

SJUKVÅRD, EKONOMI OCH POLITIK

Av sekreterare STIG RADHE

EN FULLT utbyggd sjukvård är slutmålet, dit alla sjukvårdens talesmän strävar. Man planerar för »full utbyggnad» för alla de olika specialiteterna, så att varje patient när som helst skall kunna få vård, väntetiderna för patienterna praktiskt taget undvikas, en platsreserv skapas och vårdtiderna göras tillräckligt långa för patienternas fulla återhämtning. Men detta är enligt författarens mening knappast ett praktiskt handlingsprogram, ty sjukvård är ett relativt begrepp. Visserligen har förbättringen av den allmänna levnadsstandarden och av de hygieniska förhållandena nedbringt frekvensen av vissa sjukdomar; nya medicinska rön har också möjliggjort en radikal förkortning av vårdtiderna, så att ett platsöverskott uppkommit inom några specialgrenar. Samtidigt har emellertid accelerade nya krav på vårdmöjligheter för andra vårdgrenar uppstått. Den medicinska tekniken har skapat förutsättningar för att alltfler sjukdomar kan behandlas; vad som förr klassificerades som ett obotligt fall kan nu genom lämplig behandling bringas till hälsa. Förändringen i de sociala och ekonomiska förhållandena påverkar också vårdbehovet.

Expansionstakten har särskilt de senaste 20 åren varit enorm. Antalet sjukhusplatser har ökat med ungefär 50% — f. n. finns det runt 80 000 vårdplatser — patientomsättningen har fördubbats liksom antalet läkare och sjuksköterskor. F. n. torde minst 50 000 personer vara sysselsatta inom den slutna sjukvården. Hur utvecklingen kan arta sig framdeles kan man nu ej i detalj fixera. Anledning är dock ej att antaga att vi just nu skulle befinna oss i ett stagnationsskede utan utvecklingen kommer sannolikt att även framdeles gå på liknande sätt. Vid ett realistiskt bedömande måste sjukvården därför städse sättas in i de aktuella ekonomiska, sociala, tekniska och medicinska sammanhangen. Sjukvården får ej betraktas som en isolerad företeelse, utan måste avvägas mot samhällets totala resurser vid varje särskilt tillfälle.

Allt större belopp har lagts ned på sjukvården, som för närvarande tar 3 % av nationalprodukten. De totala bruttokostnaderna har stigit till ungefär 800 mkr mot runt 100 mkr för blott tjugu år sedan. Visserligen har penningvärdet samtidigt förändrats och den allmänna inkomststandarden höjts. Det kommunala skatteunderlaget har på de sista tjugu åren ungefär fyrdubblats, men det totala uttaxeringsbehovet för hälso- och sjukvården har samtidigt nästan åttadubblats.

För sjukvårdens ekonomi är numera inkomsten av patientavgifter av underordnad betydelse — för lasaretten täcker de ungefär 15 % av de totala kostnaderna, under det att man för ett par decennier sedan höll på principen, att patienten själv skulle erlægga en tredjedel av kostnaden. Patientavgifternas storlek har nämligen ej höjts utan snarare sänkts under de sista tio åren och håller sig i regel vid 2 à 3 kr. per dag å allmän sal — samtidigt har vårdkostnaden oavbrutet stegrats och är f. n. inemot 40 kr. per vård dag på de stora lasaretten. Genom den allmänna inkomstökningen spelar sjukhusavgifterna även för den sjuke en allt mindre roll. Anslutningen till sjukhusen har också ständigt ökat — i flertalet fall är det sjukhusen och ej patienterna som svarar för sjukhusavgiften. Det finns ju för övrigt redan nu möjlighet för mindre bemedlade, ej sjukhusanslutna patienter att få sjukhusavgifterna nedsatta eller rent av få full befrielse härifrån.

Den fria sjukhusvården är därför ur de sjukas synpunkt icke något förstahandsproblem. För dem är det betydligt mycket mera betydelsefullt, att en sjukdom medför minskade arbetsinkomster, besvärande resor till och från sjukhusen och ej att förglömma långa väntetider hos doktorn. Det vore av intresse att räkna ihop, vilken nationalekonomisk förlust landet gör genom alla dem, som försitta timme efter timme i avvaktan på, att deras tur är kommen för behandling. Dessa de indirekta utgifterna för sjukvården träder alltmer i förgrunden i den mån prisstoppen för sjukhusavgifterna förlängs, penningvärdet försämras och löneinkomsterna stiger.

Över huvudtaget kräver en fri sjukhusvård som komplement en fri öppen vård, ty eljest blir sjukhusen översvämmade av patienter, som trots att de skulle kunna vårdas i öppen vård av ekonomiska skäl önskar bli intagna på sjukhus, där de får allting fritt. Nu har dessbättre hela sjukförsäkringsreformen ställts på framtiden och därigenom har man fått andrum att mera lidelsefritt pröva dessa komplicerade frågor.

Även ur en annan synpunkt torde uppskovet vara välkommet, ty genom den av riksdagen godkända utformningen av sjukförsäkringen skulle man fått en administrativ mammutorganisation, där det skulle krävts en stor personalstab med uppgift att kontrollera, registrera och revidera. Genom att man redan efter tre dagars sjukdom skulle bli berättigad till sjukpenning hade sjuk-kassorna blivit betungade med en mängd ansökningar om ersättningar på småbelopp. Man kan över huvud taget ifrågasätta, huruvida omtanken och den sociala omvårdnaden om medmänniskorna ej drivits för långt. Folk i allmänhet borde ju ha så stort spar-kapital att de kunde avstå från de föreslagna 10:50 vid en veckas sjukdom. Däremot torde en så låg sjukpenning som 3:50 per dag vid längre sjukdomsfall vara otillräcklig. En rationell lösning vore därför att man från den allmänna sjukförsäkringen skalade bort alla sjukledigheter intill sju dagar, men att man för de längre sjukdomsfallen i stället höjde ersättningsbeloppen, så att dessa verkligen kunde fylla en social funktion. I sin nuvarande utformning är sjukförsäkringen på denna punkt varken fågel eller fisk.

Sjukkassornas organisationsfråga aktualiseras också genom den allmänna sjukförsäkringen. Man borde därvid mera allvarligt överväga, att låta landsting och städer utanför landsting övertaga den allmänna sjukkasserörelsen, som nu är ett blandat offentlig-rättsligt och privaträttsligt företag. Verksamheten blir ju en mycket viktig del av sjukvården och borde därför inlemmas under samma organisation som denna, i synnerhet som medlemskapet i sjuk-kassa blir obligatoriskt och medborgarna därigenom får särskilda krav på offentlighet och allmän insyn. På ett smidigt sätt skulle detta kanske möjliggöras genom en kommunalisering.

Svårigheterna att genomföra förändringar ifråga om huvud-mannaskap för verksamhetsgrenar med offentligrättsligt inslag är emellertid hart när oöverkomliga och rimmar på intet sätt med den ofta glupska aptiten de makt-havande visar när det gäller att föra över en verksamhet från den privata till den offentliga sektorn. På historiska grunder har den s. k. kroppssjukvården kommit att omhänderhas av landsting och städer utanför landsting, under det att sinnessjukvården i princip är en statlig uppgift. (De tre största städerna sköter dock sinnessjukvården i egen regi.) Denna upp-spaltning kunde kanske behandlingsmässigt vara om inte försvar-lig så i varje fall förklarlig i äldre tid, när den som visade sig ha psykiska defekter insattes på en s. k. »dårstuga», en mörk cell, varifrån han utsläpptes efter en provkur på ett par veckor. Om

han därefter alltjämt visade tecken på mindre god psykisk balans, vidarebefordrades han till sinnessjukhus. Numera har man dessbättre funnit, att fysisk och psykisk hälsa är delar av en människas välbefinnande och gränsen ur medicinsk synpunkt svävande; en så banal sak som »ont i magen» eller huvudvärk kan rymma både kroppsliga och själsliga aspekter. Frågan om huvudmannaskapet kompliceras också av att psykiatriska lasarettavdelningar sorterar under landstingen och städerna och numera även vården av lättskötta sinnessjuka. En person kan mycket väl tänkas att under relativt kort tid klassificeras som psykiatrisk lasarettspatient, lättskött eller svårskött. Patienten blir därför skickad från den ena huvudmannens anstalt till inrättning, tillhörande en annan huvudman; vid denna remiss spelar de kommunalekonomiska synpunkterna ofta in.

Ett lägligt tillfälle till ett uppordnande av frågan om ett enhetligt huvudmannaskap gavs vid 1950 års riksdag. De framstegsvänliga krafterna kom dock till korta, ty riksdagen antog en generalplan för sinnessjukvården men med bibehållet statligt huvudmannaskap; sedan den statliga sinnessjukvården väl blivit utbyggd skulle man kunna tänka sig en övergång till kommunal regi. En sådan ordning förefaller dock i hög grad otillfredsställande, ty det är just under en nydaningsperiod, som lokalintresset behövs. Landstingen och städerna utanför landsting borde omedelbart sättas i tillfälle att i sina generalplaner inplacera även sinnessjukvården och därigenom skapa möjligheter till den erforderliga samverkan mellan de olika vårdformerna. Lokaliseringen måste också tillmätas betydelse ur den synpunkten att sjukhusen så placeras, att man kan få erforderlig personal. Möjligheterna att rekrytera t. ex. kvalificerad läkarpersonal försvåras, om man har avsides belägna sjukhus. För konsultation torde de sjuka blott undantagsvis söka sig till avlägsna bygder utan dras i stället till centralorterna. Det kan därför med skäl ifrågasättas, huruvida det är lyckligt att fortsätta med driften av ett sinnessjukhus exempelvis i Vadstena. Lokaliseringen dit har en gång i tiden bestämts av att man där haft utrymda kloster, som med några mindre ombyggnader än i våra dagar utnyttjas för sinnessjukvård. En riktig plats vore i stället exempelvis Linköping i nära anslutning till därvarande centrallasarett.

Ett personalproblem skulle också lättare lösas genom ett enhetligt huvudmannaskap. Som bekant är läkarbristen mest påtaglig inom sinnessjukvården. De som har ansvaret för kroppssjukvår-

den är emellertid föga intresserade av att vid rådande allmänna läkarunderskott medverka till att höja avlöningsförmånerna inom den psykiska specialiteten, då detta endast skulle resultera i en omflyttning av blivande läkare från kroppssjukvården till sinnessjukvården. Kroppssjukvården skulle därigenom få svårigheter att rekrytera personal. Sinnessjukvården har i nuvarande läge måst falla tillbaka på rekrytering av utländsk personal, och de österrikiska läkare, som nu skall importeras, avses i första hand för sinnessjukvården. Detta är en olycklig utveckling, ty just inom denna specialitet fordras en inlevelse i svenska förhållanden och en förtrogenhet med det svenska språket, som en utlänning kanske aldrig förvärvar. Rationellt vore i stället att placera de utländska läkarna på laboratorier, röntgen och måhända inom kirurgin, där man icke behöver ställa samma krav på »svenskhet». Vid ett enhetligt huvudmannaskap skulle man avlöningsvägen lätt kunnat reglera dessa frågor.

För vården av kroniskt sjuka är huvudmannaskapet alltjämt svävande trots utredningar i trettio års tid. Kronikervård ombesörjs f. n. av såväl landsting som primärkommuner; ålderdomshemmen tyngs som bekant av kroniskt sjuka — liksom av lättskötta sinnessjuka — vilka självfallet ej hör hemma där. Med nuvarande byggnadsrestriktioner har landstingen givetvis praktiska svårigheter att skaffa vårdplatser för dessa sjukdomsfall. I ekonomiskt hänseende borde emellertid den rättvisan skipas, att landstingen till primärkommunerna betalade en ersättning för deras kostnader för dylika patienter på ålderdomshemmen.

Över huvud taget är det märkligt att iakttaga, vilka stridsäpplen avräkningar mellan olika offentlighetsorgan kan bli och vilken benägenhet kommunerna har att söka lasta över utgifterna på staten, samtidigt som man tar avstånd från varje statlig infiltration i den kommunala självstyrelsen. När det gäller landsting och städer utanför landsting har jag emellertid den bestämda uppfattningen, att dessa numera fått sådana ekonomiska resurser, att de på något undantag när väl kan undvara statsbidrag till sina kostnader. De har en total uttaxering för sjukvårdens driftskostnader på i genomsnitt två kronor per skattekrona. Hela det nuvarande statsbidraget gör däremot blott ett par öre per skattekrona. Särskilt anläggningsbidragen spelar en mycket underordnad roll och märks i regel ej uttaxeringsmässigt sett. Genom dessa statsbidrag låter man sig infångas i ett komplicerat bidragssystem; ungefär hälften av den kommunala sjukvården är därigenom de-

taljreglerad. Icke desto mindre råder på kommunalt håll en nästan rörande enighet om krav på nya eller förbättrade statsbidrag.

Företrädarna för ett bibehållet statsbidrag uttala ibland, att därigenom skapas möjlighet för statsmakterna att påverka utvecklingen i avsedd riktning. Det ekonomiska utfallet av statsbidragen kan dock knappast ha en sådan verkan. Det kan ej heller vara samma sakliga skäl för en statlig dirigering numera, när sjukvården tillhör ett område, som är så — jag skulle våga påstå — infamt påpassat av den allmänna opinionen. I en tid före den allmänna rösträtten och det demokratiska genombrottet kunde den statliga stimulansen ha ett visst sakligt berättigande, men med nuvarande förhållanden bortfaller även detta motiv för statsbidrag. En jämförelse mellan sinnessjukvården i statlig regi och kroppssjukvård i kommunal regi utfaller ej heller till statens förmån och ger ej underlag för att den statliga verksamheten kan vara mönster för andra.

Man bör emellertid ej förledas till att betrakta det som ett axiom att sjukvård och landsting hör ihop och att landstingen för all framtid är predestinerade att sköta sjukvården. Det kan erinras om att röster understundom höjts för ett förstatligande av all sjukvård. Så har exempelvis den nuvarande reformivrige chefen för medicinalstyrelsen framkastat ett förslag om överflyttande av sjukvården till ett antal lokala medicinalstyrelser. Vid ett rent sakligt bedömande bör dock någon förändring av huvudmannaskapet ej ifrågasättas, så länge landstingen visar sig att som hittills framgångsrikt kunna sköta sjukvården.

Talesmännen för ett förstatligande motiverar detta bland annat med att därigenom skulle samtliga medborgare oavsett hemort i princip tillförsäkras samma sjukvårdsstandard. För närvarande är nämligen utbyggnaden av sjukvården olika långt kommen inom de skilda distrikten. Visserligen medför detta en sporre till ytterligare ansträngningar för dem som har det mindre väl utbyggt, men jag tror aldrig att de kan komma fatt dem som har det bättre ställt. Erfarenheten ger nämligen vid handen, att de som ligger väl till planerar relativt sett större utvidgningar än de som har det sämre ställt. En fullt utbyggd sjukvård inom en specialitet ger stimulans till utbyggnad av en annan specialitet, »det ena vårdbehovet föder det andra». Här framträder på ett slående sätt sjukvårdens relativitet.

Denna olika utbyggnadsgrad leder självfallet till att patienterna söker att få sitt vårdbehov tillgodosett oberoende av hemortsrätt.

Särskilt de stora städerna med deras långt drivna specialisering attraherar patienter från främmande sjukvårdsområden, vilket har gjort att städerna på allt sätt söker värja sig mot denna patientström. Visserligen skall varje kommun bära ansvaret för sina sjuka och städerna formellt sett kan ej anses ha någon skyldighet att taga emot utomlänspatienter. Även humanitära synpunkter måste dock läggas på problemet, ty ofta rör det sig om fall, som helt enkelt ej kan klaras av annat än en viss specialist. Beaktas måste också att städerna i ekonomiskt hänseende är gynnade genom att de bland sina skatteskyldiga ha i förhållande till andra huvudmän betydligt fler aktiebolag och andra juridiska personer, vilka som bekant aldrig blir sjuka. Som kompensation för denna favör borde tillkomma dem ett ansvar för ströpatienter från främmande huvudmän. Blir denna tillströmning mer permanent bör den naturliga lösningen vara en avtalsenlig samverkan mellan de olika sjukvårdsområdena. Här blir det en prövosten för den kommunala självstyrelsen, ty viljan till dylik samverkan lyser dessvärre stundom helt med sin frånvaro.

De ekonomiskt-geografiska förhållandena motiverar också ofta samverkan mellan olika huvudmän. Landstingsgränserna har mera sällan justerats med hänsyn till ändrade kommunikationer, näringslivets lokalisering o. s. v. och befolkningen tvingas ofta till opraktiska och långa resvägar för att komma till sjukhus inom det egna landstingsområdet, samtidigt som ett sjukhus inom ett främmande område ligger betydligt bättre till. Denna administrativa stelbenthet måste man överbygga avtalsvägen, vilket ibland skett men också stött på patrull på sakligt sett ovidkommande skäl till uppenbar nackdel för de sjuka. När det gäller samarbetet mellan olika huvudmän, borde det dock vara självklart, att sjukvårdens talesmän avstod från lokalpatriotiska prestigesympunkter och i stället beflitade sig om att skapa bästa möjliga vårdförhållanden. De samarbetande parterna bör också göra full rätt för sig i ekonomiskt hänseende och icke genom sinnrika bestämmelser söka utnyttja den andra parten. Man bör tillämpa lagen om full ekonomisk insyn, men härutinnan brister det ofta.

Landstingens och icke-landstingsstädernas stora intresse för sjukvården har tagit sig särskilt uttryck i planeringen. För sjukhusvården redovisas nämligen expansioner som aldrig tillförne. I förhandenvarande tioårsplaner för det närmaste decenniet upptages lika stora investeringar, som gjorts under det närmaste halvseklet dessförinnan, och ett intensivt nydaningsarbete pågår. Det är

emellertid icke utan att man efterlyser en smula mer realism i planerandet, som gjorts utan hänsyn till investeringsbegränsningar och personalbrist.

För sjukvårdens målsmän ter det sig måhända mera monumentalt att planera och bygga nya stora sjukvårdsinrättningar, även om det inte alltid står över porten vem som reste den. I första hand borde man i stället se till vad man kan göra för att förbättra förhållandena på redan befintliga sjukhus, innan man uppför nya sjukhus. För närvarande råder i regel en stockning på röntgen och laboratorier till men för patienterna själva och patientomsättningen. I första hand borde man därför söka komma tillrätta med dessa flaskhalsar. Men ofta visar man alltför litet fantasi för att få en enkel och praktisk lösning av frågan. Exempel finns på att man trots tio års utredningar alltjämt står med samma utrymmen, som redan innan utredningen igångsattes var för små. Man har satt in frågan i ett större principiellt sammanhang och där kommer känslorna lätt i svallning, meningsskiljaktigheter uppstår och saken blir mycket långdragen. En enkel lösning vore, att för röntgen ta en centralt belägen vårdavdelning i anspråk och göra erforderliga ombyggnader. Formellt förloras kanske några vårdplatser men reellt vinner sjukvården i dess helhet.

Allt stolt planerande skjutes likväl i kvav, om man icke får personal. Sedan åtskillig tid råder dock en besvärande personalbrist; så är för närvarande i Stockholm på denna grund lika många sjukhusplatser stängda som motsvarar ett vanligt centrallasarett i landsorten. Först borde man söka bemanna dessa platser innan nya sjukhus uppföres.

Svårigheterna framträder särskilt när det gäller den kvalificerade personalen — läkare, tandläkare och sjuksköterskor, där man i en hast icke kan framskaffa personal. Nålsögat förefaller att vara den kvinnliga personalen och särskilt sjuksköterskor. Men här är perspektiven dystra till följd av de låga födelsetalen under 1920- och 30-talen. Ännu har man icke nått botten, när det gäller tillskott av rekryteringspersonal i de viktiga åldrarna 20—25 år. Stagnationen är påtaglig och dessvärre kommer svårigheterna sannolikt att fortsätta ännu i ett decennium. För exempelvis Stockholm finns för närvarande i nämnda ålder ungefär 26 000 kvinnor. Skulle icke någon inflyttning ske, skulle denna åldersgrupp år 1959 ha krympt ihop till omkring 15 000 kvinnor. Men även vid gynnsamma antaganden om en fortsatt intensiv immigration från landsbygden och andra tätorter till Stockholm kan man knappast förvänta, att

man år 1959 får nämnvärt flera kvinnor än för närvarande i åldern 20—25 år, samtidigt som stadens totala folkmängd skulle öka med mer än 100 000 invånare, vårdplatsantalet med flera tusen och efterfrågan på kvinnlig personal i motsvarande mån. Det får ju ej heller förglömmas, att även andra verksamhetsgrenar än sjukvården är i behov av kvinnlig personal. Dessa skrämmande siffror borde ge dem en tankeställare, som nu förespeglar det svenska folket att vi inom ett antal år verkligen kan genomföra en mängd i och för sig önskvärda socialreformer. Skall man över huvud taget gå i land med uppgifterna att något så när drägligt komma över de i personalhänseende kritiska närmaste tio åren, tvingas man helt enkelt till att mera fördomsfritt än för närvarande ompröva arbetsförhållandena.

Personalåtgången på lasaretten är nu sådan, att det åtgår minst en arbetskraft per patient, ja, tendensen går mot ytterligare personalbehov. I första hand bör man söka motväga detta genom forcerad rationalisering och genom ökat utnyttjande av arbetsbesparande metoder. Man borde för varje arbetsmoment fördomsfritt undersöka, om det är behövt och på vad sätt det enklast kan utföras. Detta är så mycket mer angeläget, som man ej har ett »lönsamhetskriterium» utan kostnaderna, vilka de än blir, täcks av allmänna medel. Svårigheter möter emellertid bland annat genom konservatismen mot förändringar och mot tekniska nyheter — »så har jag alltid gjort»-mentaliteten biter knappt några sakliga argument på. Arbetsstudier har gjorts på vissa sjukhus, bl. a. genom 1943 års statliga sjukutredning. Dess bearbetning av materialet, som insamlades för fem år sedan, har ännu ej avslutats, varför resultatet sannolikt kommer att få mera historiskt än praktiskt värde.

Den högt uppdrivna arbetstakten på de stora sjukhusen är ofta besvärande för den äldre arbetskraften. Mången äldre person stoppar helt enkelt inte för de stora fysiska och psykiska ansträngningarna vid en heldagstjänstgöring. Det är också skrämmande att så många examinerade sjuksköterskor kort efter examen lämnar yrket, bl. a. till följd av giftermål. Man borde därför söka sig fram till sådana deltidstjänster, där man på lämpligt sätt kunde tillvarata dessa arbetskraftsreserver. På ett laboratorium exempelvis är det mest att göra på förmiddagarna; på vårdavdelningar och i köksdepartement uppkommer likaledes variationsväxlingar under dagens olika timmar. Här finns ett stort behov av partiell arbetskraft.

Samtidigt bör icke förglömmas, att många sjuka kan vårdas under sådana former, där sjukhusforceringen är eliminerad. Ofta är patienten ingalunda så illa därän, att han ovillkorligen behöver vård på sjukhus, utan det räcker med sängläge hemma, passning med mat och en enkel vård. Här rör det sig om uppgifter, som åtskilliga kvinnor utan mångårig förutbildning borde kunna gå i land med. Det är helt enkelt en del av en sedvanlig husmodersfunktion.

Intresset för att mera fördomsfritt pröva dessa frågor är skrämmande litet. Man kör i stället på i gamla hjulspår, vilket fordrar mindre uppslagsrikedom. Inför omöjligheten att skaffa personal hänvisar sjukvårdens företrädare till att det är de statliga restriktionerna, som är hindersamma. Mera sällan hör man dessa uttolkare fråga sig, om inte de själva borde anpassa sin planering efter de faktiska förhållandena. Alla måste ju också i grund och botten vara övertygade om att det icke beror på någon illvilja mot sjukvården att inte dess personalbehov gives preferensrätt. Vi står i stället inför den nakna verkligheten, att varje nationalhushåll måste rätta munnen efter matsäcken och att det måste bli en avvägning mellan olika intressen.

Planeringen karakteriseras också av en långt driven specialisering. Detta är förvisso till allmänt gagn men en viss moderation måste dock iakttagas. Var och en koncentrerar sig på sin lilla detalj och man tappar lätt bort helhetsbilden. Specialiseringens belackare brukar ibland förklara, att denna håller på att drivas därhän, att man får en läkare för högerben och en annan för vänsterben. Specialiseringen medför också, att man får sjukhusen uppspaltade på en mängd olika underavdelningar och man kan få överbeläggning på en specialavdelning och samtidigt en underbeläggning på en annan. För allmän-sjukdom finns knappast något utrymme, och det finns sjukhus, som med stolthet pekar på att man där icke verkställer några »banala» blindtarmsoperationer.

Då den allmänna läkarstandarden under årens lopp höjts och flertalet nyutnämnda lasarettsläkare disputerat — många har även professorskompetens — borde man för utbildningen av läkare överväga att för klinisk undervisning sprida ut medicine kandidater på smågrupper till olika länslasarett i stället för att koncentrera dem till några få »universitetssjukhus», där den studerande lätt blir ett nummer bland många i en stor grupp. De berömda men ineffektiva svansarna kring några få stora »profeter» skulle få sin

lämpliga motvikt genom den mera personliga utbildningen hos en allmänt erfaren lasarettsläkare.

Vid en överblick över planeringen får man också en uppfattning av hur litet intresset är för den öppna sjukvårdens problem. Visserligen har medicinalstyrelsen presterat en utredning över dessa frågor, men den tar närmast sikte på hur man borde ha det i utopiens fagra land. Ett verkligt handlingsprogram spanar man förgäves efter. Den solida ombonaden av en sjuk människa på ett sjukhus med alla dess högklassiga tekniska och medicinska resurser kontrasterar bjärt mot de alldagliga problem som möter den från sjukhuset utskrivne. Han ställs plötsligen inför att skaffa mat och ordna sin bädd och så småningom återgå till den aktiva produktionen. Man borde därför bland annat pröva att i anslutning till den sedvanliga restaurangrörelsen möjliggöra för sjuka personer att få mat hemsänd till sig; med nuvarande moderna förpackningsmetoder torde detta inte stöta på några tekniska svårigheter. Saken kompliceras emellertid bland annat av att det för den sjuke ur ekonomisk synpunkt är betydligt gynnsammare att få stanna kvar på sjukhuset mot en låg avgift än att återgå till sitt hem och av egna medel bestrida de gängse omkostnaderna. Det är också beklämmande, att de ansvariga myndigheterna visat så litet intresse för uppslaget att en sjuk person, som vårdas hemma, skulle erhålla kompensation för att han icke betungar ett sjukhus med kostnader. Över huvud taget förefaller det som om författningarna ännu icke genomsyrats av det faktiska förhållandet, att en person kan befinna sig på ett konvalescenstadium, när han varken är sjuk eller frisk. Det verkliga tillfrisknandet skulle också avsevärt underlättas, om möjligheter funnes för dem, som varit sjuka, att successivt återgå till full sysselsättning. Men detta har varken sjukkasseförordningen eller flertalet tjänstereglementen och kollektivavtal beaktat.

Sjukvård i modern bemärkelse har vi i vårt land haft i ungefär 200 år. Det är därför icke underligt, att man för denna verksamhet återfinner formella bestämmelser av nog så gammalt datum. »Eftersläpningen» av den lagliga regleringen gör emellertid, att sjukvården i administrativt hänseende betungas av omoderna regler. Krångel-Danielsson liksom decentraliseringsutredningen har visserligen uppmärksammat de administrativa komplikationerna för sjukvårdens del men knappast framfört några effektiva förslag till förbättringar härutinnan utan blott nöjt sig med att överflytta det formella avgörandet från en statlig instans

till en annan. Den rationella lösningen vore, att man helt enkelt avskaffade det statliga avgörandet i alla detaljfrågor och överläte beslutanderätten åt kommunerna. Som ett exempel kan nämnas, att sjukhuslagen innehåller en bestämmelse om att medicinalstyrelsen skall godkänna inrättandet av nya underläkartjänster för att kunna pröva att avlöningsförmånerna är skäligt avvägda. Denna bestämmelse kunde givetvis vara motiverad, innan man ännu hade det korporativa organ, som läkarförbundet utgör och som fuller väl tillvaratager läkarnas intressen. Utan denna maktfaktors sanktion av löneförmånerna står ju medicinalstyrelsen sig slätt. Sedan medgivande en gång meddelats att inrätta en tjänst, omprövar icke heller medicinalstyrelsen lönevillkoren även om det förflutit än så lång tid sedan tjänsten inrättades. Önskar en huvudman flytta en tjänst från ett sjukhus till ett annat, kräver det centrala ämbetsverket, att huvudmannen kan åberopa det exakta beslutet om tjänstens inrättande. Sedan man i ett konkret fall lyckats spåra en tjänst 75 år tillbaka gav urkunderna icke längre något klart besked, men ämbetsverket vidhöll sitt krav på klara data. Huvudmännen gav då tappt och fann det enklare att anhålla om indragning av den tjänst som fanns av »ålder» och i stället begära inrättandet av en ny tjänst. I själva verket flyttade man dock tjänsten. Sjukhuslagens bestämmelser är över huvud taget sådana, att även de rättslärdade ofta går bet på en förnuftig tolkning. Förslag till en modern sjukhuslag har visserligen nyligen framlagts, men det lär dröja åtskilliga år, innan en förenklad lagstiftning äntligen kommer till stånd.

Denna allmänna utblick över sjukvården visar, att vi har ett stort arv att förvalta med betydande förpliktelser för framtiden. Därför är det särskilt angeläget, att sjukvårdspolitiken bedrivs med realistisk måttfullhet mot bakgrunden av förhandenvarande resurser och ej lockas till fåfängt planerande i utopisk optimism. Målsättningen måste vara bästa möjliga sjukvård alltefter vårt lands förmåga.