av de fysiska skadorna ges också en bild av de överlevandes psykiska reaktioner efter katastrofen; av neuroserna, nihilismen och den tilltagande kriminali-

teten. Så skildras Hiroshimas återuppbyggande, den nya, blomstrande fredsstad, som uppstod på ruinerna av den gamla. Den ljusare bilden grumlas dock hela tiden genom närvaron av de svåra strålskadorna hos stora delar av befolkningen, och dessa dystra drag kom att accentueras genom framkomsten av de sent uppträdande följderna av bestrålningen (bl. a. leukemi), vilka åren 1951—52 uppvisade en frekvenstopp. — Man får inblickar i den verksamhet som bedrevs av ABCC, den amerikanska "Atom Bomb Casualty Commission"; en verksamhet som mycket kritiserades för tendensen att utnyttjas uteslutande till diagnostik och utforskning av strålskadorna, men inte till deras behandling.

Boken är skriven i en raposdisk, knapp, konstlös stil, som på intet sätt förtar intrycket av atomkrigets ohygglighet.

Gunnar Hambert

MS — en gåtfull sjukdom

TORE BROMAN och ANNMARI BROMAN.
Folksams hälsoråd. 31 sid. Pris kr. 2:—

I skriftserien Folksams hälsoråd har utgivits en liten broschyr om multipel skleros författad av professor Tore Broman och doktor Annmari Broman i samarbete med MS-föreningen. Häftet lämpar sig utmärkt väl att sätta i handen på såväl patienter, som själva lider av multipel skleros, som på deras anhöriga och andra kontakter. Man får en saklig framställning av MS-sjukdomens utbredning och symtomatologi men med klar betoning på de trots allt positiva moment som finns: att sjukdomen ofta stannar upp och förblir stationär för årtionden eller definitivt, så att en snabb och ständig försämring ingalunda behöver befaras alla gånger. Värdet av tränings- och övningsbehandling understrykes och demonstreras på mångahanda sätt, och åtskilliga praktiska vin- kar till hjälp för den MS-sjukes dagliga livsföring ges också. Vikten av en positiv förståelse från omgivningens sida betonas; vad dessa patienter behöver är inte ett deltagande medlidande utan stimulans till övning och ett understödjande av den optimistiska, lätt eforiska attityd som så ofta utmärker dessa sjuka. Man blir ofta förbluffad över vilka goda resultat som kan uppnås genom träningsbehandling av dessa patienter och det är att hoppas att denna broschyr får en vidsträckt spridning och kan ytterligare stimulera både de sjuka själva till fortsatta ansträngningar och samhällets olika organ till understödjande och hjäl- pande insatser.

N. B. N.