

Socialutskottets betänkande

1982/83:15

om psykiatrisk vård

Motionsyrkanden

I motion 1981/82:1099 av Olof Palme m. fl. (s) hemställs, såvitt nu är i fråga (yrkande 3), att riksdagen beslutar att uppdra åt regeringen att undersöka förutsättningarna för att genom en ändrad bidragskonstruktion stimulera fram nya vård- och behandlingsformer i såväl öppen som sluten psykiatrisk vård.

Motionen i övrigt har behandlats i utskottets betänkande SoU 1981/82:33 (p. 6 och p. 8).

I motion 1981/82:1294 av Hadar Cars m. fl. (fp, s, m, c) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som anförts i motionen om mellanvårdsformer för yngre psykospatienter.

I motion 1981/82:1308 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs

1. att riksdagen hos regeringen hemställer om tillsättande av en parlamentariskt sammansatt utredning, vari även RSMH och olika personalgrupper bör vara företrädare,

2. att riksdagen hos regeringen begär att utredningen får i uppdrag att skyndsamt

a) föreslå åtgärder för en avgörande minskning av slutenvården,

b) utarbeta förslag till alternativa vård- och boendeformer,

c) utarbeta en avvecklingsplan för de stora mentalsjukhusen,

d) föreslå åtgärder för en kraftig minskning av antalet tvångsomhändertaganden,

e) i övrigt utarbeta förslag enligt de riktlinjer för en genomgripande psykiatrisk reform som anges i motionen,

f) utarbeta ett statsbidragssystem som gynnar en utveckling enligt punkterna 2 a–e.

3. att riksdagen hos regeringen hemställer om att i samarbete med landsting och kommuner snarast genomföra en patientinventering på landets mentalsjukhus i enlighet med vad som anförs i motionen.

Motionsmotiveringar

I motion 1981/82:1099 (s) påpekas bl. a. att i brist på stöd från den öppna psykiatriska vården och den kommunala socialtjänsten människor tvingas bo kvar i den slutna psykiatriska vården. Motionärerna anför att gjorda undersökningar tyder på att mer än 10 000 patienter vid f. d. mentalsjukhus

och psykiatriska kliniker skulle kunna skrivas ut till eget boende eller någon form av kollektivhusboende.

Motionärerna framhåller att den psykiatriska vården måste kunna arbeta mer förebyggande, att den öppna psykiatriska vården bör byggas ut och antalet slutna vårdplatser minskas samt att samarbetet mellan den psykiatriska vården och kommunerna måste ökas.

Enligt motionärerna bör den nya hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen medverka till förbättringar i dessa hänseenden men det finns påpekas det, i nuvarande ekonomiska läge dock risker för att psykiatrin inte kommer att tillföras nödvändiga resurser. Skulle psykiatrin inte utvecklas i progressiv riktning måste vi, framhåller motionärerna, vara öppna för lösningar som kan tillföra psykiatrin erforderliga resurser. Motionärerna anför i detta sammanhang följande.

Staten ger landstingen årliga mentalvårdsbidrag som ersättning för att landstingen övertog huvudmannaskapet för den psykiatriska vården från staten år 1967. Storleken på det årliga bidraget fastställs efter förhandlingar mellan staten och landstingsförbundet. I den senaste överenskommelsen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om ersättningar från försäkringen till sjukvården har man varit överens om att en arbetsgrupp skall tillsättas för att pröva möjligheterna att i ökad omfattning föra samman och schablonisera ersättningarna. Arbetsgruppen skall därvid även pröva möjligheterna att i detta ersättningssystem inrymma nuvarande mentalvårdsbidrag. I detta arbete bör undersökas förutsättningar för att med en ändrad bidragskonstruktion på olika sätt stimulera fram nya vård- och behandlingsformer i såväl öppen som slutna psykiatrisk vård.

I *motion 1981/82:1294 (fp, s, m, c)* anføres bl. a. att av de patienter som vårdas inom mentalsjukhusens slutna vård en stor del består av patienter under 35 år med psykosdiagnos. Dessa patienter utgör en stor resurskrävande grupp. Prognosen för deras tillfrisknande är dålig om de en längre tid måste kvarstanna inom slutna vård på mentalsjukhus. Erfarenheterna av öppenvård, s. k. poliklinisk behandling, av denna patientgrupp är inte heller särskilt goda. Psykospatienter förmår i de flesta fall inte uppfylla de krav som behandling i öppen vård ställer. Motionärerna anför vidare att behandlingspersonal i stället för såväl poliklinisk behandling som traditionell slutna vård efterlyser alltmer s. k. mellanvårdsformer för framför allt de yngre patienterna med psykosdiagnos. Det finns, framhålls det, ett stort behov av små behandlingshem utanför sjukhusmiljön med möjlighet till nära, engagerad personalkontakt och intensiv social träning. Forskningsrapporter från bl. a. USA visar på positiva resultat av sådan verksamhet.

En satsning på mellanvårdsformer skulle enligt motionärerna ge yngre psykospatienter ökade möjligheter att tillfriskna och helt eller delvis klara sig själva. Behandlingshem av nämnda slag skulle av patienterna kunna upplevas som mindre skrämmande än stora sjukhuskomplex. För samhället skulle kostnadsbesparingen på sikt kunna bli betydande.

I motion 1981/82:1308 (vpk) kritiseras den svenska psykiatriska vården i olika avseenden. Motionärerna framhåller bl. a. att det krävs förändringar beträffande vårdstruktur, utbildning, forskning och lagstiftning samt anför bl. a. följande.

Psykiatrin berör ett stort antal människor, såväl patienter och anhöriga som personal. Frågan om psykiatrins framtida inriktning är i hög grad en politisk fråga. En parlamentarisk utredning bör tillsättas med företrädare för samtliga politiska partier. I utredningsarbetet bör också delta företrädare för patientorganisationen RSMH (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa) liksom företrädare för de olika personalgrupper som verkar inom den psykiatriska vården.

Utredningsarbetet bör i första hand inriktas på att lösa följande frågor:

- En förändring av det nuvarande mentalsjukvårdsbidraget till ett bidragssystem som i högre grad stimulerar till en omstrukturering till öppnare vårdformer. En detaljstyrning av landstingens verksamhet bör dock undvikas.
- En decentralisering av vården till mindre enheter – dock med samtidigt tillvaratagande av de resurser till arbete, social träning och kvalificerad behandling som finns vid de större sjukhusen.
- En kraftig lokalmässig upprustning med särskild tanke på de patientgrupper som vistas på sjukhus långa perioder och bör ha rätt till enkelrum och hemliknande miljöer.
- Överläggningar med Samhällsföretag om inrättande av arbeten som möjliggör en arbetsrehabilitering också av människor med avsevärda psykiska handikapp och som kan samordnas med behandlingsarbetet.
- Stimulera landsting och kommuner att upprätta gemensamma planer för hur sjukhusvård skall kunna ersättas med skyddat och halvskyddat boende.
- Översyn av forskning och undervisning inom psykiatrin med särskild tanke på att stimulera samhälls- och beteendevetenskaplig forskning och utvecklingsarbete.
- Översyn av personalutbildning och olika personalgruppers deltagande i den psykiatriska vården. Översyn av ledningsstruktur i syfte att ge ett vidgat inflytande för andra personalgrupper än läkare.
- Översyn av den missbruksvård som förekommer inom psykiatrin med sikte på att stärka denna vårdforms ställning och främja en förbättrad personalutbildning. I detta sammanhang bör prövas möjligheten att ge landstingen en andel av de medel som flyter in via alkoholbeskattningen.
- Främjandet av en utbyggd öppenvård och en seriös psykoterapi i samhällsregi.
- Översyn av lagen om sluten psykiatrisk vård i syfte att öka patienternas rättssäkerhet och främja en mer likformig tillämpning av lagen i olika delar av landet.

Enligt motionärerna måste vidare en total patientinventering göras bland långtidsvårdade patienter inom psykiatrin. Målsättningen med denna inventering skall enligt motionärerna vara att få fram en exakt siffra på hur många patienter som har en för hög omhändertagandenivå, dvs. hur många

som med olika former av serviceåtgärder ute i samhället skulle kunna skrivas ut från sjukhusen.

Övergripande reformering av den psykiatriska vården m. m.

Den psykiatriska sjukvårdens omfattning m. m.

Den övervägande delen av *den slutna psykiatriska sjukvården* bedrivs vid inemot 25 lasarett för uteslutande psykiatrisk vård, vilka i huvudsak utgörs av de tidigare statliga och kommunala mentalsjukhusen. Vissa av de tidigare mentalsjukhusen har administrativt anknutits som psykiatriska kliniker till närliggande sjukhus för kroppssjukvård.

Sluten psykiatrisk sjukvård bedrivs även vid kliniker vid lasarett för kroppssjukvård, vilka från början inrättats som psykiatriska kliniker inom dessa lasarett, samt vid sjukhem och enskilda vårdhem.

Vid de tidigare mentalsjukhusen och vid de psykiatriska klinikerna inom kroppssjukvården bedrivs även *öppen psykiatrisk vård*. Sådan vård bedrivs även vid vissa polikliniker och vårdcentraler som har psykiatrer.

Utvecklingen av den slutna vårdens organisation under tidsperioden 1962–1980 belyses av följande sammanställning av antalet vårdplatser.

Typ av vårdinrättning:	År 1962	1968	1977	1980
Psykiatriska vårdplatser samlokaliserade med kroppssjukhus	1 700 (5 %)	1 800 (5 %)	4 150 (12 %)	3 700 (13 %)
Psykiatriska vårdplatser lokaliserade vid mentalsjukhus*	27 000 (76 %)	26 200 (75 %)	21 600 (63 %)	17 100 (59 %)
Landstingens sjukhem	5 500 (15 %)	5 500 (16 %)	5 650 (16 %)	5 000 (17 %)
Enskilda vårdhem	1 300 (4 %)	1 300 (4 %)	3 000 (9 %)	3 000 (11 %)
Totalt	35 500 (100 %)	34 700 (100 %)	34 400 (100 %)	28 900 (100 %)

* inkl. sekundärvårdslinjer

Antalet vårdtillfällen inom den slutna vården har fortgående ökat och medelvårdtiderna för huvuddelen av patienterna har minskat.

Antalet läkarbesök inom den öppna offentliga psykiatriska sjukvården har ökat.

Grundläggande riktlinjer för utvecklingen av hälso- och sjukvården m. m.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen

Den 1 januari 1983 ersattes sjukvårdslagen (1962:242) av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), vilken antogs av riksdagen under förra riksmötet (prop. 1981/82:97, SoU 1981/82:51, rskr 1981/82:381). Med hälso- och sjukvård avses i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) åtgärder för att medicinskt

förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården – både den som bedrivs av offentliga vårdgivare och den som bedrivs av enskilda vårdgivare – skall enligt HSL vara en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Landstingskommunerna och kommunerna som inte ingår i en landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) har i förhållande till tidigare fått ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Sjukvårdshuvudmännen åligger sålunda förutom att erbjuda sjukvård även att förebygga ohälsa hos befolkningen genom miljöinriktade och individinriktade förebyggande åtgärder.

Ett antal krav på sjukvårdshuvudmännens hälso- och sjukvård har ställts upp i HSL. Hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patienternas självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Den nya socialtjänstlagen

Den 1 januari 1982 trädde socialtjänstlagen (1980:620) i kraft, vilken antogs under 1979/80 års riksmöte (prop. 1979/80:1. SoU 1979/80:44, rskr 1979/80:385). För socialtjänsten skall helhetssynen vara utmärkande. Helhetssynen beaktar individens totala situation. Den enskildes problem 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.

Socialtjänsten skall genom strukturinriktade insatser såsom medverkan i samhällsplaneringen främja goda miljöer i kommunen, genom allmänt inriktade insatser tillgodose olika gruppers behov samt genom individuell inriktade insatser lämna sociala tjänster direkt anpassade till den enskilde individens behov.

I 21 § socialtjänstlagen finns till komplettering av övriga bestämmelser i lagen särskilda bestämmelser om omsorger om människor med handikapp. Enligt dessa bestämmelser skall socialnämnden verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden skall vidare medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd. Socialtjänsten har genom dessa bestämmelser fått ett vidgat ansvar för bl. a. adekvat boende, sysselsättning och social stimulans för människor med psykiska handikapp. Enligt socialtjänstlagen har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Det slås emellertid samtidigt fast i

socialtjänstlagen att detta ansvar inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Omstrukturering av hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården pågår en omstrukturering varvid den öppna vården utanför sjukhus ställs i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare.

Grundläggande för den pågående utvecklingen 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 replera på länssjukvården – som skall bedrivas vid länssjukhus (motsvarande centrallasaretten) och vid länsdelssjukhus (motsvarande normallasaretten) – samt på regionsjukvården (vid regionsjukhus).

Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område. Vid sidan av sjukvårdsuppgifterna skall primärvården ha en klar hälsopolitisk inriktning. De hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. Som exempel på åtgärder av nämnda slag redovisar principprogrammet hälsovårdsupplysning, insatser syftande till ökad förståelse för sjukas och handikappades problem, hälsokontroller, skolhälsovård, hälsovård i förskolan, företagshälsovård, förebyggande mödra- och barnhälsovård och familjerådgivning.

I principprogrammet konstateras (s. 97) att en stor del av den förebyggande verksamheten emellertid till sin natur är socialpolitisk och att det ter sig naturligt att en utbyggd primärkommunal socialvård (socialtjänst) tar på sig ett ökat ansvar för förebyggande åtgärder beträffande den psykiska hälsan.

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 sjukvårdens 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.

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 år 1981 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 år 1980 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.

Redovisning för det fortsatta HS 90-arbetet beräknas komma att framläggas under år 1984.

Socialstyrelsens riktlinjer för 1980-talets psykiatriska vård

Den psykiatriska vården har varit föremål för utredning inom socialstyrelsen sedan slutet av 1960-talet. Överväganden om den psykiatriska vården har under årens lopp presenterats i en rad skrifter, nämligen år 1970 i skriften Principplan för den psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län (Socialstyrelsen redovisar 1970:16), år 1973 i skriften Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation, år 1976 i skriften Principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet (Socialstyrelsen anser 1976:1) och år 1978 i skriften Förslag till principprogram för psykiatrisk hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen redovisar 1978:5). Skrifterna representerar en successiv utveckling av socialstyrelsens syn på den psykiatriska vårdens innehåll och organisation m. m. I utskottets betänkande SoU 1977/78:42 har lämnats översiktliga redogörelser för innehållet i här nämnda skrifter.

På grundval av det år 1978 framlagd förslaget till principprogram och remissbehandlingen av detsamma redovisade socialstyrelsen år 1980 i skriften Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård (Socialstyrelsen anser 1980:2) den huvudsakliga inriktning för planeringen av den psykiska hälso- och sjukvården som enligt socialstyrelsen bör gälla på längre sikt. Mera konkret anges riktlinjer inför 1980-talet. Ett grundläggande långsiktigt principprogram för den psykiska hälso- och sjukvården bör enligt socialstyrelsen samordnas med pågående aktiviteter för att utveckla ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000.

De presenterade riktlinjerna omfattar enbart den vuxenpsykiatriska verksamheten med hänsyn till att en parlamentarisk utredning förutskickats, där barn- och ungdomspsykiatriens framtida utveckling kommer att övervägas.

Med stöd av ett bemyndigande av regeringen år 1980 har tillkallats PBU-utredningen (S 1980:9) för att utreda hur den verksamhet som bedrivs inom den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU/BUP) samt den kommunala familjerådgivningen skulle kunna samordnas inbördes och med andra verksamheter med näraliggande arbetsuppgifter.

Huvuddragen i utvecklingen av den psykiatriska vården bör enligt de av socialstyrelsen presenterade riktlinjerna vara en utveckling mot öppnare vårdformer med decentralisering av resurserna till mindre enheter i människornas närmiljö, minskning av vårdplatsantalet i slutenvård, decentralisering av långtidsvården samt ökad samverkan med socialtjänsten.

Det slås fast att psykiska störningar är komplexa och kan orsakas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer var för sig eller vanligen i förening samt att samhällets stödinsatser kan bestå av medicinska, psykologiska och sociala behandlings- och serviceåtgärder under medverkan av personal med olika kompetens.

Psykiatriens arbetsuppgifter skall omfatta miljö- och individförebyggande insatser, behandling, omvårdnad, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Primärvården förutsätts ha ett totalt ansvar för den primära hälso- och sjukvården inom sitt område. Andra insatser än medicinska insatser, som kan aktualiseras i anslutning till primärvårdsarbetet, förutsätts socialtjänsten dock i första hand svara för. När det gäller det psykiatriska vårdansvaret bör hälso- och sjukvårdens ansvar begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som i de särskilda fallen bedöms kräva insatser av endera medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samverkan med personal med psykologisk eller social kompetens. Socialtjänsten förutsätts få betydande uppgifter i vården av personer med psykosociala störningar, dels i samarbete med primärvården, dels genom social service, omvårdnad och aktivering av personer med psykiska handikapp.

Samtliga läkare i primärvården förutsätts i framtiden ha viss utbildning i psykiatri. För mera komplicerade psykiatriska vårdbehov förutsätts konsultinsatser från länssjukvårdens psykiatri. På längre sikt är målet att personalresurser för mer kvalificerade psykiatriska arbetsuppgifter skall tillföras primärvårdsorganisationen.

De huvudsakliga psykiatriska arbetsuppgifterna för *länssjukvården* skall omfatta de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och sådan kompetens som primärvården inte förfogar över, inkl. bl. a. psykiatrisk dygnet-runt-vård. Den slutna psykiatriska korttidsvården bör så långt som är praktiskt möjligt samlokaliseras med slutna somatisk korttidsvård.

Den psykiatriska länssjukvården bör organiseras enligt sektoriseringsprincipen, innebärande att en klinik eller del därav bör ha ett sammanhållet ansvar för länssjukvårdens hela psykiatriska verksamhet inom ett geografiskt avgränsat område. Inom den sektoriserade enhetens ram bör finnas några psykiatriska team som svarar för mindre betjäningsområden.

Behovet av *regionsjukvård* inom psykiatrin anges vara mycket begränsat. Psykiatrisk regionsjukvård anges bli aktuell framför allt när tillgång till den somatiska regionsjukvårdens resurser erfordras eller vid alldeles speciellt svårbemästrade problem i fråga om diagnostik eller behandling.

När det gäller *de f. d. mentalsjukhusen* påpekas det bl. a. att antalet vårdplatser som behöver utnyttjas vid dessa sjukhus successivt kommer att minska i avsevärd grad. Det anges emellertid att betydande svårigheter föreligger för att i omstruktureringen av den psykiatriska vården snabbt reducera verksamheten vid dessa sjukhus med hänsyn dels till att det av många uppfattas som en oförsvarlig kapitalförstörelse om inte nuvarande byggnader i fortsättningen utnyttjas för psykiatrisk vård, dels till att arbetsmarknadspolitiska och personalpolitiska argument ofta framförs för ett bibehållande av dessa sjukhus med oförändrat antal anställda. Det betonas att det är nödvändigt att finna former för sjukhusens fortsatta utnyttjande som inte försvårar den nödvändiga omstruktureringen av psykiatrin.

I riktlinjerna behandlas i ett särskilt avsnitt behovet av åtgärder för *vissa grupper som ställer speciella krav på den psykiatriska hälso- och sjukvården*, nämligen missbrukare, patienter med åldersdement beteende, invandrare och döva.

För genomförande av riktlinjerna förutsätts i skriften *fortsatt utredningsarbete* om särskilda åtgärder för att förbättra rekryteringen av psykiatrer och en analys av *de f. d. mentalsjukhusens* framtida funktion m. m. Vidare anges att det för att ett långsiktigt principprogram skall kunna utarbetas krävs ytterligare utredningsinsatser beträffande (1) den långsiktiga fördelningen av arbetsuppgifter mellan psykiatrisk länssjukvård och primärvård samt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, (2) utvärdering av olika psykiatriska vårdmodeller, (3) vård av missbrukare, (4) psykoterapi

samt (5) vissa frågor rörande personalen inom den framtida psykiatriska vården.

Utredningsarbete beträffande vissa av dessa delområden har påbörjats inom socialstyrelsen och i vissa fall slutförts.

Vikten av att stödja såväl medicinsk som tvärvetenskaplig forskning kring de psykiska sjukdomarna betonas.

Utveckling av 80-talets allmänpsykiatri – psykiatri i omvandling

I början av år 1982 gav sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) ut rapporten (Spri rapport 1982:75) Utveckling av 80-talets allmänpsykiatri – psykiatri i omvandling, vilken utarbetats av en expertgrupp. Rapporten är avsedd att utgöra underlag för sjukvårdshuvudmännens omstrukturerings av den psykiatriska vården.

Följande principer bör enligt rapporten ligga till grund för en förändring av allmänpsykiatrin.

Tillgänglighet och likvärdig fördelning av vårdresurser, dvs. alla människor skall ha samma möjlighet till behandling när sådan behövs.

Såväl psykologiska som sociala och medicinska faktorer skall beaktas i diagnostik och behandling.

Insatser skall göras tidigt så att sluten vård kan undvikas.

Kontinuitet skall råda i kontakterna mellan personal och patienter.

Tillgång måste finnas till olika vård- och behandlingsformer för att passa aktuella vårdbehov.

Arbetsuppgifter bör delegeras inom vårdteamet.

Den psykiatriska vården skall samverka med andra vårdgivare och samhällsorgan.

I rapporten framhålls att tyngdpunkten i det psykiatriska arbetet bör förskjutas (1) från mentalsjukhus till psykiatriska kliniker vid länssjukhus och länsdelssjukhus, (2) från mentalsjukhus till lokala sjukhem inom primärvården, (3) från arbete i jourverksamhet till tidiginsatser i planerad öppen vård på dagtid, (4) från sluten vård till öppen vård och andra öppna vård- och boendeformer samt (5) från isolering till ökad samverkan med andra verksamheter.

Tidigare riksdagsbehandling

I motioner som väckts under de senaste åren har framställts yrkanden som syftat till en förändring av den psykiatriska vårdens innehåll och organisation m. m. På förslag av socialutskottet i betänkandena SoU 1975:5, 1975/76:34, 1976/77:26, 1977/78:42, 1979/80:8, 1980/81:2 och 1981/82:17 har riksdagen avslagit motionerna.

I betänkande SoU 1981/82:17 redovisade utskottet pågående förändringsarbete beträffande den psykiatriska vården samt anförde bl. a. följande.

Inriktningen av förändringsarbetet beträffande den psykiatriska vården överensstämmer i allt väsentligt med de förändringar som åsyftas i motion 1980/81:943 (vpk) och motion 1980/81:1641 (s).

Utskottet vill understryka angelägenheten av att den psykiatriska vården och angränsande vårdområden ges resurser så att avsedda förändringar verkligen kan genomföras. Utbildningen av personal för och inom den psykiatriska vården är av väsentlig betydelse för att förändringar skall åstadkommas. Det behövs också organisatoriska förändringar och en översyn av vårdprogram m. m. Möjligheterna att förändra arbetsformerna beror också till en del på om psykiatrin kan få väl fungerande lokaler. Åtskilliga patienter skulle kunna bo utanför slutna vårdinstitutioner om det fanns lämpliga boendeformer med stöd och hjälp i boendet. Kommunerna bör i samverkan med hälso- och sjukvården analysera behoven av lämpliga boendeformer.

Med hänsyn till den lämnade redovisningen och till att utvecklingen av primärvården över huvud taget och den psykiatriska vården tillhör det som prioriteras i sjukvårdshuvudmännens verksamhet påkallar motionerna enligt utskottets mening inte något initiativ av riksdagen. Utskottet avstyrker därför motion 1980/81:943 (vpk) och motion 1980/81:1641 (s) i här aktuella delar.

Psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke

LSPV

Vård enligt bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen – vare sig vården är somatisk eller psykiatrisk – är frivillig och kan inte förenas med tvångsåtgärder.

För de fall psykiskt sjuka måste vårdas oberoende av eget samtycke kan vård beredas enligt bestämmelser i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV).

Sluten psykiatrisk vård får enligt LSPV beredas den som lider av psykisk sjukdom om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och om till följd av sjukdomen en eller flera av fem olika specialindikationer föreligger. Vård enligt LSPV bereds huvudsakligen vid de f. d. mentalsjukhusen. För behandling av vissa frågor enligt lagen finns utskrivningsnämnder med särskilda geografiska verksamhetsområden och som besvärinstans en för riket gemensam psykiatrisk nämnd.

Den som är intagen för vård enligt LSPV får hindras att lämna sjukhuset och får i övrigt underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen. Möjlighet finns även att besluta om brevcensur. Under vårdtiden kan patienten få tillstånd att kortare tid vistas på egen hand utom sjukhusområdet.

Så snart förutsättningar för att bereda patienten vård enligt LSPV inte längre föreligger skall han utskrivas. Detta skall prövas fortlöpande. Om vården inte kunnat avslutas inom tre månader skall dessutom skälen härför

redovisas för utskrivningsnämnden. I fortsättningen skall motsvarande anmälan göras var sjätte månad.

I stället för utskrivning kan patienten bli utskriven på försök för viss bestämd tid, högst sex månader åt gången. Under utskrivning på försök får patienten åläggas att iaktta särskilda föreskrifter och ställas under tillsyn.

Om intagning, tvångsåtgärder under sjukhusvistelsen m. m., tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet, utskrivning och utskrivning på försök beslutar överläkaren vid aktuell sjukhusenhet. Överläkarens beslutanderätt kan i vissa fall delegeras till annan läkare. Beträffande patienter som av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård och vissa andra patientkategorier är det utskrivningsnämnden som i vissa avseenden har att fatta beslut.

Utskrivningsnämnd består av fem ledamöter, nämligen en lagfaren ordförande, en läkare, en person som är särskilt insatt i sociala frågor samt två lekmän. Psykiatriska nämnden består av sex ledamöter, nämligen en lagfaren ordförande, två läkare, en person som är särskilt insatt i sociala frågor samt två lekmän.

Socialstyrelsens rapport år 1981 om tvångsvård inom psykiatrin

I skriften *Tvångsvård inom psykiatrin* (Socialstyrelsen redovisar 1981:2), som socialstyrelsen gav ut år 1981, har socialstyrelsen redovisat utvecklingen beträffande tvångsvård inom psykiatrin under tidsperioden 1962–1979. I skriften anförts bl. a. följande.

Omfattningen av tvångsvården varierar starkt mellan olika sjukvårdsområden. Antalet vårdtillfällen enligt LSPV var således 1977 som lägst 107 per 100 000 invånare och som högst 391 per 100 000 invånare. För hela riket var medeltalet 236 per 100 000 invånare. Av de i mars 1979 inneliggande patienterna varierade antalet vårdade enligt LSPV från som lägst 48 till som mest 228 per 100 000 invånare. Riksmedeltalet var 124.

Skillnaderna är mest uttalade vid åldersdemensdiagnos men är även betydande vid schizofreni och vid alkoholrelaterade diagnoser.

Orsakerna till de stora skillnaderna i tvångsvårdens omfattning är säkerligen många. En av de faktorer som dock förefaller påverka förhållandena i stor utsträckning är utformningen av den psykiatriska vårdstrukturen. Där den psykiatriska vården fortfarande är organiserad på samma sätt som när den tidigare sinnessjuklagstiftningen gällde är tvångsvårdens omfattning störst. I dessa områden försiggår huvuddelen av den psykiatriska vården fortfarande vid före detta mentalsjukhus eller vid mindre lasarett psykiatriska kliniker. De senare tar endast emot vissa patienter för frivillig vård och hänvisar övriga patienter inklusive dem som skall tvångsintas till före detta mentalsjukhus.

Utnyttjandet av LSPV är lägst i sjukvårdsområden där den psykiatriska organisationen förnyats på ett sådant sätt att hela akut- och korttidsvården inklusive nödvändig tvångsvård meddelas vid psykiatriska kliniker som är samlokaliserade med kroppssjukvården. Till dessa kliniker är också ansvaret för psykiatrisk långtidsvård nära knutet.

Dessa förhållanden talar starkt för att psykiatrin nu måste förnyas snabbt i hela landet. Socialstyrelsen förordar i sitt psykiatriprogram från 1979 "Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård" en sektoriserad organisation där en psykiatrisk klinik har ett sammanhållet ansvar för hela länssjukvårdens psykiatri för ett avgränsat befolkningsområde. Detta ansvar omfattar då specialiserad öppenvård och utbyggd samverkan med primärvård och socialtjänst. Den psykiatriska akut- och korttidsvården inklusive nödvändig LSPV-vård förutsätts bli samlokaliserad med kroppssjukhus. Den sektoriserade kliniken måste också ha ett sammanhållet ansvar för den psykiatriska långtidsvården. I en sådan förnyad psykiatri med ökad tillgänglighet beräknas behovet av att utnyttja LSPV minska. I framtiden beräknas en medelstor klinik behöva tillämpa LSPV bara vid ett par intagningsfall per vecka. Detta gagnar hela den psykiatriska vården då behandling som kan ske i förtroende och i frivilliga former, där patienternas medansvar bibehålls ger de bästa möjligheterna att uppnå positiva behandlingsresultat.

Översyn av LSPV

Under slutet av 1970-talet framlades i olika sammanhang förslag till mera omfattande ändringar i LSPV – senast i proposition 1979/80:1 om socialtjänsten – varom en översiktlig redogörelse lämnats i utskottets ovannämnda betänkande SoU 1980/81:2 (s. 14–15). Förslagen ledde dock inte till att de genomfördes. I stället har den år 1980, med anledning av ett initiativ av socialutskottet (SoU 1979/80:24, rskr 1979/80:142), tillkallade parlamentariska *socialberedningen* (S 1980:7) – som fick i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna om vård oberoende av samtycke inom socialtjänst- och sjukvårdslagstiftningen m. m. – bl. a. fått till uppgift att se över LSPV i sin helhet. Socialberedningen avgav i juni 1981 delbetänkandet (Ds S 1981:7) *Ändringar i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV)*, med förslag huvudsakligen berörande intagningsförfarandet och utskrivningsnämndernas verksamhet. Förslagen har utgjort grundval för vissa ändringar i LSPV, som riksdagen antog under förra riksmötet (prop. 1981/82:72, SoU 1981/82:53, rskr 1981/82:383).

Socialberedningen har efter avgivandet av nämnda delbetänkande påbörjat en mera genomgripande översyn av LSPV som syftar till att en bättre vård och en stärkt rättssäkerhet skall beredas patienterna inom den slutna psykiatriska vården.

Nya direktiv (Dir. 1982:106) har meddelats i december 1982, innebärande bl. a. att slutbetänkande bör läggas fram under första halvåret 1984.

Tidigare riksdagsbehandling

Utskottet har senast i betänkandet SoU 1981/82:17 behandlat motionsyrkanden som syftat till en minskning av tvångsvården inom den psykiatriska vården. Utskottet hänvisade till socialberedningens fortsatta översyn av LSPV och avstyrkte motionerna.

”Patientinventering” inom den psykiatriska vården

Inom socialstyrelsen pågår f. n. arbetet med en total ”inventering” av patienterna inom den slutna psykiatriska vården. Uppgifter om bl. a. vårdtider, diagnoser, vårdform (frivillig vård eller tvångsvård) och ålder insamlas beträffande alla patienter som den 27 oktober 1982 var inskrivna för slutna vård vid de olika typer av vårdinrättningar som anges i sammanställningen på s. 4 i betänkandet.

De framkomna uppgifterna skall jämföras med uppgifter från en motsvarande ”inventering” per den 21 mars 1979, vilken omfattade 28 289 vuxna patienter samt 495 barn och unga.

En analys m. m. från arbetet beräknas kunna presenteras i mars 1983.

Avveckling av mentalsjukhusen

Mot bakgrund av de ställningstaganden som socialstyrelsen gjort i socialstyrelsens riktlinjer för 1980-talets psykiatriska vård beslutade socialstyrelsen i februari 1980 att göra en analys av mentalsjukhusens och de psykiatriska sjukhemmens uppgifter inom den psykiatriska vården. En särskilt projektgrupp inom socialstyrelsen fick i uppdrag att göra analysen, som även kom att beröra den psykiatriska verksamheten vid kroppssjukhus och i fristående öppenvårdsmottagningar m. m.

Resultatet av analysen har under hösten 1982 presenterats i rapporten *Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus* (Socialstyrelsen redovisar 1982:8).

I rapporten påpekas att antalet inneliggande vid de stora mentalsjukhusen snabbt minskar. I dag är antalet inneliggande ca 10 000 färre än när sjukvårdshuvudmännen övertog mentalsjukhusen från staten år 1967. Vårdresurserna, framför allt personalen, är emellertid fortfarande i mycket stor utsträckning knutna till de stora mentalsjukhusen. Socialstyrelsen anser att dessa resurser i så stor utsträckning som möjligt måste omfördelas så att psykiskt sjuka eller hjälpsökande kan få vård i sin närmiljö.

Om svensk psykiatri anpassas till dagens målsättning för verksamhet och vårdinnehåll kommer de gamla mentalsjukhusen inte längre att kunna användas annat än i mycket begränsad omfattning, påpekas det. Rapporten visar att det är fullt möjligt att utveckla psykiatrin så att man under 1990-talet helt och hållet kan evakuera mentalsjukhusen. I vilken mån detta blir verklighet beror dock, påpekar socialstyrelsen i en kommentar till rapporten, i stor utsträckning på vilja och beslutsförmåga hos politiskt ansvariga inom landstingen samt hos personalen inom psykiatrin.

Socialstyrelsen anför i ett förord till rapporten att förhoppningen är att den skall komma till användning som ett underlag för sjukvårdshuvudmännens fortsatta planering av psykiatrin.

Stimulans genom statsbidragen m. m. till förändring av den psykiatriska vården

Konstruktionen av statsbidragen till den psykiatriska vården och förutskickade förändringar

Sedan statsmakterna beslutat att huvudmannaskapet för den av staten drivna mentalsjukvården m. m. skulle överföras till sjukvårdshuvudmännen den 1 januari 1967, godkände regeringen – med stöd av bemyndigande av riksdagen – dels den 28 oktober 1966 avtal med landstingskommunerna om övertagande av statens mentalsjukvård den 1 januari 1967, dels den 24 februari 1967 avtal med dåvarande städerna Stockholm, Göteborg och Malmö om deras övertagande av hela den psykiatriska sjukvården i dessa städer.

Enligt nämnda avtal – *mentalsjukvårdsavtalen* – skulle sjukvårdshuvudmännen för övertagandet av mentalsjukvården erhålla ekonomisk kompensation dels i form av driftbidrag, dels i form av byggnadsbidrag m. m. för upprustning och nybyggnad av anläggningar för vården.

Driftbidraget utgick under åren 1967–1971 med ett visst belopp per vårdplats. Antalet bidragsberättigande vårdplatser hade fastställts i avtalen. Fr. o. m. år 1972 har driftbidragen för varje år fastställts vid förhandlingar.

Byggnadsbidragen består huvudsakligen av anläggningsbidrag och upprustningsbidrag. I mentalsjukvårdsavtalen fastställdes för varje huvudman dels antalet vårdplatser som skulle berättiga till upprustningsbidrag, dels antalet vårdplatser som skulle byggas ut och därmed berättiga till anläggningsbidrag.

Riksrevisionsverket (RRV) presenterade i december 1980 en revisionsrapport Statsbidrag till psykiatrisk vård efter en förvaltningsrevision av den statliga bidragsgivningen till psykiatrisk vård. RRV påpekade bl. a. att byggnadsbidragen fått vissa styrande eller snarare konserverande effekter på vårdstrukturen samt anförde bl. a. följande.

Genom bidragens konstruktion och den praxis som utvecklats har huvudmännen erhållit full kostnadstäckning vid upprustning och tillbyggnad av gamla sjukhus. Vid nybyggnation av t. ex. mindre sjukhem utgår inte full kostnadstäckning.

Om huvudmännen däremot vill investera i anläggningar för öppen psykiatrisk vård utgår bidrag för den totala kostnaden. Då återstår emellertid problemet att iordningställa bostäder för patienterna (t. ex. halvskyddat boende). Sådana bostäder är bidragsberättigade endast i vissa fall.

Den 23 mars 1981 träffades en *överenskommelse* mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för Landstingsförbundet *om bidrag till den psykiatriska vården för åren 1980–1983, m. m.*, vilken riksdagen bemyndigat regeringen att godkänna (prop. 1980/81:187, SoU 1980/81:43, rskr 1980/81:403).

Enligt överenskommelsen skall driftbidragen för åren 1980 och 1981 utgöra vissa i överenskommelsen angivna belopp. Fr. o. m. 1982 skall staten enligt överenskommelsen lämna bidrag till sjukvårdshuvudmännen för den psykiatriska vården i form av ett allmänt bidrag och ett särskilt bidrag, vilka skall ersätta samtliga bidrag enligt gällande mentalsjukvårdsavtal utom statens pensionsåtaganden enligt dessa avtal. Storleken av de allmänna bidragen och de särskilda bidragen för åren 1982 och 1983 anges i överenskommelsen. Det särskilda bidraget skall utgå t. o. m. år 1991 i stället för byggnads- och utrustningsbidragen enligt gällande mentalsjukvårdsavtal med undantag beträffande vissa byggnadsobjekt.

Parterna skall enligt överenskommelsen omedelbart påbörja en gemensam utredning i syfte att klargöra förutsättningarna att fr. o. m. den 1 januari 1984 ersätta bidragen till den psykiatriska vården och ersättningen från sjukförsäkringssystemet för vården av patienter med ett generellt bidrag, och mellan staten och sjukvårdshuvudmännen skall träffas nya avtal som ersätter gällande mentalsjukvårdsavtal.

Föredragande statsrådet framhöll vid sin anmälan av överenskommelsen bl. a. att den ändrade konstruktionen av byggnadsbidragen m. m. skulle komma att bidra till att den psykiatriska vården utvecklas mot en utbyggnad av öppna och halvöppna vårdformer.

Medel till bidrag till sjukvårdshuvudmännen enligt mentalsjukvårdsavtalen och ovannämnda överenskommelse har anvisats under socialdepartementets huvudtitel under dels förslagsanslaget Bidrag till driften av kliniker för psykiskt sjuka m. m., dels förslagsanslaget Bidrag till anordnande av kliniker för psykiskt sjuka m. m.

Tidigare riksdagsbehandling

I två under 1980/81 års riksmöte väckta motioner begärdes översyn av statsbidragen till den psykiatriska vården i syfte att få en snabbare övergång till öppnare vårdformer. På förslag av utskottet i ovannämnda betänkande SoU 1980/81:43 avslog riksdagen motionerna. Utskottet ansåg att överenskommelsen i mars 1981 borde kunna bidra till en utbyggnad mot öppna och halvöppna vårdformer.

Under 1981/82 års riksmöte besvarade dåvarande statsrådet Karin Ahrlund två frågor (1981/82:387 och 1981/82:388) om åtgärder för att minska behovet av sluten psykiatrisk vård. I svaret (prot. 1981/82:155 s. 102–107) anfördes bl. a. följande.

Den slutna psykiatriska vården bör så långt det är möjligt ersättas av öppna vårdformer. Socialstyrelsen har i sitt principprogram för psykiatrins utveckling (Socialstyrelsen anser 1980:2) föreslagit en sådan ändrad struktur av vården. Vårdresurserna vid de förutvarande mentalsjukhusen bör enligt programmet omfördelas och decentraliseras till öppna vårdformer.

Jag vill här nämna att antalet vårdplatser vid de psykiatriska klinikerna har kunnat minskas från ca 37 000 år 1973 till ca 27 000 i år, dvs. med i genomsnitt mer än 1 000 platser varje år. Detta visar att utvecklingen är på rätt väg. Jag räknar med att minskningen av platsantalet skall kunna fortsätta under 1980-talet.

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) har i år lagt fram en rapport (1982:75) om utveckling av 1980-talets allmänpsykiatri. I rapporten förordas en fortsatt satsning på olika öppna och halvöppna vårdformer.

Principprogrammet och rapporten ger enligt min mening sjukvårdshuvudmännen ett gott underlag för det fortsatta arbetet inom detta område.

Jag vill också nämna att mentalsjukvårdsavtalen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen numera stimulerar till att öppna vårdformer prioriteras. En översyn av mentalsjukvårdsbidragen och sjukförsäkringsersättningarna har nyligen påbörjats i syfte att åstadkomma en schablonisering av ersättningarna från staten till sjukvårdshuvudmännen. En sådan förändring bör också kunna underlätta utvecklingen mot öppnare vårdformer inom psykiatrin.

Statsrådet nämnde vidare bl. a. att hon avsåg att ta upp överläggningar med socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Spri och berörda organisationer om reformering av den psykiatriska vården.

Viss överläggning hos hälsovårdsministern den 25 augusti 1982

Dåvarande hälsovårdsministern, statsrådet Karin Ahrlund, överlade den 25 augusti 1982 med företrädare för socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri, Svenska kommunförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och fackliga organisationer om läget beträffande den psykiatriska vårdens utveckling mot mer öppna vårdformer samt om vad som ytterligare kan göras för att undvika att människor "i onödan" vårdas på mentalsjukhus.

Vid överläggningen framkom att det råder allmän enighet om att den slutna psykiatriska vården så långt det är möjligt bör ersättas av öppna vårdformer och att utvecklingen nu otvetydigt går mot öppna vårdformer.

Överläggningarna utmynnade i att socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och Kommunförbundet i ett intensifierat samarbete skall medverka till informations- och erfarenhetsöverföring till kommuner och landstingskommuner samt inventera och rapportera dagsläget. Därefter skall ett nytt möte äga rum i mars 1983 för att man skall ta ställning till vilka åtgärder som eventuellt ytterligare behöver vidtas.

Utskottet

I detta betänkande behandlas motionsförslag som syftar till en utveckling av vården av psykiskt sjuka personer mot öppnare vårdformer.

Bakgrund

Sluten psykiatrisk vård lämnas (1) vid lasarett för uteslutande psykiatrisk vård (tidigare mentalsjukhus), (2) vid psykiatriska kliniker inom eller anslutna till kroppssjukhus, (3) vid sjukhem samt (4) vid enskilda vårdhem. Antalet vårdplatser för sluten psykiatrisk vård uppgick år 1980 till ca 28 900, varav ca 17 100 vid mentalsjukhus, ca 3 700 vid psykiatriska kliniker inom eller anslutna till kroppssjukhus, ca 5 000 vid sjukhem samt ca 3 000 vid enskilda vårdhem. Sedan år 1962 har antalet vårdplatser vid mentalsjukhus minskat med nära 10 000 och vid sjukhem med ca 500 medan antalet vårdplatser vid psykiatriska kliniker ökat med ca 2 000 och vid enskilda vårdhem med ca 1 700.

Den största sjukdomsgruppen inom psykiatrisk sjukhusvård utgör sjukdomstillstånd som diagnosticeras som schizofreni. Andra stora sjukdomsgrupper inom den psykiatriska sjukhusvården är depressioner och demenser (psykisk avtrubning).

Öppen psykiatrisk vård bedrivs jämsides med den slutna vården samt vid vissa polikliniker och vårdcentraler, vid vilka läkare som är specialister i psykiatri tjänstgör.

Den psykiatriska vården regleras liksom kroppssjukvården genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Vården enligt nämnda lag är frivillig och kan inte förenas med tvångsåtgärder. För de fall psykiskt sjuka måste vårdas oberoende av eget samtycke kan vård beredas enligt bestämmelser i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Den som är intagen på sjukhus enligt LSPV får bl. a. hindras att lämna sjukhuset. Vård enligt LSPV bereds huvudsakligen vid de tidigare mentalsjukhusen. De mest förekommande diagnoserna hos dem som vårdas med stöd av LSPV är schizofreni och senil demens (psykisk avtrubning i samband med åldrandet).

Utvecklingen inom den psykiatriska vården har under de senaste decennierna varit snabb. Tidigare har den psykiatriska vården i stor utsträckning varit inriktad på ett långvarigt och ofta varaktigt omhändertagande av personer med psykiska störningar. Mentalsjukhusen har således fått svara för boende, sysselsättning och social stimulans för de psykiskt sjuka. Utvecklingen av nya behandlingsmetoder och -hjälpmedel, särskilt tillkomsten av aktiva psykofarmaka, har dock lett till att den psykiatriska vården numera mera målmedvetet strävar efter att behandla och rehabilitera patienterna så att de skall kunna skrivas ut från sluten vård.

Antalet vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården vid frivillig

intagning har under de senaste årtiondena fortgående ökat medan intagningar med stöd av LSPV och motsvarande tidigare lagstiftning har minskat något. Medelvårdstiderna för huvuddelen av patienterna har minskat. Läkarbesöken inom den öppna psykiatriska vården har ökat.

Ansvar för den psykiatriska sjukvården har från början varit en statlig angelägenhet. De tre största städerna Stockholm, Göteborg och Malmö förband sig emellertid redan på 1920-talet att med ekonomiskt bidrag från staten svara för den psykiatriska vården inom sina områden. Den 1 januari 1967 överfördes huvudmannaskapet för den av staten drivna psykiatriska vården i sin helhet till de dåvarande landstingskommunerna. Enligt avtal mellan staten samt landstingskommunerna och städerna Stockholm, Göteborg och Malmö om deras övertagande av den psykiatriska vården – de s. k. mentalsjukvårdsavtalen – skulle sjukvårdshuvudmännen för övertagandet av den psykiatriska vården erhålla ekonomisk kompensation från staten som från början utgick dels i form av driftbidrag, dels i form av byggnadsbidrag m. m. för upprustning och nybyggnad av anläggningar för vården.

Riksrevisionsverket kritiserade i en revisionsrapport år 1980 bl. a. byggnadsbidragen för att de fått vissa styrande eller snarare konserverande effekter på vårdstrukturen inom den psykiatriska vården.

Motionerna

I *motion 1981/82:1099* av Olof Palme m. fl. (s) framhålls bl. a. att den psykiatriska vården måste kunna arbeta mer förebyggande, att den öppna psykiatriska vården bör byggas ut och antalet slutna vårdplatser minskas samt att samarbetet mellan den psykiatriska vården och kommunerna måste ökas. Motionärerna påpekar bl. a. att människor i brist på stöd från den öppna psykiatriska vården och den kommunala socialtjänsten tvingas bo kvar i den slutna psykiatriska vården. Mer än 10 000 patienter på mentalsjukhus och psykiatriska kliniker skulle enligt undersökningar som motionärerna åberopar kunna skrivas ut till eget boende eller någon form av kollektivt boende.

Mot bakgrund av att överläggningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen förutskickats om en ändring av konstruktionen av statens bidrag till den psykiatriska vården begär motionärerna i här aktuell del av motionen (yrkande 3), att regeringen skall undersöka förutsättningarna för att genom en ändrad bidragskonstruktion stimulera fram nya vård- och behandlingsformer inom såväl öppen som slutna psykiatrisk vård.

I *motion 1981/82:1308* av Lars Werner m. fl. (vpk) kritiserar den svenska psykiatriska vården i olika avseenden. Motionärerna framhåller bl. a. att det krävs förändringar beträffande vårdstruktur, utbildning, forskning och lagstiftning och begär att en parlamentariskt sammansatt utredning tillsätts för förändringsarbetet (yrkande 1). Motionärerna anger därvid vissa

uppgifter som skyndsamt bör behandlas av utredningen. åtgärder som i huvudsak syftar till att minska den slutna vården och begränsa antalet tvångsomhändertaganden (yrkande 2). Motionärerna begär slutligen (yrkande 3) att en patientinventering på landets mentalsjukhus snarast skall genomföras i samarbete med landstingskommuner och kommuner för att man skall få reda på hur många patienter på mentalsjukhusen som har en för hög "omhändertagandenivå", dvs. hur många patienter som med olika former av serviceåtgärder ute i samhället skulle kunna skrivas ut från sjukhusen.

I motion 1981/82:1294 av Hadar Cars m. fl. (fp, s, m, c) anförs bl. a. att av de patienter som vårdas på mentalsjukhusen en stor del består av personer under 35 år med psykosdiagnos. Prognosen för deras tillfrisknande är dålig om de en längre tid måste kvarstanna inom slutenvård på mentalsjukhus, och erfarenheterna av öppen vård, s. k. poliklinisk behandling, för denna patientgrupp är inte heller särskilt goda. Motionärerna anför att behandlingspersonal alltmer önskar s. k. mellanvårdsformer för framför allt de yngre av dessa patienter. Det finns framhålls det ett stort behov av små behandlingshem utanför sjukhusmiljön med möjlighet till nära, engagerad personalkontakt och intensiv social träning.

Gällande bestämmelser m. m.

Genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), vilken trätt i kraft den 1 januari 1983 och då ersatt sjukvårdslagen (1962:242), har sjukvårdshuvudmännen fått ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa.

Sjukvårdshuvudmännen har sålunda ålagts – förutom att erbjuda sjukvård – även att förebygga ohälsa genom miljöinriktade och individinriktade förebyggande åtgärder. Sjukvårdshuvudmännen skall planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. I planeringen av hälso- och sjukvården skall sjukvårdshuvudmännen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Den 1 januari 1982 trädde socialtjänstlagen (1980:620) i kraft. En av utgångspunkterna för den nya lagen är den s. k. helhetssynen, vilken bl. a. innebär att socialtjänsten skall beakta och arbeta med hela den enskildes eller gruppens sociala situation. Socialtjänsten skall vid behov samarbeta med andra organ i samhället och med organisationer och föreningar. I socialtjänstlagen framhålls bl. a. socialnämndernas uppgift att främja goda miljöer i kommunen och förutsättningarna för goda levnadsförhållanden vid sidan av uppgiften att svara för råd, stöd och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

I 21 § socialtjänstlagen finns till komplettering av övriga bestämmelser i lagen särskilda bestämmelser om omsorger om människor med handikapp.

Enligt dessa bestämmelser skall socialnämnden verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden skall vidare medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd.

LSPV är f. n. föremål för översyn genom den år 1980 tillkallade parlamentariska *socialberedningen* (S 1980:7), som har i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna om vård oberoende av samtycke inom socialtjänst- och sjukvårdslagstiftningen m. m. Översynen av LSPV skall syfta till att en bättre vård och en stärkt rättssäkerhet skall beredas patienterna inom den slutna psykiatriska vården.

Genom beslut den 16 december 1982 har regeringen gett nya direktiv till socialberedningen (se även s. 23). När det gäller LSPV skall beredningen i enlighet med de tidigare direktiven fortsätta översynen av LSPV med sikte på en fullständig revision av den psykiatriska tvångslagstiftningen. Förslag bör kunna läggas fram under 1984.

Enligt en överenskommelse år 1981 mellan staten och Landstingsförbundet har konstruktionen av *statens bidrag enligt mentalsjukvårdsavtalen* ändrats fr. o. m. år 1982. Det har förutskickats att ändringen skall bidra till att den psykiatriska vården utvecklas mot en utbyggnad av öppna och halvöppna vårdformer. Parterna skall enligt överenskommelsen klargöra förutsättningarna för att fr. o. m. den 1 januari 1984 ersätta bidragen till den psykiatriska vården och ersättningen från sjukförsäkringssystemet för vården av patienter med ett generellt bidrag.

Riktlinjer för utvecklingen av den psykiatriska vården, m. m.

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. En rad reformer har härefter genomförts för att förstärka denna vård.

Grundläggande för den pågående utvecklingen 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. Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område, och de hälsovårdande och förebyggande

åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården samt på regionsjukvården.

Socialstyrelsen redovisade år 1980 i skriften *Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård* (Socialstyrelsen anser 1980:2) den huvudsakliga inriktning för planeringen av den psykiska hälso- och sjukvården som enligt socialstyrelsen bör gälla på längre sikt samt angav mera konkret riktlinjer inför 1980-talet. Huvuddragen i utvecklingen av den psykiatriska vården föreslås bl. a. vara en utveckling mot öppnare vårdformer med decentralisering av resurserna till mindre enheter i människornas närmiljö samt ökad samverkan med socialtjänsten. Primärvården förutsätts i enlighet med HS 80 ha ett ansvar för den primära psykiatriska hälso- och sjukvården. Länssjukvården skall omfatta de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och kompetens som primärvården inte förfogar över, inkl. psykiatrisk dygnet-runt-vård. Den psykiatriska länssjukvården bör organiseras enligt sektoriseringsprincipen som innebär att en klinik eller del därav skall ha ett sammanhållet ansvar för hela den psykiatriska verksamheten på denna nivå inom ett geografiskt avgränsat område. Inom den sektoriserade enhetens ram bör finnas några psykiatriska team som svarar för mindre betjäningsområden. Behovet av psykiatrisk regionsjukvård förutsätts bli mycket begränsat. Antalet vårdplatser vid de f. d. mentalsjukhusen som behöver utnyttjas förutsätts komma att minska i avsevärd grad.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade år 1978 att ett *principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90)* skall upprättas. En utgångspunkt för arbetet härmed skall vara att hälso- och sjukvården – vid sidan av de traditionella sjukvårdsuppgifterna – aktivt arbetar för att samhället som helhet verkar för att bibehålla och förbättra befolkningens fysiska, psykiska och sociala hälsa.

De förändringar av vården av psykiskt sjuka personer man genom ovannämnda riktlinjer m. m. vill åstadkomma kan i korthet sammanfattas sålunda.

Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten skall ha en offensiv inriktning, dvs. på olika sätt – bl. a. genom samverkan med samhällsorgan, organisationer m. fl. – söka förebygga ohälsa och sociala missförhållanden. Vården skall erbjudas i människornas närmiljö. Inom den psykiatriska vården skall finnas behandlingsmöjligheter som så litet som möjligt gör det nödvändigt att den enskilde patienten rycks loss ur sitt vanliga sociala grupp- och samhällssammanhang. Den öppna vården måste byggas ut och antalet slutna vårdplatser minskas.

Med utgångspunkt i de i nu nämnda skrifter förordade huvuddragen för utvecklingen av hälso- och sjukvården har olika områden av bl. a. den psykiatriska vården behandlats i särskilda utredningar m. m.

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) har sålunda i början av år 1982 gett ut en av en expertgrupp utarbetad rapport (Spri rapport 1982:75) Utveckling av 80-talets allmänpsykiatri – psykiatri i omvandling, vari förordas en fortsatt satsning på öppna och halvöppna vårdformer.

Socialstyrelsen redovisade år 1981 i skriften Tvångsvård inom psykiatrin (Socialstyrelsen redovisar 1981:2) utvecklingen beträffande tvångsvård inom psykiatrin under tidsperioden 1962–1979. Socialstyrelsen framhåller i skriften bl. a. att behovet att utnyttja LSPV beräknas minska i en enligt riktlinjerna för 80-talets psykiatriska vård förnyad psykiatri med ökad tillgänglighet.

År 1982 har socialstyrelsen i rapporten Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus (Socialstyrelsen redovisar 1982:8) redovisat en analys av mentalsjukhusens och de psykiatriska sjukhemmens uppgifter inom den psykiatriska vården. Socialstyrelsen framhåller i rapporten bl. a. att – om svensk psykiatrisk verksamhet anpassas till dagens målsättning för verksamhet och innehåll – de gamla mentalsjukhusen inte längre kommer att kunna användas annat än i mycket begränsad omfattning. Enligt rapporten är det fullt möjligt att utveckla den psykiatriska verksamheten så att mentalsjukhusen helt och hållet kan tömmas under 1990-talet. I vilken utsträckning detta blir verklighet beror dock, påpekar socialstyrelsen, i stor utsträckning på vilja och beslutsförmåga hos de politiskt ansvariga inom landstingskommunerna och hos personalen inom psykiatrin.

I de nya direktiven för socialberedningen har bl. a. uppmärksammats de återverkningar inom socialtjänsten som en omdaning av den psykiatriska vårdens innehåll och organisation enligt ovan redovisade riktlinjer m. m. medför. Denna förändring av den psykiatriska vården ställer enligt direktiven stora krav på att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens huvudmän etablerar ett nära samarbete på såväl central som regional och inte minst lokal nivå. Omfattningen och takten i denna utveckling aktualiserar, framhålls det, frågan om en omfördelning av vissa resurser från slutet till öppen vård och från psykiatrin till socialtjänsten. Mot bakgrund bl. a. av att omfattningen och inriktningen av det psykiatriska reformarbetet får betydelse för de krav som ställs på socialtjänsten bör socialberedningen enligt de nya direktiven följa den utveckling som pågår inom området och redovisa de samarbets- och gränsdragningsfrågor som finns mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården på psykiatrins område. Det är viktigt, anför det, att pågående förändringsarbete fortsätter parallellt med beredningens översyn. Olika utformningar av den psykiatriska vården kan, anför det vidare, skapa skilda förutsättningar för kommunernas resursinsatser. Skilda lösningar och erfarenheter inom detta område bör enligt de nya direktiven redovisas och analyseras.

Utskottets bedömning

Ett omfattande arbete med att reformera och förändra den psykiatriska vården i vårt land har, som ovan framgått, kommit i gång under de senaste åren. Utvecklingen går mot minskad sluten vård till förmån för en breddad och utökad öppen vård, en minskad tvångsvård och en avveckling av de stora psykiatriska sjukhusen. En bred enighet råder om vikten av att satsa på mindre vårdenheter och mera varierad vård. Socialtjänstens betydelse för en väl fungerande öppen vård har också kommit i blickpunkten.

Det förändringsarbete som inletts ligger väl i linje med den grundsyn som kommer till uttryck i samtliga här aktuella motioner. Utskottet vill i det sammanhanget framhålla vikten av att denna utveckling påskyndas. En omstrukturerings är nödvändig. När det gäller de särskilda yrkandena vill utskottet dessutom framhålla följande.

I motion 1981/82:1099 (s) aktualiseras bidragskonstruktionens betydelse för utvecklingen inom den psykiatriska vården. Motionärerna vill att förutsättningarna skall undersökas för att genom en ändrad bidragskonstruktion stimulera fram nya behandlingsformer i såväl öppen som sluten vård.

Den förutskickade översynen av mentalsjukvårdsbidragen och sjukförsäkringsersättningarna har nu påbörjats. Syftet är att åstadkomma en schablonisering av ersättningarna från staten till sjukvårdshuvudmännen. Den ändrade bidragskonstruktionen är avsedd att kunna underlätta en utbyggnad av öppna och halvöppna vårdformer inom psykiatrin. Enligt utskottets mening finns därför inte anledning till något riksdagens initiativ med anledning av motion 1981/82:1099 (s) yrkande 3.

Vad utskottet nu anfört om den inledda utvecklingen mot öppnare vårdformer inom psykiatrin och om en översyn av statsbidragskonstruktionen tillgodoser enligt utskottets mening även syftet med motion 1981/82:1294 (fp, s, m, c), vari påtalas behovet av mellanvårdsformer för yngre psykospatienter.

När det gäller den i motion 1981/82:1308 (vpk) begärda parlamentariska utredningen vill utskottet erinra om den översyn av LSPV som f. n. görs inom socialberedningen. I beredningens uppdrag ingår även att följa upp tillämpningen av den nya socialtjänstlagstiftningen. I regeringens nya direktiv till beredningen erinras i det sammanhanget om socialtjänstens uppgifter när det gäller bistånd till dem som skrivs ut från de psykiatriska sjukhusen.

Vidare anförs i de nya direktiven bl. a. att omdaningen inom den psykiatriska vården lägger ett ansvar på flera huvudmän och då främst hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens. Beredningen skall följa den utveckling som pågår på detta område och redovisa de samarbets- och gränsdragningsfrågor som finns mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården på psykiatrins område. I direktiven betonas vidare vikten av att den pågående omstruktureringen och decentraliseringen fortsätter parallellt med beredningens översyn.

Socialberedningens arbete kommer i hög grad att beröra de frågeställningar som tas upp i motion 1981/82:1308 (vpk).

Socialberedningen är parlamentariskt sammansatt. Utskottet har dessutom inhämtat att beredningen avser att knyta till sig vissa expertgrupper varibl. a. patientorganisationen RSMH kommer att bli representerad. Resultatet av beredningens arbete bör därför enligt utskottets mening avvaktas innan man har anledning att överväga behovet av ytterligare parlamentarisk utredning. Motion 1981/82:1308 (vpk) avstyrks således såvitt nu är i fråga (yrkande 1).

Motion 1981/82:1308 (vpk) avstyrks även i vad avser frågan om inriktningen av utredningsarbetet (yrkande 2).

I samma motion yrkas vidare att en patientinventering skall göras på mentalsjukhusen (yrkande 3). Utskottet vill med anledning härav erinra om att socialstyrelsen f. n. samlar in uppgifter om alla patienter som den 27 oktober 1982 var intagna för slutenvård vid bl. a. de psykiatriska sjukhusen. En jämförelse skall göras med uppgifter från en tidigare inventering per den 21 mars 1979. En rapport väntas inom kort. På grund härav får motionsyrkandet anses tillgodosett. Någon riksdagens åtgärd kan inte anses påkallad.

Utskottets hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *statsbidragssystemet*
att riksdagen avslår motion 1981/82:1099 yrkande 3,
2. beträffande *mellanvårdsformer*
att riksdagen avslår motion 1981/82:1294.
3. beträffande *parlamentarisk utredning*
att riksdagen avslår motion 1981/82:1308 yrkande 1,
4. beträffande *inriktningen av utredningsarbetet*
att riksdagen avslår motion 1981/82:1308 yrkande 2,
5. beträffande *patientinventering*
att riksdagen avslår motion 1981/82:1308 yrkande 3.

Stockholm den 8 februari 1983

På socialutskottets vägnar

INGEMAR ELIASSON

Närvarande: Ingemar Eliasson (fp). Evert Svensson (s). John Johnsson (s). Kjell Nilsson (s). Blenda Littmarck (m). Stig Alftin (s). Lilly Bergander (s). Ann-Cathrine Haglund (m). Maria Lagergren (s). Anita Persson (s). Ingvar Eriksson (m). Inga Lantz (vpk). Göran Ericsson (m). Rosa Östh (c) och Karin Israelsson (c).

Reservationer

Inga Lantz (vpk) har avgivit två reservationer.

1. Beträffande *inriktningen av utredningsarbetet* (mom. 4 i hemställan) anser reservanten

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 24 med "Vidare anför" och slutar på s. 25 med "utredningsarbetet (yrkande 2)" bort ha följande lydelse:

Inom den psykiatriska vården förlitar man sig ännu alltför mycket på behandling med psykofarmaka som i stort sett riktar sig enbart mot symtomen av de psykiska sjukdomarna. Psykologiska och sociala åtgärder måste få ett större utrymme i behandlingen och rehabiliteringen av de psykiskt sjuka. De nya direktiven för socialberedningen tillgodoser när det gäller den psykiatriska vårdens utformning m. m. inte de krav som utvecklingen ställer.

I överensstämmelse med vad som anförts i motion 1981/82:1308 (vpk) bör den psykiatriska vården bli föremål för en genomgripande förändring beträffande vårdstruktur, utbildning, forskning och lagstiftning m. m. Utskottet vill därför förorda att socialberedningen genom tilläggsdirektiv får i uppdrag att behandla de frågor om förändring av den psykiatriska vården som tas upp i motionen.

Socialberedningen är --- (= utskottet s. 25) --- fråga (yrkande 1).

Vad utskottet ovan med anledning av motion 1981/82:1308 (vpk) yrkande 2 anført om tilläggsdirektiv till socialberedningen bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottets hemställan under mom. 4 bort ha följande lydelse:

4. beträffande *inriktningen av utredningsarbetet*
att riksdagen med anledning av motion 1981/82:1308 yrkande 2
som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anført
om tilläggsdirektiv för socialberedningen.

2. Beträffande *patientinventering* (mom. 5 i hemställan) anser reservanten

dels att det avsnitt i utskottets yttrande på s. 25 som börjar med "I samma" och slutar med "anses påkallad" bort ha följande lydelse:

Som närmare redovisas i ett föregående avsnitt (s. 14) samlar socialstyrelsen f. n. in uppgifter om alla patienter som den 27 oktober 1982 var intagna för slutna vård vid bl. a. mentalsjukhusen. En jämförelse skall göras med uppgifter från en tidigare inventering per den 21 mars 1979 i fråga om vårdtider m. m.

Det finns emellertid stor anledning att närmare undersöka hur många långtidsvårdade patienter inom den psykiatriska vården som med olika former av serviceåtgärder ute i samhället skulle kunna skrivas ut. En sådan

inventering begärs i motion 1981/82:1308 (vpk) yrkande 3 i syfte att man skall få underlag för kommunernas planering av boende och övrig social service för patienter som skulle kunna skrivas ut.

Utskottet vill för sin del förorda att en sådan patientinventering snarast genomförs och att det sker under ledning av socialstyrelsen och av landsting och kommuner i samarbete.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1981/82:1308 (vpk) i här aktuell del (yrkande 3) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottets hemställan under mom. 5 bort ha följande lydelse:

5. beträffande *patientinventering*
att riksdagen med anledning av motion 1981/82:1308 yrkande 3
som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört
om patientinventering.

