

Nr 126

Av herr Hedlund m. fl., om en allmän hälsovårdsupplysning.

(Lika lydande med motion nr 105 i Första kammaren)

En god folkhälsa är av grundläggande betydelse för en sund samhällsutveckling och förutsätter att effektiva åtgärder kontinuerligt vidtas från samhällets sida på bl. a. hälsovårdens, sjukvårdens och socialvårdens område. Det ligger därför i samhällets intresse att med alla medel söka förbättra och vidmakthålla medborgarnas fysiska och psykiska hälsotillstånd och att samtidigt söka skapa så goda miljöförhållanden som möjligt.

De successivt ökade allmänna sjukvårds- och socialvårdskostnaderna är ett uttryck för de ansträngningar som samhället under de senaste decennierna gjort för att minska sjukledigheten, invaliditeten och dödligheten och därmed höja vår produktionsförmåga och levnadsstandard. De sammanlagda nettokostnaderna på hälso- och sjukvårdens område sedan år 1960 beräknas för statens, landstingens, de landstingsfria städernas och försäkringskassornas del ha stigit till det tredubbla eller från ca 2,4 miljarder kr. år 1960 till 7—8 miljarder kr. år 1968.

Vårt land har per befolkningsenhet det högsta procentuella antalet vårdplatser i Europa. Vårdkostnaderna har emellertid stigit kontinuerligt och uppgår till nära 200 kr. per dygn och vårdplats. Denna ökning uppgår f. n. till i genomsnitt 15—20 procent per år och visar ingen tendens att minska.

När det gäller samhällets direkta och indirekta kostnader för arbetsoförmåga genom sjukdom, olycksfall och invaliditet är det inte möjligt att kunna ange några exakta uppgifter. På grundval av försäkringskassornas redovisning och annat tillgängligt material kan antalet sjukpenningdagar år 1967 uppskattas till ca 84 miljoner. Nära en och en halv miljon medborgare (studerande och pensionärer) saknar därtill ännu sjukpenning. Om den genomsnittliga dagsinkomsten beräknas så lågt som till 50—60 kr. per person, skulle det aktuella produktionsbortfallet motsvara omkring 5 miljarder kr. per år.

Vid en värdering av vårt allmänna hälsotillstånd bör emellertid även medräknas fysiska och psykiska indispositioner som inte ger anledning till sjukansökan men som ändå periodvis kan minska arbetsprestationen rätt väsentligt hos ett stort antal människor i de produktiva åldersgrupperna. Den »dolda» partiella nedsättningen av arbetskapaciteten kan naturligtvis inte direkt mätas eller värderas. Om man emellertid skulle utgå från att ca 5

miljoner vuxna, arbetsföra medborgare av fysiska eller psykiska skäl minst en arbetsdag per månad skulle ha arbetsförmågan nedsatt till 50 procent utan att sjukanmäla sig, skulle detta med ovannämnda genomsnittliga dagsinkomst av 50—60 kr. innebära ett produktionsbortfall av omkring 1,5 miljard kr. per år. Med dessa preliminära beräkningar skulle man komma upp till ett sammanlagt produktionsbortfall på grund av ohälsa av skilda slag av omkring 6—7 miljarder kr. per år.

Bortsett från dessa ekonomiska konsekvenser av vårt nuvarande allmänna hälsotillstånd måste sjukvården och socialvården på sina håll f. n. arbeta under trycket av en större efterfrågan på snabba och effektiva vårdinsatser än vad de begränsade resurserna i fråga om personal och material medger. De oroande direkta och indirekta kostnadsökningarna för vår sjukvård och socialvård och de begränsade personella och materiella resurserna på dessa områden gör det därför nödvändigt att i den framtida planeringen väsentligt större uppmärksamhet än hittills ägnas åt förebyggande hälsovårdsåtgärder, bl. a. i form av en allmän hälsovårdsinformation. För att dessa åtgärder inom rimlig tid skall kunna ge önskad effekt krävs en hel rad samordnade forskningsinsatser, utredningar och administrativa åtgärder m. m. på bl. a. det medicinska, psykologiska, sociologiska, tekniska och pedagogiska området. Genom fortlöpande analysering och värdering av våra hälsovårdsförhållanden i en vidare mening bör insatserna och kostnaderna för vår hälsovård, sjukvård och socialvård lättare kunna avvägas på ett sådant sätt att de främjar uppnåendet och vidmakthållandet av en så god folkhälsa som möjligt.

Under senare år har ett successivt tilltagande intresse för en allmän hälsovårdsinformation kunnat förmärkas inom skolväsendet, dags- och veckopressen, radio och TV, hälso- och sjukvården m. m. Inom förutvarande medicinalstyrelsen och nuvarande socialstyrelsen har hälsoupplysningen ägnats allt större uppmärksamhet, bl. a. genom tillkomsten av en hälsovårdsupplysningsdelegation (HVUD), med en hälsoupplysningspanel, representerande ett stort antal myndigheter och organ som på olika sätt kan bidra till utvecklingen på detta område. Statens institut för folkhälsan har också bedrivit viss allmän hälsoupplysning som i första hand varit inriktad på kostfrågor. Även inom länsläkarorganisationen och landstingen har man under senare år börjat planera för en utökad allmän hälsoupplysning. I detta sammanhang bör också nämnas frivilligorganens (idrottsrörelsens och de ideella föreningarnas) betydelsefulla arbete för en bättre folkhälsa.

Även om det redan utträttats mycket på hälsoupplysningens område både genom statliga, kommunala och enskilda initiativ, återstår ännu mycket att göra inom denna form av förebyggande hälsovårdsverksamhet. Hälsoupplysningen måste få en väsentligt bredare och djupare förankring i samhället och den måste genomföras kontinuerligt och systematiskt om den skall kunna ge önskad effekt. Den måste också bli en naturlig och gemensam angelägenhet för hela vårt samhälle. Då flertalet samhällsfunktioner på ett eller

annat sätt är starkt beroende av medborgarnas hälsotillstånd, bör det sålunda vara ett allmänt önskemål att alla samhällsorgan genom samordnade hälsofrämjande åtgärder kan aktivt medverka till att avlasta sjukvården och socialvården så mycket som möjligt.

Men även den enskilda medborgaren måste kunna aktivt engageras i ett samarbete för en sund folkhälsa. Det bör vara en självklar rättighet för alla medborgare att genom samhällets försorg få inhämta goda grundläggande kunskaper i personlig hälsovård i en vidare bemärkelse. Genom en kontinuerlig hälsouppllysning och hälsofostran måste alla medborgare göras medvetna om att de har ett gemensamt ansvar för vår folkhälsa. De måste också på allt sätt få samhällets stöd när det gäller att själva söka uppnå och bevara en god hälsa. De måste med andra ord få en hjälp till självhjälp. Den genomsnittliga goda utbildningsnivån i vårt land underlättar i hög grad möjligheterna att kunna etablera ett aktivt samarbete på hälsovårdens område mellan de enskilda medborgarna och samhällets olika organ.

När det gäller ett nedsatt hälsotillstånd, på grund av t. ex. vissa övre luftvägsinfektioner, rubbningar i matsmältningsorganens funktion (i form av magkatarr eller förstoppning), fetma, järnbrist, konsumtion av tobak, alkohol, vissa läkemedel och stimulantia, psykosomatiska rubbningar, stress etc. till följd av mentalhygieniska brister, torde hälsotillståndet hos ett stort antal medborgare kunna påverkas i gynnsam riktning genom jämförelsevis enkla informationsåtgärder under förutsättning att dessa är sakligt underbyggda och systematiskt genomförda och vederbörande kan uppfatta dem som välmotiverade. Detta gäller säkerligen i lika hög grad många former av rent förebyggande hälsovårdsinformation, häri inbegripet information om första hjälpen vid t. ex. olycksfall.

En målmedveten och samordnad hälsouppllysning och hälsofostran måste vara anpassad till olika ålders- och yrkesgruppers speciella förutsättningar och behov. Den måste likaså baseras på goda kunskaper om sambandet mellan orsak och verkan när det gäller olika grader av hälsa och ohälsa liksom om lämpligaste sättet att förmedla dessa kunskaper till allmänheten. Vi har emellertid ännu i många hänseenden otillräckliga kunskaper för att kunna bedriva en saklig och effektiv hälsouppllysning på alla områden som vi skulle önska. Vi behöver därför ökade forskningsinsatser på medicinska, socialmedicinska, sociologiska, psykologiska och många andra områden.

Vi vet ännu alltför litet om de olika medborgargruppernas kunskaper på hälsovårdens olika områden och om de faktorer som påverkar våra levnadsvanor i ena eller andra riktningen. Vi vet inte heller vad en kontinuerlig, metodisk och bred hälsouppllysning på längre sikt ger för effekter för sjukvårdens och socialvårdens del eller för samhället i övrigt. Vi måste veta mera om på vad sätt hälsouppllysningen bäst kan påverka medborgarnas attityder och beteenden i önskad riktning. Psykologiska och motivationsfrämjande faktorer i övrigt spelar säkerligen en betydelsefull roll när det gäller att

stimulera medborgarnas självbevarelseinstinkt och solidaritetskänsla så att deras levnadsvanor härigenom får en mera hälsovänlig inriktning. Erfarenheterna av hittillsvarande upplysningsverksamhet i kostfrågor, tobaksfrågor, alkoholfrågor och trafiksäkerhetsfrågor m. m. bör här kunna tjäna till god vägledning.

Hälsoupplysningen måste syfta till att ge ökade kunskaper på en hel rad områden av väsentlig betydelse för den enskilda människan, såsom t. ex. om personlig hygien, sjuk- och olycksfallsvård (första hjälpen), förgiftningar, kostfrågor, läkemedel och stimulantia, mentalhygien, arbetsmiljö, vila, motion och fritidsverksamhet. Hälsoupplysningen måste i första hand bedrivas inom samhällsfunktioner som har en nyckelställning när det gäller att lätt kunna nå och påverka den enskilda människan, nämligen i familjen, i skolan, i militärtjänsten, i arbetslivet, inom hälsovården, sjukvården, socialvården och genom massmedierna. Men även andra verksamhetsområden har här stor betydelse, t. ex. idrottsrörelsen och friluftslivet i övrigt, naturvården, frivilligorganens verksamhet m. m. Det är nödvändigt att nyckelpersoner inom här nämnda samhällsfunktioner — föräldrar, lärare, personal och arbetsledare, läkare, tandläkare, sjuksköterskor, journalister, övrig mediapersonal, ungdomsledare m. fl. — stimuleras till en positiv attityd till den personliga hälsovårdens stora betydelse och på så sätt aktivt kan medverka inom hälsoupplysningen.

När det gäller att på bästa sätt kunna planera, organisera, samordna, integrera och genomföra en effektiv och långsiktig hälsoupplysning inom de olika samhällsfunktionerna på alla nivåer måste emellertid en hel rad frågor närmare klarläggas, studeras och utredas. Det gäller bl. a. möjligheterna till en kartläggning av informationsbehovet inom samhällets olika verksamhetsområden, prioriteringen av informationsverksamheten alltefter det aktuella informationsbehovet och tillgängliga informationsresurser, insamlingen av nödvändigt informationsunderlag, initieringen och genomförandet av viktiga medicinska och andra forskningsprojekt av väsentlig betydelse för hälsoupplysningen, informationens utformning med hänsyn till olika ålders- och yrkesgruppers förutsättningar och behov, framställningen och distributionen av erforderligt informationsmaterial samt slutligen en värdering av informationsresultatet. Olika kostnadsfrågor sammanhängande med en kontinuerlig och samordnad hälsoupplysning måste också utredas, liksom frågan om hur hälsoupplysningsverksamheten bäst bör fördelas på och samordnas mellan statliga, kommunala och andra organ på olika samhällsnivåer. En parlamentarisk kommitté bör få i uppgift att skyndsamt verkställa utredning av frågorna angående hälsoupplysning och hälsofostran.

Med hänvisning till det anförda hemställas,

att riksdagen hos Kungl. Maj:t måtte anhålla om utredning för att

a) dels kartlägga behovet av och förutsättningarna för en samordnad och systematiskt genomförd allmän hälsoupplýsning och hälsofostran,

b) dels framlägga förslag angående hälsoupplýsningens innehåll, utformning och organisation, allt i syfte att skapa bättre förutsättningar för en aktiv medverkan från alla samhällsorgans och alla vuxna medborgares sida när det gäller att söka förbättra vår folkhälsa och samtidigt i möjligaste mån söka avlasta sjukvård och socialvård.

Stockholm den 21 januari 1969

<i>Gunnar Hedlund (cp)</i>	<i>Lars Eliasson (cp)</i> i Sundborn	<i>S. G. W. Wahlund (cp)</i>
<i>John Eriksson (cp)</i> i Bäckmora	<i>Johannes Antonsson (cp)</i>	<i>Nils G. Hansson (cp)</i> i Skegrie
<i>Sven Vigelsbo (cp)</i>	<i>Gunnar Larsson (cp)</i> i Luttra	<i>Thorbjörn Fälldin (cp)</i>

Nr 127

Av fru Holmqvist och fröken Sandell, om *bosättningslån till handikappade*.

Alltsedan budgetåret 1961/62 kan invalidbostadsbidrag för särskild inredning av invalidbostäder utgå enligt bestämmelser i lånekungörelsen. Sådant bidrag avser att bereda invalider tillgång till större lägenhetsutrymme och en i övrigt för rörelsehindrade personer nödvändig bostadsstandard.

Denna form av hjälp till de handikappade har hälsats med tillfredsställelse, och antalet lägenheter har ökat år från år. För många är dock inflyttningen i dessa bostäder förenad med stora kostnader, emedan möbler och andra inventarier måste anskaffas för att den handikappade verkligen skall kunna tillgodogöra sig den bättre bostadsstandarden. I allmänhet är förtidspensionen den enda inkomsten, och vi anser att den handikappades situation inför lägenhetsbyte och bosättning kan vara att jämföra med unga människors — eller kanske är betydligt sämre — varför det förefaller vara motiverat att öppna möjligheter för de handikappade, såväl ensamstående som gifta, att kunna erhålla det statliga bosättningslånet. En sådan låneförmån skulle vara ett behövt komplement till övriga hjälpformer för att ge handikappade känslan av jämställdhet med övriga medborgargrupper.