

Nr 210

Av herr **Wedén m. fl.**, *angående samhällets vårduppgifter.*

(Lika lydande med motion 188 i Första kammaren)

1 a. *Helhetssyn på vårdsektorn*

Vi lever i ett samhälle med ökande resurser men också med nya och växande risker för att den tekniska utvecklingen själv skapar svårbemästrade hot mot människans livsmiljö och livsbetingelser. I det gamla samhället var otryggheten och rädslan för fattigdom och nöd en hård realitet för de många medborgarna. Genom de ekonomiska och sociala framsteg vårt samhälle genomgått har vi i stor utsträckning kommit till rätta med de mest allvarliga bristerna. Fortfarande kvarstår emellertid åskilliga.

Miljöförstöring, urbanisering, strukturförändringar, utvecklingen av ett pluralistiskt samhälle och pressande arbetstakt gör att människan trots ökande fritid, höjd konsumtion och bättre rekreationsmöjligheter ofta får svårt att finna sig väl till rätta. Detta kan yttra sig antingen som protest och revolt eller växande resignation inför samhällets utveckling och krav. De olika orsakssammanhangen kan ibland vara svåra att urskilja. Men det är sannolikt att alkohol- och narkotikamissbruk, kriminalitet och andra beteendevikelser till betydande del är följder av denna utveckling. Den ökande frekvensen av stressjukdomar är det i stor utsträckning. Stora nya grupper av människor kommer i en situation då de är i behov av samhällets vård och hjälp — nya vårdbehov uppstår — samtidigt som vi fortfarande har åtskilliga grupper i samhället som sedan årtionden står ohjälpta. Alla människor är beroende av vad samhället kan göra för att förbättra miljön och anpassa den till människan. Omsorgen om människans psykiska och fysiska hälsa måste vara det primära.

För att nå detta mål krävs en *helhetssyn* på hela vårdområdet. Det finns fortfarande i vårt samhälle rester av uppfattningar, som vill betrakta i varje fall en del vårdinstanser som sociala nödfallsutvägar. I andra fall saknas ännu de förbindelselinjer mellan och inom olika vårdområden som krävs för en god integrerad människovård. Det är viktigt att *hela* vårdsektorn ses som en enhet vid planering och insatser på olika delområden. Ingen vårdgren kan ses isolerad. Insatser på ett område påverkar ofta de andra områdena såväl organisatoriskt som ekonomiskt. Ett totalt program för samhällets *hela* vårdsektor bör därför utformas — *ett vårdprogram*. Programmet

bör innebära en samordning och sammanfattning av och avvägning mellan delprogram för samhällets olika vårdgrenar exempelvis sjukvård, socialvård, kriminalvård etc. Det bör självfallet också tagas i betraktande att olika delområden inom vårdsektorn har olika huvudmän och att det därför gäller att finna organisatoriska former för samverkan dem emellan för att säkra en god integrerad människovård. Den diskussion som inletts om vissa huvudmannafrågor kan här bilda en utgångspunkt.

1 b. *Målsättning utgående från en helhetssyn*

Vård av människor måste utgå från varje enskild människas situation. Individens integritet måste respekteras samtidigt som hennes möjligheter till gemenskap och aktiv samhällsmedverkan underlättas. Den gamla inställningen att betrakta vårdbehövande som passiva »fall» eller »nummer» överensstämmer inte med vår syn på människan. Kunskap om hur de vårdade upplever vårdens sätt att fungera bör tillvaratas för att kunna styra utvecklingen mot mer tillfredsställande former.

Det från en helhetssyn utgående vårdprogram som vi syftar till kan schematiskt beskrivas som uppbyggt kring de tre funktionerna: förebyggande vård, direkt vård och eftervård. Förebyggande vård — ett mer egentligt uttryck är kanske förebyggande åtgärder — samt eftervård är allmänt vedertagna begrepp. Med direkt vård menar vi åtgärder inom fältet mellan den förebyggande vården och eftervården. Det omfattar t. ex. den slutna sjukvården och stora delar av den öppna hälso- och sjukvården.

Med denna funktionella uppdelning avser vi givetvis inte att draga nya gränser inom vårdsektorn. Vårt mål är ju i stället att få till stånd flera förbindelseinjer mellan vårdsektorns olika delar. Den direkta vården kan således icke ses skild från den förebyggande. Den sociala vården kräver en integrerad syn på behov och behandling. Man kan inte se en människas behov av vård enbart ur somatisk eller social eller psykiatrisk synpunkt. Såväl vid genomgångna somatiska eller psykiska sjukdomstillstånd som i samband med och avlösande ett kriminalvårdsskede är eftervården av stor betydelse. Det krävs att de som arbetar inom vårdsektorn ges en bredare syn på vård av människor, grundlagd bl. a. genom integrerade former av vårdutbildning. Därigenom ges möjligheten till fler kontakter mellan olika kategorier av vårdarbetare. Behovet av tvärvetenskapliga forskningsinsatser växer.

För vår del tror vi att i framtiden kommer det att krävas att en ökad tonvikt lägges främst på profylaktiska åtgärder, här benämnda »förebyggande vård». Dess resurser är för närvarande otillräckliga. En ökad satsning inom denna del av vårdsektorn kan lätta trycket på andra håll inom denna. Det gäller t. ex. hälsovårdsupplysning, allmän hälsovård, profylaktisk medicinsk verksamhet och tandvård, social kurativ verksamhet, viss socialvård i övrigt.

Det gäller också faktorer som ligger utanför den egentliga vårdsektorn, såsom miljövård m. m. Miljövården i vid bemärkelse är kanske den främsta förebyggande vårdformen. Förbättrad naturvård, en bostads- och samhällsplanering som bättre svarar mot människors behov, trafikplanering som skyddar människan och en effektiv vård av luft och vatten är åtgärder som genom att skapa bättre livsbetingelser kan undanröja vårdbehov inom själva vårdsektorn.

I kommunerna har hälsovårdsnämnden uppgifter av förebyggande karaktär. Det gäller även de sociala nämnderna, även om socialarbetarnas tid inte medger tillräckliga insatser av detta slag. Byggnadsnämnden har också liknande uppgifter genom sitt ansvar för samhällets planering, men den domineras ofta av ensidiga expertsynpunkter. Medborgarnas berättigade krav i miljöfrågor har därigenom ofta kommit att bli otillräckligt beaktade.

En ökad samordning av de förebyggande åtgärderna på det kommunala planet är önskvärd. En sådan kan komma till stånd på olika sätt. Ett kommunalt organ kan t. ex. tänkas inrättas med ansvar för de förebyggande vårdfrågorna, antingen som särskild nämnd eller i form av en arbetsgrupp med representanter från olika kommunala organ med förebyggande uppgifter. Om denna väg inte ter sig framkomlig kan man söka uppnå garantier för att inom den nuvarande organisationens ram effektivare bevakning sker av de förebyggande funktionerna inom vårdsektorn. För att bättre tillgodose medborgarnas berättigade krav kan remissförfarande nyttjas i större utsträckning. Kommunala enkäter kan också företas. Vilken väg som än väljes — någon som här antytts eller någon annan — är det angeläget att reducera den nuvarande splittringen och ge möjlighet till större medborgarinflytande.

Det är viktigt att betona den direkta vårdens sammanhang med förebyggande och eftervårdande insatser. Betydelsefulla är också sambanden mellan vårdgrenar som socialvård, barna- och ungdomsvård, nykterhetsvård, åldersvård, kriminalvård, sjukvård och tandvård. Det sistnämnda gäller naturligtvis för alla tre funktionerna: förebyggande och direkt vård samt eftervård.

Påtagliga anknytningspunkter finns t. ex. mellan kriminalvård, socialvård och medicinsk vård. Många vårdbehövande får nu en begränsad form av vård inom något av dessa områden. När någon t. ex. lämnar kriminalvården tas ofta inte automatiskt en kontakt med socialvården även då behov av detta föreligger.

Att förbättra utsikterna till goda rehabiliteringsresultat är eftervårdens främsta uppgift. Detta gäller inom hela sektorn men särskilt i samband med kriminalvården. Betydelsen av goda förbindelselinjer mellan kriminalvård och socialvård framstår helt klart. En ökad satsning på social rehabilitering är nödvändig.

Vårdgrenarna, de olika vårdformerna, exempelvis öppen—sluten vård, och de olika vårdfunktionerna — förebyggande vård, direkt vård och efter-

vård — måste integreras så att individen inte lämnas utan stöd förrän samhället gjort sitt för att få henne rehabiliterad, medicinskt, psykiskt och socialt.

1 c. *Samverkan inom vårdmiljön*

Rätten att i möjligaste mån vara med om att forma den omgivning man lever i bör inte utan tvingande skäl frånhändas någon människa. Sjukhus, psykiatriska sjukhus, ålderdomshem, kriminalvårdsanstalter m. fl. vårdanstalter är fortfarande organiserade på ett sätt som illa rymmer vad nutida forskning har kommit fram till, inte i teknisk-medicinskt avseende men i beteendevetenskapligt. Vi vet numera att människor rehabiliteras snabbare och säkrare ju mer de blir behandlade som ansvariga och medvetna varelser och att de kan få svårbotliga skador av själva anstaltsmiljön i den mån denna i oberättigat hög grad passiviserar dem. Här fordras inte bara forskning utan också tillämpning. Det behövs organisationsformer, som befördrar samarbete, gemensamt ansvarstagande och ömsesidig information mellan de vårdade och deras vårdare, liksom mellan personal med olika utbildning. Experiment i denna riktning behöver uppmuntras, resultaten koordineras och utvärderas, så att vårdinstitutionerna kan dra nytta av dem så snabbt och säkert som möjligt. Problemen har aktualiserats i film och massmedia. Vi anser det väsentligt att denna problemställning i vidare utsträckning tas upp till debatt och leder fram till reella förändringar i relationerna mellan alla berörda kategorier.

1 d. *Forskning och ekonomi i samband med utformningen av ett vårdprogram grundat på en helhetssyn*

En utveckling av ett program för hela vårdsektorn kräver en forskning som tar hänsyn till den samlade synen på vårdsektorn. Mycket värdefullt och nyttigt arbete görs för närvarande, men en snedbelastning finns inom hela sektorn. Även när det gäller forskningen tror vi att en stark tonvikt måste läggas på det förebyggande området. Tages begreppet förebyggande i vid mening måste också framhållas att forskning om livsbetingelsernas och miljöns inverkan på människorna är eftersatt. För eftervården torde forskning om nya metoder för en säkrare utvärdering av resultaten av olika behandlingsformer vara av stor betydelse. Detta gäller även om socialvårdssektorn. Ytterligare forskning krävs också om hur människan upplever sitt vårdbehov och den vård hon erhåller.

En mer samlad och långsiktig syn som ger större utrymme för långtidsplanering än hittills måste även ur ekonomisk synvinkel kunna lägga grund för större effektivitet och en säkrare angelägenhetsgradering av olika behov.

En översyn av finansieringsproblemen måste göras för att åstadkomma en lämpligare fördelning av kostnaderna mellan stat, landsting, kommuner

och enskilda. En översyn av huvudmannskapet är också nödvändig, där en avvägning göres av var det är mest ändamålsenligt att förlägga en viss vårduppgift.

2 a. *Hälso- och sjukvård*

De allmänna principer för utformningen av samhällets vårdsektor som skisserats ovan bör i relevanta delar tillämpas även inom delområdet hälso- och sjukvård. Vi behandlar här det somatiska avsnittet av detta delområde. I en annan motion tar vi upp några problem inom den psykiska vårdens avsnitt.

Målsättningen inom hälso- och sjukvårdsområdet är densamma som inom hela vårdsektorn. Den medicinska, vetenskapliga och tekniska utvecklingen är visserligen avgörande för hälso- och sjukvårdens utformning, men fördenskull får man inte åsidosätta den personliga omvårdnaden. Vården måste även här utgå från den enskilda människans situation.

Den snabba kostnadsstegringen inom hälso- och sjukvårdsområdet kommer sannolikt att fortsätta. Utvecklingen på forskningssidan skapar möjligheter som under varje särskild tidsperiod inte alla kan infrias på grund av begränsade ekonomiska och personella tillgångar. Detta har lett till svåra avvägningsproblem. Denna situation kan väntas bestå. Något tak för utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet kan knappast skönjas.

Avvägningar måste alltså göras. Det är angeläget att betona att detta bör ske efter genomtänkta och medvetna värderingar. Avgörandena bör inte träffas mer eller mindre slumpmässigt eller på så sätt att en tvångssituation växer fram, där någon egentlig valmöjlighet inte längre finns. Det måste t. ex. vara en politisk fråga att tillse att större omsorg ägnas åt glesbygdsbefolkning, åldringar och handikappade m. fl. inom nu eftersatta områden. Att dessa avvägningar är svåra är klart. De måste bl. a. göras mellan så svårjämförbara faktorer som forskning, den högkvalificerade progressiva vården och det allmänna vårdbehovet. Desto mer angeläget är det att utforma ett sjukvårdspolitiskt program som en del av ett på en helhetssyn grundat program för hela vårdsektorn.

2 b. *Forskning och ekonomi*

Ett översiktligt hälso- och sjukvårdspolitiskt program är en stor uppgift. Den måste givetvis lösas under nära samverkan med sjukvårdens huvudmän och deras gemensamma organ. Det som från statens sida i första hand kan göras är att hjälpa till med att snabbt få fram underlag för bedömningar av angelägenhetsgraden hos sjukvårdens olika behov.

I det föregående har vi framhållit behovet av forskning för att få fram nya metoder att mäta vårdens effekt och effektivitet så att det skall bli mindre svårt att fastlägga målsättningar och grunder för en rättvis resurs-

fördelning. Här ställer vi också förväntningar på sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI) i dess pågående arbete, för vilket staten bör kunna ställa större resurser till förfogande.

Det är angeläget att få en säkrare bild av den fortsatta utvecklingen och vilka krav den ställer på ekonomi och personalbehov. Även förbättring av sjukvårdsadministrationen i vid bemärkelse är angelägen. I avsnitt 1 har vi understrukt behovet av ökade forskningsinsatser i första hand för det förebyggande men även för det eftervårdande ledet inom vårdsektorn i dess helhet. Detta gäller också hälso- och sjukvårdsområdet.

Om viktiga avvägningar kan underlättas genom åtgärder av här skisserat slag uppstår bättre förutsättningar för en mer optimal fördelning av resurserna. Vi har exempelvis ända fram till nu haft en internationellt sett mycket hög medicinsk och teknisk-medicinsk nivå och ett stort antal vårdplatser inom slutenvård men låg läkartäthet och ett lågt antal läkarbesök per individ samt stor personalbrist inom vissa områden. Med ett genomarbetat hälso- och sjukvårdspolitiskt program kan man lättare undvika de flaskhalsar som i viss utsträckning snedvridit vår vårdutbyggnad.

I avvaktan på att effektiva mätmetoder kan föreligga borde beräkningar av överslagstyp göras, där hänsyn tas även till de indirekta kostnaderna för de vårdbehövande och deras närmaste omgivning.

Om åtgärder av här skisserad typ genomföres kan möjligheterna för landstingen att genom sin årliga budget på ett mer effektivt sätt styra den framtida utbyggnaden bli större. Ekonomiska långtidsprognoser kommer i större utsträckning att upprättas och leda till praktiskt förverkligande genom upprättande av långtidsbudgeter. Programbudgeter kan — efter diskussion av olika alternativ — upprättas.

En bedömning måste även göras av hur finansieringsfrågorna skall lösas, inklusive avvägningen av kostnaderna mellan stat och kommun och av de ändringar i sjukförsäkringen som kan komma att behövas.

I detta sammanhang vill vi även nämna att rationaliseringsvinster av betydande mått alltjämt torde kunna göras vid sjukhusbyggande. Ett vidgat samarbete mellan huvudmännen med livligare utnyttjande av varandras erfarenheter är önskvärt. Ökad standardisering, modulsystem etc. kan leda till lägre kostnader utan att därför utrustningsstandarden blir sämre.

Byggandet av ett modellsjukhus, vilket tidigare föreslagits av folkpartiet, är fortfarande lika önskvärt.

2 c. *Patienten är en människa, ej ett rationaliseringsobjekt*

Rationaliseringen av arbetet inom sjukvården får dock inte ske på sådant sätt, att människan-patienten upplever sig själv som ett led i en arbetsprocess. Tendenser i denna olyckliga riktning finns utan tvivel. En personlig omvårdnad om den enskilde patienten måste komplettera en perfekt teknisk-

medicinsk vård. För de vårdbehövande är detta inte endast en mänsklig rättighet, som tillkommer dem under pressande förhållanden, utan också något som bidrar till ett snabbare tillfrisknande.

För personalen är möjligheterna till en mer individuell vård av patienterna en viktig faktor för arbetsglädje och trivsel. De studier t. ex. som nyligen gjorts av Brita Asplund på uppdrag av Svensk sjuksköterskeförening bestyrker detta antagande. De tekniska framstegen måste utnyttjas även för att ge större utrymme åt samverkan och samtal mellan patienter och vårdpersonal.

2 d. *Den integrerade hälso- och sjukvården*

Principerna för en integrerad vård med större samordning av funktionerna förebyggande vård, direkt vård och eftervård som skisserats ovan har i mycket hög grad sin tillämpning på hälso- och sjukvårdens område.

Hälsovårdsupplysning är av primär betydelse. En ökad satsning bör ske på hälsovårdsupplysning i vid bemärkelse. Här vill vi särskilt peka på betydelsen av att upplysningen verkligen går ut i kommunerna. Ett lokalt organ, liknande det som ovan nämnts som ett exempel på en instans lämplig för samordnade uppgifter på det lokala planet, kan naturligtvis få ansvaret även för dessa uppgifter. Andra organisationsformer kan också tänkas. En anknytning bör säkras till länets arbetsgrupp för hälsovårdsupplysning. En för hela riket samordnad information med vissa lokala variationer bör kunna förmedlas bl. a. via regionalradion.

En ökad satsning bör ske på upplysning om riskerna av bruket av narkotika. I en annan motion till årets riksdag föreslår vi hur denna information bör utformas. Tobakens och alkoholens skadeverkningar bör även uppmärksammas. Tandvårdsprofylaxens betydelse bör framhållas och tandläkarnas deltagande i arbetet vid barnvårdscentralerna understödjas. Skolhälsovården, inte minst den psykiska, är en mycket viktig uppgift. Kosten är en viktig faktor för den enskildes hälsa. De moderna rönen på kostområdet måste föras ut i vidare kretsar och informationer om kost- och näringslära intensifieras.

Frågan om olika vårdformer står för närvarande i blickpunkten. Behovet av integration bör särskilt starkt framhållas vad gäller psykiatrisk och somatisk vård, öppen och sluten vård. Hemvården har många fördelar. Den ställer dock stora krav på den vårdades omgivning. Bidrag kan visserligen utgå till den som hjälper den sjuke men ersättningen är låg. Detta är ett område där staten kan gå in och ge stöd till bättre ersättningar. Inte minst från patienternas synpunkt bör ju målsättningen vara att de inte bryts loss ur sin miljö annat än då vårdbehovet är av sådan karaktär att sjukhusresurser oundgängligen krävs. Denna vårdform är också billigare för samhället liksom halvöppen vård på dagsjukhus eller patienthotell.

Vi har en besvärande brist på läkare inom den öppna vården, där nu

läkarbehovet kommer att kraftigt ökas. Man måste här finna åtgärder som kan i tillräcklig grad öka tillgången på personal till dessa tjänster. Den öppna vården utanför tätorter medför för berörd personal särskilt stora påfrestningar i form av alltför kraftig arbetsbelastning, omänskliga jourförhållanden, långa resor etc. Man måste här göra insatser för att få dessa tjänster mer attraktiva.

Utbyggnad av den öppna vården innebär vissa arbetslättnader inom den slutna vården. Det måste dock framhållas att de rationaliseringsvinster, som kan uppnås genom en överflyttning av vård till den öppna sektorn, i viss utsträckning begränsas genom olägenheter för patienterna i form av fler resor, väntetider, högre kostnader, mer arbete för friska familjemedlemmar. En del av dessa brister kan undanröjas genom lägre avgifter för patienten. Nu är den öppna vården betydligt dyrare för patienten genom de högre taxor som tillämpas. En överarbetning av sjukförsäkringsbestämmelserna framstår som angelägen. Det borde vidare vara möjligt att undanröja en del av de olägenheter öppen vård innebär för patienten genom att organisera regelbundna kostnadsfria transporter till läkarstationer, inrätta fler patienthotell etc. i anslutning till vårdcentralerna.

Inom socialstyrelsen utarbetas f. n. planer för en reformering och utbyggnad av den öppna vårdens organisation. En sådan utbyggnad bör utformas efter olika linjer beroende på bl. a. befolkningstäthet. Medan det i tätorter förefaller rimligt med vårdcentraler och fler läkarstationer med de fördelar detta kan ge i form av specialisering, bättre arbetsförhållanden, tillgång till laboratorier etc. kan en motsvarande organisation knappast passa in i glesbygd, då restiden för patienterna med dess medicinska följder blir otillfredsställande. Man kan här vara tvungen att öka läkartätheten med ett bibehållande av enläkarstationer. Med en utbyggnad av transportorganisationen bör behovet av laboratorieresurser tillfredsställande kunna tillgodoses.

De s. k. halvöppna vårdformerna, dagsjukhus- och nattsjukhusvård, bör få ökad omfattning. För att detta skall kunna ske måste de försäkringstekniska frågorna lösas; sjukpenning erhålles exempelvis i regel inte vid dagsjukhusvård, eftersom patienten inte vårdas på sjukhuset under natten.

I detta sammanhang bör även femdagarsvårdens värde framhållas. Patienten vårdas fem dagar under veckan och hemskrivs således under lördag och söndag. Denna vårdform underlättar naturligtvis personalrekryteringen.

Där så kan ske bör en differentiering göras av sjukvården inom sjukhuset mellan intensiv- och lättvård med eventuella mellanformer och »blandade» avdelningar inrättas både i fråga om sjukdomsbild och kön.

Ett betydande och engagerat arbete utförs av hemvårdarinnor och anhöriga till vårdbehövande. Staten bör i större omfattning än nu prioritera denna vårdform genom stöd till utbildning av hemvårdarinnor och underlätta deras arbete genom att lämna bidrag till fordon etc. I glesbygden är resor mellan de vårdbehövande nu onödigt tidskrävande.

En större satsning på eftervården krävs inte minst ur en samhällsekonomisk synvinkel. Nu slutar vården i allmänhet då patienten lämnar sjukhuset. Därmed är vårdbehovet ofta inte tillfredsställt. Patienten kan behöva kurativ hjälp, han kan ha ekonomiska problem, det kan vara svårt att efter en lång tids bortovaro från sin hemmiljö ställas inför problem som accentueras speciellt efter vård av psykisk art. Ett stort behov av psykoterapeutisk vård föreligger i många fall såväl under vårdperioden som under perioden närmast efter. Inrättandet av fler behandlingshem för eftervård är en tänkbar lösning för återanpassning av vissa sjuka till ett normalt samhällsliv. Behovet av terapi, rörelseträning, arbetsträning är mycket stort. Trafikens offer har en mycket besvärlig väg med praktisk och psykologisk anpassning till i många fall nya arbetsuppgifter.

Åtskilliga grupper av vårdbehövande har i stor utsträckning eftersatts. Vården av sjuka äldre är t. ex. nu i alltför hög grad ett problem genom splittringen av huvudmannskapet. Långtidssjuka och handikappade kräver också en utvidgning av den öppna vården. De handikappades problem tas upp i en särskild motion. Det är av största vikt att de handikappades och de långtidssjukas problem beaktas vid utformningen av det sjukvårdspolitiska programmet.

2 e. Glesbygdspöblem

Många av de sjukvårdsproblem som här diskuterats är speciellt stora i glesbygden. Den statistik vi har visar med stor tydlighet att glesbygdens befolkning har den sämsta kontakten i landet med möjligheterna att få vård. Samtidigt vet man att glesbygdsbefolkningens sammansättning på grund av utflyttningen skiljer sig från den i riket i övrigt föreliggande. De mest vårdbehövande stannar kvar. Andelen handikappade är större än i andra områden av landet. Bristen på vårdpersonal skärper därför ofta svårigheterna i glesbygderna. Hänsynen till glesbygdsbefolkningen måste vara en viktig prioriteringsgrund i ett vårdpolitiskt program. Det innebär bl. a. att man vid sidan av utbyggnad av nya vårdcentraler i glesbygd även måste bibehålla ett tillräckligt antal enläkarstationer. Glesbygdskommittén bör få i uppgift att studera transportproblem i samband med vårdbehovet.

2 f. Personal och utbildningsfrågor

Den kanske mest besvärande flaskhalsen i utvecklingen mot en förbättrad sjukvård är personalsituationen.

Utvecklingen och bristsituationen måste snabbare än nu styra utbildningssidan. Detta kan ske genom att man exempelvis vart femte år gör en noggrann undersökning över tillgänglig personal, utbildningstillskott och det väntade personalbehovet inom olika kategorier.

På utbildningssidan vore det praktiskt med en viss integration av exempelvis läkar-, psykolog- och socionomutbildningen. I den framtida vårdsitua-

tionen krävs vidgat samarbete mellan dessa och andra kategorier och detta underlättas om man i större utsträckning har samma referensramar. Detta har i viss mån redan prövats i Umeå.

I samband därmed vill vi upprepa våra krav från 1968 om ytterligare ökning av utbildningskapaciteten för läkare. Vi har, som ovan framhållits, i Sverige relativt sett färre läkare än de flesta andra utvecklade länder. Många läkartjänster är vakanta eller tillsatta med icke legitimerade läkare. Effekten av den planerade utbyggnaden av den öppna vården blir helt beroende av om man lyckas skapa ökad utbildningskapacitet. Det är riktigt att den ökning av antalet utbildningsplatser som ägt rum under senare år ännu inte hunnit påverka utbudet av läkare, men vi hävdar att denna ökade utbildningskapacitet inte räcker till för att möta den snabba behovsökningen. Den utökade forskningsinsats vi föreslår i motionen ställer även krav på utbyggd medicinsk grundutbildning. Vi vill framhålla att en väg att minska den besvärliga läkarbristen i Norrland är att bygga ut utbildningskapaciteten i Umeå — i Norrland utbildad personal tycks nämligen i stor utsträckning stanna kvar i denna landsdel efter avslutad utbildning.

Brist råder f. n. på sjukvårdsadministratörer. Ett vidgat samarbete mellan socialhögskolor, samhällsvetenskapliga, ekonomiska och medicinska fakulteter kunde här leda till goda resultat. Det finns utan tvivel behov av en särskild utbildningslinje för vårdadministratörer även med inriktning på rationalisering av rutiner inom hälso- och sjukvården.

Ett fortsatt arbete för att underlätta personalrekratering och -reaktivering bör bedrivas samtidigt med inrättandet av tjänster för service-, kontors- och teknisk personal som kan avlasta vårdpersonalen viss arbetsbörda.

Med hänvisning till vad som ovan anförts hemställer vi,
att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t

I. anhåller

1. att ett program måtte utformas för samhällets vårdsektor där ökad vikt läggs vid förebyggande och eftervårdande insatser och där helhetssyn, integration och samverkan inom vårdmiljön är målsättningar i enlighet med vad i motionen anförts,
2. att en utredning tillsätts för en översyn av den förebyggande vårdens lokala organisation med beaktande av vad som i motionen anförts;

II. ger till känna vad i motionen anförts

1. att ökad vikt vid hälso- och sjukvårdens utformning bör fästas vid den personliga omvårdnaden av den sjuke,
2. att staten bör ställa större resurser till förfogande för sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI),

3. att byggandet av modellsjukhus bör påskyndas,
 4. att förbättrad ersättning bör utgå från statens sida till personer som i hemvård hjälper den sjuke,
 5. att en överarbetning av gällande författningar på hälso- och sjukvårdsområdet sker så att bl. a. inrättande av fler patienthotell samt dagvård, femdagarsvård, annan deltidsvård och regelbundna kostnadsfria transporter till läkarstationer inte försvåras eller försenas av försäkringstekniska skäl utan tvärtom den öppna och halvöppna vården kan göras mer förmånlig än nu för patienterna,
 6. att stödet till utbildning av hemvårdarinnor byggs ut,
 7. att hemvårdarinnornas arbete underlättas och stimuleras bl. a. genom bidrag till fordon,
 8. att eftervården stärks t. ex. genom inrättande av fler behandlingshem för eftervård,
 9. att glesbygdskommittén får i uppdrag att särskilt studera transportproblem i samband med vårdbehoven,
 10. att viss integration av exempelvis läkar-, psykolog- och socionomutbildningen i framtiden är önskvärd;
- III. begär att förslag förelägges riksdagen om
1. en ytterligare ökning av utbildningskapaciteten i fråga om läkare så att erforderligt antal läkare kommer att finnas för att möta ett förutsebart snabbt växande vårdbehov,
 2. en snar utbyggnad av utbildningskapaciteten i Umeå för att minska den besvärliga läkarbristen i Norrland.

Stockholm den 23 januari 1969

Sven Weden (fp)

Ingemar Mundebo (fp) Cecilia Nettelbrandt (fp)

Thorvald Källstad (fp)

Sven Antby (fp)

Elias Jönsson (fp)
i Ingemarsgården