

# Motion till riksdagen

1988/89:Sf277

av Bengt Westerberg m.fl. (fp)

Sjukvården

---

## Inledning

Det drastiska beslutet att neka äldre människor strålbehandling vid Radiumhemmet i Stockholm skakade om Sverige under några veckor våren 1988. Denna, och andra händelser, ledde till att 1988 blev det år då oron för svensk sjukvårds framtid fick en bred spridning.

Hälso- och sjukvårdens främsta syfte är att förebygga sjukdom och lidande, och — när människor ändå blir sjuka — att bota, lindra, stödja och trösta.

Sjukvården skall ges en sådan utformning att den är tillgänglig för alla — oavsett inkomst och samhällsställning — samtidigt som den enskilde har stora möjligheter att välja vårdgivare. En väl fungerande sjukvård är en av hörnpelarna i välfärdsstaten.

I Sverige har vi en sjukvård av hög klass. Men det finns också uppenbara brister. Några exempel på dessa är att patienter möter olika personer vid varje besök, att personalpolitiken är otillräcklig och leder till svårigheter att rekrytera och behålla personal, att köerna är långa, att möjligheterna för människor att välja är små, att otillräcklig hänsyn tas till den personliga integriteten och att resurserna brister.

Sjukvårdens problem uppstod inte förra året. Folkpartiet har länge pekat på bristerna och föreslagit åtgärder. Vi framför i denna motion en rad förslag för att förbättra svensk sjukvård. Några av de mest angelägna sammanfattas här.

## Kapa köerna

Köerna innebär ett enormt mänskligt lidande och måste kapas. Det kräver en effektivare användning av befintliga resurser och att även privata vårdgivare får möjlighet att medverka. Men det kräver också ytterligare resurser. Folkpartiet vill avsätta ytterligare 200 miljoner kronor till insatser mot köerna till gråstarr-, höftleds- och kranskärlsoperationer samt behandling av cancerpatienter. Vi föreslår också att försöksverksamhet skall bedrivas med överföring av resurser från sjukpenningförsäkringen till sjukvården i syfte att ge snabbare behandling och förkorta sjukskrivningstiderna.

## Uppmärksamma personalen

Personalen är sjukvårdens viktigaste resurs. De måste få bättre löner, ökade befogenheter och förbättrade möjligheter till vidareutbildning. I ett system

där det finns flera arbetsgivare än landstingen blir det också lättare för personalen att söka sig till den arbetsplats där de trivs bäst.

Mot. 1988/89  
Sf277

### **Förbättra kontinuiteten och tryggheten**

Alla människor skall ha rätt till en husläkare. Det innebär att man vid sjukdom i regel får träffa samma läkare och att man själv kan välja vilken läkare detta skall vara. Denna läkare kan vara anställd av landstinget eller ha en egen mottagning.

### **Öppna för privata alternativ**

Fördelningen mellan offentlig och privat sjukvård skall inte bestämmas av politiska organ utan av de vårdbehövande människorna. Den etableringskontroll som infördes med det s.k. Dagmar-beslutet måste upphävas.

### **Eget rum till dem som önskar**

Av hänsyn till äldres och handikappades rätt till integritet, måste de som av olika skäl måste eller föredrar att bo på institution få rätt att välja om man vill bo i eget rum eller tillsammans med någon annan. Vi har i en annan motion föreslagit ett statligt stimulansbidrag för att påskynda utbyggnaden av egna rum.

### **Sjukvården måste få kosta**

Det är oacceptabelt att människor skall behöva lida på grund av resursbrist inom sjukvården. Sjukvården bör tillföras resurser i takt med tillväxten. Detta är nödvändigt för att klara såväl nya behov och nya sjukdomar som för att förbättra möjligheterna att behålla och rekrytera ny personal.

### **Förebyggande hälsovård**

Stora förbättringar i befolkningens medellivslängd och hälsa har skett under efterkrigstiden. Inte minst gäller det utvecklingen hittills under 1980-talet. Medellivslängden är nu 80 år för kvinnor och 74 år för män. Spädbarnsdödligheten har minskat kraftigt och är nu 6–7 promille. Nästan allt talar för att det är friska år som lagts till livet. Orsakerna till förbättringarna är många och finns både ute i samhället och inom hälso- och sjukvården.

För människors hälsa är levnadsvanorna av största vikt. Det ökade väståndet och utbyggnaden av välfärdsstaten har generellt sett inneburit förbättrade levnadsförhållanden. Bättre kostvanor, bättre bostadsstandard, bättre hygieniska förhållanden och bättre arbetsmiljöer är viktiga orsaker till den stigande medellivslängden. Förebyggande åtgärder, såsom vaccinering mot sjukdomar och förbättrade behandlingsmöjligheter, är också betydelsefulla. Även om levnadsförhållandena förbättrats är dålig livsföring alltjämt en alltför vanlig orsak till ohälsa. Det handlar bl.a. om dålig kost-

vanor, bruk och missbruk av tobak, alkohol och narkotika och kvarvarande dåliga arbetsmiljöer.

Alkoholmissbruket är vårt största sociala problem. Det leder till såväl sociala missförhållanden som sjukdom, handikapp och för tidig död. En närmare kartläggning behövs av sambandet mellan alkoholmissbruk och skadeverkningarna därav för vuxna, men framförallt för barn och ungdom. Vi vet dock att omkring vart femte vårdtillfälle inom akutsjukvården har samband med alkoholmissbruk. En minskning av alkoholmissbruket skulle vara ett viktigt bidrag till en ytterligare förbättring av hälsotillståndet i Sverige och skapa utrymme för angelägna förbättringar inom sjukvården. Missbruk behandlas vidare i särskild motion.

Vid sidan av alkohol är tobaksmissbruk, dåliga kostvanor (t.ex. för stor fettkonsumtion) och sjukdomar som överförs vid sexuella kontakter (t.ex. clamydia) vanliga ohälsfaktorer. Det är viktigt att på olika sätt söka förebygga också dessa. Inte minst är det angeläget att minska tobaksbruket ytterligare. Det finns starka samband mellan å ena sidan tobaksbruk och å andra sidan hjärt-, kärl- och tumörsjukdomar. Målet bör vara att halvera tobakskonsumtionen till sekelskiftet. Även tobaksbruket behandlas i en särskild motion.

Ohälsa orsakas förutom av dåliga levnadsvanor av bl.a. olyckor. Var femte olycka sker exempelvis i hemmet. Trafikolyckor får också ofta allvarliga konsekvenser. Trafiksäkerhetsarbetet har visserligen sett över en längre period lett till en minskning av olyckorna, men olycksfrekvensen i trafiken måste ytterligare nedbringas. En stor andel av trafikolyckorna sker i samband med alkoholkonsumtion. Den tillåtna promillegränsen vid bilkörning bör sänkas. Övervakningen av att trafikreglerna följs måste skärpas.

Olyckor är en vanlig orsak till skador och ohälsa hos barn. Det finns undersökningar som visar att en stor del av barnolycksfallen hade kunnat undvikas genom enkla förebyggande åtgärder. Det finns mot den bakgrunden anledning att vidta åtgärder för att ytterligare minska olycksriskerna för barn i t.ex. lekmiljön och skolan.

Den vanligaste orsaken till ohälsa i arbetsmiljön är olika former av skador på rörelseorganen, p.g.a. olämpliga belastningar eller brister i arbetsinnehåll och arbetsorganisation. En viktig uppgift för företagshälsovården är det förebyggande arbetet, t.ex. just när det gäller att förhindra sjukdomar i rörelseorganen.

Även faktorerna bakom psykisk ohälsa måste uppmärksammas. Vår livsmiljö innebär psykiska påfrestningar som i vissa fall kan utvecklas till sjukdomar. Samtidigt bör det understrykas att psykiska sjukdomar och problem i dag kan behandlas och ofta botas.

För att få en kraftsamling kring det förebyggande arbetet bör ett institut för folkhälsan återinrättas. I en särskild motion har vi närmare utvecklat vår syn på detta.

Genom att förebygga ohälsa hos befolkningen kan man inte bara begränsa sjukdomarna utan också öka välbefinnandet. Det stat, landsting och kommuner kan bidra med för att förbättra hälsan är framför allt information om samband med livsföring, levnadsvanor och hälsa. Ansvaret för varje enskild människas sätt att leva måste hon givetvis ta själv i medveran-

de om att relationen till omgivningen alltid ställer krav på hänsyn och solidaritet.

Mot. 1988/89  
Sf277

## Behovet av sjukvård

Förebyggande insatser kan begränsa förekomsten av ohälsa men behov av god och förbättrad sjukvård kommer alltid att föreligga. Vi måste t.ex. acceptera att med kroppens åldrande ökar behovet av hjälp och av sjukvård. Personer över 75 år använder i dag i genomsnitt åtta gånger så mycket sjukvårdsresurser som personer i yrkesaktiv ålder.

Antalet äldre och i synnerhet antalet mycket gamla personer ökar i Sverige. Det finns olika teorier om hur detta kommer att påverka sjukvårdsbehovet. Vid en sammanvägning av olika faktorer är det emellertid vår bedömning att sjukvårdsbehovet för de äldre i befolkningen kommer att öka framöver.

Efterfrågan på sjukvård påverkas också av den tekniska och medicinska utvecklingen. Sjukdomar som man tidigare inte kunde göra mycket åt kan i dag botas. Bara under 1980-talet har efterfrågan på starroperationer och hjärtkirurgiska ingrepp ökat mycket starkt genom att ny teknik gjort det möjligt att bota sjukdomar som vi tidigare stod mer eller mindre hjälplösa inför.

Behovet av sjukvård påverkas vidare av nya sjukdomar. Dessa kan vara genuint nya, som AIDS, eller nya i meningen att vi först nu lärt oss att ställa riktiga diagnoser. Bland t.ex. allergisjukdomarna torde finnas både sådana som är orsakade av nya ämnen i vår miljö och sådana som vi först nu har lärt oss att diagnostisera.

Efterfrågan på omvårdnad och omsorg påverkas dessutom av förändringar i det sociala mönstret. Tidigare fanns rent praktiskt ett större utrymme för vård i familjens regi. Även om anhörigvård i många fall kan vara ett bra alternativ för vårdbehövande har de praktiska möjligheterna till sådan minskat med bl.a. ökningen av kvinnornas förvärvsarbete och hushållsplittringen.

Den framtida utvecklingen av sjukvårdsbehovet är svår att förutse. De faktorer vi här redovisat pekar mot en ökning. Men det finns andra som talar i motsatt riktning, t.ex. tillkomsten av effektivare behandlingsmetoder. De resultat som kan nås genom förebyggande hälsovård spelar också stor roll. Någon bestämd slutsats om det totala sjukvårdsbehovet i ett längre perspektiv är därför omöjlig att dra. Det är emellertid vår bedömning att det under de närmaste åren kommer att finnas ett behov av ökade resurser inom sjukvården. Samtidigt är det nödvändigt att resurserna är flexibla och snabbt kan överföras från ett område till ett annat.

## Patienterna och sjukvården

Svensk sjukvård av i dag är internationellt sett väl utbyggd och av hög standard. Patienterna förklarar sig ofta vara nöjda med den medicinska behandlingen men mindre belåtna med själva omvårdnaden. Det senare gäller särskilt inom långvården.

Ändå finns det från patienternas synpunkter många problem inom sjukvården. Till de problem vi som patienter i olika sammanhang kan stöta på hör t.ex.:

- Läkare eller sjuksköterskor saknas
- Små möjligheter att själv få välja läkare eller sjukgymnast
- Möten med olika läkare och sjuksköterskor vid återkommande besök
- Problem att få kontakt med läkare per telefon
- Svårigheter att få hembesök av läkare
- Otillräcklig hemsjukvård och dålig samordning med den kommunala hemtjänsten
- Bristande vård p.g.a. oklara ansvarsförhållanden
- Långa väntetider för behandlingen även av sjukdomar som kan botas
- Sjukvård under helt otillfredsställande förhållanden, t.ex. i sjukhuskorridorer
- Otillräcklig hänsyn till den personliga integriteten, t.ex. när många inom långvården mot sin vilja tvingas dela rum med andra, när man ibland på vårdcentraler och apotek tvingas diskutera sina problem inför andra människor eller när datoriserad information kommer ut till icke behöriga.

Listan är inte uttömmande men visar på några av de viktigaste problemen i svensk sjukvård, sett från patienternas synpunkter.

## Personalen och sjukvården

Även från personalens synpunkter finns det problem inom svensk sjukvård. Till de synpunkter som ofta framförs hör bl.a.:

- Anställningsvillkoren, t.ex. lön, arbetstider och möjligheterna till fortbildning, är för dåliga jämfört med andra yrken
  - Det är svårt att påverka de egna arbetsförhållandena
  - Politiker och administratörer visar otillräcklig respekt för vårdpersonalens yrkeskunskaper och erfarenheter
  - Utdelningen av extra ansträngningar är otillräcklig eller obefintlig
- Bristfällig kontinuitet i vården försämrar kontakten med patienterna och försvårar behandling, undervisning och handledning
- Det finns ofta i praktiken bara en arbetsgivare, nämligen landstinget
  - Det är svårt för den som så vill att "starta eget".

## Bättre resursanvändning

Den politiska uppgiften är att så långt som möjligt tillmötesgå såväl patienternas som personalens berättigade önskemål. Målet måste vara att alla som behöver skall få en bra och väl lämpad sjukvård.

Det är ett självklart mål att resurserna inom sjukvården, liksom inom andra områden, skall användas så effektivt som möjligt. Om resurser förslösas går det i praktiken ut över människor som tvingas vänta alltför länge på behandling eller som får en i andra avseenden otillfredsställande vård. Det är därför viktigt att ansvaret för och finansieringen av sjukvården organiseras så att effektivitet främjas.

Undersökningar utförda på uppdrag av expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) antyder att produktivitetens utvecklingen inom sjukvården i dess helhet har varit negativ under 1960- och 70-talen. Även om dessa resultat kan vara svårtolkade — det är t.ex. svårt att från kvalitetssynpunkt jämföra sjukvård 1960 med sjukvård 1980 — visar emellertid undersökningarna också på betydande skillnader mellan resursåtgången vid olika kliniker och sjukhus för samma prestationer utförda samma år. Det innebär att om alla enheter fungerade lika bra som de bästa skulle vi få ut mer av de resurser som används inom sjukvården.

Även sett över en längre period varierar produktivitetens utvecklingen mellan olika kliniker och sjukhus med samma verksamhetsinriktning. Resultaten är inte överraskande. I en så omfattande verksamhet som sjukvården — som använder cirka 100 miljarder kr. på ett år — är det självklart att det finns både väl fungerande enheter och enheter som fungerar mindre bra. Men detta innebär också att resurserna på många håll skulle kunna utnyttjas bättre.

Fler olika metoder måste användas för att göra sjukvårdens resursanvändning effektivare. Några exempel:

- Ökat ansvar för personalen genom delegering av beslut och ökade befogenheter
- Användande av resultatmått som underlättar jämförelser och möjliggör mer av målstyrning; om inte resultatet kan mätas är det svårt att delegera besluten
- Ökad satsning på personalutveckling och fortbildning
- Bättre kontinuitet i vården så att både behandling och utbildning kan bli effektivare
- Spridning av information om de goda exemplen, dvs. vårdcentraler, kliniker och sjukhus som i olika avseenden lyckats bättre än andra
- Konkurrens mellan olika vårdgivare, både offentliga och privata, genom ökad användning av anbudsförfarande och större valfrihet för patienterna
- Utveckling av nya belöningsystem inom sjukvården, t.ex. så att personalen på en klinik kan få del i ett överskott ("klinikbonus")
- Ökad satsning på ledarskap inom sjukvården; chefsrollen måste tillmätas större betydelse vilket bl.a. bör komma till uttryck i lönesättningen.

Effektivare resursanvändning är viktig inte bara inom sjukvården utan också i avvägningen mellan olika sektorer. Idag finns t.ex. människor som är sjukskrivna med sjukpenning i avvaktan på operation. Mycket tyder på att en överföring av resurser från sjukpenningförsäkringen till sjukvården skulle kunna förkorta sjukskrivningstiderna och därigenom spara både mänskligt lidande och samhällsekonomiska resurser. Bohuslandstinget har föreslagit en försöksverksamhet med en sådan resursöverföring. Den bör omedelbart komma till stånd.

För att sjukvårdsinsatserna skall leda till avsett resultat krävs ett förtroendefullt samarbete mellan läkare och patient. Det är viktigt att läkarna när det är möjligt utformar vården i samråd med patienterna. Stor hänsyn måste tas till patienternas egna synpunkter på behandlingens uppläggning.

Basen i svensk sjukvård utgörs av primärvården. Den bör — liksom hittills — huvudsakligen byggas upp utifrån ett områdesansvar. Inom detta geografiska område bör primärvården ha ansvar för det förebyggande hälsoarbetet och medicinskt ansvar för alla invånare. Till primärvårdens uppgifter hör bl.a. förebyggande hälsovård, långtidsbehandling av t.ex. diabetes, högt blodtryck och hjärtsvikt, behandling av psykosomatiska sjukdomar som ofta har social bakgrund och kräver långvariga kontakter, delar av missbrukarvården och naturligtvis behandling av tillfälliga åkommor och rådgivning till patienter. För att primärvården skall kunna fullgöra sina uppgifter krävs att samarbetet med socialtjänsten utvecklas ytterligare, t.ex. inom äldreomsorgen.

Det är angeläget att alla människor har en husläkare, dvs. en läkare med vilken de kan ha varaktiga kontakter. Inte minst vid behandlingen av kroniska sjukdomar och psykosomatiska problem är detta av stor betydelse. Samtidigt bör framhållas att primärvård inte bara är husläkaren. Lika viktiga är distriktssköterskorna — som i praktiken ofta spelar husläkarens roll — liksom barna- och mödravården. För att gynna helhetssynen har barnsjuksköterskor inom barnhälsovården ersatts med distriktssköterskor. Distriktssköterskorna tvingas ägna allt mer tid åt hemsjukvård och äldreomsorg. Det är viktigt att även distriktssköterskor, som har ansvar för barnhälsovård, får möjlighet att avsätta tillräcklig tid för detta.

Människor måste ha möjlighet att själva välja sin husläkare. Den som av något skäl inte finner någon lämplig husläkare i det egna områdets primärvård bör kunna söka sig till en läkare utanför denna vårdcentral. Var och en skall vara registrerad hos en läkare inom primärvården eller hos en annan läkare. För den som så önskar måste det finnas möjlighet att välja en specialistläkare som sin husläkare. Den som så önskar måste också kunna byta husläkare. Läkare bör vara skyldiga att om inte särskilda skäl föreligger ta emot de patienter som söker sig till henne eller honom.

Mycket talar för att en minoritet av personer, främst pga sjukdom, psykisk ohälsa, missbruk, social misär eller liknande, inte självmant kommer att registrera sig hos någon läkare. Det tillhör primärvårdens uppgifter att stödja också dessa människor på bästa sätt. De bör anvisas en läkare inom områdets primärvård och informeras om att de har rätt att söka denna läkare.

Vårdcentralerna skall kunna drivas i privat eller offentlig regi. I bägge fallen bör de få en fast årlig ersättning för varje patient som registrerats vid vårdcentralen. Ersättningen från det allmänna skall vara på samma nivå i båda fallen. Den bör dock differentieras, i första hand efter patienternas ålder. Samma ersättningssystem bör tillämpas för privata husläkare. Genom ett sådant ersättningssystem minskar risken för överetablering t.ex. i storstadsområdena. Ersättningssystemet gör att såväl vårdcentraler som enskilda husläkare får ett både ekonomiskt och medicinskt intresse att förebygga sjukdomar och ge patienterna bästa möjliga vård.

På sikt kan ett system införas där primärvården får hela det ekonomiska ansvaret för patientens hälso- och sjukvård och vid behov köper specialist-

tjänster från sjukhusklinikerna eller från privata specialistmottagningar. I syfte att få underlag för att bedöma hur ett sådant system skulle kunna utformas är det angeläget att de försök som nu planeras i vissa landsting kommer till stånd och att ytterligare försöksverksamhet med olika modeller uppmuntras.

Inom primärvården råder alltså brist på allmänläkare. Det finns undersökningar som visar att ett stort antal läkare lämnar denna bana bl.a. beroende på att möjligheterna att påverka den egna arbetssituationen är otillfredsställande. Med den uppläggning av primärvården och husläkarsystemet som vi har föreslagit bör risken för avhopp av detta skäl minska. Dessutom bör särskilda utbildningsinsatser komma till stånd för att öka tillgången. Sjukhusspecialister med några års utbildning bör t.ex. genom dispens kunna erbjudas allmänläkartjänster med en planerad utbildning i allmänmedicin under viss tid.

Primärvården måste även ha ansvar för sjukbesök i hemmen. Möjligheterna att få hembesök måste utökas. De är särskilt värdefulla för äldre patienter och barnfamiljer.

Även hemsjukvården måste ytterligare byggas ut, dels för att göra kvarboende till ett realistiskt alternativ för många äldre och handikappade, dels för att avlasta den slutna vården. Alltför många sjukhussängar på medicinska och kirurgiska kliniker upptas i dag av patienter som är färdigbehandlade på akutsjukhusen. Det är viktigt att patienter som vårdas i hemmen liksom framför allt äldre personer som efter behandling skrivits ut från sjukhuset vet att de snabbt kan få en plats igen om de behöver. Annars vågar de i många fall inte lämna sjukhuset.

Neddragningen av den slutna mentalvården bör fullföljas. I många fall fungerar normaliserings- och integrationsprocessen bra och patienterna får ett långt bättre alternativ än det gamla institutionsboendet, men det finns exempel som visar att alla inte klarar ett eget boende. För dessa, liksom för många åldersdementa, behövs behandlingshem och gruppboende som alternativ. Dessutom måste dagverksamheten byggas ut. Vi har i en särskild motion behandlat de dementas situation.

## Sjukhusvård

Den medicinska behandlingen på de svenska sjukhusen fungerar i regel bra. De problem som dock finns är dels bristande kapacitet, vilket leder till orimligt långa väntetider, dels en ofta slentrianmässig omvårdnad.

Också inom sjukhusvården är det angeläget att förbättra kontinuiteten. Det är nödvändigt för att bygga upp en förtroendefull relation mellan läkaren och patienten. En patient skall inte behöva beskriva sin sjukdomshistoria gång på gång. Kontinuitet är viktig också för att ge en effektiv behandling.

Långa köer till operationer och annan behandling innebär ett enormt mänskligt lidande. Det är en uppgift av högsta prioritet att kapa operationsköerna, t.ex. till gråstarr- och ledoperationer, inom hjärtkirurgin och till strålbehandling av cancerpatienter. Det krävs både effektivisering i resursutnyttjandet och ökade resurser. Inte minst är det viktigt att kapaciteten



inom hjärtkirurgin byggs ut. Folkpartiet föreslår att 200 milj.kr. anslås för budgetåret 1989/90 för insatser mot köerna till gråstarr-, höftleds- och kranskärlsoperationer samt strålbehandling av cancerpatienter.

När det gäller omvårdnaden — inte minst av svårt sjuka patienter i livets slutskede — är det inte möjligt att på samma sätt effektivisera verksamheten. Det kommer i framtiden att ta lika lång tid som i dag att hjälpa till med personlig hygien och att stödja och lugna döende patienter och deras anhöriga. För många som vet att de är döende är det väsentligt att få stanna i hemmet så länge som möjligt. I sådana fall måste det finnas hemsjukvårdare som kan bistå och ibland avlösa de anhöriga. Allt detta talar för att det inom dessa områden kommer att krävas personalförstärkningar men också en förbättrad utbildning av vårdpersonalen. Det är dessutom angeläget att möjligheterna till smärtlindring, t.ex. för cancerpatienter, byggs ut, inte minst inom hemsjukvården. Forskningsinsatserna måste förstärkas inom omvårdnadsområdet.

För att öka effektiviteten måste sjukhusklinikerna i ökad omfattning få eget budget- och personalansvar. Klinikcheferna bör ha huvudansvaret för personalsammansättningen på kliniken.

I modern sjukvård används en stor mängd teknisk utrustning. Det ställer krav på noggrann testning och provning innan utrustningen tas i bruk. Erfarenheten visar att här finns stora brister. Det är angeläget att stränga rutiner utformas för testning och kontroll av den tekniska utrustningen vid våra sjukhus. Personalen måste ges erforderlig utbildning innan ny teknisk apparatur tas i bruk. För patienternas säkerhet är det av stor vikt att matematik och teknik inte försummas i sjukvårdsutbildningen.

Även för personer med handikapp av olika slag måste det finnas möjlighet att få bo i en egen bostad. Men det måste också finnas alternativ för dem som har andra önskemål, t.ex. servicelägenheter, upprustade ålderdomshem, gruppboende i villor eller lägenheter eller plats på sjukhem. För dem som vistas på institutioner under lång tid måste det vara en självklar rätt att, om de så önskar, få ett eget rum. Staten bör under de närmaste åren genom ett särskilt statsbidrag stimulera ombyggnaden av gamla sjukhem så att rätten till eget rum kan förverkligas i hela landet före mitten av 1990-talet. Rätten till eget rum utvecklas i folkpartiets motion om äldre.

För många personer med långvariga eller livslånga psykiska sjukdomar är eget boende eller gruppboende det bästa alternativet. För andra kan vård på en psykiatrisk klinik innebära hopp om framtida tillfrisknande, ofta efter en mycket tidskrävande behandling. Alternativet till den långvariga behandlingen är ofta ett liv med totalt beroende av psykofarmaka. När möjligheter till behandling och tillfrisknande finns måste de tas till vara.

Det är angeläget att det finns utrymme för olika behandlingsideologier, inte minst inom missbrukarvården.

## Privat sjukvård

Privatsjukvården har hållits tillbaka i Sverige, genom etableringskontroll, snål ersättning från sjukförsäkringen och en från socialdemokraternas sida ideologiskt betingad ovilja att låta läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster

och andra få verka utanför det offentliga systemet. Det är angeläget att bryta med denna misstro mot enskild vård. Den privata sjukvården bör få medverka i svensk sjukvård på i huvudsak samma villkor som den offentliga. Av patienterna bör t.ex. samma avgifter tas ut vid besök hos privata vårdgivare anslutna till sjukförsäkringen som vid besök hos offentliga.

Inom primärvården bör privata vårdcentraler, sjukhem, gruppboheter och liknande som drivs på entreprenad åt landstingen bli ett vanligare inslag. Sjukvårdshuvudmännen kan också pröva om lediga lokaler i vårdcentraler kan hyras ut till privata vårdgivare.

Få av dagens privatläkare är allmänläkare. Det hänger bl.a. samman med ersättningsreglerna från sjukförsäkringen. Dessa måste ändras i syfte att underlätta för privata allmänläkare att på samma sätt som vårdcentralernas läkare kunna fungera som husläkare. De privata specialisläkarna utgör ett värdefullt komplement till landstingens sjukvård.

Den etableringskontroll för privatläkare som infördes med det s.k. Dagmar-beslutet måste upphävas. Etableringsfrihet skall gälla med rätt att ansluta sig till försäkringen. För de patienter som är permanent anslutna till en mottagning — alltså de för vilka läkaren fungerar som husläkare — skall, som tidigare nämnts, ersättning utgå med ett fast belopp per år. För övriga patienter bör ersättning utgå per prestation under förutsättning att de remitteras till specialisläkaren från husläkaren.

Många privatpraktiserande sjukgymnaster har i dag stora ekonomiska problem. Detta beror i många fall på att behandlingstaxorna länge har varit för låga. De räcker inte till för att täcka sjukgymnasternas omkostnader. Regeringen bör därför se över även behandlingstaxorna för de privatpraktiserande sjukgymnasterna.

De privata vårdhemmen är viktiga komplement till den vård som bedrivs av landstingen. De är ofta små och hemtrevliga. Personalomsättningen är låg och småskaligheten ger möjlighet till personlig omvårdnad. Som ett led i den nu pågående avinstitutionaliseringen läggs enskilda sjuk- och vårdhem ned.

Eftersom det finns ett stort behov av vård och omsorg är det fel att små, väl fungerande enskilda sjuk- och vårdhem tvingas upphöra. Regeringen bör ta erforderliga initiativ för att ta till vara den personella, organisatoriska och fysiska resurs som dessa hem representerar. Detta kan ske i samarbete med de enskilda vårdhemmens intresseorganisationer samt landstings- och kommunförbunden.

## Personalfrågor

Bristen på sjukvårdspersonal och i synnerhet läkare är akut i delar av landet. Flera olika åtgärder krävs för att stimulera läkare att ta anställning eller öppna egen praktik i läkarglesa län.

- Studieskulden bör kunna nedskrivs vid tjänstgöring i läkarglesa län.
- Läkare som öppnar privat mottagning i sådana län bör få förhöjd ersättning från sjukförsäkringen.
- Möjligheter bör kunna erbjudas till regelbunden tjänstgöring vid universitetsinstitutioner eller större sjukhus.

Att förlägga en större andel av läkarutbildningsplatserna till Umeå är en annan åtgärd som folkpartiet föreslagit. I årets budgetproposition går regeringen oss nu till mötes.

På många håll i landet råder brist även på andra personalkategorier än läkare, särskilt sjuksköterskor. Detta är fallet trots en mycket kraftig personalökning under det senaste årtiondet och en betydande satsning på utbildning av vårdpersonal. En orsak synes vara att många är missnöjda med sjukvården som arbetsplats. Detta problem måste mötas genom en rad åtgärder där det kanske viktigaste är att göra enheterna inom sjukvården mer "självstyrande". Men det handlar givetvis också om löner, marginalskatter, arbetstider, ersättning för arbete på obekvämt arbetstid och belöning av goda prestationer. Sjuksköterskornas krav på bättre villkor är välgrundade, även efter de förbättringar som nu skett.

Särskilda arbetsmiljöproblem möter inom hemsjukvården liksom inom den sociala hemtjänsten. Dessa problem måste ägnas ökad uppmärksamhet.

Det finns skäl att särskilt understryka betydelsen av att satsa mer på personalutveckling, t.ex. på vidareutbildning. Den är i dag helt otillräcklig. Delvis betingas intresset hos läkare att bedriva fritidspraktik av en önskan att därigenom få ekonomiska möjligheter att delta i kurser och konferenser för vidareutbildning. Detta behov bör i långt större utsträckning kunna tillgodoses av den ordinarie arbetsgivaren.

Genom den snabba tekniska utvecklingen ställs vi idag inför en rad nya frågor där ingen traditionell medicinsk etik finns. Man måste stå på en stabil kunskapsgrund för att kunna analysera de nya etiska frågorna, bedöma konsekvenserna av pågående forskning, formulera etiska värderingar och ta ställning till medicinsk teknologi från etisk synpunkt. En förstärkning av ämnet medicinsk etik behövs därför i utbildningen av vårdpersonal på alla nivåer. Sådan utbildning behöver också komma politiker och administrativ personal inom sjukvården till del.

## "Grå" sjukdomar

AIDS och cancer, transplantationer och kranskärlsoperationer figurerar ofta i massmedias rubriker. Direkt dödliga sjukdomar och dramatiska ingrepp låter naturligt nog tala om sig. Men det finns också en annan sorts sjukdomar som vi mera sällan hör något om. De brukar sammanfattas under beteckningen medicinska handikapp — de "grå" sjukdomarna.

De "grå" sjukdomarna är främst diabetes, reumatism, allergier och astmatiska sjukdomar, psoriasis och epilepsi. Hit hör också handikapp som är en följd av t.ex. stomioperationer.

Vad som är gemensamt för alla dessa grupper är främst behovet av kontinuerlig kontakt med sjukvården, ofta under resten av livet. Trots att de ofta är betjänta av specialistkontakt, både då det gäller läkare och övrig vårdpersonal, tvingas de i alltför många fall att ta kontakt med en sjukvård som saknar närmare kunskap om deras handikapp. Därför måste de ha tillgång till en sjukhusklinik där man kan deras sjukdom och där man också har alla deras data.

Vikten av kontinuitet måste kraftigt betonas. Folkpartiets förslag att alla skall ha rätt att välja sin egen husläkare ger en god möjlighet att förverkliga önskemålet om god kontinuitet. En husläkare kan vara specialist på något annat än allmänmedicin.

Forskning är viktigt för huvuddelen av de "grå" sjukdomarna. Fortfarande är sjukdomsorsakerna och även sjukdomarnas förlopp i många fall helt eller delvis okända. Det är därför viktigt att öka forskningen kring dessa sjukdomar.

## Läkemedel

Många människor, inte minst de som lider av s.k. grå sjukdomar, är beroende av läkemedel för att klara sin livsföring. För att begränsa kostnaderna för dem som ofta behöver sjukvård och medicin finns ett högkostnadsskydd. Vid vissa sjukdomar kan man få läkemedel gratis.

Folkpartiet har tidigare framfört krav på att dessa förmåner bör förbättras, bl.a. att kostnaderna för sjukresor bör räknas in i högkostnadsskyddet och att högkostnadsskyddet bör inträda efter ett färre antal "klipp".

Regeringen aviserar i budgetpropositionen en proposition om en ändring av de nuvarande reglerna för läkemedelsrabatter. Förändringarna skulle bl.a. innebära en reformering av högkostnadsskyddet och ett slopande av kostnadsfria läkemedel. Detta skulle t.ex. drabba diabetiker.

Vi vill redan nu framföra några principiella synpunkter på dessa förslag. På 1950-talet fastlades principen att staten skulle stå för hela behandlingskostnaden vid tillförsel av substanser som kroppen normalt producerar. Exempel på sådana substanser är tillväxthormon och insulin. Denna princip bör upprätthållas. Därför är de signaler regeringen nu ger ett steg i fel riktning.

Den av regeringen aviserade finansieringsmodellen innebär att förbättringar av högkostnadsskyddet och handikappersättningen skall finansieras genom neddragningar av andra förmåner som också riktar sig till människor med höga kostnader p.g.a. sin sjukdom. Detta strider direkt mot den principiella ståndpunkt som socialdemokraterna hävdade i valrörelsen, att man i handikappolitiken inte får ställa "grupp mot grupp". Vi kommer att kritiskt granska förslaget i denna fråga.

## Sjukvårdens finansiering

Under efterkrigstiden har sjukvårdens krav mötts främst med resurstillskott. Sjukvården har inte bara vuxit i takt med BNP utan betydligt snabbare. Sjukvårdens kostnader motsvarade omkring 1960 cirka 4 procent av BNP för att mot slutet av 1970-talet vara uppe i 9,5 procent. Andelen har sedan dess varit i stort sett oförändrad. Till detta skall läggas olika sjukdomsrelaterade ersättningar såsom sjukpenning, arbetsskadeersättning och förtidspension motsvarande cirka 5 procent av BNP.

Sverige har slagit huvudet i skattetaket. Skattetrycket bör inte ytterligare höjas. Det innebär att utrymme för tillskott till prioriterade ändamål måste

skapas genom omprioriteringar och tillväxt. Sjukvården är ett sådant prioriterat område. Med den ekonomiska tillväxt som antas t.ex. i den senaste långtidsutredningen, dvs. 2—2,5 procent per år, bör sjukvårdshuvudmännen tillföras resurser i takt med tillväxten. Detta är nödvändigt för att såväl klara nya behov och nya sjukdomar som förbättra möjligheterna att behålla och rekrytera personal. Med en svagare ekonomisk tillväxt måste sjukvårdens behov tillgodoses genom omprioriteringar från andra områden.

Sjukvården finansieras i dag till helt övervägande delen, ca 70 procent, av skatter. Sjukförsäkringen svarar för ca 20 procent och patienterna genom avgifter för resten. Landstingen är helt dominerande huvudman för sjukvården. Medel från sjukförsäkringen och statens budget tillförs landstingen i princip med utgångspunkt från befolkningsunderlaget.

Sjukvårdens finansiering utgör ett brokigt och komplicerat lapptäcke. En rad finansieringskällor används och dessutom förhandlingar mellan olika huvudmän för överföring av ersättningar. Det är angeläget att sjukvårdens finansieringssystem förenklas och görs mer enhetligt samtidigt som det utformas så att ett effektivt resursutnyttjande befrämjas. Frågan bör snart bli föremål för en statlig utredning.

Utgångspunkten bör liksom hittills vara att sjukvården huvudsakligen finansieras enligt ett slags försäkringsprincip, dvs. genom att alla med skatter eller försäkringsavgifter betalar sjukvården och att sjukvård gratis eller till en låg kostnad ges till den som behöver vård. Den enskilde vårdtagaren skall på lika villkor kunna välja offentliga eller privata vårdgivare, som är anslutna till finansieringssystemet.

Helt privata alternativ, som bygger på privat finansiering (t.ex. från företag eller enskilda försäkringar) måste givetvis vara tillåtna som komplement men kommer alltid att vara tillgängliga bara för ett fåtal. I huvudsak måste sjukvården organiseras så att den är tillgänglig för alla och ger människor betydande frihet att själva välja vårdgivare.

## Hemställan

Med anledning av vad som ovan anförts hemställs

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts beträffande överföring av resurser från sjukpenningförsäkringen till sjukvården,

[att riksdagen hos regeringen begär förslag om införande av ett husläkarsystem enligt de riktlinjer som framförs i motionen,']

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts angående utbildningsinsatser för att trygga tillgången på allmänläkare']

[att riksdagen beslutar att för budgetåret 1989/90 anslå 200 milj.kr. för insatser mot köerna till gråstarr-, höftleds- och kranseksoperationer samt strålbehandling av cancerpatienter,']

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om att de till Dagmar-systemet knutna etableringsrestriktionerna snart bör avvecklas,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som

i motionen anförs angående ersättningarna till privatpraktiserande sjukgymnaster,

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som anförs om att hindra nedläggningen av enskilda sjuk- och vårdhem<sup>1</sup>]

[att riksdagen hos regeringen begär förslag till i motionen angivna åtgärder för att stimulera rekrytering av läkare och annan sjukvårdspersonal i bristområden,<sup>1</sup>]

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförs angående en ändring av nuvarande regler för läkemedelsrabatter,

5. att riksdagen hos regeringen begär en offentlig utredning av sjukvårdens framtida finansiering,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförs angående sjukvårdens framtida resurser.

Stockholm den 20 januari 1989

*Bengt Westerberg (fp)*

*Ingemar Eliasson (fp)*

*Karin Ahrland (fp)*

*Charlotte Branting (fp)*

*Sigge Godin (fp)*

*Ingela Mårtensson (fp)*

*Jan-Erik Wikström (fp)*

*Kerstin Ekman (fp)*

*Karl-Göran Biörsmark (fp)*

*Birgit Friggebo (fp)*

*Elver Jonsson (fp)*

*Anne Wibble (fp)*

*Daniel Tarschys (fp)*







