

Nr 299

Av herr Wedén m. fl., angående hälso- och sjukvården.

(Lika lydande med motion nr 228 i Första kammaren)

Den svenska trygghetspolitiken uppvisar fortfarande många brister. Det finns besvärande luckor, det finns många människor som lever i nöd och otrygghet. Inte minst situationen på hälso- och sjukvårdens område ger anledning till både oro och kritik. Från folkpartiets sida har framhållits vikten av en successiv förstärkning av resurserna och att denna utbyggnad måste ske på grundval av en långsiktig och samordnad planering.

En betydande utveckling har under senare år ägt rum inom hälso- och sjukvårdens område. Vi har fått större och mera differentierade vårdresurser, vi har fått mera och bättre utbildad personal. Samhällets kostnader har också stigit. Sålunda ökade kostnaderna för sjukvården under perioden mellan 1950 och 1965 från 720 milj. kr. till 4 750 milj. kr.

Samtidigt måste vi emellertid konstatera att resurserna ändå inte räcker till. Utbyggnaden har skett ojämnt och utan någon fast genomtänkt plan. Läget är skiftande inom olika sektorer och inom skilda delar av landet. Inom vissa sektorer och inom vissa landstingsområden börjar läget bli relativt tillfredsställande, men på de flesta håll måste människor stå i kö för att få vård. Vårdköer och väntetider kännetecknar i alltför hög grad den svenska sjukvårdens läge. Samtidigt finns det utnyttjade vårdplatser. Sjukhusavdelningar representerande flera hundra miljoner kronor i investerat kapital står utnyttjade på grund av brist på personal, främst sjuksköterskor. Beläggningen på lasaretten uppgår i medeltal till endast 74 procent. Detta är en alltför låg siffra. Det kan accepteras att ett visst antal platser inte utnyttjas på grund av reparationer, ombyggnad, »vädring» etc., men det är inte försvarligt att så många platser står tomma till följd av personalbrist och otillfredsställande planering. Paradoxalt nog kan många platser stå tomma, samtidigt som många människor står i kö eller ligger i sjukhuskorridorer. Vi måste också komma fram till en sådan organisation av den totala sjukvården att vårdplatserna på våra sjukhus utnyttjas av patienter som verkligen behöver just ifrågavarande typ av sjukhusvård. Olika undersökningar har visat att inte mindre än 20—25 procent av inneliggande patienter på akutsjukhus inte medicinskt sett har behov av sådan sjukvård. En huvudorsak härtill är att vårdresurser inom öppen vård

och långtidsvård inte finns tillgängliga. Detta är otillfredsställande från såväl socialmedicinska som ekonomiska utgångspunkter.

Efterfrågan på sjukvård i olika former har väsentligt ökat under senare år. Vi måste också räkna med en fortsatt ökning. Det finns visserligen en del faktorer i samhällsutvecklingen som tenderar att minska behovet av socialvård och sjukvård — stigande standard, bättre kost och bostäder, ökad fritid samt utbyggd hälsovård och förebyggande vård — men samtidigt finns andra faktorer — såsom ökad medellivslängd, stigande krav, stress och ökad giftkonsumtion — vilka tenderar att öka behovet av vård. Det finns en rad sjukdomar, fysiska och psykiska, som står i direkt samband med vår höga ekonomiska och tekniska standard och ändrade sociala förhållanden. De typiska vällivnadssjukdomarna breder ut sig: hjärt- och kärlsjukdomar, gallsten, fetma, karies etc. De faror som ligger i en eftersatt miljövård tränger alltmer i förgrunden. Ett enda exempel kan nämnas: Vi måste framför allt i storstäderna räkna med en stigande frekvens av kronisk bronkit på grund av det svavel som regnar ned från tusentals skorstenar.

Hälso- och sjukvården har — trots den utveckling som ägt rum — inte varit rustad att möta de växande kraven. Utbyggnaden har i alltför många fall kommit för sent och varit otillräckligt samordnad. Det är därför — såväl med hänsyn till det i många fall krisartade nuläget som med hänsyn till de förväntade framtida behoven — nödvändigt att nu i större omfattning än hittills satsa på planering, samordning och rationalisering inom hälso- och sjukvården. Besluten att inrätta en ny central förvaltningsmyndighet inom socialvårdens samt hälso- och sjukvårdens område — socialstyrelsen — och att inrätta ett nytt planerings- och rationaliseringsinstitut — SPRI — är värdefulla steg i denna riktning, likaså den utbyggnad av en sammanhållande och planerande sjukvårdsadministration som pågår inom landstingskommunerna. Vi finner det emellertid motiverat att därutöver nu tillsätta ett par utredningar med uppgift att skyndsamt överväga de angelägna planerings-, prioriterings- och samordningsfrågorna inom hälso- och sjukvårdens område. I denna motion behandlar vi olika frågor rörande hälso- och sjukvårdens personella och organisatoriska läge samt hälso- och sjukvårdens struktur och inriktning. I en annan motion har vi behandlat olika frågor förande den psykiska folkhälsan.

Personalsituationen

Personalsituationen är huvudorsaken till det krisartade läget inom många vårdområden. Alltför många redan utbildade är av olika anledningar inte i tjänst. Det utbildas också fortfarande för litet sjukvårdspersonal. Vi har i Sverige relativt sett färre läkare än de flesta andra utvecklade länder. Enligt tillgänglig WHO-statistik från 1964 hade endast några få länder i Europa — Albanien, Finland, Jugoslavien och Portugal — färre läkare per invånare än Sverige, medan de flesta länder hade avsevärt flera läkare och

några länder — t. ex. Sovjetunionen — hade nästan dubbelt så många läkare per invånare som Sverige. Många läkartjänster är också vakanta eller tillsatta med icke legitimerade läkare. Inom den psykiatriska vården är endast två tredjedelar av antalet tjänster tillsatta med legitimerade läkare. Även inom den öppna vården är många läkartjänster vakanta. Som exempel kan nämnas att våren 1967 fanns i Norrbottens län 25 vakanser av 42 provinsialläkartjänster, i Västerbottens län 17 vakanser av 41 tjänster, i Väster-norrlands län 18 vakanser av 46 tjänster, i Jämtlands län 8 vakanser av 27 tjänster och i Gävleborgs län 16 vakanser av 38 tjänster. Vidare kan nämnas att nästan 1 000 av alla sjukskötersketjänster är vakanta.

Dessutom bör framhållas att bristen på sjukvårdspersonal, särskilt läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor och kuratorer, egentligen är större än vad som framgår av tillgänglig statistik. Man måste nämligen ta hänsyn till det antal tjänster som skulle ha inrättats om man inte på grund av den otillräckliga tillgången på personal avstått därifrån.

Under senare år har beslutats om utbyggnad av utbildningskapaciteten inom olika vårdområden. Med hänsyn till den långa utbildningstiden för vissa personalkategorier dröjer det emellertid åtskilliga år innan en beslutad utbyggnad ger resultat i form av ökad tillgång på utbildad arbetskraft. Utbyggnaden har inte heller gått tillräckligt snabbt. Redan i slutet av 1950-talet konstaterades att minst 4 000 nya sjuksköterskor borde årligen utbildas om vi till mitten av 1970-talet skulle kunna avskaffa sjuksköterskebristen. Antalet antagna elever i sjuksköterskeskolor är emellertid f. n. endast ca 2 700. Sjuksköterskebristens omfattning har också i stort sett varit konstant under hela 1960-talet, och för vissa personalkategorier — t. ex. sjukgymnaster — har bristen t. o. m. ökat.

Det behövs nu en serie snabbt insatta åtgärder för att förbättra personalsituationen inom vårdområdena. Som exempel på åtgärder vill vi nämna följande.

1. Fortlöpande undersökningar för att kartlägga orsakerna till att sjukvårdspersonal inte är i aktiv tjänst och lämpligt avpassade åtgärder för att stimulera hemmavarande sjuksköterskor, sjukgymnaster, kuratorer m. fl. att återgå till yrkesarbete. Som exempel kan nämnas inrättande av flera deltidstjänster, förbättrade arbetstider, utbyggd barntillsyn och familje- och boendeservice samt reformerat skattesystem.

2. Ett ökat antal reaktiveringskurser. Arbetsmarknadsstyrelsen bör dessutom få i uppdrag att undersöka hur man lämpligen bör stimulera bristyrkesutbildning inom vårdområdena.

3. Ökad uppmärksamhet åt problem rörande arbetsfördelningen inom vårdområdena så att utbildad personal får syssla med uppgifter för vilka den är utbildad. Som exempel kan bl. a. nämnas förbättrade resurser för skrivhjälp åt läkare. Sjukvårdspersonalens arbetsvillkor måste också uppmärksammas mera. Det kan exempelvis inte vara rimligt att utbildade sjuk-

sköterskor används för matdistribution, diskning etc. Sålunda kan ändrade arbetstidsscheman och semesterplaner betyda mycket för rekrytering och behållande av personal. Antalet stängda avdelningar under sommarmånaderna skulle kanske kunna reduceras om semesterspridning stimuleras genom att semestern förlängs om den tas ut vid annan tid på året.

4. En fortsatt utbyggnad av utbildningskapaciteten för olika personal-kategorier, främst för sjuksköterskor, men också för läkare, tandläkare, sjukgymnaster, socionomer, tandhygienister och landsköterskor. Beträffande sjuksköterskeutbildningen har skolöverstyrelsen räknat med att antalet elevplatser 1972 skulle uppgå till 3 800. Vi finner det vara angeläget att ett platsantal om 4 000 kan uppnås tidigare.

I fråga om läkarutbildningen bör erinras om att nuvarande planeringsperiod utgår i och med 1969/70. Det är angeläget att nu planera för en ytterligare ökning av utbildningskapaciteten för läkarutbildningen. Förslag här-om bör snarast föreläggas riksdagen. Vi vill särskilt framhålla att en väg att minska den särskilt 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. Likaså bör förslag snarast framläggas om utbyggnad av sjukgymnastutbildningen. Vi vill erinra om att redan i en utredning 1962 föreslogs att sjukgymnastutbildning skulle startas i Uppsala och Umeå. Så har emellertid ännu inte skett.

5. En ökad insats från yrkesvägledningarnas sida för att intressera unga människor för vårddyrkena. Det är bl. a. av flera skäl angeläget att i större utsträckning rekrytera manlig personal till vårddyrkena. Vi har i en annan motion begärt att arbetsförmedlingen, i första hand yrkesvägledningen, förstärks med 20 tjänster utöver vad inrikesministern föreslagit.

6. Olika åtgärder för att stimulera ökad rekrytering av läkare och annan vårdpersonal till sådana vårdområden som har särskilt uttalad brist, framför allt inom den psykiatriska vården.

7. Utbildning av sjukvårdsadministratörer på olika nivåer och inom olika områden inom hälso- och sjukvården. De fortbildningskurser som planeras vid den nordiska hälsovårdshögskolan är otillräckliga. Det är angeläget att snabbt få i gång utbildning och forskning i sjukvårdsadministration. Detta kan lämpligen ske genom samverkan mellan universitet, tekniska högskolor, handelshögskolor och socialhögskolor.

Detta är endast som exempel. En särskild utredning bör få i uppgift att skyndsamt utreda och framlägga förslag rörande åtgärder som på både kort och lång sikt kan leda till en förbättrad personalsituation inom vårdområdena.

Staten svarar för viktiga delar av personalutbildningen inom vårdområdena: läkare, tandläkare, kuratorer, sjukgymnaster, barnmorskor etc. Det är därför en viktig uppgift för statsmakterna att tillse att utbildningskapa-

cileten dimensioneras så att nuvarande krissituation snabbt kan övervinnas. Landstingen och kommunerna svarar för andra viktiga områden, framför allt sjuksköterskeutbildningen. Det är viktigt att sjukvårdshuvudmännen så snabbt som möjligt förstärker utbildningsresurserna, en förstärkning som måste vara en god investering då den möjliggör ett effektivare utnyttjande av tillgängliga vårdresurser. Statens uppgift på detta område är att samordna och stimulera denna utbyggnad.

Rationalisering

Sjukvårdskrisen är i hög grad en organisationskris. Trots de betydande summor som numera investeras inom hälso- och sjukvårdens område har rationaliseringsfrågorna först under senare år tillmätts väsentlig betydelse. Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut — SPRI — har nyligen startat sin verksamhet, och detta institut har utomordentligt viktiga uppgifter. Det är därför angeläget att institutet tillförs tillräckliga resurser för att kunna genomföra det omfattande planerings- och rationaliseringsarbete som slår på programmet för de närmaste åren.

Vi vill särskilt peka på några problem som är angelägna att omedelbart uppmärksamma. Vi kan under de närmaste åren vänta oss betydande förändringar i fråga om hälso- och sjukvårdens funktion och struktur. Sjukdomspanoramata ändras. Socialförsäkringarna och andra delar av socialpolitiken byggs ut. I aktuell debatt har under senare tid framförts skiftande meningar om sjukhusbyggandets inriktning, om avvägningen av resurserna mellan öppen vård och slutna vård. Från vissa håll har hävdats att vi bör vara mera återhållsamma med att bygga nya vårdplatser inom akutsjukvården och i stället ytterligare prioritera långtidsvården. Med tanke på de betydande investeringar som modernt sjukhusbyggande innebär är det angeläget att dessa frågor snarast blir föremål för mera ingående överväganden. Vi vill i detta sammanhang erinra om att vi tidigare framhållit att SJURA bör få i uppgift att utforma ett modellsjukhus till gagn för framtida sjukhusbyggande. Denna uppgift bör nu i stället utföras av SPRI.

Även en lösning av andra problem, som ofta betraktas som mindre väsentliga men som för de många berörda människorna framstår som betydande irritationsmoment, kan medföra avsevärda förbättringar inom hälso- och sjukvården. Som exempel vill vi nämna en sådan utformning av sjukhusorganisationen att köer vid mottagningar, polikliniker etc. kan undvikas och att det interna sjukvårdsarbetet genom bättre samordning kan göras snabbare och effektivare. Bland annat bör i detta syfte en ökad användning av datatekniken inom sjukvårdsadministrationen prövas. De långa väntetiderna betyder ekonomiska förluster både för den enskilde och för samhället och verkar dessutom irriterande på allmänhetens kontakter med sjukvården.

Öppen vård

Den svenska sjukvårdens läge kan karakteriseras så att vi har en relativt väl utvecklad slutna vård men en mindre utvecklad öppen vård. Detta medför ökat tryck på den slutna vården.

Den förebyggande hälso- och sjukvården måste ägnas ökat intresse, lika så rehabilitering och arbetsvård samt skyddad sysselsättning. I takt med en förbättrad tillgång på vårdpersonal av olika kategorier bör hälsokontrollverksamheten byggas ut. Man bör i första hand satsa på riktade hälsoundersökningar för att tidigt spåra upp och avhjälpa sjukdomstillstånd. Vi vill särskilt peka på värdet av cytologprov för att spåra upp underlivscancer. Dessa prov har sparat åtskilliga liv. En utbyggnad av denna verksamhet kräver ökad utbildning av cytologer och cytologassistenter.

Som andra inslag i den öppna vården vill vi framhålla utbyggnaden av flerläkarstationer, försedda med läkare och sjuksköterskor, laboratoriebiträden, sjukgymnaster och kontorspersonal. Likaså utgör läkarhusen ett värdefullt komplement till sjukhusens öppna vård, och de bör därför stimuleras från samhällets sida. Sjukvårdscentraler kan inom hälso- och sjukvårdens område få samma betydelse som barnvårdscentraler nu har inom barnvården. En ökad användning av dagvård — inrättande av patienthotell eller liknande — bör också stimuleras.

Det är angeläget att vid den förestående reformeringen av läkarutbildningen beakta denna starkare inriktning mot öppen vård. Större vikt bör i utbildningen läggas vid socialmedicin och psykiatri.

Ett annat angeläget önskemål är en reformering av sjukförsäkringen så att den öppna vården inte missgynnas så som nu är fallet. Sjukhusvården är f. n. för försäkrade kostnadsfri — dock görs en reduktion av sjukpenningen med 5 kr. per dag — medan patienter inom öppen vård själva får bekosta en inte oväsentlig del av läkarens arvode, laboratorieprov, sjukgymnastik, röntgen och medicin. Detta gäller också efter den senaste höjningen av återbäringstaxan.

Långtidsvård

Den betydande förändring av vår befolknings åldersstruktur som nu pågår medför ökade krav på sjukvården. Vi får allt flera åldringar. Sålunda beräknas antalet personer över 67 år öka från ca 750 000 år 1960 till ca 1 250 000 år 1980. Härtill kommer att sjukvårdsbehovet hos åldringarna av naturliga skäl är större. Läkarprognosutredningen räknade med att sjukvårdsbehovet hos en 70-åring är fyra gånger så stort som i åldrarna under 30 år. Eftersom sjukdomarna också är mera svårartade och långvariga är behovet av vårdplatser ungefär tio gånger så stort som för personer i yngre åldrar.

Sedan några år pågår en betydande utbyggnad inom långtidsvården och

åldringsvården. Enligt de utbyggnadsplaner som nu finns torde antalet vårdplatser inom långtidsvården år 1970 uppgå till 38 000—40 000 och antalet platser på ålderdomshemmen öka till 58 000—60 000. Det innebär att det sammanlagda platsantalet inom långtidsvård och åldringsvård under 1960-talet ökar med 30 000—35 000. Likväl medför denna utbyggnad — med tanke på den snabba ökningen av antalet åldringar under samma period — inte någon avgörande förbättring av vårdsituationen. Också i början av 1970-talet måste vi räkna med värdköer inom långtidsvård och åldringsvård. Det är därför viktigt att utbyggnaden av den öppna åldringsvården och hemsjukvården ytterligare intensifieras.

Huvudmannaskapet för långtidsvård och åldringsvård har vid flera tillfällen behandlats i riksdagen. Från många håll har framförts att splittringen medför påtagliga olägenheter. Socialpolitiska kommittén gick i sitt slutbetänkande tyvärr inte närmare in på frågan om huvudmannaskapet. Denna fråga bör nu närmare utredas; den är av största betydelse inför planeringen av 1970- och 1980-talens sjukvård och socialvård.

Sammanfattning

Den svenska hälso- och sjukvården har byggts ut under senare år, men ändå måste situationen i flera avseenden betecknas som krisartad. Det behövs en rad olika åtgärder för att komma till rätta med problemen. Som framhålls i Gunnar och Maj-Britt Inghes bok »Den ofärdiga välfärden» är det emellertid i hög grad fråga om planering och prioritering i synnerhet på personalområdet. Sålunda konstaterar makarna Inghe bl. a.: »Vårdorganisationens brister sammanhänger utan tvivel delvis med bristande förutseende och planering. Det största problemet är emellertid personalbristen — — —.» För att möta den växande efterfrågan på vård i skilda former måste därför ökad uppmärksamhet ägnas planerings-, prioriterings- och rationaliseringsfrågorna.

Genom tillkomsten av nya socialstyrelsen och SPRI har vi fått större förutsättningar för sådan verksamhet. Under 1967 har också genomförts en omfattande planeringsenkät inom sjukvårdsområdet. Huvudvikten i denna enkät har lagts vid personalbehov och utbildningskapacitet, och avsikten har varit att skapa en bild av dagens läge och av utvecklingen fram till 1970. Denna enkät kommer självfallet att utnyttjas i de ansvariga myndigheternas arbete. Den kan också utgöra ett värdefullt underlag för de parlamentariskt förankrade utredningar som enligt vår mening nu bör tillsättas med uppgift att skyndsamt överväga dels olika frågor rörande hälso- och sjukvårdens struktur och inriktning — avvägningen mellan öppen vård och olika former av sluten vård, huvudmannaskapet för långtidsvård och åldringsvård m. m. — dels olika frågor rörande personalsituationen inom hälso- och sjukvården — personalbehov och personaltillgång,

utbildningskapacitet, personalutnyttjande etc. Den sistnämnda utredningen bör särskilt överväga vilka snabbt verkande åtgärder som kan medverka till en skyndsam lösning av sjukvårdskrisen.

Med hänvisning till det anförda hemställer vi,

1. att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte föreslå tillsättandet av en parlamentarisk utredning med uppgift att utreda och framlägga förslag rörande hälso- och sjukvårdens struktur och inriktning — avvägningen mellan öppen vård och olika former av sluten vård, huvudmannskapet för långtidsvård och åldringsvård m. m.,

2. att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte föreslå tillsättandet av en parlamentarisk utredning med uppgift att utreda och framlägga förslag rörande personalsituationen inom hälso- och sjukvården — personalbehov och personaltillgång, utbildningskapacitet, personalutnyttjande etc.,

3. att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t begär förslag om ökad utbildningskapacitet för läkarutbildningen, samt

4. att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t begär förslag om ökad utbildningskapacitet för sjukgymnastutbildningen.

Stockholm den 24 januari 1968

Sven Wedén (fp) Cecilia Nettelbrandt (fp) Ingemar Mundebo (fp)

Daniel Wiklund (fp) Sven Antby (fp) Henning Gustafsson (fp)

Elias Jönsson (fp)

Bertil Ohlin (fp)

i Ingemarsgården