

Motion till riksdagen

1989/90:So531

av Bengt Westerberg m.fl. (fp)

Sjukvården

Sammanfattning

I motionen föreslås en rad insatser för att öka valfrihet och trygghet i sjukvården.

Förslag begärs om införande av ett husläkarsystem.

Etableringshindren för läkare och sjukgymnaster i Dagmar-systemet skall avvecklas, så att rätten att välja läkare tryggas.

Ytterligare 200 milj.kr. satsas för insatser mot köerna i sjukvården. Medlen bör kunna räcka för såväl insatser inom hjärtsjukvård, ögonsjukvård och ortopedi som för åtgärder för att korta ner väntetiderna för patienter med inkontinens, livmoderframfall och gallsten.

Ett särskilt stimulansbidrag på 100 milj. kr. per år under fem år föreslås för att driva på ombyggnaden av vårdinstitutioner så att rätten till eget rum skall kunna förverkligas.

I. Inledning

Under senare år har det förts en livlig debatt om huruvida det råder kris i svensk sjukvård. Rapporteringen kring operations- och långvårdsköerna och massavhopp bland olika personalkategorier har frammanat bilden av en offentlig sjukvårdsapparat nära randen av kollaps. Företrädare för landstingen försöker hellre beskriva de nuvarande svårigheterna som "skönhetsfläckar" på ett i stort sett välfungerande sjukvårdssystem.

Bedömningar av sjukvårdens funktion måste utgå från medborgarnas aktuella förväntningar och om prestationerna står i rimlig proportion till det medborgarna betalar. Enligt vår uppfattning finns det skäl att se larmrapporterna från sjukvården som symptom på djupgående svårigheter. Dessa berör både förmågan att uppfylla allmänhetens krav på god funktion och kravet på rimlig effektivitet. Båda problemen är allvarliga och tenderar att urholka förtroendet för samhällets förmåga att lösa grundläggande åtaganden gentemot invånarna.

Malet för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för alla invånare. Hälso- och sjukvårdens uppgift är att förebygga sjukdom och lidande. Vid sjukdom skall insatserna inriktas på att bota, lindra, stödja och trösta.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården beräknades under år

1989 uppgå till ca 90 miljarder kronor. Summan motsvarar ca 9% av bruttonationalprodukten. Andelen har stabiliserats på denna nivå under 80-talet.

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 krävs mer av hjälp och av sjukvård. Antalet äldre och i synnerhet antalet mycket gamla personer ökar i Sverige. Detta kommer att påverka sjukvårdsbehovet. Personer över 75 år använder i dag i genomsnitt åtta gånger så mycket sjukvårdsresurser som personer i yrkesaktiv ålder.

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 växer också genom att det tillkommer 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 förvärsarbete och hushållsplittringen.

Den framtida utvecklingen av sjukvårdsbehovet är svår att förutse. Även om tillkomsten av effektivare behandlingsmetoder och aktivt förebyggande hälsovård kan minska en del av sjukvårdsbehovet så är det vår bedömning att det under de närmaste åren kommer att finnas ett behov av ökade resurser inom sjukvården, inte minst på grund av ökningen av antalet mycket gamla. Samtidigt är det nödvändigt att resurser kan utnyttjas flexibelt och snabbt kan överföras från ett område till ett annat.

En väl fungerande sjukvård är en av hörnpelarna i välfärdsstaten. I Sverige har vi en sjukvård av hög kvalitet. På de flesta håll i vården möter patienterna både en imponerande professionell kompetens och starkt mänskligt engagemang. Samtidigt finns det ännu uppenbara brister. Några exempel på dessa är starkt begränsade valmöjligheter för patienten, brist på olika vårdalternativ, bristande kontinuitet i vården, klen personalpolitik som medfört svårigheter att rekrytera och behålla personal, besvärande kösituationer, otillräcklig hänsyn till patienternas personliga integritet och bristande resurser.

Sjukvårdens problem är på intet sätt nya, utan de flesta av dem har funnits länge och ytterligare accentuerats under senare år. Folkpartiet har under lång tid pekat på bristerna och föreslagit åtgärder för att förbättra och utveckla sjukvården. I denna motion för vi fram en rad förslag om viktiga insatser inför 90-talet. Följande frågor tas upp i motionen:

1. Förebyggande hälsovård
2. Effektiviteten inom sjukvården
3. Kapa köerna!
4. Förstärk primärvården!
5. Enskild vård
6. Frigör personalen!
7. Förbättra kvinnosjukvården!
8. Lyft fram de "grå" sjukdomarna!
9. Läkemedel
10. Eget rum till dem som önskar
11. Förändringar i patientjournalagen

2. Förebyggande hälsovård

Stora förbättringar i befolkningens medellivslängd och hälsa har skett under efterkrigstiden. Inte minst gäller det utvecklingen under 1980-talet. Medellivslängden är nu 80 år för kvinnor och 74 år för män. Spädbarnsdödligheten har minskat kraftigt. Huvudsakligen är det 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 välståndet 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 dåliga kostvanor, bruk och missbruk av tobak, alkohol och narkotika och kvarvarande dåliga arbetsmiljöer.

I en särskild motion har vi närmare utvecklat vår syn på hur den förebyggande hälsovården kan stärkas.

3. Effektivisera sjukvården

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

Undersökningar utförda på uppdrag av expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) antyder att produktivitet 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 1990 – 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 produktivitet^sutvecklingen mellan olika kliniker och sjukhus med samma verksamhetsinriktning. Resultaten är inte överraskande. I en så omfattande verksamhet som sjukvården 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.

En viktig orsak till ineffektivitet är de s.k. propparna inom vården. Detta gäller t.ex. patienter som är färdigbehandlade men ej kan skrivas ut från sjukhuset därför att det är brist på de vårdformer de skulle behöva, såsom ålderdomshem, långtidsvård eller hemtjänst. Genom att ta upp platser i akutsjukvården hindrar dessa så kallade klinikfärdiga patienter andra behövande från att få den vård de behöver. På detta sätt fortplantar sig resursbristen från ett område till ett annat – den ena kön föder den andra.

Siffror från landstingsförbundet belyser antalet färdigbehandlade på våra sjukhus. I mars 1989 fanns inom den somatiska akutvården ca 4 000 patienter som var färdigbehandlade. Detta utgjorde 15 % av de totala vårdplatserna. Av dessa väntade tre fjärdedelar på plats inom den somatiska långtidsvården, och vidare väntade 12 % på att få tillgång till hjälp i hemmet eller någon form av serviceboende.

Dessa data pekar på ett enormt resursslöseri. Detta slöseri medför dessutom ett helt onödigt lidande för dem som väntar på adekvat vård. För att råda bot på dessa problem krävs en rad åtgärder: effektivisering av behandlingen vid många kliniker, bättre utnyttjande av öppenvården när slutenvård inte är nödvändig, bättre utnyttjande av resurserna inom sjukhem och hemtjänst men också tillskott av resurser inom en rad trånga sektorer.

Effektivare resursanvändning är viktig inte bara inom sjukvården utan också i avvägningen mellan olika sektorer. Idag finns t.ex. människor som länge går sjukskrivna med sjukpenning i avvaktan på operation. Detta måste undvikas. De som är i behov av sjukvårdande behandling skall ej ordinerarsjukskrivning, utan så fort som möjligt ges adekvat vård.

Mycket tyder på att organisatoriska förändringar inom sjukvård och socialförsäkringen i framtiden blir helt nödvändiga. Det delade huvudmannaskapet för dessa sektorer har skapat stora rationaliseringspotentialer. Det har bl.a. medfört att beslut som rör en och samma individ tas oberoende av varandra. Några överväganden om att ökad satsning på sjukvård kan åstadkomma minskade kostnader för sjukförsäkringen har därmed inte varit möjliga att göra. När en läkare beslutar att ordinera sjukskrivning och/eller medicinering för en patient behöver hon således inte ta ansvar för de budgetmässiga konsekvenserna av sitt beslut. Läkaren får heller aldrig besked om storleksordningen på de utgifter som besluten orsakat socialförsäkringen.

Olika typer av försök med resursöverföring från sjukförsäkringen till sjukvården måste uppmuntras. Bohuslandstinget har föreslagit en försöksverksamhet med en sådan resursöverföring, men den socialdemokratiska regeringen har satt hinder i vägen. Försöksverksamheten bör omedelbart komma till stånd.

Överföring av resurser från sjukpenningförsäkringen till sjukvården skulle

kunna förkorta sjukskrivningstiderna och därigenom spara både mänskligt lidande och samhällsekonomiska resurser.

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

- Användande av resultatmått som underlättar jämförelser mellan och som möjliggör mer av målstyrning. Delegering av beslut förutsätter möjligheter att mäta resultaten, t.ex. mellan olika kliniker och vårdcentraler
- 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

När det gäller omvårdnaden – inte minst av svårt sjuka patienter i livets slutskede – är det ofta inte möjligt att 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 bl.a. dessa områden kommer att krävas personalförstärkningar men också en förbättrad utbildning av vårdpersonalen. Det är dessutom angeläget att vidga möjligheterna till smärtlindring, t.ex. för cancerpatienter.

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.

4. Kapa köerna!

Den medicinska behandlingen på de svenska sjukhusen är av hög kvalitet. Ett problem är dock den bristande kapaciteten, vilket leder till orimligt långa väntetider för olika typer av operationer och andra typer av behandlingar t.ex. internmedicinsk och psykiatrisk vård. Denna resursbrist medför ett enormt mänskligt lidande. Det är en uppgift med högsta prioritet att kapa operationsköerna. Det krävs både effektivisering i resursutnyttjandet och ökade resurser för att komma till rätta med den besvärande kösituationen.

År 1979 upphörde den form av patientstatistik som redovisade väntetiden för olika former av vård. Under 1980-talet har det enbart upprättats olika väntelistor hos de enskilda vårdinrättningarna, men det görs ingen heltäckande sammanställning på riksnivå.

Folkpartiet driver sedan länge en enveten kamp mot kösamhället. Under senare år har vi uppmärksammat bl.a. köerna till gråstarr-, höftleds- och kranskärlsoperationer. Numera finns mätningar av dessa köer. Resultatet av studierna visar att väntetiden för dessa ingrepp fortfarande är mycket lång.

Kön till grästaroperationer omfattade 8 000 patienter år 1988. Antalet som väntade på en höftledsoperation den 31 december 1988 var omkring 5 000.

Ungefär 1 400 stod på väntelista till kranskärlsoperation vid årsskiftet 1988–1989. Motsvarande antal 1987–1989 var ca 1 250. Väntelistorna till kranskärlsutredning har också visat på en betydande ökning. Under mars 1987 väntade 2 000 patienter på utredning, motsvarande för oktober 1989 var 2 903.

Dödligheten för dem som står på väntelistor till kranskärlsutredning eller kranskärlsoperation är avsevärd. I en undersökning från Uppsala var dödligheten före operation cirka 10 % per väntear. Efter operationen har dödligheten sjunkit till 1–2 % per år. I Umeå avled under 1988 33 personer på väntelistan.

Variationerna i väntetid är dessutom mycket stora mellan de olika landstingen. Väntelistan till grästaroperation 1988-12-31 per 10 000 invånare 40 år och äldre varierade mellan 55 personer i Örebro län och 2 personer i Hallands län. Motsvarande väntelista för höftledsoperation var som högst i Västernorrlands län med 35 patienter och lägst i Jönkopings län med 8 patienter.

Operationsköerna till grästarr, höftled och kärlekskramp uppmärksammas betydligt mer än kösituationen till andra typer av ingrepp och annan icke kirurgisk vård. Det finns ett antal "glömda köer" vilka också måste ges en högre prioritet.

Timbro Informationseentrum har utöver de tre mer uppmärksammade operationsköerna även studerat operationsköerna för livmoderframfall, inkontinens och gallsten. Studien visar att kösituationen till operation för dessa sjukdomar är minst lika alarmerande som för grästarr-, höftleds- och kranskärlsoperationer. Även för dessa så kallade glömda köer uppvisar studien betydande variationer mellan de olika landstingen. De som lider av inkontinens får i Hallands län vänta 16 månader på operation i Älvsborgslän är motsvarande väntetid 3 månader. Kvinnor som behöver opereras för livmoderframfall får i Uppsala län vänta i 15 månader och i Västernorrlands län är väntetiden 3,5 månader. Gallstenspatienten får vänta 15 månader i Östergötland och 3 månader i Västmanland.

Malet i hälso- och sjukvårdslagen, om en god hälsa på lika villkor för alla invånare, är med beaktande av köerna och de stora skillnaderna mellan landstingen inte uppfyllt. Väntetiden för patienten för att få en operation eller annan vård utförd är beroende av i vilket landsting vederbörande bor och av sjukvårdshuvudmännens prioriteringar. Köerna och de kraftiga skillnaderna i väntetid mellan olika områden kan inte accepteras. Kraftfulla initiativ måste tas för att kapa köerna inom sjukvården.

Under en följd av år har folkpartiet i riksdagen föreslagit att statliga resurser (t.ex. från sjukförsäkringen) borde utnyttjas för att eliminera köerna inom sjukvården. Regeringen ställde sig först helt avvisande till sådana förslag. Därefter ändrade man sig och införde för andra halvåret 1987 ett särskilt bidrag om 70 milj. kr. för att bekämpa köerna. Därefter har ett mindre belopp öronmärkts för köbekämpning i de s.k. Dagmaravtalen. I det nu löpande avtalet har 50 miljoner avsatts för detta ändamål.

Hanteringen av detta instrument har dock präglats av en betydande valhänhet. Som exempel vill vi peka på utnyttjandet av det särskilda anslaget

hänthet. Som exempel vill vi peka på utnyttjandet av det särskilda anslaget som avsattes för andra halvåret 1987. Riksdagen bemyndigade regeringen att fastställa närmare regler för fördelningen av detta anslag. Endast drygt 40 miljoner kom dock till användning, och ännu i det senaste publicerade bokslutet (för budgetåret 1988/89) redovisas de återstående medlen, drygt 29 milj. kr., som en inte utnyttjad reservation. Medan regeringen har låtit dessa av riksdagen beviljade pengar vila i sina kassavalv har köerna blivit allt längre.

Folkpartiet föreslår att de reserverade 29 milj.kr. samt ytterligare 200 milj.kr. under nästkommande budgetår avsätts för en offensiv satsning på att eliminera köerna inom sjukvården. Medlen bör kunna räcka för såväl insatser inom hjärtsjukvård, ögonsjukvård och ortopedi som för åtgärder för att korta ner väntetiderna för patienter med inkontinens, livmoderframfall och gallsten.

5. Förstärk primärvården!

Basen i svensk sjukvård utgörs av primärvården. 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.

Det är angeläget att alla människor har möjlighet att välja den läkare med vilken de kan ha varaktiga kontakter, en så kallad husläkare. Inte minst vid behandlingen av kroniska sjukdomar och psykosomatiska problem är detta av stor betydelse. För den som så önskar måste det finnas möjlighet att välja en specialisläkare till sin husläkare. 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 ofta 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.

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 finnas möjlighet att erbjuda dessa en läkare och informera dem om sin rätt att söka denna.

Principen om det fria läkarvalet förutsätter att det vid sidan av den offentliga sjukvården finns privatpraktiserande läkare. Fördelningen mellan offentlig och privat vård skall därmed styras av patienternas val och inte av politiska beslut.

När det s.k. Dagmarsystemet infördes minskade valfriheten för patienten märkbart. Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som tidigare fritt kunde ansluta sig till sjukförsäkringen kan nu, med vissa undantag, endast göra det under förutsättning att landstinget är berett att teckna avtal med

dem. Dessa etableringsbegränsningar hämmar förnyelsen av sjukvården och gör det därmed svårare att uppnå målsättningen i hälso- och sjukvårdslagen. Folkpartiet anser därför att samtliga etableringsbegränsningar för läkare och sjukgymnaster bör avskaffas.

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 stadsområdena. Ersättningssystemet gör att såväl vårdcentraler som enskilda husläkare får ett både ekonomiskt och medicinskt intresse att förebygga sjukdomar och ge patienterna bästa möjliga vård.

Ett förslag som har framförts går ut på att primärvården ska ges hela det ekonomiska ansvaret för patientens hälso- och sjukvård och vid behov köpa specialisttjänster från sjukhusklinikerna eller från privata specialistmottagningar. Det finns självfallet problem med en sådan modell, men vi anser den vara tillräckligt intressant för att förtjäna att bli prövad i begränsad skala. Även försök med en koppling mellan primärvården och sjukförsäkringen bör stimuleras.

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.

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 flera 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 föreslagit åtgärder för de psykiskt sjuka och de dementa.

En särskild fråga kring primärvården som diskuterats mycket under senare år gäller huvudmannaskapet. I samband med diskussionen om en reform av äldreomsorgen har det från många håll föreslagits att hela primärvården borde överföras till kommunerna. Vi ser såväl fördelar som nackdelar med en sådan lösning. För att vinna ytterligare erfarenheter är det önskvärt att modellen prövas inom något eller några län där berörda kommuner och landsting visar intresse för en sådan överföring.

6. Enskild vård

Mot. 1989/90
So531

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, gruppbofästäder 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 specialistläkarna utgör ett värdefullt komplement till landstingens sjukvård.

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.

7. Frigör personalen!

Det är i hög grad de anställdas motivation och kompetens som avgör kvalitet, service och effektivitet inom den svenska sjukvården. En huvuduppgift inför 1990-talet är att frigöra den kraft som finns hos de anställda inom sjukvården. Om vi inte lyckas med detta under 90-talet hotas hela vårt sjukvårdssystem.

Personalproblemen inom svensk sjukvård är flera. Till de synpunkter som ofta framförs hör:

- Anställningsvillkoren, t.ex. lön, arbetstider och möjligheterna till fortbildning, är för dåliga jämfört med andra yrken.
- Det är svårt att påverka de egna arbetsförhållandena.
- Personalbristen, vilket är ytterligare ett tecken på att arbetsgivarna inom sjukvården misslyckats med att göra jobben attraktiva.

- 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 försämrar 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".

Bristen på sjukvårdspersonal och i synnerhet läkare är akut i flera 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.

I en speciell motion från folkpartiet utvecklar vi våra förslag ytterligare om hur läkarbristen kan åtgärdas.

På många håll i landet råder brist på andra typer av personalkategorier. Detta är fallet trots en mycket kraftig personalökning under det senaste årtiondet. 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, arbetstider, ersättning för arbete på obekvämt arbetstid och belöning av goda prestationer.

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.

8. Förbättra kvinnosjukvården!

I hälso- och sjukvårdslagen fastslås det att alla har rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Kvinnor och män skall vara jämställda inom vården. Hälsoproblem som är typiska för kvinnor får dock inte alltid den uppmärksamhet inom forskning och politik som motsvarande mer manliga sjukdomar får.

Kvinnors hälsoproblem har varit föremål för studier och forskning i betydligt mindre utsträckning än motsvarande manliga sjukdomar. Det finns t.ex. en mer omfattande forskning om den "manliga sjukdomen" hjärtinfarkt men däremot mindre om de "kvinnliga ledsjukdomarna".

Kvinnosjukdomar får inte prioriteras bort i en resursknapp tid. Vid resursfördelning måste speciell uppmärksamhet riktas mot de kvinnliga sjukdomsgrupperna.

I Sverige har vi en mycket hög förvärvsfrekvens bland kvinnor, den är nästan lika hög som bland männen. Trots denna höga förvärvsfrekvens har kvinnorna fortfarande huvudansvaret för familj och barn. Kvinnor är enligt statistik från sjukförsäkringen mer sjuka än männen. Under år 1988 var kvinnorna sjuka 28,7 dagar i genomsnitt, medan motsvarande för männen var 22 dagar. Denna skillnad i sjuklighet kan vara ett tecken på att arbetslivets villkor inte är anpassade efter kvinnors behov. Därmed ökar också belastningen på hälso- och sjukvården.

Inom hälso- och sjukvården, där den övervägande majoriteten av personalen är kvinnor, finns det oroande signaler på dålig arbetsmiljö. Den utbrändhet som drabbar vårdpersonalen måste uppmärksammas. En undersökning visar att kvinnliga läkare har en betydligt högre självmordsfrekvens än de manliga kollegorna. Detta är ett tecken på att de kvinnliga läkarna upplever sig mer pressade i sitt arbete än de manliga läkarna. Även inom andra kvinnliga personalkategorier kan starka påfrestningar noteras.

Eftervården av bröstcanceropererade kvinnor är ett tydligt exempel på ett vårdområde som prioriterats lågt. Kirurgin inom området fungerar bra, men kvinnorna får inte det stöd och den omvårdnad de skulle behöva efter en bröstcanceroperation. Efter en bröstcanceroperation drabbas de flesta kvinnor av nedsatt armfunktion. Dessa besvär kan leda till att det blir svårt att klara vardagliga sysslor. Därför kan det bli aktuellt med olika typer av hjälpmedel och stödinsatser.

Bröstcanceropererades riksorganisation (BRO) bör ges ett ökat ekonomiskt stöd. Vi föreslår i vår handikappmotion ett ökat stöd till handikapporganisationerna av vilka BRO är ett.

För att kunna minska antalet bröstcanceroperationer i framtiden är det viktigt att mammografiutbyggnaden inte eftersätts. Mammografiscreening fanns att tillgå i 18 landsting i augusti 1989. Ytterligare fyra landsting hade framskridna planer på att starta sådan verksamhet. Personalbristen och utbildningsbehovet är fortfarande stort vid nästa alla de landsting som bedriver denna screeningverksamhet.

Invandrarkvinnornas kunskaper om och behov av hälso- och sjukvård måste uppmärksammas. Alltför många invandrarkvinnor är analfabeter, de lever ofta mer isolerat än svenska kvinnor. Invandrarkvinnornas inställning till ohälsa, sex- och samlevnadsfrågor m.m. skiljer sig många gånger från svenska kvinnors. Information till invandrarkvinnorna kan därför inte alltid gesskriftligt, därför måste olika typer av kanaler användas. Det är viktigt att utveckla rutiner så att man kan nå invandrarkvinnorna direkt. För närvarande går informationen till dem via männen.

9. Lyft fram de "grå" sjukdomarna!

AIDS och cancer, transplantationer och krämskärlsoperationer 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. Tillgången till specialistvård för dessa patientgrupper måste förbättras.

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 ävensjukdomarnas förlopp i många fall helt eller delvis okända. Det är därför viktigt att öka forskningen kring dessa sjukdomar.

I Sverige beräknas ca 100 000 människor lida av epilepsi av olika svårighetsgrad. Av dessa borde ett stort antal kunna beredas en bättre hjälp och förbättrad medicinsk eller kirurgisk behandling. För att bota och lindra finns nya rön och metoder som gör det möjligt att t.ex. utföra epileptikerkirurgi med mycket goda resultat för patienterna. I Sverige utförs endast ett femtiotal epileptikeroperationer årligen. Orsaken är bristande resurser och brist på utbildade specialister. Resurserna för epilepsisjukvård är i jämförelse med andra länder mycket knappa i Sverige. I t.ex. Holland finns det 1 300 specialiserade vårdplatser för epilepsisjuka.

Socialstyrelsen bör snarast ges i uppdrag att utreda mål och metoder för den framtida epilepsivården.

10. Läkemedel

Manga människor, inte minst de som lider av s.k. grå sjukdomar, är beroende av läkemedel och olika förbrukningsartiklar för att klara sin livsföring. För att begränsa kostnaderna för dem som ofta behöver sjukvård, medicin och förbrukningsartiklar finns ett högkostnadsskydd. Vid vissa sjukdomar kan man få läkemedel gratis. Rätten till läkemedelsförmåner regleras i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m.m.

Folkpartiet har tidigare framfört krav på att dessa förmåner bör förbättras. Förbättringarna av de nuvarande reglerna för läkemedelsrabatter får dock inte medföra att andra med kroniska sjukdomar och handikapp får försämrade villkor. Riksdagens socialförsäkringsutskott har vid flera tillfällen uttalat att det finns behov av att göra en förutsättningslös utredning om hur

det samlade förmånssystemet skall kunna reformeras. I december 1989 var utredningen ännu inte tillsatt trots att riksdagen vid flera tillfällen begärt en sådan utredning. Vi ser mycket allvarligt på att den socialdemokratiska regeringen inte hörsammar de beslut som riksdagen fattat.

Regeringen aviserade i förra årets 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. Folkpartiet reagerade kraftfullt emot detta förslag, som var ett slag direkt emot flera av de grupper som vi kallar för det "glömda Sverige". Regeringen fick också en välförtjänt bakläxa, eftersom samtliga övriga partier uttalade sig emot denna försämring.

11. Eget rum till dem som önskar

En människa som är så sjuk att han eller hon tvingas leva på institution måste ha rätt till den integritet som möjligheten att välja rumssällskap eller ett eget rum innebär.

Rätten för den som så önskar att få eget rum måste förverkligas. Av 1988 års äldreproposition framgick att endast 27 % av dem som vårdas inom den somatiska långtidssjukvården har ett eget rum. Över 50 000 patienter inom långvård, omsorgsvård och psykvård har inte denna möjlighet.

Folkpartiet har aktualiserat denna fråga i samtliga landsting. I ord får vi numera instämmanden från de flesta andra partier, men på många håll saknas det ännu en stark vilja att förverkliga detta mål. Vi upprepar därför vårt krav på att riksdagen bör besluta om ett särskilt stöd för att förbättra förhållandena inom långvården. Vi föreslår att ett temporärt statsbidrag skall utgå som möjliggör för huvudmännen att snabbare bygga om lokala sjukhem, centrala sjukhem och långvårdskliniker.

Statsbidraget bör vara prestationsrelaterat. De huvudmän som påskyndar ombyggnaden eller kan uppvisa fler enbäddrum för vård på institution från ett år till ett annat bör få det av statsbidraget.

Vi föreslår att riksdagen för den kommande femårsperioden anslår 100 milj.kr. årligen till denna verksamhet. Riksdagen bör uppdraga åt regeringen att närmare utforma villkoren för att erhålla statsbidrag. För det närmaste budgetåret föreslår vi att 100 milj.kr. avsätts för ändamålet.

12. Förändringar i patientjournalagen

I patientjournalagen anges att journalanteckning skall signeras av den som svarar för uppgiften. Denna skyldighet gäller oavsett anteckningens innehåll. Syftet med denna bestämmelse, som införts på riksdagens initiativ, är att stärka patientsäkerheten.

Signeringsskyldigheten har emellertid inneburit betydande praktiska problem. Förutom att den medfört merarbete och därmed kostnader har den också lett till att ett större antal journaler är "på drift" för signering när de behövs i ett akut patientärende. Detta är självfallet inte acceptabelt från patientsäkerhetssynpunkt.

I viss utsträckning har lagen kommit att motverka sitt eget syfte. Det

onyanserade signeringskravet kan därför ifrågasättas. Kontrollen av att viktiga journaluppgifter är korrekta får självfallet inte efterges. För att framförallt undanröja risken för att journaler inte är tillgängliga i akuta situationer bör emellertid signerings- eller kontrollkravet nyanseras. Det bör klart framgå av lagtexten att – vilket är fallet redan idag – journalföraren alldeles oavsett om anteckningen är signerad eller ej är ansvarig för dess innehåll. Det bör likaså framgå att anteckningar av sådant innehåll att patientens säkerhet är i fara om fel data införs, måste kontrolleras.

Mot. 1989/90
So531

Hemställen

Med hänvisning till det anförda hemställs

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om effektiviteten inom sjukvården.
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om kösituationen inom sjukvården.
3. att riksdagen beslutar att den icke utnyttjade reservationen för budgetåret 1988/89 omfattande 29 milj.kr. överförs till budgetåret 1990/91 för användning mot köerna inom sjukvården.
4. att riksdagen för budgetåret 1990/91 anslår 200 milj.kr. för insatser mot köerna inom sjukvården.
5. 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 i motionen anförts om att de till Dagmar-systemet knutna etableringsrestriktionerna snarast bör avvecklas.¹]
6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts angående utbildningsinsatser för att trygga tillgången på allmänläkare.
7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en begränsad försöksverksamhet om att överlåta hela det ekonomiska ansvaret för patientens hela hälso- och sjukvård till primärvården.
[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts angående ersättningarna till privatpraktiserande sjukgymnaster.¹]
8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att hindra nedläggningen av enskilda sjuk- och vårdhem.
9. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om personalutveckling inom hälso- och sjukvården.
10. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av förbättrad eftervård av bröstcanceropererade kvinnor.
11. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att mammografiutbyggnaden inte eftersätts.
12. att riksdagen hos regeringen begär att socialstyrelsen får i uppdrag att ge förslag till den framtida epilepsivården.

13. att riksdagen beslutar införa ett speciellt statsbidrag under 5 år i syfte att stimulera ombyggnaden av institutioner så att rätten till eget rum kan förverkligas under mitten av 1990-talet.

Mot. 1989/90
So531

14. att riksdagen hos regeringen begär förslag om villkoren för att erhålla statsbidrag för ombyggnad av institutioner så att rätten till eget rum skall kunna förverkligas.

15. att riksdagen för budgetåret 1990/91 anslår 100 milj.kr. i syfte att stimulera ombyggnaden av institutioner för att förverkliga rätten till eget rum.

16. att riksdagen hos regeringen begär förslag till förändringar i patientjournalagen i enlighet med vad som anförts i motionen.

Stockholm den 24 januari 1990

Bengt Westerberg (fp)

Ingemar Eliasson (fp)

Karl-Göran Björsmark (fp)

Birgit Friggebo (fp)

Elver Jonsson (fp)

Daniel Tarschys (fp)

Jan-Erik Wikström (fp)

Kerstin Ekman (fp)

Charlotte Branting (fp)

Sigge Godin (fp)

Ingela Mårtensson (fp)

Anne Wibble (fp)

Barbro Westerholm (fp)