

## Motion

1984/85:3152

Nils Carlshamre m. fl.

Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m. m. (prop. 1984/85:181)

Propositionen baseras på det remissbehandlade förslaget till principprogram för hälso- och sjukvården år 1990–2000 som presenterats av den s. k. HS 90-utredningen.

Såvitt vi kunnat räkna har HS 90 förorsakat och/eller direkt baserats på 18 statliga offentliga utredningsbetänkanden inkl. huvudrapporten, ett antal sekretariatspromemorior, rapporter och andra skrifter.

Följaktligen har inom ramen för HS 90-projektet presterats en imponerande mängd faktaunderlag. Däremot imponerar inte det i huvudrapporten redovisade principprogrammet. Visst finns där vackra tankar och kloka synpunkter, även om en del är verklighetsfrämmande och en del är självklara realiteter. Men ser man till arbetets syfte, att utgöra – på relativt kort tid dessutom – riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken, måste man ställa sig frågan hur det över huvud taget kan vara möjligt att med ett så oerhört faktaunderlag hamna så snett som det presenterade principprogrammet gör. Propositionen, som för övrigt baseras på ett ännu bredare utredningsunderlag, avviker på intet sätt från det orealistiskt hälsopolitiskt fixerade synsättet som präglar HS 90-programmet.

### Principprogrammets budskap

Programmet förefaller i huvudsak ha två budskap. Det ena innebär kraftig satsning på förebyggande insatser, varvid ett väsentligt skäl anges vara att motverka redovisade skillnader i hälsotillstånd mellan olika social- och yrkesgrupper. Därför föreslås vad som kallas behovsbaserad hälso- och sjukvårdsplanering och används begreppet behovsplanerad resursfördelning. Som ett första viktigt steg i riktning mot behovsplanerad resursfördelning anges i propositionen den, enligt vår mening, missriktade och misslyckade Dagmarreformen.

Det andra huvudbudskapet innebär att det behov av hälso- och sjukvård som finns, kan och skall i långt större utsträckning än nu tillfredsställas inom ramen för primärvården samtidigt som länsjukvården skall bantas, specialiseras och koncentreras.

### Förebyggande hälsovård

Oenighet kan knappast råda kring målsättningen att förbättra hälsomässigt eftersatta grupperns hälsa och på så vis nå en utjämning av hälsoläget. Men

förebyggande insatser ger sannolikt inte några påtagliga resultat förrän på mycket långsikt. Den insikten får inte och borde heller inte kunna fördunklas av de i propositionen förekommande uttalandena om en samlad, offensiv folkhälsopolitik.

Man får inte heller blunda för de risker för den enskildes integritet som propositionens ambitiösa målsättning här innebär. HS 90 föreslår t. ex. att journalerna i hälso- och sjukvården skall göras "hälsoriskorienterade" med systematiskt noterad (och inhämtad) information om t. ex. yrke, tobaks- och kostvanor. I propositionen tillskyndas förvisso HS 90:s tankegångar i detta avseende som i andra folkhälsopolitiska avseenden. Vidare föreslås t. ex. att vart tredje år skall publiceras en folkhälsorapport där innehållet i grundläggande hälso- och sjukvårdsstatistiska informationskällor om levnadsnivå, sjukfrånvaro, vårdutnyttjande, dödsorsaker, cancerfrekvens skall sammanställas och analyseras.

### Behovsbaserad planering och resursfördelning

Såväl HS 90 som propositionen har en klar tendens att anlägga ett överhetsperspektiv på hälso- och sjukvårdsplaneringen. Det är betecknande för HS 90:s huvudrapport att ordet "patient" inte nämns i någon av rapportens över 100 rubriker. Att behovsbaserad resursfördelning riskerar komma i konflikt med patienternas önskemål tycks inte besvära vare sig HS 90:s upphovsmän eller föredragande statsråd. Patienternas valfrihet offras på jämlikhetens altare. Den tendensen har som nämnts omsatts i praktisk handling genom den av moderata samlingspartiet i såväl riksdagen som Landstingsförbundet hårt kritiserade Dagmarreformen. Att inte patienternas valfrihet vägts in som en väsentlig faktor att beakta i hälso- och sjukvårdens planering anser vi vara en allvarlig brist i principprogrammet. Enligt vår mening är den hälso- och sjukvårdspolitik dömd att misslyckas som inte bygger på ett bevarande av den enskildes självbestämmanderätt även när det gäller vederbörandes hälsa.

När det gäller skillnader mellan olika delar av landet i fråga om läkartillgång, visar HS 90 att det snarare rör sig om en snedfördelning inom landstingen än mellan olika landsting. Detta borde ha beaktats i samband med utarbetandet av den s. k. Dagmaröverenskommelsen och lett till en mindre centralistisk och byråkratisk modell för en jämnare fördelning. Dagmar baseras på en betydande övertro på möjligheten att med stelbenta byråkratiska regelsystem sprida läkare över landet. Positiva stimulansåtgärder är en bättre lösning. Vi har i annat sammanhang föreslagit sådana åtgärder i form av förhöjd försäkringsersättning vid nyetablering av privatpraktik och därutöver generellt högre ersättning i glesbygdsområden.

### Förändrad vårdstruktur

HS 90 framhåller betydelsen av en förändring av vårdstrukturen så, att den öppna vården ökar på bekostnad av den slutna. Detta gäller såväl somatisk som psykiatrisk vård. När det gäller den somatiska vården föreslås "kraftfulla resurstillskott" till utbyggnad av primärvården. Detta, i kombination med satsningar på sjukhemsvård och hemsjukvård, skulle möjliggöra en minskning av länssjukvården. Denna förutsätts ske främst vid de mindre sjukhusen.

Vi ställer oss tveksamma till denna utveckling av såväl sjukvårdsmässiga som ekonomiska skäl. Primärvården kan knappast ersätta mer än en del av den sjukvård som i dag sker vid läns- och länsdelssjukhusen. En utbyggd primärvård i form av offentligt drivna vårdcentraler är dessutom kostsam för landstingen och en utbyggnad tar lång tid.

Mot denna bakgrund är det olyckligt att möjligheterna till en mer patientanpassad och billigare utbyggnad av närsjukvården inte alls studerats. En sådan öppen vård såsom komplement till den offentligt drivna primärvården kan t. ex. nås genom avtal med privatpraktiserande läkare och sannolikt bekostas genom smärre besparingar inom den slutna vården. För utbyggd primärvård bör, enligt vår mening, i första hand enskilda vårdgivare anlitas.

Utbyggnaden av hemsjukvård har stor betydelse för möjligheterna att genomföra strukturförändringar inom sjukvården. Gränsdragningen mellan landstingens och primärkommunernas insatser för vård och omvårdnad i hemmet kan skapa stora problem. Ett intimt samarbete med primärkommunerna är nödvändigt.

Satsningen på traditionell långtidsvård har visat sig vara svärförenlig med såväl humanitära som ekonomiska målsättningar. Framtidens vård av äldre skall i väsentligt större utsträckning ske i deras egna hem eller på servicehus med helinackordering och utbyggda sjukvårdsresurser.

Man får emellertid inte som HS 90 gör dra slutsatsen att läns långvården näst intill kan avskaffas helt. Även om vi starkt tillskyndar den pågående utvecklingen mot hemsjukvård, lokal sjukhemsvård, dagvård och hälsovård för äldre – moderata samlingspartiet tog tidigt initiativet till en sådan utveckling – vill vi varna för HS 90:s överoptimistiska inställning angående möjligheterna att avveckla långvården inom länssjukvårdens ram. Det är således en helt orealistisk resurs, bara 25 platser på 100 000 invånare, som HS 90 tilldelar läns långvården.

I propositionen uttalas liksom i HS 90 – om än något mer förbehållsamt – att länssjukvårdens vårdplatsandel kan förväntas minskas i takt med att primärvården utvecklas. I HS 90 anges en nerdragningstakt på ca 550 platser per år. Det skulle medföra en åderlätning av länssjukvårdens totala vårdplatsantal med 25 % fram mot slutet av 1990-talet jämfört med nuläget. Hårdast drabbas därvid länsdelssjukhusen som antalsmässigt utgör ca 2/3 av akutsjukhusen.

Vidare nämns att resursfördelningen såväl mellan som inom landstingen kan och bör göras för att uppnå en mer behovsrelaterad fördelning av tillgängliga vårdresurser. Det framgår klart att föredragande statsråd inser att det uppstår konsekvenser för länssjukvårdens resurser bl. a. därför att antalet äldre ökar samtidigt som medicinska och tekniska landvinningar ökar möjligheterna att behandla olika sjukdomar. Men det är ändå betecknande att läns- och regionsjukvårdens oundgängligen ytterst viktiga roll att bota sjuka nämns mer i förbigående. Den, enligt vår mening, kraftigt överdrivna tilltron till vad folkhälsopolitik och en starkt utbyggd primärvård kan åstadkomma förefaller ha lett HS 90 och propositionen till uppfattningen att kvalificerad sjukvård vid läns- och länsdelssjukhus är något som i betydande utsträckning kan och bör ersättas av primärvård. Detta är som vi redan antytt helt felaktigt och tyder på att den medicinska sakkunskapen inte haft mycket att säga till om vid utformningen av principprogrammet. Primärvård är inte och kan inte vara ett alternativ till länssjukvård annat än i gränsskikten, där länssjukvårdens kvalificerade insatser inte behövs.

Dessutom förefaller programmakare och propositionsförfattare ha glömt det självklara faktum, att utbyggd primärvård och förstärkt hälsopolitik skapar behov av ytterligare insatser från länssjukvården och, för den delen, från regionvården också. T. ex. äldrevård i hemmen och lokala sjukhem kräver betydande insatsberedskap från länssjukvårdens sida.

Och givetvis innebär ökat antal hälsoundersökningar större tryck på den högkvalificerade sjukvård som bara läns- och regionsjukvården kan erbjuda. En aldrig så offensiv folkhälsopolitik innebär med den korta sikt principprogrammet ändå arbetar på att mer sjukdom och fler sjukdomstillstånd upptäcks och kräver bot än förebyggs genom t. ex. sund livsföring. Som vi redan nämnt kan resultatet av förebyggande insatser sannolikt inte skönjas förrän på mycket lång sikt. Man kan inte anpassa sjukvården inom den närmaste tioårsperioden till ett folkhälsotillstånd som kanske i bästa fall kan uppnås om 20–30 år, om det över huvud taget går att göra så effektfulla landvinningar på folkhälsans område som HS 90 förutsätter. För det måste man veta innan sjukvården kan struktureras om väsentligt. Och det uppföljningsarbete som behövs för att belägga resultaten av en nationell hälsosatsning kräver mycket lång tid för att pålitliga trender skall kunna säkerställas.

### **Propositionen och den enskilda hälso- och sjukvården**

HS 90 går inte in på den enskilt bedrivna hälso- och sjukvårdens roll i framtiden. Vi finner detta direkt klandervärt med hänsyn till den stora betydelse den enskilda vården har eller skulle kunna ha för primärvården. Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver dessutom att ett samarbete med den enskilda vården skall ske. Men programskrivarna har inte dragit några slutsatser av detta. HS 90:s nonchalans mot enskild hälso- och sjukvård tolkar vi som klart politiskt betingad.

Propositionen i sin tur tar upp enskild hälso- och sjukvård mest i förbigående och då huvudsakligen med negativa förtecken. Visserligen säger sig föredragande statsråd betrakta den privat bedrivna hälso- och sjukvården "främst genom heltidspraktiserande läkare och sjukgymnaster" som "ett värdefullt komplement till den offentliga hälso- och sjukvården".

Men statsrådet målar dessförinnan motsägelsefullt upp en klart negativ bild av enskild hälso- och sjukvård och hävdar att människor med goda ekonomiska resurser har större möjligheter än andra att få sina värdebehov tillgodosedda i enskild vård. "Det är en mindre grupp i vårt samhälle som stödjer tanken att man skulle kunna köpa sig förbi värdkön eller få vård som utgår från betalningsförmåga snarare än behov" anføres bl. a. I propositionen beskrivs således ett sådant system för enskild hälso- och sjukvård som inget politiskt parti i riksdagen vill ha och inget parti heller har förespråkade.

Tvärtom skall den enskilda hälso- och sjukvården finansieras genom den allmänna sjukförsäkringen och ges möjlighet att arbeta på samma villkor som motsvarande offentligt bedrivna vård så att patienterna oberoende av privatekonomiska förutsättningar medges valfrihet i fråga om vårdgivare och vårdform. I propositionen konstateras visserligen att den nu bedrivna enskilda vårdverksamheten (främst heltidspraktiker avses) bidrar till valfrihet i vården och att den valfriheten bör bibehållas och utvecklas. Men några förslag till hur det skall gå till lämnas inte. Under rubriken "Patienten i centrum", som borde förplikta till en fördjupning av valfrihetsresonemangen, konstateras i huvudsak bara att patienten i princip väljer fritt om han vill ha vård eller inte.

Som vi redan anfört tar moderata samlingspartiet avstånd från Dagmar-systemet för statlig ersättning till sjukvården. Dagmar avhänder patienterna åtminstone 200 000 besökstillfällen i privat öppenläkarvård redan under innevarande år. Det angivna syftet att underförsörjda områden i stället skulle få fler läkare uppnås inte. Veterligen har Dagmar inte haft någon sådan effekt över huvud taget. Tvärtom innebär Dagmar att nya läkare måste anställas i tätortsområden för att kompensera bortfallet av fritidspraktiker. Och Dagmar står i klart motsatsförhållande till valfriheten för patienterna. Genom Dagmar skapas förutsättningar för enskild vård som ingen vill ha, och som i propositionen används som argument mot privat vård: Endast patienter som har råd att betala dubbelt så mycket eller mer än tidigare i patientavgift kan fortsätta hos sin privatpraktiker när denne avförts från försäkringskassans förteckning över anslutna läkare.

Vi måste konstatera att regeringen här genom sitt handlande gjort att det lilla positiva som uttalats i proposition 181 om den nu bestående enskilda öppna vården saknar trovärdighet.

Vi anser att det är en allvarlig brist att inte HSS 90 och inte heller propositionen gjort en analys av alternativ till dagens organisation av den svenska sjukvården. Nyttänkande saknas på avgörande punkter och mycket av det som så att säga konkret föreslås har närmast karaktären av en katalog

över pågående arbete ute i landstingen. HS 90 har alltså uppenbarligen tagits fram som ett politiskt beställningsarbete i syfte att legitimera redan pågående förändringar och inriktning av den svenska sjukvården. Därmed har man också försuttit tillfället att göra en kritisk granskning av en verksamhet som omfattar 10 % av landets samlade ekonomiska resurser – 65 miljarder kronor. Det har inte funnits någon vilja att i grunden analysera om denna enorma resurs används på rätt sätt. Organisations- och finansieringsfrågorna lyser med sin totala frånvaro. Enligt vår uppfattning hade det varit värdefullt med ett avsnitt om alternativa finansieringsformer som t. ex. ett heltäckande försäkringssystem. Det hade också på ett avgörande sätt gjort utredningen intressantare om man hade fört en diskussion om organisationsformerna, om samspelet mellan landsting och kommuner, om de privata vårdresursernas roll i sjukvården etc. Det kan ju knappast ha varit okänt för utredarna att det de senaste åren pågått en intensiv offentlig debatt i dessa frågor. Decenniets största sjukvårdsutredning har emellertid inte något att säga.

#### **Den enskilda vården bör byggas ut**

Primärvården har och tillmäts i framtiden stor betydelse för hälso- och sjukvården. I flertalet länder i västvärlden är det vanligt med ett primärvårdssystem byggt på privatpraktiserande läkare. Den svenska satsningen på offentligt bedriven primärvård är nästan unik. Det finns all anledning att dra lärdom av vår omvärld i detta avseende.

Vi anser att utbyggnaden av den öppna vården utanför sjukhusen till övervägande del bör ske genom privatpraktiker. Kostnaderna är inte bara betydligt lägre än för den motsvarande offentliga vården. Mindre läkarmottagningar i enskild regi innebär också att vården kan ges närmare patienterna och att den enskilde patienten får träffa samma läkare vid sina olika sjukbesök.

Det innebär också att patienterna garanteras valfrihet i fråga om sådana specialiteter där detta är synnerligen angeläget. Att således gynekologin skall företrädas i primärvården är enligt vår mening självklart, oavsett huvudmannaskap. Men den bästa garantin för en utveckling mot en primärvårdsorganisation där detta kan infråas är att låta i huvudsak privatpraktiker svara för en betydande del av primärvårdsverksamheten.

En verkligt decentraliserad vård fordrar små enheter. Där är privatpraktikern, småföretagaren, överlägsen. Han stannar också vanligen lång tid på den plats där han har slagit sig ned. Praktiker bör även kunna ta över verksamheten i redan befintliga vårdenheter, vilket skulle innebära betydande besparingar för landstingen. Det skulle också skapa större ekonomiskt utrymme för den specialiserade slutna vården, som främst måste bedrivas i offentlig regi.

Den flexibla organisation som möjliggörs i privatläkarnas verksamhet, t. ex. när det gäller hembesök, ger goda möjligheter till snabb insats. En

satsning på hembesök ökar primärvårdens tillgänglighet. Och det är privatläkarna som har de bästa förutsättningarna att infria tillgänglighetskraven.

Även de små enskilda sjukhemmen fyller en viktig funktion. Inom långtidsvården ger de ofta den hemlika karaktär som bör känneteckna framtidens vård av framför allt äldre. Samtidigt drivs de ofta också till betydligt lägre kostnader än landstingens egna institutioner. En satsning på enskilda sjukhem skulle därför frigöra resurser som landstingen kan använda för andra ändamål.

De enskilda psykiatriska sjukhemmen kan fylla en angelägen funktion i framtiden som en form av mellanvårdsinstitutioner för de patienter som inte längre behöver vårdas på de psykiatriska sjukhusen, men som har svårt att klara ett eget boende. Det är därför viktigt att de enskilda psykiatriska sjukhemmen tillåts leva vidare och utvecklas. Satsningen på enskilda sjukhem i samverkan med landstingen bör uppmuntras.

### **Sjukförsäkringen bör finansiera en större del av sjukvården**

Vi anser att sjukförsäkringen skall vara uppdelad i en sjukvårdsförsäkring och en sjukpenningförsäkring. Sjukvårdsförsäkringen skall omfatta alla och ersätta landstingsskatten som den främsta finansieringskällan för hälso- och sjukvården. I ett första steg skall sjukvårdsförsäkringen omfatta den öppna vården, i ett andra även vården vid sjukhem och vårdhem, för att på litet längre sikt fullt utbyggd även omfatta sjukhusvård.

Som en följd av minskad landstingsskatt kan avgiften till den allmänna sjukvårdsförsäkringen betalas av den enskilde och vara proportionell mot inkomsten. Ersättningen via sjukvårdsförsäkringen skall gå till vårdgivaren och vara likvärdig för vård i offentlig och enskild regi. Därigenom ges patienten frihet att själv välja vårdform och vårdmiljö. Alternativa vårdformer och nya metoder uppmuntras. Försäkringen skall också täcka kostnader för hemsjukvård, då denna ersätter vård vid institution.

### **Ett fungerande husläkarsystem**

Den av oss förordade satsningen på privata vårdgivare skulle få stor betydelse för möjligheterna att inrätta ett husläkarsystem och en bra hemsjukvård. Danmark, England och Holland har t. ex. fungerande husläkarsystem tack vare sina privatpraktiker. I Sverige finns för närvarande bara ca 600 s. k. heltidspraktiker, dvs. läkare som privatpraktiserar på heltid. Antalet heltidspraktiker har minskat kraftigt under de senaste 10–15 åren. Kårens medelålder ligger nu mellan 55 och 60 år. Sjukförsäkringens ersättningstaxa inbjuder inte till nyetablering. Många heltidspraktiker har jämförelsevis dåliga villkor genom att den medgivna taxesättningen är för låg. Trots betydande kostnadsökningar för bl. a. lokaler och anställd

personal har taxorna frusits för 1985. Om detta inte rättas till kommer heltidspraktikerna att successivt försvinna.

En utbyggd finansiering genom sjukförsäkringen i kombination med frihet för patienterna att välja vårdgivare skulle inte minst få stor betydelse för en expansion av den enskilda sjukhemsvården. Enskild sjukhemsvård har, om patienten trots insatser av hemsjukvård och social hemhjälp inte längre kan bo kvar i den egna bostaden, goda förutsättningar att göra vårdmiljön hemlik och väl anpassad till patientens egna önskemål.

Det försäkringssystem, som vi förordar, skulle medföra stora fördelar:

- Patienternas ställning blir starkare. Valfriheten ökar.
- Alternativa vårdformer skapas som ökar framåtskridandet inom vårdsektorn.
- Mer och bättre vård kan ges till en given kostnad.
- Sjukvårdspersonal kan välja mellan arbete i offentlig eller enskild vård och mellan arbete som egna företagare eller som anställda.
- En fungerande vårdkedja skapas med vård av god kvalitet i rätt tid och på rätt vårdnivå.
- Landstingen avlastas uppgifter till förmån för den specialiserade slutna vård som främst måste ske i offentlig regi.

### Sammanfattande ståndpunkt

Vi måste konstatera att HS 90-programmet saknar trovärdighet och att programmet och därmed propositionen inte kan läggas till grund för utvecklingen av hälso- och sjukvårdspolitiken. Att inom ramen för de resurser som kan påräknas växla länssjukvård mot primärvård i offentlig regi på det sätt som föreslås är uteslutet för så vitt inte ambitionen att bota sjukdom sänks påtagligt.

Hälsopolitiska insatser kan inte bota sjukdomar och dess förebyggande effekter är långsiktiga och delvis ovissa.

Vi anser att hälso- och sjukvården i hög grad måste inriktas på att *bota* sjukdom och att den målsättningen inte får löpa risken att inskränkas genom en överbetoning av hälso- och sjukvårdens i och för sig mycket väsentliga roll då det gäller att *förebygga* sjukdom. Detta måste klart framgå av hälso- och sjukvårdslagen.

Vi anser vidare att de handikappades särskilda krav på en god hälso- och sjukvård inte tillräckligt beaktats.

Planeringen av hälso- och sjukvården i framtiden måste göras till föremål för ny utredning. Därvid bör organisations- och finansieringsfrågorna analyseras. Utbyggnaden av primärvården bör till övervägande del ske genom privatpraktiker. Ett heltäckande försäkringssystem bör prövas, där den allmänna sjukförsäkringen delas in i sjukvårds- och sjukpenningförsäk-

ring med den förstnämnda som främsta finansieringskälla för hälso- och sjukvården.

---

Vi har i andra sammanhang nyligen framställt förslag till riksdagen vars motiv vi i viss utsträckning ånyo redogjort för ovan. Därför inskränker vi oss till att nu ställa endast de två yrkanden som oundgängligen föranleds av proposition 181.

### Hemställan

Med stöd av det anförda hemställs

1. att riksdagen beslutar anta det till propositionen fogade förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med följande ändring i 2 a §:

2 a §

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär särskilt att den skall

1. inriktas mot att *bota sjukdom och* förebygga ohälsa,
2. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
3. vara lätt tillgänglig,
4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
5. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de metoder för att förebygga, utreda och behandla sjukdom och skada som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i 7 kap. 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 6 § andra stycket eller 6 a § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl.

2. att riksdagen med avslag på propositionen i vad avser begäran om godkännande av de i propositionen angivna riktlinjerna för hälso- och sjukvårdspolitiken beslutar hos regeringen begära en ny utredning, som kan ligga till grund för den framtida sjukvårdsplaneringen och som beaktar de synpunkter som anförts i motionen.

Stockholm den 16 april 1985

NILS CARLSHAMRE (m)

GÖRAN ERICSSON (m)

ANITA BRÄKENHJELM (m)

ANN-CATHRINE HAGLUND (m)

SIRI HÄGGMARK (m)

BLENDÅ LITTMARCK (m)

ALLAN ÅKERLIND (m)

INGEGERD TROEDSSON (m)

GUNNAR BJÖRCK (m)

i Värmdö

SONJA REMBO (m)

GÖTE JONSSON (m)

BO ARVIDSON (m)

GÖREL BOHLIN (m)

INGVAR ERIKSSON (m)

HUGO HEGELAND (m)

GULLAN LINDBLAD (m)

EWY MÖLLER (m)

BARBRO NILSSON (m)

i Visby