Socialutskottets betänkande

1980/81:25

om utvecklingen av hälso- och sjukvården m. m.

Motionsyrkanden

I motion 1979/80:1207 av Karl Leuchovius (m) och Sten Svensson (m) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om inriktningen av hemsjukvård och förebyggande sjukvård.

I motion 1979/80:1871 av Margaretha af Ugglas m. fl. (m) hemställs att riksdagen uttalar att regeringen bör vidta sådana åtgärder att det i dag fungerande samarbetet mellan Stockholms läns landsting och enskilda vårdhem inte försvåras.

Motivering till yrkandet finns i motion 1979/80:1870.

I motion 1980/81:1086 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs

1. att riksdagen med instämmande i motionens allmänna syfte anhåller hos regeringen om tillsättandet av en utredning med syfte att från ett epidemiologiskt grundat helhetsperspektiv utreda sjukvårdens innehåll och samhälleliga funktioner och föreslå åtgärder i anledning därav,

2. att riksdagen uttalar sig för utbyggnad av den epidemiologiska statistiken, som bas för en demokratisk helhetsplanering av vården,

3. att riksdagen uttalar sig för medborgaraktivering och patientmobilisering som styrande faktorer för vården, där målen i ett programstyrt budget- och planeringsarbete kan förankras på basplanet,

4. att riksdagen uttalar sig för att den medicinska forskningen reformeras till prioriteringar och organisation som ställer den i nära kontakt med vården,

5. att riksdagen uttalar sig för att nedrustningen av socialstyrelsen stoppas och att myndigheten ges medel att aktivt styra vården efter motionens riktlinjer.

I motion 1980/81:1651 av Birgitta Rydle (m) och Ann-Cathrine Haglund (m) hemställs att riksdagen beslutar hos regeringen begära samlade åtgärder för en uppvärdering av vårdarbete i hemmet.

I motion 1980/81:1918 av Britta Hammarbacken m. fl. (c) hemställs att riksdagen beslutar att hos regeringen begära utredning beträffande det långsiktiga vårdbehovet i landet och hur tillgängliga resurser fördelas mellan olika vårdformer med en organisatorisk och ekonomisk inriktning mot öppnare vårdformer.

Motivering till yrkandet finns i motion 1980/81:1917.

Strukturförändring inom hälso- och sjukvården m. m.

Uppdelning på tre vårdnivåer (primärvård, länssjukvård och regionsjukvård)

På grund av bl. a. kostnadsutvecklingen för sjukhusorganisationen började i slutet av 1960-talet den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktas på att man skulle få till stånd en ändrad struktur av sjukvården. Den öppna vården utanför sjukhus ställdes därvid i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare, och en rad reformer har genomförts för att förstärka denna vård.

Grundläggande för pågående utveckling inom hälso- och sjukvården är ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80), som socialstyrelsen presenterade år 1975 (Socialstyrelsen anser 1976:1). I HS 80 ges ett konkret förslag till vårdstruktur med uppdelning av verksamheterna på primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Den övervägande delen av vården skall lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och vid sjukhem. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården – som skall bedrivas vid länssjukhus (motsvarande centrallasaretten) och vid länsdelssjukhus (motsvarande normallasaretten) – samt på regionsjukvården (vid regionsjukhus).

Med primärvård avses i HS 80 all hälsovård och all sjukvård som lämpligen kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. Primärvården skall primärt svara för såväl det kroppsliga som det psykiska hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde och omfatta den övervägande delen av alla besök på läkarmottagning, all hemsjukvård och huvuddelen av all långtidssjukvård. Temporärt, när primärvårdens resurser är otillräckliga för de åtgärder som erfordras beträffande viss patient, skall ansvaret för patienten övergå till läns- eller regionsjukvården. Så snart man där anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, avses emellertid ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Vårdresurserna skall tillhandahållas i första hand vid vårdcentraler och sjukhem. Sjukvårdsområdena skall uppdelas på ett antal primärvårdsområden av varierande storlek, vilka formellt skall motsvara sjukvårdslagens läkardistrikt.

Hälsovården föreslås bli i princip helt integrerad med sjukvården. Till primärvårdsuppgifterna avses även höra uppgifter inom omgivningshygien, livsmedelshygien, den allmänna hälsovården samt smittskyddet. Hälsovårdsupplysning, aktiv medverkan i skyddet mot miljöfaktorer som hotar invånarnas hälsa och uppsökande verksamhet, främst i form av hälsokontroller inriktade på särskilt utsatta grupper, förutsätts vara uppgifter för primärvården.

Primärvården förutsätts skola nära samarbeta med socialvården (socialtjänsten).

Mot bakgrund av att det konstaterats att ett allt större behov förelåg av

samverkan mellan sjukvårds- och socialvårdshuvudmännens planering och löpande verksamhet beslutade socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) år 1976 att genomföra ett gemensamt utvecklingsarbete främst inriktat på primärvård, äldreomsorger samt samverkan mellan landstingskommuner och kommuner. Arbetet inleddes med förstudier avseende nämnda tre områden. Resultaten av förstudierna presenterades år 1977 i skriften Primärvård-äldreomsorger-samverkan. Härefter följde ett utredningsarbete som syftat till att ge de lokala huvudmännen ett så konkret underlag som möjligt för planeringen i första hand till mitten av 1980-talet. Resultatet av detta utredningsarbete presenterades år 1978 i sex skrifter, nämligen (1) Primärvård – innehåll och utveckling, (2) Sjukvård i hemmet – social hemtjänst, (3) Boende, service och vård för äldre, (4) Långtidsvård i samverkan, (5) Omhändertagande av åldersdementa samt (6) Dagsjukvård inom primärvården. Skrifterna utsändes till sjukvårds- och socialvårdshuvudmännen för att användas som underlag för deras planering inom de i skrifterna redovisade områdena. I skrifterna utgår man från den i principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet rekommenderade strukturen för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens framtida uppgifter m. m.

Riksdagen fattade under förra riksmötet beslut om riktlinjer för socialstyrelsens framtida uppgifter, organisation och personalresurser m. m. (prop. 1979/80:6, SoU 1979/80:45, rskr 1979/80:386). Beslutet beträffande socialstyrelsens organisation m. m. skall träda i kraft den 1 juli i år.

Med utgångspunkt i det ansvar som staten gemensamt med kommunerna och landstingskommunerna har för omfattningen, kvaliteten och utvecklingen av socialvården (socialtjänsten) samt hälso- och sjukvården skall socialstyrelsens roll vara att såsom statlig myndighet verka för att statsmakternas beslut och intentioner beträffande nämnda områden verkställs. Detta skall ske genom att socialstyrelsen medverkar i planeringen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt bedriver en aktiv tillsyn inom dessa områden. Planering och tillsyn skall således vara socialstyrelsens centrala uppgifter. Socialstyrelsen skall vidare i ökad grad inrikta sin verksamhet på att ta fram kunskapsunderlag i fråga om vårdens innehåll, organisation och resursmässiga förutsättningar till vägledning för huvudmännens beslut. I samband med att socialstyrelsens verksamhet koncentreras till centrala uppgifter – främst planering, tillsyn och framtagning av kunskapsunderlag – skall socialstyrelsen avlastas detaljuppgifter, främst till de kommunala och landstingskommunala huvudmännen.

Antalet anställda vid socialstyrelsen förutsätts successivt minska från ca 925 till ca 615.

Reform av socialvården (socialtjänsten)

Riksdagen (prop. 1979/80:1, SoU 1979/80:44, rskr 1979/80:385) antog under förra riksmötet socialtjänstlagen (1980:620), som skall träda i kraft den 1 januari 1982 och då ersätta den nuvarande socialhjälpslagen och annan social vårdlagstiftning. För socialtjänsten – som socialvården i fortsättningen skall kallas – skall helhetssynen bli utmärkande. Helhetssynen beaktar individens totala situation, och den enskilde skall således ses i ett vidare socialt sammanhang, där boende- och arbetsförhållanden hör till de viktigaste faktorerna, men där också många andra aspekter kan behöva beaktas. Socialtjänsten skall sträva efter att finna en samlad lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller gruppens totala situation.

Förslag till ny lagstiftning för hälso- och sjukvården

Den år 1975 tillkallade hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (S 1975:4) – vilken haft i uppdrag att utarbeta förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården – avgav under hösten 1979 sitt slutbetänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården med förslag till en hälso- och sjukvårdslag. Betänkandet har remissbehandlats och är föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet. HSU har i ett särskilt avsnitt i betänkandet redovisat samhällsförändringar m. m. av betydelse för hälso- och sjukvården och där bl. a. berört sådana verkningar som har att göra med t. ex. bostad, arbete, ekonomi, utbildning, skolmiljö, trafikmiljö och psykisk miljö.

I HSU:s förslag till hälso- och sjukvårdslag anges som mål för hälso- och sjukvården att den skall främja en god hälsa hos hela befolkningen samt erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor. En god hälso- och sjukvård skall bl. a. tillgodose de vårdsökandes behov av trygghet och kvalitet, präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållanden, vara nära och lätt tillgänglig samt vara organiserad så att goda kontakter mellan de vårdsökande och hälso- och sjukvårdens personal underlättas. Landstingskommunerna och kommunerna som inte ingår i landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården, vilket bl. a. skall innebära att varje huvudman skall bära ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom huvudmannens område och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem. Huvudmännen skall vidare vid sin medverkan i samhällsplaneringen verka för en god hälsa hos befolkningen. Angelägenheten av hälso- och sjukvårdens inriktning på förebyggande åtgärder framhålls, dvs: samhällsinriktade förebyggande åtgärder samt sjukdomsförebyggande och uppspårande individinriktade åtgärder.

Huvudmännens planering av hälso- och sjukvårdens utveckling föreslås

avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än huvudmännen, t. ex. den vård som tillhandahålls av enskilda vårdhem och privatpraktiserande läkare.

Den framtida inriktningen av hälso- och sjukvårdens insatser

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade i juni 1978 att ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90) skall upprättas. Principprogrammet skall belysa hälso- och sjukvårdssektorns lämpliga framtida omfattning, inriktning, struktur och resurskrav för nämnda tidsperiod och vara avvägt mot begränsningar i samhällsekonomin och tillgången på personal som successivt anges eller förväntas. För att leda utredningsarbetet tillsattes en styrgrupp med företrädare för staten och Landstingsförbundet. Socialstyrelsen svarar för det praktiska utredningsarbetet, som beräknas pågå under tidsperioden 1979–1983.

Under utredningsarbetet skall bl. a. beaktas att hälso- och sjukvården inte skall fungera enbart som mottagare av vårdsökande. En utgångspunkt skall vara att hälso- och sjukvården – vid sidan av de traditionella sjukvårdsuppgifterna – utifrån sin kunskap om hälsoproblemens uppkomst och orsaker aktivt arbetar för att samhället som helhet verkar för att bibehålla och förbättra befolkningens fysiska, psykiska och sociala hälsa.

Utredningsarbetet har indelats i två etapper. Under den första etappen har arbetet inriktats på att man skall redovisa och analysera olika områden av betydelse för inriktningen av det fortsatta utredningsarbetet. Inom ramen för den första etappen har en rad underlagsstudier tagits fram, av vilka flertalet redovisats i år i följande tre volymer i SOU-serien, nämligen Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1), Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2) samt Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3).

I den tillsammans med ovannämnda volymer framlagda skriften Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4) har redovisats bl. a. av socialdepartementets sjukvårdsdelegation i fjol godkända riktlinjer för den andra etappen i utredningsarbetet. Generella utgångspunkter för utredningsarbetet i denna etapp skall vara (1) att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, (2) att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt (3) att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Utveckling av vård i hemmet m. m.

Motionerna

I *motion 1979/80:1207* av Karl Leuchovius (m) och Sten Svensson (m) påpekas bl. a. att efterfrågan på sjukvård kommer att öka mycket snabbt under de närmaste decennierna – bl. a. på grund av att antalet äldre människor beräknas öka – och att stora satsningar därför måste göras inom sjukvården. Motionärerna anser att dessa satsningar inte enbart bör koncentreras till nya sjukhus. Man måste, framhåller motionärerna, i större utsträckning än hittills satsa på hemsjukvård, vilket enligt motionärerna skulle möjliggöra en personligare, trivsammare och förmodligen därmed också effektivare vård för patienterna. Motionärerna framhåller också betydelsen av satsning på förebyggande hälsovård.

Motionärerna anger vid tolv punkter riktlinjer som de anser bör gälla för den fortsatta utvecklingen av hemsjukvården. Enligt motionärerna bör kåren av hemsjukvårdare ökas, villkoren för anhörigvårdare förbättras i olika avseenden, utbildningen för dem som arbetar i hemsjukvård förbättras, stöd i olika avseenden ges till hemsjukvården av den slutna vården och den öppna vården i övrigt samt säkerheten för ensamboende äldre, sjuka och handikappade förbättras genom larmsystem. Vidare bör privatpraktiserande läkare ingå i hemsjukvårdsorganisationen och förbättrade behandlingsmöjligheter skapas för reumatiker genom snabbutbildning i reumatologi för allmänläkare och uppbyggnad av reumatologdispensärer i varje län. Härjämte bör fråga om inrättande av institutioner med en miljö som är så lik hemmiljön som möjligt (bostadssjukhem) utredas.

När det gäller förebyggande hälsovård understryker motionärerna att alla tänkbara försök måste prövas från samhällets sida för att få människorna att förstå hur nödvändigt det är med sunda kost- och motionsvanor.

I *motion 1980/81:1651* av Birgitta Rydle (m) och Ann-Cathrine Haglund (m) påpekas att, även om samhället har atagit sig tunga vårdfunktioner av olika slag, familjen fortfarande står för kontinuiteten i vård och omsorg. Motionärerna framhåller att vard i hemmet och institutionsvard är delar av samma helhet och inte kan sättas i motsatsförhållande till varandra men att det ändå i praktiken kommit att bli så. Motionärerna understryker att det vårdarbete som utförs i hemmet måste få en betydligt högre och därmed rättvisare värdering än det har i dag och att denna uppvärdering kan ske genom atgärder på olika områden, t. ex. inom socialskyddssystemet, skattepolitiken och inom meritvärderingssystemet på arbetsmarknaden.

I motion 1980/81:1917 (c), som innehåller motiveringen till yrkandet i *motion 1980/81:1918* av Britta Hammarbacken m. fl. (c) påpekas mot bakgrund av samhällets krympande ekonomiska resurser att vi måste söka nya och okonventionella former för att klara de mål för omsorgen som vi vill uppnå och att vi måste göra detta på ett sätt som bättre främjar kontakt, gemenskap och ansvarstagande mellan människor än vad som nu är fallet.

När det gäller sjukvården krävs enligt motionärerna bl. a. att samhället stöder anhöriga och andra människor som vill hjälpa en sjuk i hemmet och omfördelar sina resurser så att man ekonomiskt ersätter sådan hjälp. I fråga om barnomsorg framhålls bl. a. att samhället även bör stödja föräldrarnas insatser för barnomsorg i det egna hemmet.

Vissa riktlinjer för och tendenser i utvecklingen av förebyggande hälsovård och hemsjukvård m. m.

Förebyggande hälsovård

Sjukvårdshuvudmännen har alltmer engagerat sig i sjukdomsförebyggande och hälsobefrämjande åtgärder som ett led i en offensiv sjukvårdspolitik som syftar till att säkra den enskildes hälsa och välbefinnande samt till att minska den framtida belastningen på sjukvårdsorganisationen. En majoritet av sjukvårdshuvudmännen har sålunda under de senaste åren utformat förslag till s. k. friskvårdsplaner, och medel har anvisats till sjukdomsförebyggande och hälsobefrämjande insatser, bl. a. hälsoupplysning.

Som nämnts i det föregående har hälso- och sjukvårdsutredningen i sitt slutbetänkande (SOU 1979:78) föreslagit att sjukvårdshuvudmännen skall åläggas ett lagstadgat ansvar även för förebyggande vård, innefattande bl. a. hälsoupplysning och hälsorådgivning till enskilda individer och bestämda målgrupper i samhället.

Hemsjukvård

Hemsjukvård i mer organiserade former började växa fram i slutet av 1940-talet. Ursprungligen betraktades hemsjukvård som en temporär insats i avvaktan på en utbyggnad av den slutna somatiska långtidssjukvården. Hemsjukvården har emellertid utvecklats och ses nu som ett alternativ eller komplement till andra vårdformer för främst långvarigt sjuka patienter med behov av begränsade medicinska insatser. Den allmänna försäkringen lämnar numera ersättning till sjukvårdshuvudmännen för sjukvårdande behandling i samband med sjukvård i hemmet.

Sjukvården i hemmet bedrivs i varierande former och under medverkan av personal med olika kompetens. Vanligen får den sjuke vård och hjälp i sitt hem av personal anställd hos sjukvårdshuvudmannen eller inom den kommunala sociala hemhjälpsverksamheten. I det senare fallet sker insatserna enligt avtal med sjukvårdshuvudmannen. En annan hjälpform är att sjukvårdshuvudmannen lämnar ekonomisk ersättning till anhörig som vårdar patienten i hemmet. För dessa anhöriga vårdare träffade Landstingsförbundet och Svenska kommunalarbetareförbundet år 1977 en rekommendationsöverenskommelse om anställningsvillkoren. Överenskommelsen gäller för anhöriga vårdare som är anställda hos huvudmannen och reglerar vårdarnas ersättning, semesterförmåner m. m. Det förekommer också att

sjukvårdshuvudmannen lämnar kontantbidrag till vårdtagaren, som sedan själv får ordna med vårdare m. m.

Närmare riktlinjer för utvecklingen av bl. a. hemsjukvården finns i vissa av de ovannämnda (s. 3), genom samarbete mellan socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Spri framtagna skrifterna.

I skriften Primärvård – innehåll och utveckling påpekas bl. a. (s. 82 och 83) att sjukvård i hemmet skall ingå som en del av den medicinska närhetsservice som primärvården skall svara för. Tillsammans med socialvården skall primärvården ta ett ansvar för att patienter, som med hänsyn till sitt fysiska och psykiska tillstånd kan och vill vårdas i hemmet, får det medicinska och sociala stöd de behöver. Det påpekas att vård i hemmet i vissa fall kan kombineras med perioder av vård vid sjukhus eller sjukhem. Genom åtgärder för att underlätta omflyttningar mellan olika vårdformer, nära samverkan med den sociala hemhjälpen (hemtjänsten) och decentralisering av medicinska resurser till lokala sjukhem och vårdcentraler kan förutsättningar skapas för en utbyggd sjukvård i hemmet.

För sjukvårdsinsatser i hemmet skall i första hand distriktssköterskor och undersköterskor/sjukvårdsbiträden svara – vid behov med hjälp av den läkare, som har det medicinska ansvaret för patienten. För att det totala hjälpbehovet skall tillgodoses förutsätts det också insatser av sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt medverkan från primärkommunalt anställd personal.

I skriften Sjukvård i hemmet – social hemtjänst redovisas underlag för hur man skall öka kvaliteten hos bl. a. sjukvård i hemmet och därigenom möjliggöra för flera och sjukare människor att kvarstanna i eller återvända till det egna boendet.

I skriften Boende, service och vård för äldre uppställs som mål för utvecklingen bl. a. att vårdformerna så långt som möjligt skall tillvarata kvaliteterna i det ordinära boendet.

Det påpekas bl. a. att vårdavdelningen kan delas in i flera bostadsdelar som vardera rymmer de lokaler som patienterna brukar i det dagliga livet och som ger möjlighet till sådana aktiviteter som privatpersonen normalt utför i sitt hem. De mer medicinska delarna av vårdavdelningen, som behandlingsrum, sjuksköterskeexpedition samt lokaler avsedda för personalen och vissa andra utrymmen, kan brytas ut ur bostadsdelarna och bilda en särskild del av vårdavdelningen.

I skriften Dagsjukvård inom primärvården påpekas bl. a. att man skall göra det möjligt för patienten att bo kvar så länge som möjligt i sitt eget hem genom att man inom dagsjukvården övervakar och följer upp olika sjukdomstillstånd, tränar upp funktioner, avlastar anhöriga och stimulerar och motiverar patienten.

Spri har i rapporten (1979:12) Lokala sjukhem – underlag för planering och projektering, tillsammans med företrädare för sjukvårdshuvudmännen,

fackliga organisationer m. fl., skisserat hur ett lokalt sjukhem kan utformas för att tillgodose bl. a. krav på mänsklig vård och omvårdnad i nära kontakt med patientens normala miljö. Det framhålls bl. a. att långtidssjukvård är mera en fråga om boende än om ren sjukvård och det föreslås att vårdavdelningarna delas upp i mindre delar – bostadsdelar – med en utformning och ett innehåll som man vanligen förknippar med hem och boende.

Stöd för vård av eget barn i hemmet

Föräldraförsäkringen – varom bestämmelser finns i lagen (1962:381) om allmän försäkring – infördes år 1974 och har sedan successivt byggts ut i betydande omfattning genom ett flertal riksdagsbeslut.

Föräldraförsäkringen innehåller numera tre huvuddelar, nämligen föräldrapenning i samband med barns födelse, särskild föräldrapenning och föräldrapenning för tillfällig vård av barn.

Föräldrapenning i samband med barns födelse utgår under 180 dagar.

Särskild föräldrapenning utgår under 90 dagar vid heltidsledighet. Den kan användas även när en arbetstagare har förkortad arbetstid och utgår då som halv eller fjärdedels föräldrapenning. Särskild föräldrapenning kan disponeras valfritt till dess barnet fyller åtta år eller slutar första skolåret. Den särskilda föräldrapenningen fördelas mellan föräldrarna så att vardera föräldern har rätt till 45 dagar. Förälder kan med en anmälan till försäkringskassan överlåta sin tid eller del av den till den andra föräldern. Fr. o. m. den 1 juli 1980 kan den särskilda föräldrapenningen utgå under ytterligare 90 dagar för barn födda år 1980 och senare.

Föräldrapenning för tillfällig vård av barn kan utgå vid barnets eller dess ordinarie vårdares sjukdom, smittförekomst hos barnet eller dess ordinarie vårdare samt för besök med barnet i förebyggande hälsovård under högst 60 dagar per år och barn under 12 års ålder. Fadern har dessutom en självständig rätt till föräldrapenning under tio dagar för tillfällig vård av barn i samband med barnets födelse.

Enligt lagen (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn m. m. har föräldrar rätt att med bibehållet anställningsskydd vara helt lediga från arbetet eller förkorta sin dagliga arbetstid till tre fjärdedelar av normal arbetstid så länge de vårdar barn under ett och ett halvt års ålder. Rätten till förkortad arbetstid, i vanliga fall sex timmar per dag, gäller även till dess barnet är åtta år eller har avslutat det första skolåret. Rätten till ledighet är fristående från ersättningsreglerna inom föräldraförsäkringen. Föräldrarna har dock alltid rätt till ledighet från sin anställning under tid då ersättning utgår från föräldraförsäkringen.

Enligt bestämmelser i lagen om allmän försäkring äger förälder för vård av barn som ej fyllt sexton år rätt till *vårdbidrag* om barnet på grund av sjukdom,

psykisk utvecklingsstörning eller annat handikapp under minst sex månader är i behov av särskild tillsyn och vård.

Vissa utredningar m. m.

Om boende, omsorg, service och vård för de äldre

På begäran av riksdagen (SoU 1979/80:44 s. 40, rskr 1979/80:385) har tillkallats en parlamentarisk *äldreberedning (S 1981:1)*. Enligt direktiven för äldreberedningens arbete är huvuduppgiften att behandla frågor om övergripande prioritering och samordning av samhällets insatser för de äldre. Beredningen skall inrikta sitt arbete på de områden som avser boende, omsorg, service och vård av de äldre. En utgångspunkt för arbetet skall vara att de insatser som görs för de äldre i första hand skall underlätta för dem att leva ett självständigt liv. Betydelsen av bostadsförhållandena och tillgången till hemhjälp understryks.

I direktiven framhålls bl. a. att de stora förändringar som kan väntas inom äldreomsorgen under den närmaste framtiden i fråga om organisation och arbetsmetoder ställer vissa krav på utbildnings- och fortbildningsinsatserna. En uppgift för äldreberedningen förutsätts vara att skaffa fram ett säkrare planeringsunderlag beträffande tillgången på personal och behovet av utbildning.

Om vård av anhöriga i hemmet

Med stöd av ett bemyndigande av regeringen tillkallades år 1979 *anhörigvårdskommittén (S 1979:11)* för att göra en översyn av olika frågor rörande vård av anhöriga i hemmet. Enligt direktiven för utredningsarbetet skall kommittén bl. a. kartlägga erfarenheterna av hemsjukvårdens utbyggnad i fråga om omfattning och organisation m. m. i olika delar av landet, vårdbehov och utbyggnadsplaner. En bedömning skall också göras om de åtgärder som hittills vidtagits eller planeras är till fyllest för att tillfredsställande tillgodose det till följd av befolkningsutvecklingen växande vårdbehovet under 1980-talet. Den sociala hemhjälpens roll skall också beaktas i sammanhanget.

Kommittén skall vidare överväga frågan om införande av en rätt till hel eller partiell ledighet från arbetet för vård av äldre, sjuk eller handikappad anhörig i hemmet. Därvid skall övervägas om en sådan rätt till ledighet skall gälla all vård av anhöriga eller knytas till de personer som vårdar anhöriga inom ramen för de offentliga huvudmännens hemsjukvårdsverksamhet.

I utredningsarbetet bör även ingå att – bl. a. mot bakgrund av kartläggningen av utbyggnadsmöjligheterna när det gäller samhällets direkta vardinsatser – förutsättningslöst bedöma behovet av och möjligheterna att införa ett system med ersättning från den allmänna försäkringen för vård i

hemmet av äldre, handikappad eller sjuk anhörig. Övervägandena bör därvid avse ett ersättningssystem som i första hand avser kortare tidsperioder, t. ex. vid hastigt inträffade vårdbehov hos äldre personer där en anhörigs närvaro är av stor betydelse eller för att möjliggöra för en patient på ett långvårdssjukhus att för en kortare tid få vistas i hemmiljö. Det kan också gälla insatser från anhöriga under vård i livets slutskede i hemmet eller på sjukhus. I andra hand skall utredningen överväga ersättning från försäkringen också till den som t. ex. på deltid under en längre period vårdar en anhörig som väntar på plats vid långvårdssjukhus eller ålderdomshem. Kommittén skall bl. a. behandla frågor om villkor, ersättningsnivåer och ekonomiska konsekvenser av ett sådant ersättningssystem. Den ekonomiska analysen skall vidare innefatta en belysning av de effekter på behovet av institutionsvård som följer av ett ersättningssystem för vård i hemmet.

Om larmsystem

Under åren 1974 och 1975 bedrevs inom socialstyrelsen ett utredningsarbete i syfte att kartlägga de tekniska, organisatoriska, socialmedicinska och medicinska problemen kring verksamhet med trygghetslarm. Resultatet av utredningsarbetet presenterades i skriften Larm och signalsystem för åldringar och handikappade (Socialstyrelsen redovisar 1976:3). I skriften sägs bl. a. att det finns alltför ringa erfarenhet av trygghetslarm i Sverige och att utredningen därför inte kan ge underlag för ett slutgiltigt ställningstagande till hur en larmorganisation bör vara utformad eller vilka larmsystem som bäst motsvarar krav på handikappanpassning, driftsäkerhet m. m. I skriften framhålls bl. a. att frågan om aktiv eller passiv utlösning av larm är en fråga om ekonomi, trygghet och integritet, samt att ett passivt larm av många kan uppfattas som en form av övervakning. Det påpekas att frågan om typ av utlösningsanordning därför bör avgöras av "sändaren".

Inom *socialstyrelsen* finns vidare sedan några år tillbaka en arbetsgrupp som behandlar frågor om ensamboendes trygghet. Arbetsgruppen har informerat sig om olika typer av larmanläggningar och engagerar sig i försöksverksamhet med larmanläggningar i Stockholm och Malmö tillsammans med kommunerna. Arbetsgruppen skall vidare undersöka förekomsten av kontaktverksamhet – besökstjänst o. d. – i landet. Arbetsgruppen beräknas år 1981 redovisa resultatet av sina undersökningar om larmanordningar och kontaktverksamhet i en sammanställning, som skall sändas ut till kommunerna.

I ett avsnitt i den tidigare nämnda skriften Boende, service och vård för äldre framhålls bl. a. att, om den vanliga telefonen i det enskilda fallet inte bedöms vara en tillräcklig hjälp för att underlätta kontakter mellan pensionär och social jour, telefonen bör kompletteras med aktivt larm.

Om åtgärder för bl. a. reumatiker

Inom *socialstyrelsen* har ingångsatts ett utredningsarbete som skall omfatta planering från såväl medicinsk som social synpunkt av vårdsektorn rörelseorganens sjukdomar och som skall syfta till ett s. k. sektorprogram för denna vårdsektor. Sektorprogrammet avses skola ligga till grund för hälso-, sjuk- och socialvårdspolitiska ställningstaganden samt tjäna som underlag för huvudmännens planering. Inom programmet skall man analysera och lämna förslag beträffande bl. a. organisation och avgränsning av vårdsektorn samt samverkan inom denna mellan primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Vidare skall behovet av medicinska och sociala åtgärder inom vårdsektorn redovisas. Inom ramen för utredningsarbetet skall man bl. a. ange den kompetens som erfordras och de personalkategorier som kan komma i fråga inom vårdsektorn. Områden inom vilka kunskaper f. n. saknas skall anges, och behovet av förändringar inom grundutbildningen, vidareutbildningen och fortbildningen för sjukvårdspersonalen skall beaktas. Avsikten är att slutresultat från utredningsarbetet skall kunna föreligga under år 1981.

Om stöd för vård av barn i hemmet m. m.

Med stöd av ett bemyndigande av regeringen år 1977 har tillkallats *ensamförälderkommittén (S 1977:16)* för att göra en översyn av samhällsstödet till ensamstående föräldrar.

År 1980 tillkallades med stöd av ett bemyndigande av regeringen *översynen (S 1980:08) av föräldraförsäkringen m. m.* för att göra en översyn av reglerna för rätt till ledighet för vård av barn och av ersätttningsreglerna inom föräldraförsäkringen m. m.

Den i det föregående nämnda *anhörigvårdskommittén* skall även göra en översyn av reglerna för vårdbidrag till föräldrar med svårt handikappade barn som ej fyllt sexton år. Kommittén skall genomföra denna översyn med förtur.

Den i det föregående nämnda *äldreberedningen* skall även överväga möjligheterna att förbättra kontakterna mellan generationerna, exempelvis genom de äldres medverkan i arbetet i förskolor och skolor.

Samarbete mellan Stockholms läns landsting och enskilda vårdhem

Motionen

I motion 1979/80:1870 (m), som innehåller motiveringen till yrkandet i motion 1979/80:1871 av Margaretha af Ugglas m. fl. (m), framhålls bl. a. att Stockholmsregionen är känd för sin stora mångfald på alla områden och att

också på de områden som traditionellt brukar betecknas som offentliga stora inslag av alternativ verksamhet förkommer, såsom bl. a. enskilda sjukhus och vårdhem. Motionärerna påpekar att de enskilda institutioner som finns utgör ett utmärkt komplement till de landstingskommunala och att ett fruktbart samarbete finns mellan Stockholms läns landsting och de enskilda institutionerna. Enligt motionärerna bör statsmakterna avstå från alla åtgärder som kan försvåra ett sådant samarbete för framtiden.

Vissa bestämmelser om enskilda vårdhem m. m.

För enskilt vårdhem som har minst tre vårdplatser för sjukvård eller annan personlig omvårdnad eller tillsyn gäller bestämmelserna i stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m. m. Enligt vårdhemsstadgan får enskilt vårdhem inte drivas utan tillstånd, som tidigare meddelades av socialstyrelsen men sedan den 1 juli 1977 meddelas av länsstyrelsen. Vården vid vårdhemmet skall stå under tillsyn av vårdhemsläkare. Länsstyrelsen får dock, om särskilda omständigheter påkallar det, medge undantag från skyldigheten att ha vårdhemsläkare. I stadgan finns vidare föreskrifter om bl. a. tillsyn – med socialstyrelsen som högsta tillsynsorgan – och om krav på lokaler, utrustning och personal.

I socialstyrelsens förteckning över sjukvårdsanläggningar m. m. har som enskilda vårdhem av lasarettskaraktär upptagits följande institutioner inom Stockholms läns landstings område, nämligen Ersta sjukhus i Stockholm (ca 375 vårdplatser), Röda Korsets sjukhus i Stockholm (ca 105 vårdplatser), Sophiahemmet i Stockholm (ca 95 vårdplatser), Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn (ca 245 vårdplatser) samt Björnbo sjukhus i Lidingö (ca 35 vårdplatser). Av dessa enskilda vårdhem av lasarettskaraktär samarbetar landstinget med Ersta sjukhus, Röda Korsets sjukhus och Björnbo sjukhus.

Vidare är i socialstyrelsens förteckning som enskilda vårdhem av sjukhemskaraktär upptagna närmare 50 institutioner inom landstingsområdet, av vilka de som har fler än 50 vårdplatser är följande, nämligen Blomsterfondens sjukhem i Älvsjö (ca 95 vårdplatser), Stockholms sjukhem i Stockholm (ca 160 vårdplatser), Stora Sköndals sjukhem och Stora Sköndals sjukhus i Farsta (ca 95 respektive ca 170 vårdplatser), Betaniastiftelsens sjukhus i Stockholm (drygt 50 vårdplatser) samt Danvikshems avdelning för långtidssjuka i Nacka (drygt 50 vårdplatser). Stockholms läns landsting samarbetar med nu nämnda institutioner samt med ett 30-tal av de övriga enskilda vårdhemmen av sjukhemskaraktär.

Uttalanden av hälso- och sjukvårdsutredningen

Det totalansvar, som hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) föreslagit att landstingen (sjukvårdshuvudmännen) skall ha för hälso- och sjukvården,

skall enligt utredningen innebära att landstingen 1) kartlägger behoven av hälso- och sjukvård för befolkningen inom sina respektive områden, vidtar eller initierar samt samordnar hälsofrämjande åtgärder, 2) genom totalplanering samordnar hälso- och sjukvårdsinsatser som riktar sig till enskilda jämte resurserna härför inom landstingsområdet (detta innefattar överenskommelser om inriktning, lokalisering och omfattning av olika vårdgivares verksamhet) samt medverkar vid samordning av hälso- och sjukvården för större områden, 3) följer upp planeringen och vidtar de åtgärder uppföljningen kan ge anledning till, 4) tillser att det planerade innehållet i hälso- och sjukvården står i överensstämmelse med den medicinska utvecklingen och ändrade förutsättningar i övrigt, 5) svarar för att resurser för hälso- och sjukvården finns i tillräcklig omfattning; detta innebär att landstinget i sista hand har skyldighet att ta på sig ytterligare vårdgivaransvar samt 6) anger hälso- och sjukvårdens allmänna krav på resurser samt medverkar till att utveckla resurser genom utbildning, forskning och andra utvecklingsinsatser.

HSU:s förslag om landstingens totalansvar för hälso- och sjukvården berör inte de grundläggande förutsättningarna för de olika slag av vårdgivare som driver hälso- och sjukvårdsverksamhet. HSU påpekar att en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården inte förutsätts innehålla någon bestämmelse av innebörd att landstingen kan beordra enskilda vårdgivare att bedriva eller upphöra med viss verksamhet samt att en principiell rätt att vara fritt yrkesverksam föreligger på detta liksom på alla andra verksamhetsområden.

Tidigare riksdagsbehandling

I en under 1974 års riksmöte väckt motion påpekades att det under den senaste 10-årsperioden skett en ökning av antalet enskilda vårdhem för vård av långvarigt sjuka, psykiskt utvecklingsstörda och psykiskt sjuka. Motionärerna, som ansåg att det långsiktiga målet måste vara att samhället helt svarar för den i motionen nämnda vården, begärde att åtgärder skulle vidtas för att hindra en fortsatt nyetablering av enskilda vårdhem.

Socialutskottet inhämtade yttranden över motionen från socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, De enskilda anstalternas förbund för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda och epileptiker (DEAF) samt Riksförbundet för enskild sjuk- och åldringsvård (Reså). Remissinstanserna avstyrkte eller uttalade sig eljest mot ett bifall till motionen.

I sitt av riksdagen godkända betänkande SoU 1974:28 i ärendet föreslog utskottet avslag på motionen. Utskottet anförde bl. a. följande.

Utskottet vill framhålla att det långsiktiga målet bör vara att samhället helt kan tillgodose det i motionen omnämnda vårdbehovet. Som redovisningen

av remissyttrandena visar kan man räkna med att utbyggnaden kommer att fortsätta och att vården därför så småningom helt kommer att kunna lämnas på institutioner som drivs av samhället. Med hänsyn till att det kan ta förhållandevis lång tid innan samhällets vårdresurser är helt utbyggda, vill utskottet understryka betydelsen av att det fortlöpande sker en effektiv tillsyn av de enskilda vårdhemmen.

Sjukvårdens innehåll m. m.

Motionen

I *motion 1980/81:1086* av Lars Werner m. fl. (vpk) påpekas bl. a. att studier har påvisat dramatiska skillnader i sjuklighet mellan regioner och kommuner där i dag ingen vet orsakerna. För att en effektiv planering skall kunna ske är det enligt motionärerna nödvändigt att anpassa sjukvården till de lokala sjuklighetsförhållandena, vilket inte görs i dag. Motionärerna efterlyser mot denna bakgrund ett epidemiologiskt helhetsperspektiv, som bl. a. ställer krav på utbyggd epidemiologisk statistik. En demokratisk helhetsplanering är vidare enligt motionärerna nödvändig. Motionärerna framhåller vidare att den medicinska forskningen måste reformeras och påpekar att forskning inom primärvård, psykiatri, långvård och socialmedicin samt omvårdnadsforskning måste byggas upp. Slutligen påpekas bl. a. att staten måste skaffa sig styrmedel för att kunna förändra sjukvården på ett annat sätt än allmänna ramlagar medger och att en nedrustning av socialstyrelsen måste stoppas.

Åtgärder för förbättring av den epidemiologiska bevakningen m. m.

Under förra riksmötet fattade riksdagen vissa beslut som bl. a. skapar större möjligheter att utröna samband mellan de yttre förhållanden m. m., som omger människorna, och sjukdomar.

I riksdagens beslut om riktlinjer för socialstyrelsens framtida uppgifter, organisation och personalresurser m. m. förutsattes det bl. a. att socialstyrelsen genom att analysera och sammanställa uppgifter om hälsorisker och sociala problem i olika samhällsmiljöer skall kunna ge underlag för motåtgärder och förebyggande insatser i vid bemärkelse inom olika områden som t. ex. arbetsliv, skola och boende.

Riksdagen beslutade under förra riksmötet även godkänna att ett statens miljömedicinska laboratorium (prop. 1978/79:120, SoU 1979/80:17, rskr 1979/80:106) och ett statens institut för psykosocial miljömedicin (prop. 1979/80:6, SoU 1979/80:23, rskr 1979/80:160) skulle inrättas den 1 juli 1980.

Statens miljömedicinska laboratorium, för vilket socialstyrelsen är chefsmyndighet, har till uppgift att inom den fysikaliska och kemiska miljömedicinen samt den allmänna hälsovården bedriva långsiktig forskning samt undersöknings-, utrednings- och utbildningsverksamhet.

Statens institut för psykosocial miljömedicin har till uppgift att bedriva och främja forskning i psykosocial miljömedicin. Det åligger institutet särskilt att bl. a. biträda socialstyrelsen i dess utvecklingsarbete inom den psykosociala miljömedicinen.

I proposition 1979/80:6, som låg till grund för riksdagens ovannämnda beslut om socialstyrelsens framtida uppgifter m. m., framhölls det att det nära samarbete som socialstyrelsen skall ha med statens miljömedicinska laboratorium och statens institut för psykosocial miljömedicin skapar förutsättningar för en effektiv bevakning av den samlade miljöns inverkan på mänsklig hälsa.

I propositionen föreslogs att arbetet med de s. k. hälsoregistren – cancerregistret, missbildningsregistret och registreringen av medicinska födelsemeddelanden – skulle flyttas från socialstyrelsen till statens miljömedicinska laboratorium. På förslag av socialutskottet förordade riksdagen att frågan om förläggningen av dessa register skulle ytterligare beredas av organisationskommittén för socialstyrelsen efter hörande av den år 1979 tillkallade cancerkommittén (S 1979:07). Organisationskommittén för socialstyrelsen har – efter kontakt med cancerkommittén – i ett hösten 1980 till chefen för socialdepartementet överlämnat förslag till ny organisation av socialstyrelsen bl. a. föreslagit att arbetet med hälsoregistren tills vidare ligger kvar hos socialstyrelsen.

Hos sjukvårdshuvudmännen har man uppmärksammat behovet av epidemiologisk bevakning. Vid Landstingsförbundets kongress år 1979 presenterades sålunda en inom Landstingsförbundet utarbetad skrift, Hälsopolitik i praktiken – förutsättningar och krav. I skriften föreslogs att ett regionalt hälsovårdsorgan – en miljömedicinsk enhet – skall inrättas på central nivå inom landstingen. I skriften framhölls att utöver vad av hävd ansetts ingå i hälso- och sjukvårdens uppgifter det bör ankomma på hälso- och sjukvården att registrera fakta om skeenden i miljön, i det sociala livet och i folkhälsan på sådant sätt att oroande trender kan upptäckas och förebyggande åtgärder vidtas.

Enligt riktlinjerna för det fortsatta arbetet med ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården (HS 90) skall bl. a. behandlas frågan om utveckling av epidemiologiska bevakningssystem såväl inom landsting som vid centrala myndigheter.

Riktlinjer för inriktningen av forskning berörande hälso- och sjukvården

Det har förutsatts att socialstyrelsen i framtiden inte skall bedriva egen forsknings-, utvecklings- och försöksverksamhet men däremot ta initiativ till sådan verksamhet inom sitt ansvarsområde.

I ovannämnda proposition 1979/80:6 påpekas sålunda bl. a. att socialstyrelsen bör stimulera och initiera forsknings- och utvecklingsarbete av särskild

betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling. I propositionen förordas en förändring av den traditionella medicinska forskningen mot bl. a. mer förebyggande insatser, decentraliserade vårdformer, psykiska och långvariga sjukdomar, omvårdnadsproblem m. m. samt en utbyggd forskning om hälso- och sjukvården och dess problem (bl. a. omvårdnadsforskning).

Utskottet

Utskottet behandlar i detta betänkande motioner som i huvudsak avser utveckling av vård i hemmet, samarbetet mellan Stockholms läns landsting och enskilda vårdhem samt sjukvårdens innehåll. Som bakgrund till behandlingen av motionerna lämnas nedan en kortfattad redogörelse för bl. a. pågående och föreslagna förändringar inom hälso- och sjukvården. Närmare uppgifter härom finns i ett föregående avsnitt i betänkandet.

På grund av bl. a. kostnadsutvecklingen för sjukhusorganisationen började i slutet av 1960-talet den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktas på att man skulle få till stånd en *ändrad struktur av sjukvården*. Den öppna vården utanför sjukhus ställdes därvid i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare, och en rad reformer har genomförts för att förstärka denna vård. Grundläggande för pågående utveckling inom hälso- och sjukvården är ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80), som socialstyrelsen presenterade år 1975 (Socialstyrelsen redovisar 1976:1). I HS 80 ges ett konkret förslag till vårdstruktur med uppdelning av verksamheten på primärvård, där vårdresurserna tillhandahålls i första hand vid vårdcentraler och sjukhem, på länssjukvård vid länssjukhus och länsdelssjukhus samt på regionsjukvård vid regionsjukhus. Den övervägande delen av vården skall lämnas inom primärvården, som vid behov skall kunna repliera på länssjukvården och regionsjukvården. Hälsovården skall bli helt integrerad med sjukvården. I uppgifterna för primärvården skall det bl. a. ingå att aktivt medverka i skyddet mot miljöfaktorer som hotar hälsan. Primärvården skall nära samarbeta med socialvården (socialtjänsten).

Riksdagen fattade under förra riksmötet beslut om riktlinjer för *socialstyrelsens framtida uppgifter m. m.* (prop. 1979/80:6, SoU 1979/80:45, rskr 1979/80:386), vilket beslut skall träda i kraft den 1 juli i år. Enligt dessa riktlinjer skall socialstyrelsens uppgifter koncentreras till planering och tillsyn av hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt framtagning av kunskapsunderlag för utveckling av dessa områden.

Riksdagen antog under förra riksmötet *socialtjänstlagen* (1980:620), som skall träda i kraft den 1 januari 1982 och då ersätta den nuvarande socialhjälpslagen och annan social vårdlagstiftning (prop. 1979/80:1, SoU 1979/80:44, rskr 1979/80:385). För socialtjänsten – som socialvården i fortsättningen skall kallas – skall helhetssynen bli utmärkande, vilket bl. a. innebär att socialtjänsten skall sträva efter att finna en samlad lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller gruppens totala situation.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (S 1975:4) avgav under hösten 1979 sitt slutbetänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården med *förslag till en hälso- och sjukvårdslag*. Betänkandet har remissbehandlats och är föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet. I HSU:s förslag till hälso- och sjukvårdslag anges som mål för hälso- och sjukvården att den skall främja en god hälsa hos hela befolkningen samt erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor. Sjukvårdshuvudmännen skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården, vilket bl. a. skall innebära att de skall bära ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom sjukvårdsområdena och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade år 1978 att ett nytt *principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90)* skall upprättas. Principprogrammet skall belysa hälso- och sjukvårdssektorns lämpliga framtida omfattning, inriktning, struktur och resurskrav. I en första etapp av utredningsarbetet, i vilket socialstyrelsen medverkar, har man tagit fram en rad underlagsstudier, av vilka flertalet redovisats i år, bl. a. betänkandena (SOU 1981:1) Hälsorisker – en kunskapssammanställning och (SOU 1981:2) Ohälsa och vårdutnyttjande. Generella utgångspunkter för den andra etappen i utredningsarbetet skall vara (1) att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, (2) att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt (3) att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Utveckling av vård i hemmet m. m.

Hemsjukvård i mer organiserade former började växa fram i slutet av 1940-talet. Ursprungligen betraktades hemsjukvården som en temporär insats i avvaktan på en utbyggnad av den slutna somatiska långtidssjukvården. Hemsjukvården har emellertid utvecklats och ses numera som ett alternativ eller komplement till andra vårdformer för främst långvarigt sjuka patienter med behov av begränsade medicinska resurser.

Hemsjukvården bedrivs i varierande former och under medverkan av personal med olika kompetens. Vanligen får den sjuke vård och hjälp i hemmet av personal anställd av sjukvårdshuvudmannen eller – genom avtal mellan sjukvårdshuvudmannen och kommunen – av personal inom den kommunala sociala hemhjälpsverksamheten. En annan hjälpform är att sjukvårdshuvudmannen lämnar ekonomisk ersättning till anhörig som vårdar patienten i hemmet. Anhörigvårdare kan vara anställd hos sjukvårdshuvudmannen. Det förekommer också att sjukvårdshuvudmannen lämnar kontantbidrag till patienten, som själv får skaffa vårdare.

I tre motioner framhålls angelägenheten av satsningar på vård i hemmet som komplement till satsningar på institutionsvård.

I motion 1979/80:1207 av Karl Leuchovius (m) och Sten Svensson (m) anges i tolv punkter riktlinjer som motionärerna anser böra gälla för den fortsatta utvecklingen av hemsjukvården. Enligt motionärerna bör kåren av hemsjukvårdare ökas, villkoren för anhörigvårdare förbättras i olika avseenden, utbildningen för dem som arbetar i hemsjukvård förbättras, stöd i olika avseenden ges till hemsjukvården av den slutna vården och den öppna vården i övrigt samt säkerheten för ensamboende äldre, sjuka och handikappade förbättras genom larmsystem. Vidare bör privatpraktiserande läkare ingå i hemsjukvårdsorganisationen och förbättrade behandlingsmöjligheter skapas för reumatiker. Härjämte bör frågan om inrättande av institutioner med en miljö som är så lik hemmiljön som möjligt (bostadssjukhem) utredas. Motionärerna framhåller angelägenheten av sjukdomsförebyggande åtgärder och anför bl. a. att alla tänkbara försök måste prövas från samhällets sida för att få människorna att förstå hur nödvändigt det är med sunda kost- och motionsvanor. Motionärerna begär att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad de anfört i motionen om inriktningen av hemsjukvård och förebyggande sjukvård.

I motion 1980/81:1651 av Birgitta Rydle (m) och Ann-Cathrine Haglund (m) begärs samlade åtgärder för en uppvärdering av vård i hemmet. Motionärerna framhåller bl. a. att det vårdarbete som utförs i hemmet måste få en betydligt högre och därmed rättvisare värdering än det har i dag och att denna uppvärdering kan ske genom åtgärder på olika områden, t. ex. inom socialskyddssystemet, skattepolitiken och inom meritvärderingssystemet på arbetsmarknaden.

I motion 1980/81:1918 av Britta Hammarbacken m. fl. (c) begärs en utredning beträffande det långsiktiga vårdbehovet i landet och om hur tillgängliga resurser bör fördelas mellan olika vårdformer med en organisatorisk och ekonomisk inriktning mot öppnare vårdformer. I motiveringen för yrkandet framhålls bl. a. att vi måste söka nya och okonventionella former för att klara de mål för omsorgen som vi vill uppnå och att vi måste göra detta på ett sätt som bättre främjar kontakt, gemenskap och ansvarstagande mellan människor än vad som nu är fallet. Motionärerna nämner i detta sammanhang särskilt sjukvården och barnomsorgen. När det gäller sjukvården krävs att samhället stöder anhöriga och andra som vill hjälpa en sjuk i hemmet och omfördelar sina resurser så att man ekonomiskt ersätter sådan hjälp. I fråga om barnomsorgen framhålls bl. a. att samhället bör stödja föräldrarnas insatser för barnomsorg i det egna hemmet.

Olika frågor som tas upp i motionerna har behandlats i det underlag som finns för utveckling av vården och i utredningsförslag eller är föremål för utredningar.

Hemsjukvård m. m. Enligt principprogrammet för hälso- och sjukvården

inför 1980-talet skall primärvården svara för all hemsjukvård, och hemsjukvården skall kunna avse både korttidssjuka och långtidssjuka patienter.

Inom ramen för ett samarbete mellan socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) har bedrivits ett utvecklingsarbete beträffande primärvård, äldreomsorger samt samverkan mellan landstingskommuner och kommuner, vilket redovisades år 1978 i sex skrifter (se s. 3). Dessa skrifter har sänts ut till sjukvårds- och socialvårdshuvudmännen för att användas som underlag för deras planering. I skrifterna fastslås hemsjukvårdens ansvar samt lämnas synpunkter på bl. a. samarbete mellan hemsjukvård och vården vid sjukhus eller sjukhem för underlättande av omflyttningar av patienter mellan olika vårdformer, hemsjukvårdsteamens sammansättning, utformningen av sjukhem för att de skall bli mera hemlika och samarbetet mellan hemsjukvård och dagsjukvård.

Spri har i en rapport (1979:12) Lokala sjukhem – underlag för planering och projektering skisserat hur ett lokalt sjukhem kan utformas för att bli mera hemlikt.

Den år 1979 tillkallade anhörigvårdskommittén (S 1979:11) skall göra en översyn av olika frågor rörande vård av anhöriga i hemmet. Härvid skall utredningen bl. a. göra en bedömning av om vidtagna och planerade åtgärder för utbyggnad av hemsjukvården är till fyllest för att tillgodose vårdbehovet under 1980-talet, överväga frågan om rätt till ledighet från arbetet för vård av äldre, sjuk eller handikappad anhörig i hemmet, bedöma behovet av och möjligheterna att införa ett system med ersättning från den allmänna försäkringen för vård i hemmet av äldre, handikappad eller sjuk anhörig.

Inom socialstyrelsen finns en arbetsgrupp som behandlar frågor om ensamboendes trygghet, bl. a. frågor om larmanordningar för ensamboende.

I år har tillkallats en parlamentarisk äldreberedning (S 1981:1) som skall inrikta sitt arbete på frågor om boende, omsorg, service och vård för de äldre. En utgångspunkt för arbetet skall vara att de insatser som görs för de äldre i första hand skall underlätta för dem att leva ett självständigt liv. Äldreberedningen skall bl. a. ta fram planeringsunderlag beträffande behovet av personal för äldreomsorger och beträffande utbildning för denna personal.

Inom socialstyrelsen pågår ett utredningsarbete om vårdsektorn rörelseorganens sjukdomar (innefattande bl. a. reumatiska sjukdomar), vilket skall resultera i ett sektorprogram för denna vårdsektor. Under utredningsarbetet skall bl. a. behandlas frågor om organisation av vårdsektorn, om behovet av personal inom vårdsektorn och om den utbildning hos personalen som krävs.

Förebyggande hälsovård. Sjukvårdshuvudmännen har alltmer engagerat sig i sjukdomsförebyggande åtgärder som ett led i en offensiv sjukvårdspolitik. Bl. a. har man utformat förslag till friskvårdsplaner och anvisat medel

till sjukdomsförebyggande och hälsobefrämjande insatser.

Hälso- och sjukvårdsutredningen har i slutbetänkandet (SOU 1979:78) föreslagit att sjukvårdshuvudmännen skall åläggas ett lagstadgat ansvar även för förebyggande vård innefattande bl. a. hälsoupplysning och hälsorådgivning.

Stöd för vård av barn i hemmet m. m. Stöd för vård av barn i hemmet finns bl. a. enligt bestämmelser om föräldraförsäkring och om vårdbidrag till föräldrar med svårt handikappade barn i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Utredningsarbete pågår om olika frågor som berör stöd för vård av barn i hemmet m. m.

Den år 1977 tillkallade ensamförälderkommittén (S 1977:16) skall göra en översyn av samhällsstödet till ensamstående föräldrar. Den år 1980 tillkallade översynen (S 1980:08) av föräldraförsäkringen m. m. skall göra en översyn av reglerna om rätt till ledighet för vård av barn och av ersättningsreglerna inom föräldraförsäkringen m. m. Den ovan nämnda anhörigvårdskommittén skall även göra en översyn av reglerna för vårdbidrag till föräldrar med svårt handikappade barn.

I detta sammanhang bör nämnas att den ovan nämnda parlamentariska äldreberedningen även skall överväga möjligheterna att förbättra kontakterna mellan generationerna, exempelvis genom de äldres medverkan i arbetet i förskolor och skolor.

Utskottet kommer senare att behandla motioner i vilka tas upp frågan om avvägningen mellan samhällets stöd till familjer som utnyttjar samhällets barnomsorg och dess stöd till andra barnfamiljer.

Ovannämnda riktlinjer och utredningsarbete m. m., för vilket närmare redogörelser finns i föregående avsnitt i betänkandet (s. 7–12), tillgodoser enligt utskottets mening syftet med de olika önskemål som framförs i de här aktuella motionerna (1979/80:1207, 1980/81:1651 och 1980/81:1918).

Med hänsyn härtill och till att man i det fortsatta arbetet med principprogrammet för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90) bl. a. skall vidareutveckla strukturmodellen med primärvård, länssjukvård och regionsjukvård och därvid bl. a. beakta faktorer som påverkar arbetsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdssystemet och befolkningens eget ansvar påkallar motionerna inte något initiativ av riksdagen.

Samarbetet mellan Stockholms läns landsting och enskilda vårdhem

För enskilda vårdhem som har minst tre vårdplatser för sjukvård eller annan personlig omvårdnad eller tillsyn gäller bestämmelserna i stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m. m. I stadgan ställs krav beträffande bl. a. lokaler, utrustning och personal.

I motion 1979/80:1871 av Margaretha af Ugglas m. fl. (m) begärs att regeringen vidtar sådana åtgärder att det i dag fungerande samarbetet mellan Stockholms läns landsting och enskilda vårdhem inte försvåras. I motiveringen till yrkandet framhålls bl. a. att inom Stockholmsregionen finns stora inslag av alternativ verksamhet såsom bl. a. enskilda sjukhus och vårdhem, att de enskilda institutionerna utgör ett utmärkt komplement till de landstingskommunala och att ett fruktbart samarbete finns mellan landstinget och de enskilda institutionerna. Motionärerna anser att statsmakterna bör avstå från alla åtgärder som kan försvåra ett sådant samarbete för framtiden.

I socialstyrelsens förteckning över sjukvårdsanläggningar är upptagna fem enskilda vårdhem av lasarettskaraktär och närmare 50 enskilda vårdhem av sjukhemskaraktär, som är belägna inom Stockholms län. Av dessa enskilda vårdhem samarbetar Stockholms läns landsting med tre av vårdhemmen av lasarettskaraktär och med drygt 35 av vårdhemmen av sjukhemskaraktär. Vissa uppgifter om dessa vårdhem finns i ett föregående avsnitt i betänkandet (s. 13).

Vissa frågor om enskilda vårdgivares ställning inom den framtida hälso- och sjukvården har behandlats i hälso- och sjukvårdsutredningens (HSU:s) slutbetänkande (SOU 1979:78) i anslutning till HSU:s förslag att sjukvårdshuvudmännen skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården. Detta totalansvar berör de enskilda vårdgivarna på det sättet att sjukvårdshuvudmännen inom ramen för en totalplanering av hälso- och sjukvården skall samordna samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter inom sjukvårdshuvudmännens områden. Avsikten är att sjukvårdshuvudmännen i samverkan med andra vårdgivare skall planera inriktning, lokalisering och omfattning av den totala vårdverksamheten, något som enligt HSU ofta torde kräva särskilda överenskommelser om verksamheternas bedrivande och utveckling. HSU påpekar att förslaget om sjukvårdshuvudmännens totalansvar för hälso- och sjukvården inte berör de grundläggande förutsättningarna för de olika slag av vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet och att en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården inte förutsätts innehålla någon bestämmelse av innebörd att sjukvårdshuvudmännen kan beordra enskilda vårdgivare att bedriva eller upphöra med viss verksamhet.

I det föregående (s. 14 och 15) redovisas socialutskottets uttalande år 1974 (SoU 1974:28) med anledning av en motion om enskilda vårdhem. Mot bakgrund av vad utskottet därvid anförde kan man förutsätta att sjukvårdshuvudmännen kommer att samarbeta med sådana enskilda vårdhem som uppfyller kraven i vårdhemsstadgan och som prövas vara värdefulla komplement till sjukvårdshuvudmännens egna institutioner.

Med hänsyn till det anförda bör motion 1979/80:1871 inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Motionen avstyrks således.

Sjukvårdens innehåll m. m.

I motion 1980/81:1086 av Lars Werner m. fl. (vpk) påpekas bl. a. att studier har påvisat dramatiska skillnader i sjuklighet mellan regioner och kommuner och att ingen vet orsakerna till detta. Enligt motionärena är det nödvändigt att sjukvården anpassas till de lokala sjuklighetsförhållandena och att planeringen av sjukvården sker från ett epidemiologiskt grundat helhetsperspektiv. Detta kräver enligt motionärerna en utbyggd epidemiologisk statistik. En demokratisk helhetsplanering är också nödvändig. Motionärerna papekar vidare att den medicinska forskningen måste reformeras och framhåller därvid angelägenheten av att forskning inom primärvård, psykiatri, langtidssjukvård och socialmedicin samt omvärdnadsforskning byggs upp. Motionärerna begär att en utredning skall tillsättas för att från ett epidemiologiskt grundat helhetsperspektiv utreda sjukvårdens innehåll och samhälleliga funktioner samt föreslå åtgärder i anledning därav (yrkande 1). Vidare begär motionärerna att riksdagen skall uttala sig för a) utbyggnad av den epidemiologiska statistiken, som bas för en demokratisk helhetsplanering av vården (yrkande 2), b) medborgaraktivering och patientmobilisering som styrande faktorer för varden, där målen i ett programstyrt budget- och planeringsarbete kan förankras på basplanet (yrkande 3), c) att den medicinska forskningen reformeras till prioriteringar och organisation som ställer den i nära kontakt med vården (yrkande 4) samt d) att nedrustningen av socialstyrelsen stoppas och att myndigheten ges medel att aktivt styra varden efter motionens riktlinjer (yrkande 5).

Ökade insatser för att utröna samband mellan de yttre förhållanden m. m., som omger människorna, och sjukdomar kan väntas i framtiden mot bakgrund av beslut som riksdagen fattade under förra riksmötet.

Sålunda har det i riksdagens beslut om socialstyrelsens framtida uppgifter m. m. förutsatts att socialstyrelsen genom att analysera och sammanställa uppgifter om hälsorisker och sociala problem i olika samhällsmiljöer skall kunna ge underlag för motåtgärder och förebyggande insatser i vid bemärkelse inom olika områden. Riksdagen beslutade vidare under förra riksmötet att statens miljömedicinska laboratorium (prop. 1978/79:120, SoU 1979/80:17, rskr 1979/80:106) och statens institut för psykosocial miljömedicin (prop. 1979/80:6, SoU 1979/80:23, rskr 1979/80:160) skulle inrättas den 1 juli i fjol.

Statens miljömedicinska laboratorim (SML), för vilket socialstyrelsen är chefsmyndighet, har till uppgift att inom den fysikaliska och kemiska miljömedicinen samt den allmänna hälsovården bedriva långsiktig forskning samt undersöknings-, utrednings- och utbildningsverksamhet. SML inrättades mot bakgrund av att man visserligen känner till att förändringar i den yttre miljön på olika sätt kan påverka människan men inte vet tillräckligt mycket om vilka miljökomponenter som är särskilt riskabla, vilka grupper som är speciellt känsliga för påverkan, på vilket sätt denna påverkan kan ge

upphov till skador samt hur vi skall kunna förebygga och förhindra inte önskvärda och främja önskvärda förändringar i människans miljö. Tanken är att SML skall bidra till att fylla dessa kunskapsluckor.

Statens institut för psykosocial miljömedicin, som har till uppgift att bedriva och främja forskning i psykosocial miljömedicin, skall bl. a. biträda socialstyrelsen i dess utvecklingsarbete inom den psykosociala miljömedicinen.

Det nära samarbete som socialstyrelsen skall ha med statens miljömedicinska laboratorium och statens institut för psykosocial miljömedicin skapar förutsättning för en effektiv bevakning av den samlade miljöns inverkan på mänsklig hälsa.

Även bland sjukvårdshuvudmännen har man uppmärksammat behovet av insatser inom miljömedicinen. Vid Landstingsförbundets kongress år 1979 presenterades sålunda en inom Landstingsförbundet utarbetad skrift, Hälsopolitik i praktiken – förutsättningar och krav. I skriften föreslogs att ett regionalt hälsovårdsorgan - en miljömedicinsk enhet – skall inrättas på central nivå inom landstingen. I skriften framhölls att utöver vad av hävd ansetts ingå i hälso- och sjukvårdens uppgifter det bör ankomma på hälso- och sjukvården att registrera fakta om skeenden i miljön, i det sociala livet och i folkhälsan på sådant sätt att oroande trender kan upptäckas och förebyggande åtgärder vidtas.

Enligt utskottets mening finns det mot denna bakgrund all anledning att räkna med att den epidemiologiska statistiken kommer att byggas ut och att den ökade kunskap man på centralt håll och hos sjukvårdshuvudmännen vinner om sambanden mellan miljö och ohälsa kommer att läggas till grund för planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Här bör även erinras om att generella utgångspunkter för det fortsatta utredningsarbetet inom HS 90-projektet bl. a. skall vara att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt och att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser.

Den konkreta planeringen av hälso- och sjukvården ankommer på sjukvårdshuvudmännen. På olika sätt har man inom sjukvårdsområdena sökt inhämta allmänhetens synpunkter vid upprättandet av hälso- och sjukvårdsplaner. Socialstyrelsens planeringsuppgifter inom den sociala sektorn har i beslutet om socialstyrelsens framtida uppgifter m. m. förutsatts skola omfatta bl. a. en skyldighet att ta fram underlag för såväl statsmakternas vårdpolitiska beslut som för de kommunala huvudmännens planering av vårdsektorns utbyggnad, att yttra sig över planer för vårdsektorns utbyggnad till vägledning för huvudmännens beslut, att sammanställa och analysera dessa planer samt verka för att dessa så långt möjligt får en enhetlig utformning samt att på central nivå följa upp behoven av en samordnad planering av hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Genom att socialstyrelsen skall avlastas detaljuppgifter av olika slag skall myndigheten få större

möjligheter att ägna sig åt sådan övergripande planering som nu sagts.

Med hänsyn till det anförda och då det i proposition 1979/80:6, som låg till grund för riksdagens beslut om socialstyrelsens framtida uppgifter m. m., framhållits som angeläget att inriktningen av den traditionella medicinska forskningen förändras mot forskning inom bl. a. sådana områden som nämns i motion 1980/81:1086 bör motionen inte föranleda något initiativ av riksdagen. Utskottet avstyrker således motionen.

Utskottets hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *hemsjukvård m. m.*
   att riksdagen avslår motion 1979/80:1207,
2. beträffande *vårdarbete i hemmet*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1651,
3. beträffande *stöd till vårdarbete i hemmet*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1918,
4. beträffande *samarbetet mellan Stockholms läns landsting och enskilda vårdhem*
   att riksdagen avslår motion 1979/80:1871,
5. beträffande *sjukvårdens innehåll m. m.*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1086.

Stockholm den 31 mars 1981

På socialutskottets vägnar
GÖRAN KARLSSON

Närvarande: Göran Karlsson (s), Gabriel Romanus (fp), Karl Leuchovius (m), Rune Gustavsson (c), Evert Svensson (s), Anna-Greta Skantz (s), Mårten Werner (m), Erik Larsson (c), Ivar Nordberg (s), Blenda Littmarck (m), Ulla Tillander (c), Kersti Swartz (fp), Stig Alftin (s), Lena Öhrsvik (s) och Anita Persson (s).