

Motion

1980/81:1086

av Lars Werner m. fl.
om hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården står i dag som tidigare inför många problem och tilldrar sig med ökade kostnader allt större politisk uppmärksamhet. Den offentliga utredningsverksamheten har också i allt högre grad ägnat sjukvården sin uppmärksamhet, där hälso- och sjukvårdsutredningen på många sätt markerar nya idéer och synsätt på vården. Man talar i dag mycket om förbättrad planering, om "närvård", om patientens rättigheter och lokal demokrati, om nya sjukdomsbegrepp, om landstingens totalansvar för vården, och så vidare. Höjdpunkten har väl hittills nåtts i hälso- och sjukvårdsutredningens förslag till ny sjukvårdslag, där de stolta måldeklarationerna i förslagets andra paragraf torde vara helt okontroversiella som ett uttryck för allmänt omfattande demokratiska och humanistiska värderingar.

Vpk tycker att denna utveckling är bra och hälsar den klara omorienteringen av tänkandet kring vårdfrågor med tillfredsställelse. Men man talar i dag också om mycket annat än sjukvårdens mål och hälsoplanering. Sjukvården är ineffektiv sägs det, och man blickar mot industrin för att finna nya metoder för att höja arbetstakten och rationalisera vården. Den är dyr, säger man, och patientavgifter höjs, reseersättningar försämrats. Landstingen måste spara, säger man, och utbyggnaden av "närvården" senareläggs, tjänster inrättas inte, personal dras in. Det är ändå individen som har ansvar för sin hälsa säger man också, och startar informationskampanjer med uppmaningar att sluta röka och supa och att i stället gå på Framtidsfolkets diskotek. Hur rimmar egentligen de högsinta målen och stolta deklarationerna med den verklighet vi i dag ser kring oss i vården? Och vad har vår sjukvård för effekter på hälsotillståndet, hur har man lyckats lösa hälsoproblemen?

Trots det förändrade synsättet hos centrala myndigheter, trots den stora expansionen av hälso- och sjukvården, är det ett faktum att hälsotillståndet hos befolkningen har försämrats, mätt både i medellivslängd, som har sjunkit, och sjuklighet som den visar sig i sjukskrivning och förtidspensionering. Det finns många orsaker till denna utveckling.

Varför mår vi allt sämre?

1. Den förändrade åldersfördelningen och det ökade behovet av omvårdnad. Det är dock viktigt att inte se detta samband som något mekaniskt. Att bli gammal är inte detsamma som att bli sjuk eller ett fall för långvården.

Vårdbehov hos äldre har ett klart samband med hur vi betraktar gamla människor i samhället. Ser vi pensionärerna som en resurs i samhället, med kunskaper och erfarenheter som bör tillvaratas, sjunker vårdbehoven. Ser vi på de äldre som förbrukad arbetskraft och som en tärande grupp i samhället, kommer vårdbehoven att öka.

2. Inom sjukvården finns en rad faktorer som leder till expansion utan att detta motsvaras av bättre behandling eller omvårdnad. Detta har samband med sjukvårdens teknisk-medicinska inriktning och överspecialisering. Ekonomiska krafter utanför politisk kontroll har haft en pådrivande effekt när det gäller att bygga stora sjukhuskomplex med ett överflöd av avancerade apparater – samtidigt som sjukvården stått handfallen inför den kombination av sociala och medicinska problem som fört många patienter till akutmottagningar och vårdcentraler. Sjukvårdens auktoritära maktstruktur leder till ett ineffektivt resursutnyttjande. Värdefulla kunskaper går till spillo helt enkelt därför att stora personalgrupper inte kommer till tals i den medicinska beslutsprocessen.

3. Sjukligheten och därmed vårdbehoven ökar. En rad fakta tyder på att det sker en verklig ökning av sjukligheten. Sjukskrivningsfrekvensen har ökat kraftigt under det senaste decenniet. Den ökande besöksfrekvensen på sjukhusens akutmottagningar liksom det stigande trycket mot många enheter inom sjukvården måste också ses som ett allvarligt tecken. Vi återkommer senare med en diskussion om orsakerna till ökad sjuklighet.

4. Det finns en tendens i samhället att omtolka grundläggande samhällsproblem och sociala problem till medicinska problem. En stor del av utslagningen i arbetslivet och den ökade arbetslösheten tar sig uttryck i ökad förtidspensionering och sjukskrivning under medicinska eller psykiatriska diagnoser. Sjukvården är mycket dålig på att möta denna typ av problem. Människor vilkas främsta behov är ett arbete som är anpassat till deras förutsättningar förs i stället in i en passiv sjukroll. En stor del av vårdapparatusens utrednings- och behandlingsresurser tas i anspråk av problem som i första hand borde angripas genom arbetsmarknadspolitiska åtgärder och en bättre samhällsplanering.

I dag är det väl säkerställt att avgörande orsaker till sjukdom och ohälsa är att finna i den sociala miljön. Detta gäller i särskilt hög grad orsakerna till dödsfall och sjukdomsfall bland yngre och medelålders människor. Sambandet mellan stora folksjukdomar och den sociala miljön har klarlagts i allt större utsträckning under senare år:

- I huvuddelen av de cancerfall som inträffar har omgivningsfaktorer betydelse och nya samband framkommer med jämna mellanrum, exempelvis verkan av radon i bostäder och den cancerframkallande effekten av bekämpningsmedel inom jordbruk och skogsbruk och gifter i arbetsmiljön.

- När det gäller hjärt-kärlsjukdomar framkommer allt klarare samband mellan exempelvis hjärtinfarkt och ensidiga, pressande arbetsförhållanden.
- Sambandet mellan ryggsjukdomar och tunga lyft och ensidiga arbetsställningar, exempelvis inom sjukvården, är väl klarlagt.
- Som faktor bakom självmord, självmordsförsök och psykisk sjukdom finner man ofta alkohol-narkotikamissbruk, i sin tur ofta sammanhängande med den sociala miljön.
- Åtskilliga av de trafikolyckor som inträffar måste betraktas som en insedd konsekvens av den trafikpolitik som förs. Accepterar man att blanda lekande barn med dagens trafikmiljö, måste man räkna med att en viss procent av dessa dödas eller skadas.
- Luftföroreningar ges lungskador men eventuellt också cancer och hjärnskador hos barn.
- Alkohol faktorn finns med i merparten av den sjuklighet och de olycksfall som drabbar yngre och medelålders människor.

Dessa sammanhang som för vpk stått klara sedan länge börjar numera också bli mer allmänt kända och accepterade – man vågar gissa att det just är de allt tydligare sambanden mellan de sociala missförhållandena och hälsotillståndet i ett ojämnt samhälle som framkallat försöken till reformer och förändringarna i synsätt på vården. Men kan den i och för sig vällovliga välfärdsambitionen, som i ord delas av nästan alla, verkligen råda bot på detta? Räcker det med "mer och bättre" som lösning på problemen, eller måste man försöka ta ett helt nytt grepp på dessa frågor?

Varför var den sjukvård vi har?

Den stora motsättningen i svensk politik har gått mellan vänster och höger, mellan socialister och borgerlighet. Arbetarrörelsen har trots hårt motstånd lyckats bygga upp ett "välfärds-samhälle" som alla i dag är stolta över, där en välutbyggd och högt kvalificerad sjukvård varit en viktig del. Men dessa välbekanta förhållanden får inte dölja att det bakom dessa motsättningar funnits en värdegemenskap, att det har funnits problem och frågor som aldrig på allvar har förts fram på den politiska scenen. Värdegemenskapen, brukar man säga, har varit den demokratiska överideologin, men den har också gällt något annat – alla har varit överens om att välfärdsutbygget på intet vis skulle få hota samhällets fundament, det kapitalistiska produktions sättet.

Välfärdsapparaten och den offentliga sektorn har vuxit, men det har skett på villkor av tillväxt i ekonomin. Det politiska problemet har mindre gällt uppdelningen av kakan än att den skulle bli större och större, så att alla kunde få mer. Och kakan har bara kunnat växa på de vinstmaximerande företagens villkor. Den internationella konkurrensen, svenska företags marknadsandelar, deras behov av arbetskraft som är frisk, välutbildad och boende i

storstäder är det som styr velfärdspolitiken. Människornas roll har varit att i arbetet producera de varor som kan säljas med förtjänst, utan hänsyn till samhällets behov av varorna, och att på fritiden konsumera dessa varor.

I dag är samhället i kris, därför att den automatiska tillväxten inte längre fungerar. Trots subventioner, trots omfördelningar via skatterna från löntagare till företag, trots ökade vinster och stigande likviditet så är det konst, diamanter och liknande spekulationsobjekt som blir föremål för kapitalets intresse, i den mån man inte flyttar sina investeringar utomlands.

Nu är det reformstopp, besparingar och nedskärningar också inom den välfärd som man trodde ändå stod bortom hot från borgerligheten. Högern blir alltmer självmedveten och aggressiv. Det leder till en allt större klyfta mellan den politiska verkligheten och välfärdens målsättningar och idéer. Reformerna blir alltmer illusioner och dimridåer, förändringar av retoriken men inte av verkligheten.

Alla är därför överens om de målsättningar och idéer som numera präglar hälso- och sjukvårdspolitiken, såsom de uttrycks i utredningar och myndighetsdeklarationer. Men vi tror, precis som hälso- och sjukvårdsutredningen, att dessa idéer inte kommer till tillämpning. Man säger i HSU (s. 451) följande, vilket torde vara en korrekt bedömning: "Våra förslag innebär inte i sig att det nu skulle förestå stora och genomgripande förändringar i den landstingskommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen. Tvärtom torde det vara rimligt att anta att den nuvarande organisationen åtminstone till att börja med kommer att behållas i stort sett oförändrad."

Tydligare kan det knappast sägas att de förändringar som skisseras i utredningen – och som verkligen skulle vara stora och genomgripande om de förverkligades – inte kommer att genomföras. I den allmänna ramlag som föreslås finns heller inga instrument för genomförande. Med ideologiska dimridåer försöker man ta udden av den berättigade kritiken mot sjukvården.

Vi tror att man kan finna vissa mönster i tänkandet kring dessa frågor, idéelement som går igen på många av politikens områden och som man måste vara medveten om för att kunna bryta igenom dimridåerna.

Teknokratisk ideologi

Vi tror att det i hela den traditionella välfärdspolitiken finns en teknokratisk ideologi, en föreställning om att det finns en rent teknisk nödvändighet som tvingar fram politiska åtgärder. Det är teknikens villkor som bestämmer politiken och inte omvänt. Den teknik som utvecklas är den lönsamma tekniken, inte den som bestäms av samhälleliga behov.

Teknokratismen leder till tron på den eviga tillväxten, på det ständiga tekniska framsteget som lösningen på alla problem – ge bara läkarna mera resurser så botar de alla sjukdomar! Fel i samhället är "dysfunktioner", som

kan avhjälpas bara hinder i form av okunnighet och fördomar mot teknikens välsignelser avlägsnas. Framför allt löser man problemen med hjälp av experter, det är alltid någon annan som löser problemen *åt* mig.

Inom sjukvården är t. ex. utvecklingen av hälso- och sjukvårdsplaneringen ett gott exempel. Den medicinsk-tekniska utvecklingen ifrågasätts aldrig, utan planeringsproblemet är i stället hur vi skall kunna anpassa vården till denna utveckling. Man kallar det visserligen hälso- och sjukvårdsplanering, men i verkligheten är det frågan om anpassning till den "produktutveckling" som sker i läkemedels- och medicinsk-teknisk industri.

Ett annat exempel är själva innehållet i tekniken. Det visar sig vid systematiska utvärderingar att t. ex. effekten av hjärtintensivvård är högst diskutabel, eller att elektronisk förlossningsövervakning snarare höjer mödra- och barnadödligheten. Inte ens ett så banalt och vanligt ingrepp som en blindtarmsoperation är okontroversiellt, huruvida det faktiskt leder till bättre resultat än medicinsk behandling. I USA har man t. o. m. inrättat en särskild myndighet för dylika utvärderingar, där det visar sig att grunden för många vittomfattande medicinska åtgärder är högst tveklaktig.

Vi tror att man i dag använder väldiga resurser på ytterligare förfining av dubiösa tekniska metoder, där sjukvården som marknad för den kanske snabbast växande industrisektorn är den egentliga drivkraften och inte omsorgen om patienterna.

Statsideologi

Pådrivande i välfärdsutvecklingen har varit staten eller, som det numera heter, den offentliga sektorn. Det har funnits en föreställning att staten skall lösa alla våra problem. I själva verket har det varit staten som i teknikpolitik och forskningspolitik varit pådrivande i den tekniska utvecklingen. Men det har varit ett villkorligt statligt engagemang. Det som har socialiserats har varit konsumtionen men inte produktionen. Arbetet och dess innehåll, vad man producerar, målet för den tekniska utvecklingen har – ända fram till kärnkraftsomröstningen – stått utanför politiken. Det reformarbete som drivits har varit en frukt mera av statliga utredningar och förslag från experter än av konkreta krav från människorna själva, som blott fått ta ställning i tillrättalagda rådslagskampanjer eller i SIFO-undersökningar.

Inom hälso- och sjukvården har denna utveckling lett till uppbygget av en stark central administrativ apparat, och sjukvården har blivit offentlig i stället för privat. Men det är bara vården som socialiserats, inte vårdmedlen, teknik, utrustning, förnödenheter. Man har undanröjt stora delar av de skriande orättvisorna i ett privat sjukvårdssystem, men det har skett till priset av uppbygget av stora och okontrollerbara organisationer som det moderna storsjukhuset. Man har i dag "valet" mellan att köpa sig privatvård, som fördelas efter plånboken och inte efter vårdbehovet, och att gå till den allmänna vården och förlora sin integritet och självkänsla.

Statsideologin har vidare lett till att hälso- och sjukvården utvecklats som en kamp mellan staten och olika professionella etablissemang, i första hand läkarna, där de senare mycket länge haft övertaget. Patienterna, liksom medborgarna i övrigt, har varit helt passiva åskådare som sällan eller aldrig tillfrågas om sina önskemål. "Det mediko – industriella komplexet" har varit och är en realitet som fortfarande torde vara den enskilt starkaste maktfaktorn inom vården och vars existensberättigande aldrig ifrågasatts av staten i dess teknokratiska ideologi. Dess makt måste brytas, men den frågan står utanför politiken, vilket leder till maktlösheten hos reformförsök och att utredningar som hälso- och sjukvårdsutredningen kan befaras bli blott retoriska monument utan effekter på verkligheten – de verkliga orsakerna till problemen inom vården får man ju inte ta upp.

Korporatismen

I den teknokratiska ideologin ser man arbetet och arbetsprocessen som något som dikteras av naturens krav. Den är opolitisk, har inget med maktförhållanden att göra. Motsättningarna mellan klasserna reduceras därför till lönekampen, som allt mer tar karaktären av prisförhandlingar för varan arbetskraft. Inom sjukvården leder detta till att man i grunden betraktar arbetet inom vården helt opolitiskt. Det är medicinska bedömningar som man tror styr arbetet utan att maktförhållanden berörs, något som ju motbevisas redan av Läkarförbundets starka motstånd mot tanken att skilja medicinskt och administrativt ledningsansvar. Den rena naturvetenskapen dominerar totalt, socialmedicinska frågor och samhällsanknuten forskning avvisas, det är experten-läkaren som ensam äger insikt i naturens mysterier och som från sin upphöjda position därför bör styra.

Inom företagshälsovården leder det korporativa tänkandet till att den blir ytterligare ett fundament i föreställningen att "vi alla sitter i samma båt", att det är samförstånd och samarbete för (ett av företaget definierat) gemensamt bästa. I själva verket blir företagshälsovården ytterligare ett instrument för företagsledningen att passivisera arbetarna, samtidigt som hälsovården får en teknisk inriktning med "olycksfågelteorin" som enda sociala förklaring till ohälsa och olycksfall.

Vad bör göras?

Det står helt klart att viktiga orsaker till sjukdom och ohälsa inte kan påverkas av en utbyggd sjukvård. Inte heller friskvård i den mening begreppet normalt används kan påverka hälsotillståndet i särskilt stor utsträckning. Orsaken är att de åtgärder som föreslås i allmänhet är individuellt riktade och inte angriper bakomliggande sociala förhållanden. Åtgärderna har också en benägenhet att nå de socialt väletablerade och de grupper i samhället som redan har det bästa hälsotillståndet.

Enligt vpks mening skulle de tio mest hälsofrämjande reformerna vara följande:

1. En varierad arbetsmarknad, vilket innebär stopp för avindustrialiseringen och bortrationaliseringen av jobb med måttliga krav på utbildning och arbetstempo.
2. En allmän arbetstidsförkortning, som minskar förslitningen och ger människor mer tid för varandra.
3. Ett socialförsäkringssystem som ger full kompensation vid arbetslöshet och inkomstbortfall utan att människor behöver föras in i en sjukroll.
4. En skärpt lagstiftning mot dåliga arbetsmiljöer och arbetshets, innefattande förbud mot ackordsarbete och skiftarbete som inte är samhälleligit nödvändigt.
5. En effektiv arbetsrehabilitering, som är samordnad med såväl socialvård som sjukvård.
6. En mycket kraftig reduktion av de större tätorternas privatbilmiljö och motsvarande uppbyggnad av kollektivtrafiken.
7. Bra barntillsyn för alla barn.
8. Kommersiellt utnyttjande av ungdomarna ersätts med meningsfulla fritidsaktiviteter i samhällelig regi.
9. En ny bostadsplanering, där byggandet inriktas på flerbostadshus och kollektivhus i vilka olika åldersgrupper kan bo tillsammans.
10. En restriktiv politik mot alkohol, narkotika och andra droger, syftande till en mycket kraftig konsumtionsminskning.

Få om ens någon av dessa åtgärder kan genomföras av sjukvården. Det rör sig om samhällliga problem som inte kan vårdas bort. Det behövs politiska och ekonomiska beslut som berör hela vårt samhälle. Men sjukvården bör ha en sådan inriktning att hälsorisker i samhället uppsåras och att opinion skapas mot dem. Tyvärr har sjukvården hittills spelat en alltför passiv roll i detta sammanhang.

Men vi menar också att man kan göra mycket också inom själva sjukvården. Allmänt krävs såväl av dem som arbetar inom vården som av vårdplanerare och administratörer en helt annan medvetenhet om den politiska karaktären av deras arbete. Vi menar att följande reformer skulle ha en avgörande betydelse för en genomgripande förändring av hälso- och sjukvården som inte bara skulle stanna på papperet. Det är ett *epidemiologiskt helhetsperspektiv* som vi efterlyser, inte bara en helhetssyn på patienten.

1. Det krävs en systematisk, epidemiologiskt inriktad statistik. I dag har vi ytterst bristfälliga kunskaper om hur det epidemiologiska sjukdomspanoram ser ut. Studier har påvisat dramatiska skillnader i sjuklighet mellan regioner och kommuner där i dag ingen vet orsakerna. För att en effektiv planering skall kunna ske är det nödvändigt att anpassa sjukvården till de lokala sjuklighetsförhållandena. Detta görs ej i dag, ej heller någon

systematisk diagnosregistrering e. d.

2. Demokratisk helhetsplanering är nödvändig, en planering som är demokratiskt styrd och där ansträngningar görs för breda diskussioner om planförslagen. Framför allt krävs en planering som utgår från väl definierade målsättningar inom varje vårdområde, där brister t. ex. i teknikvärdering, behandlingsmetoder osv. inventeras. Målsättningarna måste bli föremål för en politisk behandling också på basplanet.

3. En aktiv strävan till politisering och aktivering är nödvändig, där sjukvårdshuvudmännen och staten gemensamt strävar efter att stimulera och stödja aktiviteter och organisationer såväl inom som utom vården.

4. Stöd till patientföreningar av olika slag är nödvändigt, speciellt sådana föreningar som själva mer aktivt börjar ställa krav, som R-förbunden, handikapprörelsen osv. Via studieförbund o. d. bör möjligheter ges till patienter och allmänhet att från annorlunda vårdpolitiska perspektiv självständigt agera i vårdfrågor.

5. Budgetarbetet inom sjukvården måste förändras i enlighet med de riktlinjer som angetts i de ovanstående punkterna. I stället för nuvarande enkla mått på effektivitet, som omsättning av vårdplatser och antal besök, måste man eftersträva olika former av programstyrt budgetarbete. där också de ekonomiska styrmedlen direkt relateras till målsättningarna för vården.

6. Inom budget- och planeringsarbetet måste en starkt ökad satsning på systematisk teknikvärdering ske, som är nära anknuten till de konkreta vårdproblem. Teknologi är i själva verket en samhällsvetenskap, som handlar om att anpassa naturen till samhällsliga behov, och en helt annan organisation av medicinsk-teknisk forskning och utveckling är därför nödvändig, som är styrd av sådana behov och inte av marknadens vinstmöjligheter.

7. Detta leder självfallet till att läkemedels- och medicinsk-teknisk industri måste ingå som led i helhetsplaneringen, vilket knappast är möjligt utan att staten övertar dessa industrier, inte bara för att "konkurrera på lika villkor" och för att "få insyn" utan för att aktivt styra produktutveckling, marknadsföring och forskning efter politiskt bestämda behov.

8. Den medicinska forskningen måste reformeras. I dag går endast en bråkdel av forskningen till de prioriterade områdena primärvård, psykiatri, långvård och socialmedicin. Ett utrymme för biologisk grundforskning är visserligen nödvändigt, men den kliniska, tillämpade forskningen måste styras från medvetna värderingar och inte bara fortsätta i vanliga spår med teknisk förfining och lönsamhet som primära drivkrafter. Detta torde kräva genomgripande åtgärder för att bryta.

9. Inom forskningen måste utöver de nämnda områdena också omvårdnadsforskning byggas upp nära förankrad i det praktiska vårdarbetet. Patienten och dennes behov måste stå i centrum, där målet måste vara att finna sätt att aktivera och mobilisera patienten. Ett preventivt synsätt måste

präglade såväl omvårdningsforskningen som den medicinska forskningen över huvud taget.

10. Staten måste skaffa sig styrmedel, liksom sjukvårdshuvudmännen, för att kunna förändra sjukvården på ett annat sätt än allmänna ramlagar medger. Nedrustningen av socialstyrelsen måste stoppas. Inom ramen för en ökad makt för centrala organ måste den utnyttjas också för experiment och utveckling av nya vårdformer. I debatten finns många förslag – kooperativa vårdformer, samhällstjänst, hemsjukvård – som alla kan leda till goda resultat i den mån de förmår bryta den maktstruktur som i dag finns i vårdapparaten.

Hemställan

Visserligen har nyligen en större utredning om hälso- och sjukvården kommit, som dock enligt egen bedömning ej kommer att på något mer avgörande sätt förändra vården.

Vi hemställer därför*

1. att riksdagen med instämmande i motionens allmänna syfte anhåller hos regeringen om tillsättandet av en utredning med syfte att från ett epidemiologiskt grundat helhetsperspektiv utreda sjukvårdens innehåll och samhälleliga funktioner och föreslå åtgärder i anledning därav.
2. att riksdagen uttalar sig för utbyggnad av den epidemiologiska statistiken, som bas för en demokratisk helhetsplanering av vården.
3. att riksdagen uttalar sig för medborgaraktivering och patientmobilisering som styrande faktorer för vården, där målen i ett programstyrt budget- och planeringsarbete kan förankras på basplanet.
4. att riksdagen uttalar sig för att den medicinska forskningen reformeras till prioriteringar och organisation som ställer den i nära kontakt med vården.
5. att riksdagen uttalar sig för att nedrustningen av socialstyrelsen stoppas och att myndigheten ges medel att aktivt styra vården efter motionens riktlinjer.

Stockholm den 26 januari 1981

LARS WERNER (vpk)

EVIOR MARKLUND (vpk)

NILS BERNDTSON (vpk)

EVA HJELMSTRÖM (vpk)

C.-H. HERMANSSON (vpk)

BERTIL MÅBRINK (vpk)

INGA LANTZ (vpk)

*Se även motion 1980/81:1087.