

Nr 350

Av herr **Helén m. fl.**, om ett hälso- och sjukvårdspolitiskt program, m. m.

(Lika lydande med motion nr 390 i Andra kammaren)

Sammanfattning

Samhället satsar allt större resurser inom vårdområdet, men samtidigt finns fortfarande brister; en del är gamla, som för liten satsning på förebyggande vård och eftervård, bristande hjälp till reumatiker och socialt och fysiskt handikappade, andra är nytillkomna i samband med att nya behandlingsmetoder blir användbara eller nya vårdbehov, t. ex. av narkotikaskadade, uppstår. Samarbetet mellan olika vårdsektorer såsom kriminalvård, socialvård och hälso- och sjukvård är inte tillräckligt. Kontakten mellan förebyggande vård, direkt vård och eftervård är otillräcklig. För att förbättra denna situation krävs en helhetssyn på vård som utgår från den enskilde patientens behov, som ju inte alltid går att begränsa till en viss smal sektor av vårdområdet.

I denna motion behandlar vi behovet av en *helhetssyn på vård*. Hela vårdsektorn måste ses som en enhet vid planering och åtgärder. Då krävs organisatorisk samordning, integrerade utbildningsvägar för vårdpersonal, mer forskning på det förebyggande området liksom åtgärder för att öka de vårdades inflytande över vårdmiljön. På sikt bör ett program för hela vårdområdet utarbetas, ett program som bygger på delprogram för olika vårdsektorer.

I motionen tas upp de konsekvenser behovet av en helhetssyn medför för en av vårdsektorerna, nämligen hälso- och sjukvård med näraliggande verksamhetsområden inom socialvården.

Vi föreslår att ett program upprättas för denna vårdsektor, som bygger på undersökningar om de nuvarande bristerna, undersökningar och uppskattningar av det framtida vårdbehovet, personalbudgeter och kostnadsberäkningar. Detta program bör innehålla förslag till olika ambitionsnivåer, som ger möjlighet till de prioriteringar som måste göras även på hälso- och sjukvårdsområdet för att nå en jämnare och mer demokratisk fördelning av vårdresurserna. I motionen ges också underlag för prioriteringar som enligt vår mening är angelägna (t. ex. förebyggande vård, öppen vård, eftervård, handikappvård och reumatikervård, insatser för att låta rön från vårdområdet i större utsträckning styra samhällsplaneringen).

I motionen krävs vidare åtgärder för att undanröja alltjämt återstående personalbrist inom vissa personalkategorier.

Kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården tas upp. Vi föreslår att sjukvårdskostnadsutredningen får sina direktiv vidgade till att även ge förslag till alternativa finansieringsformer samt att utredningen får parlamentarisk förankring.

I. Inledning

Omsorgen om människors fysiska och psykiska välbefinnande är en primär uppgift för ett välutvecklat samhälle. Men utbyggnaden av människovården i vid mening bromsas genom brist på resurser, och ännu får grupper av vårdbehövande inte tillräcklig hjälp. Förändringarna i samhället skapar nya vårdbehov. Det blir också allt klarare att man inte kan dra skarpa gränser mellan olika vårdsektorer och vårdformer. Vården måste anpassas till den enskildes behov. Då krävs samarbete och integration mellan olika vårdsektorer såsom kriminalvård, socialvård, hälsovård och sjukvård. Olika grupper av vårdpersonal måste gemensamt angripa problemen.

För att nå dessa mål krävs en *helhetssyn* på hela vårdområdet. Ännu saknas förbindelselinjer mellan och inom olika vårdsektorer, förbindelselinjer som är nödvändiga för en god integrerad människovård. Det är nödvändigt att hela vårdområdet ses som en enhet vid planering och insatser på olika delområden. Insatser på ett område påverkar ofta de andra såväl organisatoriskt som ekonomiskt. Ett program för samhällets vård bör därför utformas.

Det kan konstateras att vi i Sverige har en vårdstandard som inom vissa vårdsektorer är hög i jämförelse med de flesta andra länders. Men ändå finns det brister. Trots nya mångmiljonsatsningar från landstingens sida är sjukhusköerna på många håll långa, eftervården inom kriminalvårdssektorn otillräcklig, och vårdpersonalen får bära stora arbetsbördor. Vissa grupper t. ex. fysiskt eller psykiskt handikappade, reumatikerpatienter och de svårt missanpassade får inte den vård de behöver för att kunna leva ett någorlunda normalt liv. Läkare och socialvårdare tvingas ofta till svåra avvägningar om vilka vårdbehövande och vilka sjukdomar man i första hand skall hjälpa. Då nya möjligheter eller behov, t. ex. vid vården av njursjuka och narkotikaskadade, uppstår har man obetydliga resurser och hjälpmedel.

Som följd av personalbrist och hård arbetsbelastning är den mänskliga kontakten mellan personal och vårdbehövande ibland inte vad den borde vara.

På ansvarigt håll har man försvarat sig: Vi utbildar mer vårdpersonal än någonsin, vi har fått rationaliseringsinstitut, vi satsar varje år ett nytt rekordantal miljoner på sjukvård, den öppna sjukvården och långtidsvår-

den byggs ut i snabb takt, kriminalvården och socialvården börjar utnyttja nya metoder.

Men dels kan vårdkostnaderna och antalet anställda inte växa obegränsat, dels måste en diskussion föras om målsättningar och hur vårdresurserna skall fördelas. Vi understryker i denna motion behovet av en helhetssyn på vårdområdet och diskuterar de konsekvenser detta får inom en av sektorerna, nämligen hälso- och sjukvården. Där berörs frågan om prioriteringar inom ramen för ett delprogram för hälso- och sjukvården, kostnadsutvecklingen och olika finansieringsalternativ. Med frågan om hur vården skall finansieras förs man automatiskt in på problemet om vilken huvudman som skall ha ansvaret för de olika vårdformerna och hur resurserna skall fördelas mellan dessa.

II. Helhetssyn på vård

Vi har redan inledningsvis framhållit behovet av en integrering av olika vårdsektorer. En sådan integrering är nödvändig då vården alltid måste utgå från individens behov. Även om ett visst vårdbehov går att hänföra begränsat till en vårdsektor, finns det människor vilkas vårdbehov spänner över flera sektorer. Hjälpen till dem förbättras och förenklas genom samarbete mellan sektorerna.

Stressjukdomar kan ha sociala, psykiska eller fysiska inslag, och behandlingen måste kanske sättas in på dessa fronter samtidigt. En person som lämnar ett sjukhus eller en kriminalvårdsanstalt kan ha behov av socialt stöd. Vad som nu krävs är en bättre samordning mellan de olika vårdsektorerna men även mellan de olika leden inom en vårdsektor: förebyggande vård, direkt vård och eftervård. Det finns anledning att hävda att kontakterna mellan dessa är otillräckliga och att fördelningen av insatser mellan dem ibland är skev. Sammanställningar av de eftervårdande organens erfarenheter måste i större utsträckning styra sättet på vilket de direkta vårdinsatserna sätts in. Satsning på förebyggande vård kan i betydande utsträckning minska påfrestningarna på de direkt vårdande organen. En helhetssyn på vård kräver en vidare innebörd av begreppet förebyggande vård. Det sägs ofta och med viss rätt att det är brister i vårt samhälls sätt att fungera som ger upphov till vårdbehov av olika slag. Det är tankegångar som ofta använts i samband med narkotikamissbrukets orsaker och uppkomsten av psykiska bristsituationer. Det har sagts att vi skapar ett samhällsklimat som gynnar de starka, välutbildade och anpassbara. Det kan väl anses klart konstaterat att generella faktorer som urbanisering, bostadsbrist och normförändringar gett upphov till situationer som lett till att vårdbehov uppstått, behov som vi sökt bota med kriminalvård, psykiatrisk, social och även somatisk vård. Och det finns all anledning att hävda att vetenskapliga rön från vårdområdet i alltför liten grad fått möjlighet att styra samhällsutvecklingen. Medicinsk och social expertis bör i

större utsträckning kunna medverka vid samhälls- och boendeplanering. Det gäller miljövården, som kan betraktas som en slags grundläggande förebyggande vård. Vård av vatten och luft, begränsning av buller och livsfarliga trafikmiljöer, bibehållandet av orörda naturområden för rekreation och naturupplevelser, en rimlig boendemiljö, hälsosammare arbetsmiljöer är samtliga åtgärder som kan undanröja vårdbehov. Det gäller också hälsovårdande uppgifter i snäv bemärkelse, bättre hälsovårdupplösning, socialt kurativ verksamhet, föräldrautbildning; samtliga områden där resurserna varit jämförelsevis otillräckliga.

Även de eftervårdande insatserna inom vårdområdet har givits alltför litet utrymme. I dag lämnar människor en vårdinrättning utan att de ansvariga alltid kan kontrollera att vårdinsatsen varit tillräcklig eller givit avsett resultat. Ofta har dessa givetvis misstankar om att så inte varit fallet. Långvarig sjukdom kan ofta leda till sociala och psykiska besvär även om det akuta fysiska vårdbehovet upphör. Patienten behöver kurativ och social hjälp. När någon lämnat t. ex. kriminalvården tas inte automatiskt kontakt med socialvården även om behov härför föreligger. Samarbete över vårdsektorsgränserna krävs alltså här. Målsättningen bör vara att individen inte lämnas utan stöd förrän samhället gjort sitt för att få henne rehabiliterad, medicinskt, psykiskt och socialt.

De målsättningar vi här diskuterat bör vara giltiga för hela vårdområdet. Det vårdprogram som bör utarbetas skall omfatta samhällets samtliga vårdsektorer såsom hälso- och sjukvård, socialvård och kriminalvård. Det ställer krav på organisatorisk samordning, integrerade utbildningsformer och betydande forskningsinsatser. Det bör bygga på delprogram som upprättas inom respektive sektorer.

Organisatoriskt innebär detta att man på olika plan bör utvidga samarbetet. Den pågående utvecklingen för samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård inom den öppna vården och arbetet med en gemensam sociallagstiftning för den kommunala verksamheten är steg i rätt riktning, men organisatorisk samordning även på ledningsplanet bör eftersträvas.

Även på utbildningssidan krävs nyordningar. Folkpartiet har tidigare i motioner föreslagit en breddning av utbildningen för vårdyrken t. ex. större inslag av beteende- och samhällsvetenskapliga ämnen i läkarutbildningen. En annan möjlighet är att läkar-, psykolog- och socionomutbildningen görs gemensam under en del av utbildningstiden. Det är en fördel om dessa yrkesgrupper får gemensamma referensramar, vilket kan underlätta deras samarbete.

Det integrerade vårdprogrammet kräver forskning som tar hänsyn till den samlade synen på vård. En viss snedbelastning finns för närvarande. Även när det gäller forskningen bör en starkare tonvikt läggas på det förebyggande området. Ytterligare forskning krävs för att studera sådana centrala områden som livsbetingelsernas och miljöns inverkan på människor.

För eftervården är forskning om bättre metoder för utvärdering av resultaten av olika behandlingsformer prioriteringsvärd liksom forskning kring hur människan upplever sitt vårdbehov och den vård hon erhåller. Anknytningen till diskussionen om samverkan inom vårdmiljön är här uppenbar.

Rätten att i möjligaste mån vara med och forma den omgivning man lever i bör inte utan mycket tvingande skäl tas ifrån någon människa. Det kan anses väl bevisat att människor rehabiliteras snabbare och bättre om de blir behandlade som ansvariga och medvetna individer och att själva anstalts- eller sjukhusmiljön kan passivisera dem med svårbotliga skador som följd. Här fordras inte bara forskning utan även tillämpning. Det behövs organisationsformer som befordrar samarbete, gemensamt ansvarstagande och ömsesidig information mellan de vårdade och deras vårdare liksom mellan personal med olika utbildning. Experiment i denna riktning måste uppmontras, resultaten koordineras och utvärderas så att vårdinstitutionerna kan dra nytta av dem snabbt och säkert. Vi anser det angeläget att den debatt som här pågår snabbt leder till reella förändringar i relationerna mellan alla berörda kategorier.

De tankegångar som här skisserats bör påverka utformningen av delprogram för olika vårdsektorer. Vi vill här ta upp de konsekvenser de får, tillämpat på en av dessa, nämligen hälso- och sjukvården och näraliggande verksamhetsområden inom socialvården.

III. Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård tar en växande del av våra totala resurser i anspråk, men det finns givetvis andra angelägna behov som konkurrerar om de tillgångar vi har. Det är diskutabelt om resurser och personal har satts in på de områden där behoven varit störst. Avsaknaden av program har lett till att prioriteringar kommit för sent. På basis av undersökningar om det faktiska vårdbehovet måste man nu medvetet angelägenhetsgradera och stimulera utvecklingen efter långsiktiga humanitära och politiska värderingar. Det är ofrånkomligt och nödvändigt att vi fortsätter att anslå växande resurser till offentliga utgifter för vård, men *hur mycket och på vilka* vårdområden måste bli föremål för politisk debatt och värdering.

Förebyggande hälsovård

Skapandet av en människovänlig miljö är ett led i den förebyggande hälsovården. Genom högradig rening av avloppsvatten, luftreningsaggregat på bilar och skorstenar, kontroll av buller, övergång till svavelfattiga eldningsämnen, kontroll och förbud mot spridning av kvicksilver, biocider och andra förgiftningsfarliga ämnen kan den yttre miljön förbättras.

Genom bättre trafikplanering såsom skilda gång- och bilvägar, bilfria skolvägar för barn, obligatoriska säkerhetsåtgärder i bilar, byggande av

mer trafiksäkra vägar kan antalet trafikolyckor och därav framkallat vårdbehov nedbringas. En harmonisk boendemiljö med fritidsområden och motionsanläggningar i anslutning till bostadsområden kan skapa bättre hälsa. Propaganda för ökad fysisk aktivitet, upplysning i landstingens regi och genom radio och TV om goda kostvanor, tillhandahållande av riktig kost är andra förebyggande åtgärder. En utbyggnad av den förebyggande tandvården med utbildning och anställning av tandhygienister är också angelägen. Regelbundna allmänna hälsokontroller kan genomföras för att ge hjälp innan akut vårdbehov föreligger och för att kartlägga olika vårdbehov. Dessa ställer sig dock mycket kostsamma. En annan möjlighet, som i inledningsskedet bör tillgripas, är att undersöka vissa särskilt utsatta yrkes- och åldersgrupper.

Vi vill särskilt understryka behovet av en förbättrad förebyggande hälsovård för barn. De påbörjade hälsoundersökningarna av fyraåringar är angelägna. Det är viktigt att man så tidigt som möjligt kan konstatera brister i barnens hälsotillstånd. Det kräver en utbyggd skolhälsovård som måste ges resurser att kontinuerligt följa barnens hälsotillstånd. Den förebyggande familjevården är ett annat viktigt område där ytterligare insatser krävs. I samband med narkotikaproblem bland barn och ungdomar har det särskilt framhållits att man i en del fall måste komma i kontakt med och om möjligt påverka själva hemmiljön. För detta ändamål krävs fler skolsköterskor och kuratorer.

Det måste vidare finnas förbindelsevägar mellan vård och förebyggande åtgärder. Om en undersökning av en enskild vårdbehövande visar att det finns faktorer på hans arbetsplats eller i hans miljö som skadar honom, måste det finnas kontaktmöjligheter och metoder för att påverka hans omgivning. Belastningen på sjukvården kan minskas genom en kraftigare satsning på förebyggande åtgärder.

Öppen vård

Den öppna vården utbyggs f. n. Det innebär bl. a. att vårdcentraler och fler läkarstationer skall inrättas. En del patienter skall kunna skötas i halvöppen vård på dagsjukhus eller nattsjukhus. Patienthotell skall byggas, där den vårdbehövande kan ta in i samband med undersökningar. Många patienter läggs nu in på sjukhus "i onödan", då det saknas vårdinrättningar som svarar mot deras behov av vård. Utbyggnad av den öppna vården, som på sikt blir billigare än slutna vård, bör prioriteras. En annan viktig utvecklingslinje som måste drivas är samordningen mellan den öppna vården och socialvården.

Satsningen på öppen vård innebär att en större del av vården förläggs till den sjukes hem. För patienten har detta fördelen att han inte behöver bryta kontakten med sin normala miljö. Men det medför också olägenheter, som fler resor, väntetider etc. Dessa olägenheter måste undanröjas genom

införande av transportservice, fler patienthotell etc. De anhöriga, som hjälper till att sköta patienten, får också en ökad börda. Förutom personliga uppoffringar blir följderna ett produktionsbortfall genom att anhöriga kanske måste avstå eller ta ledigt från förvärvsarbete.

Antalet invånare per läkare är i Sverige fortfarande högre än i flertalet jämförbara länder. Bristen på provinsialläkare är stor, främst i Norrlands-länen. I Norrbotten var under våren 1969 tre tjänster av fyra utan ordinarie innehavare. Utbyggnaden av den öppna vården kräver en betydande ökning av läkarantalet.

Inom den öppna vården bör skapas bättre möjligheter till kontakt mellan läkare eller annan vårdpersonal för enkla förfrågningar etc. Man bör på försök inrätta en telefonservice där människor kan nå en läkare eller sköterska. Till en början bör *en* sådan servicemöjlighet inrättas i varje landsting. Ett sådant arrangemang skulle vara värdefullt genom att människor dels kan få upplysning om vart de bör vända sig för ytterligare konsultation, dels få enklare medicinska råd. Någon omfattande konsultation bör det inte vara fråga om. Det är givetvis angeläget att läkaren i så fall måste få tillfälle till grundligare undersökning. Telefonkonsultationerna har även det värdefulla med sig att en vårdbehövande här kan få en värdefull emotionell kontakt.

Sluten vård

Antalet sjukhusplatser i Sverige är tämligen högt. Det finns ungefär 16 vårdplatser per 1 000 invånare jämfört med 9 i USA och 10 i England. Den genomsnittliga vårdtiden är också lång i jämförelse med andra länders. I modern sjukvård går utvecklingen mot kortare vårdtider. Samtidigt har undersökningar visat att 20—25 % av patienterna vid våra sjukhus inte har behov av sluten vård utan hellre borde vårdats på annat sätt på andra institutioner: institutioner som saknas. Dyrbara akutvårdplatser utnyttjas alltså fel. Dessutom står ett stort antal vårdplatser tidvis outnyttjade främst på grund av personalbrist. Man har därför försökt koncentrera utbyggnaden av den slutna vården till långtidsvård, där bristsituationen ännu är betydande. En förbättring av vårdssituationen inom sluten vård kan främst åstadkommas genom åtgärder på personalsidan.

Eftervård. Rehabilitering

Eftervården är ett annat eftersatt område. Det är viktigt att patienterna inte lämnas åt sitt öde i och med att det egentliga vårdhuvudet upphört. Den medicinska rehabiliteringen måste fortsätta efter detta. Trafikoffer lämnar sjukhuset men har behov av arbetsprövning, träning och eventuell omskolning. Långtidsvårdade kan ha stora svårigheter att återgå till arbetslivet. De kanske får inrikta sig på nya arbetsområden, de kan ha ekonomiska och sociala svårigheter att övervinna. Målsättningen bör vara att ingen lämnar

sjukhus eller andra vårdinrättningar utan att kontroll görs av att en återanpassning till ett friskt liv kan ske och sker. Så är det inte i tillräcklig grad för närvarande. Här krävs ökade insatser av kuratorer och personal för eftervård, men dessa saknas till stor del. En betydande del av rehabiliteringsåtgärderna utförs genom hemvård med hjälp av bl. a. anhöriga. Den verksamheten kan göras enklare och effektivare om den anhörige kan vistas tillsammans med patienten under slutskedet av hans behandling på kliniker för eftervård etc. och på så sätt skolas i den behandlingsmetodik som skall användas under den fortsatta rehabiliteringen.

Eftervården har andra viktiga aspekter. Den bör tjäna som en kontroll på att behandlingen varit helt lyckad medicinskt och socialt. Den kunskap som en sådan efterkontroll ger måste givetvis återföras till de vårdande instanserna, så att den fortlöpande kan påverka vårdens utformning.

Psykiatrisk vård

Förekomsten av psykisk ohälsa och olika beteendestörningar kan vara svår att mäta. De undersökningar som gjorts tyder dock på att antalet vårdbehövande är mycket stort. Bland ett antal slumpmässigt uttagna stockholmare skulle enligt bedömarna 20—30 % av de undersökta ha behov av läkarkonsultation för psykiska besvär. Andra undersökningar ger liknande resultat. Samtidigt är det svårt att avgränsa vad som kan betraktas som psykisk sjukdom. Psykiska förändringar är ofta inte bara medicinskt utan också kulturellt och socialt betingade. Behandlingen av psykiska störningar är alltså inte enbart en fråga om rent medicinska insatser. Här krävs också insatser för att spåra och undanröja psykiska miljöhot, alltså förebyggande hälsovård. Gränserna mellan social vård, psykiatrisk vård och kroppssjukvård i vanlig bemärkelse måste också suddas ut. Satsningen på detta område har varit begränsad, försök med nya principer för vård bör stimuleras.

Bristen på läkare är mest framträdande vid psykiatriska sjukhus och kliniker. Dessa svarar för ca 40 % av samtliga vårdplatser i slutenvård. Endast 8 % av läkarkåren i allmän tjänst är verksam inom psykiatrisk vård, vilket motsvarar en fjärdedel av det beräknade behovet. Detta är givetvis en katastrofalt skev fördelning. Bristen på utbildade psykologer och psykoterapeuter är minst lika kännbar.

Långtids- och åldringsvård

Utbyggnaden av sjukhem och långtidskliniker har under senare år prioriterats. Utbyggnaden motiveras av en mångårig eftersläpning inom åldringsvården. Kommunerna har i brist på sjukhem fått använda ålderdomshem etc. på felaktigt sätt. Vidare sker en betydande förändring i befolkningens åldersstruktur. Antalet personer över 67 år var 1960 ca 750 000. I början av 1980-talet är motsvarande antal ca 1 200 000. Mer än var tionde svensk kommer då att vara över 70 år. Sjukvårdsbehovet hos åldringar är

av naturliga skäl stort. En 70-åring har ungefär fyra gånger så stort sjukvårdsbehov som en 30-åring.

De äldres vårdbehov är givetvis inte lösta enbart med att det inrättas nya vårdplatser. Den uppsökande åldringsvården är underdimensionerad. En utvecklade åldringsvård kräver en mer åldringsvänlig bostadsbebyggelse och service och en senareläggning av vård på ålderdomshem och vårdinrättningar.

Åldersforskningen (geriatrik och gerontologi) är anmärkningsvärt eftersatt. En rätt dimensionerad åldrandeforskning ger de äldre ökade chanser att uppleva ett rikare liv. I en annan motion från folkpartihåll föreslås en förbättrad och utvidgad åldersforskning.

Handikappvård. Reumatikervård

Det har uppgetts att ca 10 % av befolkningen i arbetsför ålder har fysiska eller psykiska handikapp. Mycket händer för närvarande inom handikappområdet: kommunernas ansvar för den uppsökande sociala vården har lagfästs, allt bättre tekniska hjälpmedel konstrueras, en förbättrad skolundervisning för handikappade förbereds. Men fortfarande isoleras handikappade på inrättningar av olika slag; människor som om samhället vore mer handikappvänligt och ställde större hjälpmöjligheter till förfogande skulle kunna leva ett liv mer likt de friskas.

Ledgångsreumatism är en invalidiserande, sällan dödande, men vanlig och plågsam sjukdom. I Sverige finns mellan 100 000 och 200 000 reumatiskt sjuka. Men specialavdelningar för reumatiker finns i dag bara i Lund, Stockholm och Örebro. Riksföreningen mot reumatism driver dock genom privatinitiativ tre specialsjukhus. Antalet vårdplatser står alltså inte i någon som helst relation till behovet. Samtidigt finns numera goda behandlingsmetoder. Vid specialkliniker utomlands har man funnit att ett betydande antal patienter kan hjälpas genom operativ behandling. Intensiv öppen vård med insatser av sjukgymnaster, specialinriktade terapeuter, bandagemästare och läkare kan förebygga invaliditet och bevara arbetsförmågan hos de sjuka.

Tillgången på sjukgymnaster och arbetsterapeuter är dock helt otillräcklig samtidigt som köerna till intagning för utbildning växer. En kraftigt ökad intagning är nödvändig. Enligt internationella beräkningar bör 200 vårdplatser per 1 000 000 invånare finnas för reumatiskt sjuka. Den beräkningen förefaller vara i underkant, men i Sverige har vi knappt hälften.

Väl så viktig är en systematiserad öppen vård med reumatikerdispensärer som möjliggör en effektiv eftervård. Reumatikervården är ett försummat område. Större ekonomiska resurser och en utökad intagning för utbildning av de specialister som krävs för att behandla de reumatiskt sjuka skulle leda till att ett stort antal människor kunde få bot.

Vi har här utan att helt täcka in alla de bristområden som finns inom hälso- och sjukvården pekat på några av de viktigaste. Härtill kommer vidare

att en kraftig utbyggnad av företagshälsovården är mycket angelägen. Med utgångspunkt i en kartläggning av dessa brister och undersökningar av det totala vårdbehovet under de närmaste åren bör ett program upprättas för samhällets hälso- och sjukvård. Ett sådant program bör ha inriktning på olika tidsperioder — femårsplaner, långtidsplaner — och innehålla olika ambitionsnivåer. Det bör ställas under debatt och utsättas för sedvanlig remissbehandling. Med utgångspunkt i sådana tidsplaner bör prioritering av åtgärder inom ramen för de samlade resurser som kan ägnas åt hälso- och sjukvårdsområdet göras. Med en sådan uppläggning kan man undvika flaskhalsar i utbildning och få en bättre och mer demokratisk fördelning av resurserna. Huvudmännen bör inom detta program ges tillräcklig rörelsefrihet. Vårdsituationen växlar mellan olika landstingsområden, men programmet bör vara en hjälp och en norm för huvudmännens arbete.

Vid de samråd i vårdfrågor som folkpartiet under vintern genomfört ställde vi frågan vilka områden samrådsgrupperna ansåg mest prioriteringsvärda. Ett flertal olika områden nämndes, men allra oftast den öppna vården och den förebyggande vården. Det är en prioritering som även vi kan ansluta oss till.

Sammanfattningsvis vill vi alltså föreslå att ett program för hälso- och sjukvården upprättas.

För detta krävs:

1. undersökningar om de nuvarande bristområdena.
2. Undersökningar och uppskattningar av det framtida vårdbehovet.
3. Personalbudgeter.
4. Kostnadsberäkningar.
5. Upprättandet av alternativa ambitionsnivåer.
6. Långtidsplan för hälso- och sjukvården.

Inom ramen för detta program vill vi utan att därför föregripa undersökningsresultaten peka på några viktiga målsättningar:

1. Kraftigare satsning på förebyggande hälsovård i vid mening.
2. Fortsatt utbyggnad av den öppna vården, där vi särskilt vill peka på behovet av samarbete mellan sjukvård och socialvård, undanröjande av återstående olägenhet inom denna genom byggande av flera patienthotell, bättre transportservice, bättre resurser för hemsjukvård, där de anhörigas medverkan underlättas genom större bidrag.
3. Kraftigare satsning på eftervård med målsättningen att ingen patient bör få lämna ett sjukhus utan att en kontroll görs av att en anpassning till ett friskt liv kan ske och sker.
4. Åtgärder för att häva bristen på läkare inom den psykiatriska vården.
5. Ökad satsning på handikappvård och reumatikervård.
6. Åtgärder för att ytterligare integrera öppen och sluten vård.
7. Fler och bättre förbindelseled mellan förebyggande vård, direkt vård och eftervård, vilken även innebär att rön från eftervården ges bättre möj-

lighet att påverka de direkta vårdinsatserna och att rön från vårdområdet i större utsträckning får styra planering inom boendemiljön; stadsplaneringen.

8. Fler och bättre förbindelser mellan hälso- och sjukvårdssektorn och andra vårdsektorer som socialvård, kriminalvård etc.

Personalsituationen

Bristen på personal är fortfarande betydande för hela hälso- och sjukvårdssektorn. Ett nytt program för läkarutbildning och fördelning av läkartillskottet fram till 1975 har nyligen beslutats, och intagningen vid medicinska fakulteter har ökat. Det är dock nödvändigt med en fortsatt utbyggnad av utbildningen, även om detta medför påfrestningar under en övergångstid. Några siffror kan illustrera den brist på kvalificerad personal som finns.

Ca 25 % av provinsialläkartjänsterna har på senare år stått utan fullt kompetenta innehavare eller vakanta. Andelen vakanta tjänster utan vikarie var våren 1969 ca 15 %. Situationen inom den öppna vården har inte förbättrats på senare år.

Var sjunde läkartjänst vid kroppssjukhus och var tredje vid sjukhus för psykiatrisk vård är utan innehavare eller uppehålls av icke leg. läkare. (I Norrbotten varannan respektive tre av fyra.)

Trots en kraftig ökning av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare under senare år, finns det fortfarande brist även här. Antalet uppehållna tjänster understeg under 1969 enligt statistiken antalet inrättade med ca 4 000. Bristen var mest framträdande på de mer kvalificerade tjänsterna (sjuksköterskor drygt 1 000, undersköterskor drygt 500, sjukgymnaster 175, arbetsterapeuter 100).

Härtill kommer att sjukledigheter och annat bortfall försvårar arbetet. Den faktiska bristen är större då man i viss utsträckning avstår från att inrätta tjänster som man inte har möjligheter att besätta. Även om på vissa håll tillgången på sjuksköterskor är god, kräver den nödvändiga utbyggnaden av bl. a. företags- och skolhälsovården ytterligare personal.

Den brist på sjuksköterskor som regionalt förekommer är främst en följd av att ett stort antal utbildade sjuksköterskor avbryter sitt arbete. Skälen är främst de besvärliga arbetstiderna, för få daghemsplatser, bristen i lönesystem och lönevillkor inklusive deltidstjänster och i någon mån fortfarande skattesystemets utformning. En reaktivering av dessa utbildade personer är en viktig uppgift. Men då måste man också undanröja en del av de hinder som nu finns. Bättre karriärmöjligheter måste också erbjudas intresserade och lämpliga personer. Nya utbildningslinjer vid sidan av de nuvarande måste finnas till de högre tjänsterna.

Även om vi här beskrivit olika vårdformer och vårdområden var för sig, är det klart att alla dessa hör samman. Det måste finnas samarbete mellan öppen och sluten vård så att patienten kommer till den institution som

har de bästa förutsättningarna att behandla honom. Olika kategorier av vårdarbetare måste gemensamt utnyttja varandras kunskap.

Bland de åtgärder som krävs för att inom ramen för ett hälso- och sjukvårdspolitiskt program förbättra personalsituationen vill vi nämna:

a) Utökad reaktivering av utbildad ej yrkesverksam vårdpersonal genom förstärkt utbyggnad av barntillsyn i anslutning till vårdande institutioner. Fler deltidstjänster samt utökad antal reaktiveringskurser med stöd från arbetsmarknadsmyndigheterna. Bättre karriärmöjligheter.

b) Ökad omskolningsutbildning för vårdyrken. I samband med utbyggnaden av vuxenutbildning måste denna aspekt beaktas. Förstärkta yrkes- och arbetsförmedlande insatser för att stimulera även män att söka sig till vårdyrkena.

c) Vidgad utbildning för vårdyrken. Allt fler ungdomar är intresserade av att arbeta inom vårdsektorn. Utbildningsväsendet måste anpassas till denna efterfrågan. Bättre utbildningsplanering för att skapa en jämnare balans mellan skilda högre utbildningsvägar. Snabbt ökad utbildning av sjukgymnaster genom inrättande av en ny sjukgymnastskola. Utvidgning av hemvårdarinneutbildningen.

Utvidgning av psykologutbildning och reformering av utbildningens innehåll och organisation.

Utökning av läkarutbildningen, varvid möjligheterna att förlägga denna ökning till Umeå i första hand skall undersökas. Prioritering av psykiatri och socialmedicin.

d) Utbildning av sjukvårdsadministratörer på olika nivåer. Kan lämpligen ske genom samverkan mellan universitet, tekniska högskolor och socialhögskolor.

e) Anställning av fler tekniker på sjukhusen som i samarbete med läkarna har ansvaret för den tekniskt alltmer komplicerade utrustningen.

f) Fortsatt rationalisering inom vårdsektorn så att personal kan frigöras för vårdande insatser.

En arbetsgrupp bör tillsättas med uppgift att snabbt och systematiskt få ett grepp om de väsentligaste flaskhalsarna inom sjukvården, ringa in bristsektorerna samt lägga fram förslag till hur man på kort och lång sikt kan bekämpa dem. Arbetsgruppen skall ha möjlighet att med experthjälp göra undersökningar av läget i olika landsting, arbeta med offentliga utfrågningar samt genom nära samarbete med berörda myndigheter framlägga en aktionsplan för personalbristens bekämpande inom ramen för ett program för hälso- och sjukvård.

Kostnadsutveckling, finansiering, huvudmannaskap

Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård har under 1960-talet nära nog sexfaldigats. Ökningstakten har i stort sett stegrats från år till år.

Utvecklingen är liknande på investeringssidan. Landstingens nettoutgifter för investeringar i hälso- och sjukvård har under 1960-talet i det närmaste femfaldigats. Även här har ökningstakten stegrats från år till år. Genom regleringen av sjukhusbyggandet som slog igenom 1967 har landstingens planer därefter ändå inte helt förverkligats.

Vårdområdet är landstingens stora utgiftsområde. Mer än 80 % av landstingens samlade utgifter går till hälso- och sjukvård. Utgiftsstegringen avspeglas givetvis i landstingsskatten. Denna steg under perioden 1960—1969 från 4: 38 kr. till 7: 64 kr. Ökningen gick betydligt snabbare än ökningen av den primärkommunala skatten. Kommunalskatten totalt (landsting, kommun, församling) steg under tiden 1960—1969 från 14: 63 kr. till 20: 22 kr. Med en fortsatt ökningstakt av detta slag skulle vi inom fem år ha en genomsnittlig kommunalskatt på mer än 25 kr.

Socialvårdens kostnader har också växt. Det är dock svårt att beskriva och kostnadssätta olika insatser och att avgränsa vad som är socialvård och vad som är överföringar till inkomstsvaga familjer eller enskilda. Primärkommunernas nettoutgifter för den sociala sektorn var 1967 ca 2 160 milj. kr. mot ca 920 milj. kr. 1960.

Kommunalskatten, vari kostnaderna för hälso- och sjukvård alltså utgör en stor och växande del, medför speciellt för de lägre inkomstagarna en hård skattebelastning.

Ansvar för vård av människor är för närvarande uppdelat på flera huvudmän. I stort sett svarar landstingen för större delen av hälso- och sjukvård, kommunerna för åldringsvård och socialvård medan staten svarar för läkarutbildning och forskning, delvis driver universitetssjukhusen samt bidrar till finansieringen av psykiatrisk vård, hälsovård m. m. och ger generella stöd. Denna fördelning innehåller oklarheter och är ibland icke rationell. Frågan om de stigande kommunalskatterna är en del av hela skatteproblematiken. En översyn av hur kostnaderna skall fördelas mellan stat, landsting och primärkommun har alltså konsekvenser för skattesystemet och fördelningen av ansvaret för vård.

Kostnaderna för vård kommer sannolikt att fortsätta att stiga. För det talar bl. a.: Antalet åldringar växer och därmed behovet av åldrings- och sjukvård, den teknisk-medicinska utvecklingen skapar möjligheter att framgångsrikt behandla allt fler sjukdomar och skador samtidigt som den tekniska utrustningen blir alltmer komplicerad och dyrbar, lönestegringen för vårdanställda kan väntas fortsätta och kanske viktigast — det finns fortfarande brister inom delar av vårdsektorn.

Även om dessa skäl och fler därtill talar för att vårdkostnaderna kommer att stiga, finns det möjligheter att genom omorganisation, rationalisering och bättre planering åtminstone bromsa kostnadsstegringen. Genom hälsovårdsupplysning och större satsning på förebyggande vård kan framtida behov av social- eller sjukvård undvikas. Genom samordning av social-

vårdens och sjukvårdens resurser kan man nå samma mål. Om man inrättar öppna och halvöppna vårdavdelningar, patienthotell etc., kan patienter behandlas inom mindre kostnadskrävande vårdformer. Rehabilitering kan ersätta kontantunderstöd inom socialvården. Åtskilligt kan sparas in genom en bättre planering av sjukhusbyggen etc. Inom vårdinstitutionerna kan bättre planering och rationalisering leda till att personalen används till sådant de har blivit utbildade för. Rationaliseringarna bör även ta sikte på att nedbringa väntetiden på polikliniker etc. som från samhällsekonomisk synpunkt är mycket kostsamma genom att människor får vänta i köerna med betydande produktionsbortfall som följd.

I juni 1969 tillkallades på Kungl. Maj:ts bemyndigande en expertkommitté med uppgift att utreda vissa frågor rörande sjukvårdskostnaderna, innefattande en samhällsekonomisk analys av sjukvårdskostnadernas finansiering. Frågornas vikt gör dock att utredningsdirektiven bör vidgas till att gälla även utredning och förslag till alternativa former för finansieringen av de långsiktiga kostnadsökningarna för hälso- och sjukvård. Utredningen bör ges en parlamentarisk förankring.

IV. Huvudmannafrågor

Sedan några år tillbaka pågår en utveckling mot att landstingen får ökat ansvar för vård i vidare bemärkelse. Ett led i denna riktning var landstingens övertagande av den psykiatriska vården.

Åtskilliga vårduppgifter faller dock under statligt eller primärkommunalt huvudmannaskap. Staten anslår bl. a. pengar till länsläkarväsendet och länsnykterhetsnämnderna, svarar för driften av centrala laboratorier samt bidrar till hälsoundersökningar och folktandvård.

Staten bidrar vidare med stora summor till andra sociala ändamål som social hemhjälp, barntillsyn, ungdomsvård, nykterhetsvård, rehabiliteringsverksamhet, arbetarskydd och arbetsmedicin, stöd till barnfamiljer, folkpension och arbetsmarknadsåtgärder.

Kommunernas nettoutgifter för sociala ändamål faller i huvudsak på åldringsvård, folkpensionskostnader, barna- och ungdomsvård och socialhjälp.

Inom en rad områden, vård av narkotika- och alkoholskadade, men även inom t. ex. barnavård, har såväl stat och landsting som primärkommunen ansvar. Behovet av socialhjälp hänger ofta samman med psykiska eller somatiska sjukdomar. Det finns alltså en rad skärningspunkter mellan de olika huvudmännens områden, och det är problematiskt att avgöra vilken huvudman som lämpligast bör ha ansvaret för olika verksamhetsfält. Det delade huvudmannaskapet medför lätt att grupper av vårdbehövande kommer i kläm, då ansvarsfördelningen olika huvudmän emellan kan vara oklar. Speciellt när det gäller åldringsvård blir denna ansvarsfördelning mellan primärkommun och landsting besvärlig. Kommunerna svarar för

åldringvård i öppen vård (hemsamariter etc.) och på ålderdomshem. Det är i det enskilda fallet ofta svårt att avgöra när behov av sjukvård föreligger och ansvaret för den sjuke alltså övergår till landstinget. Bristen på långvårdsplatser är fortfarande stor på sina håll trots att utbyggnaden prioriteras. Påfrestningarna på den kommunala åldringvården har därför på många håll varit stora. De äldre har givetvis rätt att kräva trygghet för en fullgod vårdservice när vitaliteten avtar och sjukdomar kommer och detta oavsett bostadsort.

Ett utvidgat samarbete mellan huvudmännen skulle möjliggöra besparingar, mer rationell användning av personal och resurser. Genom landstings- och kommunförbunden har tagits initiativ till samarbetsformer men med vissa svårigheter. En överflyttning av ansvaret för åldringvården till landstingen diskuteras. Det finns skäl såväl för som emot en sådan reform.

För en överflyttning till landstingen talar främst att landstingen har större möjligheter att differentiera vården och effektivt utbilda och använda personal. En god vårdservice skulle kunna garanteras de äldre oavsett bostadsort. För bibehållande av primärkommunens ansvar talar främst sambandet mellan åldringvård och annan social vård. Om den slutna åldringvården övertas av landstingen, medför det problem då annan verksamhet inom åldringvården — förebyggande och uppsökande vård — har stark anknytning till andra primärkommunala verksamhetsfält. En överflyttning av den slutna åldringvården kan skapa samordningsproblem liknande de nuvarande.

Splittringen kan givetvis motverkas genom bättre samarbete mellan primärkommun och landsting. På några håll har man byggt ålderdomshem och vårdhem i omedelbar närhet till varandra och kan då utnyttja personal och en del anläggningar gemensamt.

Genom kommunförbundens medverkan påbörjas inom kort överläggningar mellan landstingen och kommunförbundets länsavdelningar om samplanering och samordning av social och medicinsk åldringvård i huvudsaklig överensstämmelse med de riktlinjer som redovisats i en promemoria utarbetad på uppdrag av styrelserna för Svenska kommunförbundet och Svenska landstingsförbundet. Den samordning som kan komma till stånd på detta sätt är mycket värdefull, och erfarenheterna av verksamheten bör avvaktas innan slutlig ställning kan tas till förändringar i huvudmannaskap på detta område.

Sedan någon tid pågår diskussioner om ett överflyttande av ansvaret för delar av vården av alkoholskadade till landstingen. Vid den översyn av huvudmannafrågorna som måste bli en följd av diskussionerna om kostnadsfördelningen och därmed sammanhängande omläggning av vårdfinansieringen bör det allvarligt övervägas att låta landstingen få hela ansvaret för vården av alkoholskadade.

När det gäller ungdomsvårdsskolornas ställning övervägs denna inom socialutredningen, där även frågan, om dessa institutioner skall föras över till annan huvudman, tas upp. Det är angeläget att frågan om ungdomsvårdsskolornas och vårdanstalternas för alkoholmissbrukare ställning snabbt aktualiseras.

Vi förutsätter att denna diskussion om kompetensfördelningen beaktas vid Kungl. Maj:ts utformning av direktiven till den av civilministern aviserade länsberedningen.

Med hänvisning till vad som ovan anförts hemställer vi,

att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t anhåller

att ett *program* byggt på undersökningar rörande nuvarande bristområden, uppskattningar om kommande vårdbehov, kostnadsberäkningar för olika ambitionsnivåer och finansieringen av dessa måtte utformas för samhällets hälso- och sjukvård, varvid ökad vikt bör läggas vid en helhetssyn på vård, samordning mellan socialvård och hälso- och sjukvård och en prioritering göras av förebyggande vård och eftervård i enlighet med vad i motionen anförts,

att som förberedelse för arbetet med ett hälso- och sjukvårdspolitiskt program förslag till åtgärder för att undanröja alltjämt förekommande personalbrist inom vissa personalkategorier framlägges,

att sjukvårdskostnadsutredningen får sina direktiv vidgade till att efter påbörjade erforderliga kostnadsundersökningar lämna förslag till olika alternativ för den framtida vårdfinansieringen samt att utredningen härför ges en parlamentarisk förankring, samt

att i övrigt beaktas vad i motionen anförts.

Stockholm den 27 januari 1970

Gunnar Helén (fp) *Olle Dahlén (fp)* *Ruth Hamrin-Thorell (fp)*

Axel Andersson (fp) *Stig Stefanson (fp)* *Eric Peterson (fp)*