

Nr 138

Av herr **Jansson, Paul, m. fl.**, om utredning rörande samhällets vårdpolitik.

(Lika lydande med motion nr 176 i Andra kammaren)

I sitt slutbetänkande »Aktiv åldringsvård och handikappvård» (SOU 1966:45) underströk socialpolitiska kommittén sin tidigare meddelade uppfattning om behovet av en vårdlag, betänkandet »Social omvårdnad av handikappade» (SOU 1964:43). Denna uppfattning föranleddes närmast av ett behov rörande lagstiftning om samhällets vård av åldringar och handikappade. I den allmänna debatten hade emellertid framförts önskvärdheten av en bättre samordning och större enhetlighet vid utformandet av lagregler för vårdområdena, varvid man främst synes ha avsett den kommunala verksamheten enligt socialhjälpslagen, barnvårdslagen samt nykterhetsvårdslagen. En samordning skulle främja ett rationellt utnyttjande av de materiella, personella och organisatoriska resurserna inom de skilda vårdformerna. Därigenom skulle ökade möjligheter skapas för att tillgodose medborgarnas behov av omvårdnad. Socialpolitiska kommittén ansåg sig inte böra granska problemkomplexet med hänsyn till kommitténs sammansättning.

En annan viktig fråga som kommittén varit i beröring med var huvudmannaskapet för åldringsvården och handikappvården. I betänkandet »Bättre åldringsvård» (SOU 1964:5) förklarade sig kommittén räkna med landstingskommunalt huvudmannaskap för åldringssjukvården och primärkommunalt för annan åldringsvård, däri inbegripet bostadsförsörjningen. I det omnämnda betänkandet »Social omvårdnad av handikappade» gav kommittén uttryck för motsvarande ansvarsfördelning rörande vården av handikappade. I det här åberopade slutbetänkandet har kommittén emellertid funnit att huvudmannaskapsfrågan bara kan prövas från nya utgångspunkter.

Omfattande reformer och samhälleliga insatser inom skilda vårdområden har under senare år åstadkommits genom såväl statsmakternas beslut som landstings- och primärkommunala ställningstaganden. Betydande ekonomiska bidrag och skilda organisatoriska åtgärder markerar samhällets ansvar för den enskildes vård. Inte minst inom sjukvården har landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård och provinsialläkarväsendet medfört möjlighet till sjukvårdens enhetliga organisation och led-

ning. Den tidigare splittringen av samhällets sjukvårdsinsatser borde däri-genom minska eller till vissa delar upphöra. En samordnad sjukvård skall leda till bättre åtgärder för den enskilda människans behov. Alltfort råder dock en splittring rörande den enskildes vård, något som inte kan anses förenligt med en progressiv socialpolitik inom ramen för föränderlighetens samhälle.

Vi anser att alla de olika samhällsinsatser som behövs för den enskilda människans vård bör samordnas så att vården blir adekvat och ändamåls-enligt utformad med beaktande av individens olika sociala och individuella vårdproblem. Detta kräver en förutsättningslös översyn och prövning av alla de vårdformer för vilka skilda samhällsinstanser, statliga, landstings-kommunala och primärkommunala i dag är ansvariga. Ett allmänt önske-mål torde vara ett enhetligt, samordnat vårdansvar under en huvudman. Det är enligt vår uppfattning nu lämpligt att samhället skapar en enhetlig syn på sitt vårdansvar och att sålunda en total vårdpolitik bör utformas i anslutning till den allmänna socialpolitiken. Samhällets olika vårdformer och hur splittrade de är kan i korthet belysas på följande sätt.

Under havandeskapstiden har den gravida kvinnan rätt till förebyggande mödravård genom landstingskommunernas försorg. Förlossning äger nor-malt rum på sjukhus; för all sjukhusvård är landstingskommunerna ansva-riga, oavsett det är fråga om kroppsliga eller psykiska sjukdomar. Späd-barnet kontrolleras inom den landstingskommunala förebyggande barnavår-den. Ett barn som av sociala skäl behöver omhändertagas för slutna vård placeras av den primärkommunala barnavårdsnämnden på det landstings-drivna barnhemmet. Annan barnavård är en primärkommunal uppgift. Ett barn som är utvecklingshämmat omhändertages på landstingskommunala särskolor och vårdhem. För vissa särfall finns dock alltjämt endast privata hem, varvid primärkommunen och ibland landstingskommunen svarar för vissa ekonomiska bidrag.

Ungdomar som kräver viss skyddstillsyn omhändertages på statens ung-domsvårdsskolor. Den psykiska barna- och ungdomsvården förutsättes eljest bli ombesörjd av landstingskommunen och primärkommunen.

En individ som skall omhändertagas enligt nykterhetsvårdslagen kan vårdas på såväl statliga som primärkommunala anstalter; t. o. m. lands-tingskommuner har vårdhem för alkoholskadade.

En som fälls för brott tages in på den statliga kriminalvårdsanstalten. Är han mentalt sjuk, t. ex. psykopat, sker vårdhänvisning till ett landstings-kommunalt mentalsjukhus. Men även viss sjukvård bedrivs på kriminal-vårdsanstalterna.

Åldringen som behöver vård i det egna hemmet får hemhjälp av primär-kommunen, som också svarar för vården på ålderdomshem. Den sjuke åld-ringen får i princip vård på landskommunens sjukhem eller sjukhus men också hjälp till hemsjukvård i det egna hemmet.

Andra former av vård finns organiserade inom den gren som brukar kallas öppen hälso- och sjukvård. Till denna brukar hänföras familjerådgivningen, som kan vara organiserad av en landstingskommun men också vara ordnad av en primärkommun och enskild stiftelse. Folk tandvården är landstingskommunal. Den hygieniska hälsovården är en primärkommunal angelägenhet liksom viss epidemibekämpning, ehuru eljest landstingskommunen svarar för den egentliga epidemivården. Staten ger bidrag till bl. a. skyddssympningar, vilka i praktiken ombesörjes av den landstingskommunala hälso- och sjukvårdande personalen.

Arbetsvård och social rehabilitering ävensom den vård som kan sägas ske i s. k. skyddad sysselsättning är organiserad av statliga, landstingskommunala och primärkommunala organ. För handikappvården gäller detsamma, vartill kommer enskilda föreningar och stiftelser som huvudmän.

Av denna kortfattade uppräknings torde framgå att samhällets vårdinsatser inte är samordnade, om man vill utgå från en social syn på en enhetlig omvårdnad av den enskilda människan. Vi vill här eljest erinra om den medicinska och tekniska forskningens utveckling, som måste — efter vad vi kan förstå — leda fram till en enhetlig och total uppfattning om hur samhället bäst skall kunna tillgodose människornas önskemål om en framtida hälso- och sjukvård. Inte minst har forskningsberedningens sekreterare professor Bror Rexed anvisat vilken utveckling vi har att vänta och vad denna kan föranleda för samhällsliga ställningstaganden till resursfördelning på vårdsidan. Bl. a. har Rexed markerat att samhällets problem är att förena en teknisk specialisering med en helhetssyn på människan. En administrativ funktion måste till mellan medicin och socialvård.

Ännu några exempel på problematiken bör anföras. Psykologisk och medicinsk behandling kommer att i ökad omfattning tränga sig fram i en progressiv kriminalvård. Det finns goda skäl att hoppas att den framtida utvecklingen skall ge möjlighet att tidigare uppmärksamma uppförandebrottningar av olika slag. De bör då kunna hejdas och tillrättaläggas genom en tidig medicinsk och psykologisk behandling och inte som nu — vilket också Rexed framhållit — genom yttre straffåtgärder. Den alltjämt i många hänseenden rådande primitiva synen på kriminalvården måste enligt vår uppfattning ersättas av den helhetssyn som vi anser nödvändig på den enskilda människans omvårdnad. Uttrycket och begreppet kriminalvård bör försvinna liksom även begreppet sjukvård, som i varje fall borde ändras till ett mer mångfasetterat begrepp under den positivare benämningen hälsovård.

Hela nykterhetsvården är såvitt vi förstår en angelägenhet att lösa för en adekvat hälso- och sjukvårdsorganisation. Omgivningshygien och den allmänna hälsovården över huvud är grenar som borde samordnas med en progressiv vårdorganisation.

Socialpolitiska kommittén har i sitt nämnda slutbetänkande snuddat vid

den hopplösa gränsdragningen mellan åldringssjukvården och åldringsvården. Självfallet har en betydande vinning uppnåtts genom mentalsjukvårdens och kroppssjukvårdens samordning, men samhällets åldringsvårdsproblem ävensom den enskilde åldringens vårdproblem förefaller hittildags knappast ha fått en bättre, total lösning, utan problemen tenderar att bli allt svårare, i synnerhet för den enskilde som lätt kan vållas olägenheter genom olika vårdmyndigheters beslut.

I fråga om gränsdragning mellan de åldringssjuka, de långvarigt sjuka och det klientel som omhändertages av ålderdomshemmen är sjukvårdslagens definition i princip gällande. Det avgörande kriteriet för landstingskommunens vård- och behandlingsansvar är att den sjuke skall vara i behov av sjukhusvård (sjukhemsvård). Med denna gränsdragning kan inte personer som är blinda, döva eller eljest handikappade betecknas som långvarigt sjuka och komma i åtnjutande av landstingets insatser för dessa.

Ålderdomshemmen skall som bekant rätteligen inte ta emot sådana åldringar som är i behov av sjukhus/sjukhemsvård. Väl skall ålderdomshem kunna ge sina åldringar vad som brukar betecknas som god hemsjukvård. 1952 års åldringsvårdsutredning framhöll på sin tid att ålderdomshemmen skall kunna ta hand om långvarigt kroppssjuka, vilkas sjukdom är av sådan art att de under gynnsammare sociala förhållanden hade kunnat vårdas i sina hem.

Vad här i korthet beskrives rimmar inte alltid med de faktiska förhållandena. Onekligen belastas ålderdomshemmen av patienter som bättre kunde omhändertagas antingen inom kroppssjukvården eller mentalsjukvården. Dock måste markeras att ålderdomshemmens ansvar för åldringsvård inte utesluter alla åldringar som drabbas av sjukdom eller åkomma. Tyvärr synes det finnas en tendens hos de för ålderdomshemmen ansvariga att bortse från det faktum att ålderdomshemmets klientel försämrats i takt med utvecklingen i samhället. Ålderdomshemmen har blivit och bör vara mellanled i åldringarnas omhändertagande. De fysiskt och psykiskt kapabla bör bo i det egna hemmet eller i pensionärshem och de sjuka bör vårdas på sjukhus eller sjukhem. Ålderdomshemmen har dock i stor utsträckning fått ett klientel som är fysiskt och psykiskt skröpligt och för vilket det många gånger kan vara svårt att avgöra huruvida det behöver sjukhusvård samt behandling eller enbart vård och tillsyn på ålderdomshem. Härtill kommer givetvis de sociala indikationerna för slutna åldringsvård. De flytande gränserna är inte minst besvärande för den medicinska bedömningen av vilken vårdform som är den lämpligaste i det enskilda fallet. Denna svårighet förstoras genom att vårdformerna för långtidssjuka samt för fysiskt och psykiskt ej fullt kapabla åldringar inte är samordnade under enhetligt huvudmannaskap eller eljest organiserade under fast samverkan.

Gränsdragningsfrågorna är speciellt framträdande inom landstingskommunens hemsjukvård av långvarigt kroppssjuka. Denna öppna långtidsvård har i dag dels patienter som rätteligen borde vårdas på sjukhus (sjukhem), dels sådana som med fördel kan vårdas i den öppna vården. Ett latent öppenvårdsklientel utgör dessutom de sjukhusintagna sjuka, som skulle kunna vårdas inom den öppna vården, om denna kvalitetsmässigt stod högre. Denna grupp är dock obetydlig i jämförelse med antalet i hemmen och på ålderdomshem vårdade sjuka, som borde vårdas på sjukhus. Platsbristen inom långtidsvården har också medfört att ett antal sjuka som borde kunna vårdas på sjukhus vårdas på lasarettens eller mentalsjukhusens akutplatser.

Så länge olika huvudmän uppträder på området utan samordning mellan befintliga och tillkommande resurser finns det anledning befara ökade svårigheter för åldringsvården. Så länge huvudmannskapet för mentalsjukvården, den slutna åldringsvården och vården av långvarigt kroppssjuka är splittrat kan enligt vår uppfattning ingen ändamålsenlig vård åstadkommas för långtidssjuka och det psykiskt skröpliga åldringsvårdsklientelet.

När en total vårdpolitik skall utformas måste därvid också allmänna samhällliga ekonomiska aspekter läggas på de olika vårdformerna och i synnerhet då på hälso- och sjukvården. Det finns anledning att se med nyktra ögon och mindre dramatiskt på vårdproblemen inför perspektivet med allt snabbare stigande omkostnader såväl personellt som penningmässigt. Kostnadsstegringen är ju enorm. Kraven på investeringar och ambitionskrav i övrigt är så höga att särskilt sjukvårdens andel av samhällets kostnader måste följas och bevakas på ett helt annat sätt än tidigare. Det är hög tid att man från statsmakternas sida låter ureda hur hälso- och sjukvården samt socialvården och andra vårdformer i framtiden skall finansieras. Tyvärr torde inte 1961 års sjukförsäkringsutredning kunna ta upp det finansiella och ekonomiska sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkringen, vilket eljest borde vara en naturlig sak att utreda. Härmed menar vi att det borde ligga nära till hands att närmare utreda, om det inte kan vara skäl att i ökad omfattning finansiera hälso- och sjukvård samt annan socialvård försäkringsvägen i stället för skattevägen. Vi avser därmed att det bör kunna prövas huruvida man inte genom en arbetsgivaravgift, analog med den som erlägges till den allmänna försäkringen, i ökad omfattning kan finansiera hälso- och sjukvården samt socialvården. Näringslivet har nämligen som vi ser det genom sina olika åtgärder del i ansvaret för vårdbehovens uppkommande. Några exempel: Viss industri förorsakar bullerskador och omgivningshygieniska skador; rök och gaser kan ge anledning till olika sjukvårdsbehov. Ökat arbetstempo i industrien och på andra arbetsplatser förorsakar stress och andra skador, vilka kräver vård. Bilindustriens långsamhet att göra bilarna bättre säkerhetsrustade

bidrar till att många fortfarande drabbas av onödiga skador vid bilolyckor. Tobakens och alkoholens skadeverkningar skall här icke heller förglömmas.

Näringslivet bör följaktligen direkt vara med och ersätta samhället för dess kostnader att tillgodose den enskilda människans vårdbehov, för vilkas uppkomst näringslivet i så stor omfattning är ansvarigt. Vidare bör också självfallet kunna prövas om direkta avgifter för olika vårdformer skall införas i annan omfattning än f. n., ävensom i vad mån staten skall bära kostnader för olika vårdformer, särskilt sjukvården, därest desamma blir föremål för ökad insyn och kontroll i fråga om planering, investeringar o. d.

Med stöd av vad ovan anförts får vi hemställa,

att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte anhålla om en parlamentarisk utredning rörande utformandet av en samhällets totala vårdpolitik för den enskilda människans vård och omhändertagande,

att därvid särskilt frågan bör prövas om införandet av ett enhetligt vårdhuvudmannaskap och att utredningen i fråga skyndsamt bör pröva ett gemensamt huvudmannaskap för den slutna åldringsvården och åldringssjukvården, samt

att finansieringen av samhällets olika vårdformer blir föremål för utredningens prövning och att därvid särskilt frågan om en arbetsgivaravgift till hälso- och sjukvårdens finansiering beaktas.

Stockholm den 18 januari 1967

Paul Jansson (s)

Nils Hjorth (s)

Maja Nilsson (s)

Tage Johansson (s)