

Edgar Borgenhammar

## För en offensiv hälsopolitik

*Ett allmänt sundare leverne skulle förbättra hälsotillståndet mer än dubbelt så många regionsjukhus, hävdar Edgar Borgenhammar. Han pläderar för att samhället ska föra en offensivare hälsopolitik, grundad på denna insikt. □*

Victor R. Fuchs slår fast att sjukvårdens bidrag till nationens hälsa är ytterst marginellt. För den vanliga sjukvårdsarbetaren och för den som följt med i det senaste decenniets vårddebatt kommer det påståendet inte som någon överraskning. Vården banaliseras alltmer. Sjuk-

vård blir i allt större utsträckning omvårdnad, ofta i långvariga slutstadier. Senil demens, som ökar i vårt land, är inte tillgänglig för egentlig terapi. Myten om sjukvårdens omnipotens, tron att mer sjukvård ger bättre hälsa, odlas dock politiskt. Stora och små sjukhus invigs. Allt fler läkare utbildas.

Ingen har ställt den för en ekonom naturliga frågan vad man väntar sig att uppnå. Sverige bestämde sig för att fördubbla antalet läkare vid en tidpunkt när tillgängliga indikatorer pekade på att hälsotillståndet i vårt land, mätt i tex medellivslängd och spädbarnsdödlighet, hörde till de bästa i världen. I dag dör ungefär hälften av alla människor i Sverige i hjärt- och kärlsjukdomar. Skulle det vara

ett framsteg om den siffran steg till 100 procent? Vore det bättre om den sjönk till 10 procent? Vilken sorts död planeras vårt samhälle egentligen för?

### Bättre hälsa av bättre leverne

Fyra förändringar skulle ge en hälsoeffekt som inte ens dubbelt så många regionsjukhus skulle kunna bjuda. Åtgärderna är: 1) Minskning av alkoholkonsumtionen, 2) minskning av tobaksrökningen, 3) sänkning av hastigheten i trafiken, samt 4) minskad övervikt. Nedra B Belloc [1973] fann vid de så kallade "cleanliving"-studierna i Kalifornien att 45-åriga män med sex eller sju goda beteendemönster (det gällde tex förhållandet till alkohol, tobak, överätande, viss fysisk aktivitet, regelbundenhet i måltider, och sömn) hade elva fler år av förväntad livslängd än övriga. Elva relativt goda år [Belloc & Breslow 1972]! I den svenska hälso- och sjukvårdspolitiken tycks ingen bry sig om sådana forskningsresultat. I stället har "liberaliseringen" stått högt i kurs. Motboken, som fyllde en viktig funktion 1919–1955, avskaffades. Rökretor infördes på skolgårdarna. Tobaksbolagets reklamkampanjer har fört snusandet allt längre ner i åldersgrupperna. Narkotikan säljs alltmer öppet. Resultatet? Sjukvårdsapparaten, denna hjälp-gumma i vars förlåtande famn allt möjligt elände skall slutas, bara sväller.

Bör då inte alla goda krafter söka göra något? Påverka massmedia, tex

*Ekon dr EDGAR BORGENHAMMAR är professor vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Han har tidigare varit sjukvårdsadministratör och har nyligen disputerat på en avhandling om budgetering inom sjukvården.*

samhällsägda men hälsopolitisk förströdda radio och TV? Ingen idé, är svaret. Bara de redan frälsta skulle se, läsa eller höra. Och de andra kunde kanske få dåligt samvete?

Rutstein [1976] har sökt klassificera hälsonivån med utgångspunkt från frekvensen onödiga sjukdomar och handikapp samt onödiga eller för tidiga dödsfall. Listan blir lång över sådant som egentligen aldrig behöver hända. Karies och tandlossning är två exempel från ett organ, tänderna, vars behandling ensam tar bortåt en tiondel av de ca 10 procent av BNP som sjukvården i vårt land lägger beslag på.

### Låt-gå eller förmyndarpolitik?

Hur långt skall man då gå i samhällsåtgärder? Hur mycket bör individen själv göra? En lätt vattenfluoridering bedöms ge betydande effekt i form av mindre karies. Genom att tillsätta B-vitamin till alkoholhaltiga drycker skulle alkoholistens och samhällets vedermödor måhända minska? Nu väntas individen själv träffa kloka val. Men ytterst har vi slagit fast att hälsan är samhällets ansvar. Kommunen skall se till att ingen lider nöd, sjukvården att hälsan återställs så långt möjligt, oavsett kostnaderna. Vi har godtagit att samhället utsträcker sitt ansvar för att hjälpa individen att inte råka illa ut – genom bilbälten, hastighetsbestämmelser etc. För många skulle motboken vara lika väsentlig som ATP.

Förhoppningen att ett stort antal socialarbetare skulle föra ut en mera ansvarstagande livsstil har i stort sett gäckats. Också de har fastnat vid skrivbordet.

Samhället måste driva en "aktiv" och "offensiv" hälsopolitik. Det här har blivit begrepp som missbrukats i debatten. Det saknas både en hälso- och en sjukvårdspolitik i vårt land. Att göra "som tidigare fast litet mer" har upphöjts till dygd. Hälsopolitik är att besluta om kon-

kreta åtgärder för att förändra handlandet i hälsosammare riktning. Det kostar på, om inte ekonomiskt så moraliskt.

Är då inte vårdområdet en underbar sysselsättningssskapare? Litet mer alkoholliberalism, rökliberalism, billiberalism och narkotikaliberalism, och sysselsättningen kan behändigt öka för att bli just så full man önskar?

Vad man då blundar för är att detta inte är metoden för att skapa ett gott samhälle. Mer sjukvård betyder inte ett friskare folk. För att betala samhällets vård måste den hederlige arbeta halvt ihjäl sig. Hospitalisering, medikalisering, passivisering, ökat beroende – det kan inte vara så vi vill ha framtiden.

### **Sjukvårdskrisen är en organisationskris**

Ju fler läkare vi får, desto mer koncentreras intresset på de patienter som minst behöver deras intresse, menar Fuchs. Det är intressant att studera den markanta nedgång i "vårdproduktivitet" per läkare som skett under 1970-talet. Engelska läkare finner det naturligt att ta 3-4 gånger fler patienter per dag än svenska gör. Går det att nyttja den dimridå som kallas vårdkvalitet som förklaring: Hellre fem helbra än tjugo halvbra patienter? I vems intresse har den princip utvecklats under 1970-talet som säger att man hellre bör låta patienten vänta tre veckor för att träffa doktorn tjugo minuter än att låta honom träffa doktorn i dag under fem minuter? Det här är en prioritering som möjligen passar personer med statiska sjukdomstillstånd och gott om tid, men inte de som vill hålla sig i arbete och därför behöver omedelbar hjälp. Sådant tas utan diskussion som naturligt i sjukvården. Allt mer av läkarnas tid sovs bort i meningslösa dubbeljourer på långvårdssjukhus. På så sätt är det lätt att få fem nya läkare att göra en mans arbete. Men tror någon att dessa enorma jourkostnader har något med en

förbättring av hälsotillståndet i landet att göra? En dansk undersökning som gällde LO-kollektivet visade att ryggproblem hörde till dem som bedömdes vara viktiga. Men inom sjukvården värderas de lågt. Sjukvården stöter alltför ofta ut ryggarna till allsköns kotknackare och amatörer, såvida det inte går att använda operationskniven eller de bedövande tablettorna.

Sjukvårdskrisen betraktas som en resursbristkris när den i själva verket är något helt annat, kanske främst en organisationskris. "Lägg in samhället på sjukhus", säger fatalisterna. Jag håller inte med. Sjukhuset är en farlig plats att vistas på. Om sjukhussängen vore ett läkemedel skulle den aldrig passera dagens krav vid läkemedelsregistrering [Bengmark 1967].

### **Hur mycket av vilken vård?**

Att från de här påpekandena dra slutsatsen att sjukvård inte spelar någon roll eller att den gör mer skada än nytta, som Illich [1975] gör, är väl djärvt. Att patienter ofta får sitta i timmar i oförklarad väntan på akutmottagningar är inte bra. En inflammerad blindtarm skall tas bort, helst innan den brister. Akutsjukhusens patienter, de med korta vårdtider, är sjukvårdens mest nöjda kunder.

I många fall finns skäl till frågetecken liknande dem Illich ställer upp. Hur kommer det sig exempelvis att kirurgernas studier genomgående pekar på negativa effekter av koboltkanoner medan radioterapifolkets belyser hur välgörande den radioaktiva strålningen är för hälsan?

Det stora sjukhuset har en märklig dragningskraft. Vårdmagneteffekten, betongsyndromet, observeras bla på akutmottagningarna. Den slutna vården är mest öppen medan den öppna är mera sluten. I Sverige sker vartannat läkarbesök på sjukhus. Fyra av fem färdigutbil-

dade läkare är specialister. För fyrtio år sedan var fler än hälften allmänläkare.

Specialiseringen innebär att det minsta isolerbara problemet identifieras och beforskas. Kunskaperna inom medicinen, som tillsammans börjar bli otroligt stora, fragmenteras alltmer. På grund av det sätt på vilket kunskap förvärvas och förs vidare finns risk att vi får allt mindre möjlighet att praktiskt utnyttja vetandet. Den starka ökningen av kostnaderna har till stor del att göra med att kunskaperna är så atomiserade.

Den andel av dödsfallen som försiggår på sjukhus är hög i vårt land, den ligger över 80 procent. Siffran kan väntas stiga, kanske upp emot 90 procent, under de närmaste årtiondena. Det humanitära,

inte det medicinska, är i slutskedet ofta det väsentliga. I vårt land tycks man ännu inte vara mogen för den grad av realism och medmänsklighet som "hospices"-rörelsen i England, USA och Kanada representerar. Döden talas det inte om. Den segregeras anonymt bort till något som försiggår i Nya trons katedraler, centrallasaretten och långvårdssjukhusen. När skall vi bli varse att döden är något till slut oundvikligt som inte bör förtigas utan ges en plats, också den?

Mycket i dagens sjukvård skulle må bra av att debatteras utan skyggglappar och förskönande terminologi. Är vi i Sverige mogna för en realistisk sjukvårdspolitisk debatt? En i bästa mening offensiv hälsopolitik?