

Socialutskottets betänkande

1983/84:6

om utbyggnad av vissa medicinska verksamhetsområden, m. m.

Motionsyrkanden

I motion 1982/83:733 av Inga Lantz m. fl. (vpk) hemställs att riksdagen uttalar att det är angeläget att genomföra personalförstärkningar vid hem-sjukvård och långtidssjukvård då tillgången på utbildad personal är god.

I motion 1982/83:738 av Karl-Eric Norrby (c) hemställs att riksdagen beslutar begära att regeringen låter utreda möjligheterna för epilepsipatienter att erhålla specialistvård vid Sandvika sjukhus utanför Oslo.

I motion 1982/83:1306 av Tore Nilsson m. fl. (m, fp) hemställs att riksdagen ändrar tidigare fattat beslut om indelning av landet i fyra thoraxkirurgiska centra samt att den framtida resursförstärkningen inom det thoraxkirurgiska området i första hand får ske inom Umeå sjukvårdsregion, i syfte att där etablera ett femte centrum för thoraxkirurgisk verksamhet.

Allmänt om den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården m. m.

Nedan lämnas en översiktlig redogörelse för den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården. En närmare redogörelse härför finns i utskottets betänkande SoU 1982/83:10 (s. 1–9).

Den 1 januari 1983 ersattes sjukvårdslagen (1962:242) av *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763), vilken antogs av riksdagen under 1981/82 års riksmöte (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. 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.

I proposition 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation, m. m. angavs vissa riktlinjer för *ansvarsfördelningen mellan staten och de kommunala huvudmännen beträffande socialvården och hälso- och sjukvården*. Dessa riktlinjer innebär att staten tillsammans med kommunerna och landstingskommunerna har ett gemensamt ansvar för socialvårdens och hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalitet och framtida utveckling. Statens uppgifter är därvid att på riksplanet samordna de olika delarna av samhällsverksamheten och göra de avvägningar som är nödvändiga för att utnyttja tillgängliga resurser med hänsyn till den övergripande välfärdspolitiken.

Samtidigt med att HSL antogs godkände riksdagen *riktlinjer i fråga om statlig planering och samordning av hälso- och sjukvården*. Enligt dessa riktlinjer bör regeringen och riksdagen – mot bakgrund av statens uppgifter inom ramen för såväl den samlade välfärdspolitiken som samhällsekonomi – ha ansvaret för den övergripande centrala planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Ett nära och kontinuerligt samråd beträffande den övergripande centrala planeringen och samordningen skall finnas mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen och vara förankrat inom socialdepartementet med hänsyn till departementets övergripande ansvar för hälso- och sjukvården samt socialpolitik i övrigt.

En möjlig uppläggning av samrådsförfarandet mellan statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen kan enligt riktlinjerna vara att staten utarbetar förslag till ramar för hälso- och sjukvårdens utveckling, som kan uttryckas i olika alternativ och som grundas på politiska bedömningar av den samhällsekonomiska utvecklingen, tillgången på utbildad personal, det framtida sysselsättningsläget, de av statsmakterna formulerade målen för hälso- och sjukvården samt de övergripande prioriteringarna såväl mellan olika samhällssektorer som inom hälso- och sjukvården.

Samrådet bör syfta till en överenskommelse vilken skall utgöra utgångspunkt för sjukvårdshuvudmännens långsiktiga planering. Med ledning av bl. a. sådana överenskommelser utarbetar sjukvårdshuvudmännen planer för den mer långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen skall följa och stödja hälso- och sjukvårdsplaneringen på landstings- och regionnivå samt yttra sig över enskilda planförslag före

huvudmännens ställningstaganden. Sammanställningar och analyser av sjukvårdshuvudmännens uppgifter bör ske i samverkan mellan socialstyrelsen, Landstingsförbundet och sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri).

I mitten av 1960-talet inrättades en socialdepartementets sjukvårdsdelegation med uppgift att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurserna i landet och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. I sjukvårdsdelegationen har ingått företrädare både för sjukvårdshuvudmännen och för statliga myndigheter som har ansvar för hälso- och sjukvård, arbetsmarknad, utbildning och samhällsekonomi.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation har tidigare i år ersatts av en *socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning*. Hälso- och sjukvårdsberedningen har inrättats som ett nytt organ för samråd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i syfte att åstadkomma en övergripande samordning av hälso- och sjukvården samt mellan denna och de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik. Hälso- och sjukvårdsberedningen skall särskilt behandla frågor som rör utvecklingen av förebyggande och öppna vårdformer och bör därvid ägna särskild uppmärksamhet åt äldrevården och den psykiatriska vården. Till hälso- och sjukvårdsberedningens arbetsområde hör bl. a. vårdpersonalprognoser. Hälso- och sjukvårdsberedningen består av åtta ledamöter, av vilka fyra representerar staten och fyra huvudmännen för hälso- och sjukvården.

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 är ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80) som socialstyrelsen presenterade år 1975 (Socialstyrelsen anser 1976:1).

I HS 80 ges ett konkret förslag till vårdstruktur med uppdelning av verksamheterna på primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Den övervägande delen av vården skall lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och vid sjukhem. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården – som skall bedrivas vid länssjukhus (motsvarande centrallasaretten) och vid länsdelssjukhus (motsvarande normallasaretten) – samt på regionsjukvården (vid regionsjukhus).

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 uppgifterna för primärvården skall det bl. a. ingå att aktivt medverka i skyddet mot miljöfaktorer som hotar hälsan. Primärvården skall nära samarbeta med socialtjänsten.

Förutom läkare för allmänmedicin avses även läkare med annan specialistkompetens tjänstgöra inom primärvården.

I principprogrammet konstateras 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.

Inom ramen för HS 80-arbetet har socialstyrelsen redovisat strukturprogram inom olika delsektorer av hälso- och sjukvården samt sammanställt planeringsunderlag i form av sektorprogram.

Underlag för den närmare planeringen av primärvården m. m. presenterades år 1978 i ett antal skrifter inom ramen för ett samarbete mellan socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Spri.

Riksdagen godkände under 1980/81 års riksmöte riktlinjer för den framtida regionsjukvården (prop. 1980/81:9, SoU 1980/81:6, rskr 1980/81:123).

Frågor om bl. a. omfattningen av länssjukvården behandlas inom ramen för det s. k. HS 90-arbetet, vilket redovisas nedan.

Den öppna vården utanför sjukhus, långtidssjukvården och den psykiatriska vården har under en rad år prioriterats i fråga om byggnadsinvesteringar och i fråga om fördelning av läkare.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade år 1978 att ett nytt *principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90)* skall upprättas. Principprogrammet skall belysa hälso- och sjukvårdens lämpliga framtida omfattning, inriktning, struktur och resurskrav. I en första etapp av utredningsarbetet, i vilket socialstyrelsen medverkar, har man tagit fram en rad underlagsstudier, av vilka flertalet redovisades år 1981, bl. a. betänkandena (SOU 1981:1) Hälso- och sjukvårdens kunskapssammanställning och (SOU 1981:2) Ohälsa och vårdutnyttjande. Generella utgångspunkter för den andra etappen i utredningsarbetet, vilken beräknas komma att redovisas år 1984, 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.

Personalförstärkningar för hemsjukvården och långtidssjukvården

Motionsmotivering

I motion 1982/83:733 av Inga Lantz m. fl. (vpk) anföras inledningsvis att sjukvården under många år har brottats med stora rekryteringsproblem då det gällt personal, särskilt utbildad sjukvårdspersonal, men att en radikal förändring i detta avseende nu kan konstateras. Sedan hösten 1981 föreligger, framhåller motionärerna, praktiskt taget inga svårigheter att rekrytera personal.

I det förändrade personalrekryteringsläge som uppstått bör det enligt motionärerna vara möjligt för landstingen att kvalitativt förbättra sjukvården genom att på olika områden öka personaltätheten. Främst gäller detta långtidssjukvården, där landstingen i allmänhet har en låg personaltäthet, framhåller motionärerna. Ett annat område där förstärkningsåtgärder är angelägna är inom den hemsjukvård som bygger på anhörigvårdare, framhåller motionärerna vidare.

Motionärerna anför bl. a. att anhörigvårdarna i många fall är folkpensionärer, dvs. 65 år och äldre, och att de med andra ord uppnått en ålder då det finns skäl att ifrågasätta förmågan att klara uppgiften att vårda en sjuk make/maka eller annan anhörig. Den förbättrade personalrekryteringssituationen inom sjukvården bör enligt motionärerna få som konsekvens att landstingen avstår från att bygga ut den hemsjukvård där anhöriga står för vårdinsatserna. Motionärerna påpekar att hemsjukvården, genom utbyggnad av ett väl fungerande system där sjukvårdsutbildad personal står för vårdinsatserna i hemmen och anknytning till vårdcentral eller sjukhus, blir ett bra alternativ till sluten långtidssjukvård.

Utbyggnad av sjukvården för äldre människor vid sidan av akutsjukvården

Hemsjukvården

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

Sjukvård i hemmet bedrivs i varierande former och under medverkan av personal med olika kompetens.

En hjälpform är att den sjuke får vård och hjälp i sitt hem av personal anställd hos sjukvårdshuvudmannen eller inom den kommunala sociala hemhjälpsverksamheten. I det senare fallet sker insatserna enligt avtal med sjukvårdshuvudmannen.

En annan hjälpform är att sjukvårdshuvudmannen lämnar ekonomisk ersättning till anhörig som vårdar patienten i hemmet. För dessa anhöriga

vårdare träffade Landstingsförbundet och Svenska kommunalarbetsförbundet år 1977 en rekommendationsöverenskommelse om anställningsvillkoren. Överenskommelsen gäller för anhöriga vårdare som är anställda hos huvudmannen och reglerar vårdarnas ersättning, semesterförmåner m. m.

Det förekommer också att sjukvårdshuvudmannen lämnar kontantbidrag till vårdtagaren, som sedan själv får ordna med vårdare m. m.

Den allmänna försäkringen lämnar numera ersättning till sjukvårdshuvudmännen för sjukvårdande behandling i samband med sjukvård i hemmet.

De ovannämnda (s. 4) genom samarbete mellan socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Spri år 1978 framtagna skrifterna med underlag för den närmare planeringen av primärvården m. m. innehåller närmare riktlinjer för utvecklingen av bl. a. hemsjukvården. I skriften Sjukvård i hemmet – social hemtjänst föreslås, bl. a. mot bakgrund av det ökande antalet äldre människor, ökade uppgifter för sjukvården i hemmet inom ramen för primärvården. Det föreslås sålunda bl. a. att kvaliteten på sjukvård i hemmet skall ökas genom en ökning av det medicinska innehållet i syfte att möjliggöra för flera och sjukare människor att kvarstanna i eller återvända till det egna boendet.

När det gäller ansvarsfördelningen i fråga om vård i hemmet fastslås att kommunerna skall tillhandahålla sociala resurser med bl. a. socialt utbildad personal och att sjukvårdshuvudmännen skall tillhandahålla medicinska resurser med bl. a. sjukvårdsutbildad personal. Utgångspunkten för vilken huvudman som skall tillhandahålla service och hjälp åt den enskilde skall vara den kompetens som krävs för att utföra hjälpen och inte dess orsak, t. ex. sjukdom eller åldersskräpplighet. Ett nära samarbete förutsätts mellan huvudmännen, och modeller för detta samarbete skisseras.

Uthyggnad av primärvården tillhör de prioriterade områdena inom sjukvårdshuvudmännens verksamhet.

I rapporten LKELP 83 av landstingens planer för tidsperioden 1983–1987 redovisas resultatet av en undersökning beträffande hemsjukvården. Uppgifter om den planerade utvecklingen av patientantalet under tidsperioden 1983–1987 har redovisats av 18 huvudmän vilka år 1981 svarade för ca 75 % av patientantalet. För dessa uppgiftslämnare beräknas antalet patienter öka med i medeltal 1,1 % per år 1983–1987. Patienter som vårdas av hemsamariter eller huvudmannens egen personal planeras svara för den största ökningen, 1,9 % per år, medan antalet patienter med hemsjukvårdsbidrag eller anställd anhörig beräknas öka med 0,3 % per år.

Långtidssjukvården

Antalet vårdplatser inom den offentliga somatiska långtidssjukvården uppgick vid utgången av år 1981 till 45 714.

I den våren 1983 för riksdagen redovisade överenskommelsen mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen om

vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen under år 1984 (prop. 1982/83:174, SFU 1982/83:26, rskr 1982/83:367) är inrymd en ersättning till de offentliga sjukvårdshuvudmännen med 24 kr. per invånare och år till förebyggande hälsovårdande insatser samt primärvård inkl. långtidssjukvård.

Även utbyggnad av långtidssjukvården tillhör de prioriterade områdena inom sjukvårdshuvudmännens verksamhet.

Enligt redovisningen av landstingens planer för tidsperioden 1983–1987 i LKELP 83 beräknas antalet vårdplatser i långtidssjukvården öka från 45 714 vid utgången av år 1981 till ca 55 790 vid utgången av år 1987.

Anhörigvårdskommittén

Sedan i april 1980 har en särskild kommitté för översyn av vård av anhörig i hemmet, m. m. – anhörigvårdskommittén (S 1979:11) – arbetat. Kommittén har bl. a. haft i uppdrag att kartlägga erfarenheterna av hemsjukvårdens utbyggnad i fråga om omfattning och organisation m. m. i olika delar av landet, vårdbehov och utbyggnadsplaner. En bedömning skulle också göras om de åtgärder som hittills vidtagits eller planeras är tillfyllest för att tillfredsställande tillgodose det till följd av befolkningsutvecklingen växande vårdbehovet under 1980-talet. Den sociala hemhjälpens roll borde också beaktas i sammanhanget. Kommittén skulle vidare överväga frågan om införande av en mot föräldraledigheten svarande rätt till hel eller partiell ledighet från arbetet för vård av äldre, sjuk eller handikappad anhörig i hemmet. Till kommitténs uppgifter hörde vidare att förutsättningslöst bedöma behovet av och möjligheterna att införa ett system med ersättning från den allmänna försäkringen för vård i hemmet av äldre, handikappad eller sjuk anhörig.

Kommittén har just slutfört sitt arbete och lägger denna dag fram sitt slutbetänkande (SOU 1983:64) Ledighet för anhörigvård.

Hälso- och sjukvårdslagen

Med utgångspunkt i att en god hälso- och sjukvård förutsätter en välutbildad och kompetent personal har – i avsikt att sjukvårdshuvudmännens hälso- och sjukvård skall tillförsäkras den personalkader som behövs för att tillhandahålla en god sjukvård – i 13 § första stycket HSL tagits in en bestämmelse om att i hälso- och sjukvården skall finnas den personal som behövs för att meddela god vård.

Det fortsatta HS 90-arbetet

Enligt riktlinjerna för det fortsatta HS 90-arbetet – redovisade i betänkandet (SOU 1981:4) HS 90. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet – skall detta arbete bl. a. inriktas mot

frågor om personal- och utbildningsplanering.

Det är enligt riktlinjerna i denna del väsentligt att i det fortsatta IIS 90-arbetet söka klarlägga bl. a. hur personalsammansättningen påverkas av de vårdpolitiska mål som uppställts för hälso- och sjukvården och hur relationen mellan olika personalgrupper förändras. Tidsperspektivet för dessa analyser bör, anför det, vara 10–20 år och omfatta olika grupper av personalkategorier.

Resultat av dessa analyser som bör göras med alternativa antaganden om ekonomiskt utrymme, sysselsättningsgrad och arbetstider bör enligt riktlinjerna bl. a. omfatta: a) redovisningar av efterfrågan på personal av olika kategorier, b) redovisningar av förväntad tillgång på personal, c) förslag till åtgärder som underlättar rekryteringen av personal till olika områden.

Vård av epileptiker vid Sandvika sjukhus i Norge

Motionsmotivering

I motion 1982/83:738 av Karl-Eric Norrby (c) anför inledningsvis bl. a. att man räknar med att det finns omkring 40 000 patienter med symtom på epilepsi i Sverige men att endast 2–3 % av alla fall med epilepsi behöver långtidsbehandling på sjukhus.

Motionären anför vidare att sammanlagt ett tiotal institutioner för vård av epileptiker inrättades fram till 1950-talet av olika stiftelser, föreningar eller enskilda personer (tre epileptikersjukhus och sju epileptikerhem). Av detta följer enligt motionären att inte alla landstingsområden förfogar över specialistvård inom sina upptagningsområden utan måste remittera patienterna till orter utanför verksamhetsområdena. För Värmlands del måste t. ex., säger motionären, många av patienterna resa till Göteborg för att kunna få specialistvård. För patienter som bor i Värmland finns dock, påpekar motionären, specialistvård på nära håll, nämligen i Sandvika utanför Oslo. Vården vid Sandvika, anför det, ligger på en mycket hög nivå varför vård vid detta närbelägna sjukhus skulle avsevärt förbättra möjligheterna till specialistvård för patienter boende i Värmland och gränsbor i andra län.

Gällande bestämmelser, t. ex. inom försäkringskassområdet, försvårar dock möjligheten till vård utanför Sverige, påpekar motionären vidare, varför en utredning bör komma till stånd som undersöker möjligheterna för epilepsipatienter att få specialistvård vid Sandvika i Norge.

Epilepsi

Epilepsi är inte en enhetlig sjukdom utan utgör ett symtomkomplex vid underliggande hjärnskador av skiftande natur. Symtomen har sin grund i en benägenhet för abnorm elektrisk urladdning i skadade nervceller i hjärnan. Sådana urladdningar kan, vanligen utan yttre anledning, sprida sig plötsligt och med explosionsartad hastighet från den skadade cellgruppen till övriga

delar av hjärnan och tillfälligt utsläcka dess funktioner. Urladdningarna framkallar vidare retningssymtom i form av kramper, och på så sätt utlöses det epileptiska anfallat. "Det stora anfallat" (grand mal) har givit upphov till de äldre beteckningarna fallandesjuka och fallandesot för epilepsi.

Organisationen av epileptikervården i slutet av 1960-talet

Fallandesot eller epilepsi betraktades sedan lång tid tillbaka som en särskild sjukdom. Yttringarna i form av anfall av medvetslöshet eller medvetanderubbning krävde ett särskilt omhändertagande som i vårt land kom till stånd inom en särskild vårdorganisation.

Antalet institutioner i vårt land för vård av epileptiker var vid slutet av 1960-talet tio med tillsammans ca 900 vårdplatser, nämligen Erstagårdens epilepsisjukhus i Nacka, Svenska diakonsällskapets epilepsisjukhus, Stora Sköndal, Stockholm, Vilhelmsro sjukhus vid Jönköping. Ervallahemmet i närheten av Frövi, Fogdarödshemmet i Höör, Sätotahemmet, också i Höör, Margarethahemmet i Knivsta, Röingegården nära Hässleholm, Skogsuddens epileptikerhem i Korsnäs samt Stabergs epileptikerhem, också i Korsnäs. Samtliga institutioner utom Vilhelmsro sjukhus var privatägda – ägda av stiftelser, föreningar eller enskilda personer. Vilhelmsro sjukhus ägdes och ägs fortfarande av Jönköpings läns landstingskommun. Sjukhuset utgör numera norra klinikerna av Jönköpings lasarett.

Socialstyrelsens råd och anvisningar av år 1969 för organisationen av epileptikervården

En inom socialstyrelsen tillsatt arbetsgrupp framlade år 1968 ett förslag till epileptikervårdens framtida utformning, avseende barn och vuxna, som syftade till en anpassning och integrering av dåvarande relativt isolerade vårdform med övriga former för vård och omhändertagande.

Efter remissbehandling av förslaget utfärdade socialstyrelsen på grundval av förslaget och remissbehandlingen år 1969 ett cirkulär med råd och anvisningar för organisationen av epileptikervården (MF 1969:70). I cirkuläret anfördes bl. a. följande.

Allmänna synpunkter

Fallandesot eller epilepsi har sedan urminnes tider betraktats som en särskild sjukdom. Symtomatologin med anfall av medvetslöshet eller medvetanderubbning krävde ett särskilt omhändertagande, som i vårt land kom till stånd inom en särskild vårdorganisation.

Forskning och kliniska iakttagelser har givit oss kunskap om att epilepsi icke är en särskild sjukdom utan symtom på förändring i centrala nervsystemet. Förbättrad diagnostik och nya behandlingsmetoder har påverkat sjukdomspanoramat. Anfallsfrekvensen för patienter med epilepsi har

kunnat nedbringas och i många fall har patienterna blivit anfallsfria. Utvecklingen har avspeglat sig däri att antalet vårdplatser vid de s. k. epileptikeranstalterna har kunnat minskas.

Av en inventering av de fall, som år 1965 vårdades på epileptikeranstalter, framgår, att antalet intagna utgjorde 920 och att av dessa var 112 normalbegåvade, 150 gränsfall, 658 psykiskt utvecklingsstörda. Bland de vårdade iaktogs särskild psykisk störning i 340 fall. 22 % av samtliga intagna hade varit anfallsfria under mer än 1 år.

Socialstyrelsen konstaterar, att den primära orsaken till institutionsvården i flertalet fall icke längre är epilepsi utan att vårdbehovet motiverats av andra grunder. En särorganisation för vård av patienter med epilepsi är därför ej behövlig. Dessa patienter bör vårdas inom den vanliga sjukvårdsorganisationen eller vårdorganisationen för utvecklingsstörda. Socialstyrelsen är medveten om att avvecklingen av en tidigare nödvändig vårdorganisation ej kan ske omedelbart utan att omställningen kräver vissa övergångsarrangemang.

Åtgärder beträffande icke utvecklingsstörda patienter

Vuxna patienter, som nu vårdas på epileptikeranstalter och icke är utvecklingsstörda eller på grund av psykisk avvikelse i behov av sluten psykiatrisk vård, bör i den mån de behöver fortsatt institutionsvård för sin anfallssjukdom överföras till något av sjukhusen Erstagården eller Stora Sköndals sjukhus. Dessa båda sjukhus, belägna inom Stockholmsregionen, är beredda att övergångsvis tillhandahålla riksplatser för denna patientkategori. På längre sikt bör behovet av platser av denna art integreras med övrig somatisk långtidsvård.

Inom de pediatrika regionklinikerna bör *barn* med svårinställd epilepsi kunna omhändertagas för observation och vård tillsammans med andra långvarigt sjuka barn.

Regionlandstingens elevhem för rörelsehindrade eller eljest fysiskt handikappade barn bör ges möjlighet att taga vård om enstaka normalbegåvade barn med svår epilepsi för skolgång under medicinsk kontroll, som ej kan erhållas i hemorten.

Åtgärder beträffande utvecklingsstörda patienter

För vård av utvecklingsstörda bör de nuvarande epileptikerhemmen för *vuxna* – Ervallahemmet, Fogdaröd-Sätofta-hemmen, Röingegården och Staberg – omvandlas till vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda. Detsamma gäller de enheter vid Vilhelmsro sjukhus som icke inrymmer i den s. k. klinikbyggnaden. Av dessa bör dock Fristaden, Sjöboda och Solbacken snarast nedläggas. Klinikbyggnaden bör tills vidare utnyttjas för observation och långtidsvård av patienter med neurologiska sjukdomar, företrädesvis epilepsi. Användningen av vårdplatserna efter övergångsskedet får senare tagas till prövning.

De psykiskt utvecklingsstörda som för närvarande vårdas på Erstagården och Stora Sköndals sjukhus bör successivt överföras till vårdorganisationen för utvecklingsstörda. Skävegården förutsättes nedläggas.

Psykiskt utvecklingsstörda *barn* med lättare form av epilepsi bör omhändertagas inom vårdorganisationen för utvecklingsstörda. Vid svår epilepsi bör inställningsperiod på specialistsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda prövas (ex. barnavdelning på Salberga eller Vipeholm).

Regionlandstingens institutioner och särskolor för utvecklingsstörda bör ges ökade resurser för att kunna vårda psykiskt utvecklingsstörda barn med epilepsi och emotionell utvecklingsstörning.

Sjukvårdshuvudmännens totala omhändertagande av personer med epilepsi kräver ökad tillgång till neurologisk specialkunskap för barn och vuxna inom sjukvårdsområdena. Denna sakkunskap förutsättes icke endast koncentrerad till regionsjukhusen utan även fördelad inom sjukvårdsområdena i övrigt. En översyn av strukturering och vårdorganisation inom skilda specialiteter sker för närvarande i socialstyrelsen. Översynen omfattar även specialiteten neurologi och subspecialiteten barnneurologi. Socialstyrelsen har för avsikt att sedermera framlägga synpunkter på planeringen av den neurologiska vården.

Socialstyrelsens råd och anvisningar av år 1972 för planering av neurologisk sjukvård

Mot bakgrund av en framställning från Svenska Neurologförbundets styrelse framlade socialstyrelsen i Råd och anvisningar nr 26 från maj 1972 om planering av neurologisk sjukvård synpunkter på behovet av sluten och öppen neurologisk sjukvård.

I dessa råd och anvisningar anfördes bl. a. att flera nya effektiva preparat hade tillkommit under senare år för behandling av epilepsi. Anfallsfrihet eller åtminstone låg anfallsfrekvens hade lättare kunnat uppnås, och de epilepsisjuka hade i ökad utsträckning kunnat kvarstanna i sitt arbete.

Det konstaterades att patienter med neurologiska sjukdomar vårdades, förutom inom neurologiska kliniker, huvudsakligen på invärtesmedicinska, men även på kirurgiska, ortopediska och psykiatriska kliniker och inom ögon- och öronkliniker samt inom långtidsvården.

Enligt socialstyrelsens mening kunde behovet av vårdplatser för sluten neurologisk vård till övervägande del tillgodoses enbart genom omfördelning av redan befintliga vårdresurser.

Neurologisk sakkunskap måste dock, påpekade socialstyrelsen, tillföras centrallasaretten, och sådan sakkunskap behövdes även för utvidgad öppen neurologisk vård. Formen för hur man skulle tillföra neurologiskt specialistkunnande kunde enligt socialstyrelsen komma att variera alltefter olika behov, och utbyggnaden kunde också ske etappvis. Inrättande av särskilda kliniker vid centrallasaretten inom verksamhetsområdet neurologi behövde t. v. ej vara regel.

Socialstyrelsen pekade i anslutning här till bl. a. på möjligheten att vid en och samma klinik inrätta flera tjänster som överläkare representerande olika medicinska specialiteter.

Behandlingen av epileptikervården i anslutning till utredningsarbete om regionsjukvården

Till grund för de av riksdagen under 1980/81 års riksmöte godkända riktlinjerna för den framtida regionsjukvården låg ett utredningsarbete som

utförts av den år 1974 tillkallade regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07). Som ett underlag för utredningens överväganden och sjukvårdshuvudmännens planering tog regionsjukvårdsutredningen fram material genom ett särskilt projekt, RIA (Regionsjukvårdens innehåll och avgränsning). I huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi (SOU 1978:71) – till regionsjukvårdsutredningens betänkande (SOU 1978:70) Regionsjukvården redovisades (s. 281–307) bl. a. genom RIA-projektet framtaget material om neurologi. Om epilepsi anfördes i detta material bl. a. att det övervägande antalet patienter med epilepsi bör – under förutsättning att resurser i form av EEG-laboratorier och blodbestämningsmetoder för antiepileptika finns eller tillskapas – kunna klaras av inom länssjukvården. EEG (=elektroencefalografi) är en metod att registrera hjärnans elektriska aktivitet.

Det påpekades i RIA-materialet att vissa svårare fall och vissa diagnostiskt oklara fall krävde specialresurser på regionnivå, t. ex. telemetrisk EEG-registrering och liknande.

Kommunalt samarbete över de nordiska riksgränserna

Nordiska rådet rekommenderade år 1969 regeringarna i de nordiska länderna att utreda behovet av och möjligheterna för sådana ändringar i kommunallagstiftningen och annan lagstiftning att fasta legala former skapas för samarbete mellan kommunerna över riksgränserna (rekommendation nr 22/1969).

Med anledning av rekommendationen tillsatte regeringarna i Danmark, Finland, Norge och Sverige en expertkommitté (nordiska kommunalrättskommittén) med uppdrag att inventera dels det kommunala samarbete som bedrevs över riksgränserna eller bedömdes angeläget att få till stånd, dels vilka hinder i lagstiftningen som kunde föreligga för ett sådant samarbete. Kommittén överlämnade år 1973 till nordiska ministerrådet rapporten Kommunalt samarbete över de nordiska riksgränserna (NU 1973:1) över gjord inventering.

I ett avsnitt om rättsliga hinder i grundlag och kommunallag för samarbete anförde kommittén bl. a. (s. 45 och 46) att det får anses finnas en på allmänna nödrättsliga grunder vilande befogenhet att samarbeta i vissa extraordinära situationer och att man inom sjukvården kan finna flera exempel på nödrättsligt grundade befogenheter. Det lär sålunda vara möjligt, anförde kommittén vidare, för en kommun att erbjuda avlägset boende kommunmedlemmar sjukvård vid institution på andra sidan riksgränsen så länge det bara är fråga om ett alternativ till vård på hemkommunens egna institutioner. Annorlunda kunde det enligt kommittén vara med ett samarbete som går ut på att befolkningen i ett visst område uteslutande skall vara hänvisad till sjukvårdsinstitution på andra sidan riksgränsen.

Kommittén ansåg sig mot i rapporten tecknad bakgrund kunna konstatera

att det samarbete som förekom mellan kommunerna över gränserna och det samarbete som gränskommunerna kunde vara beredda till vilade på ett oklart rättsligt underlag, åtminstone i Finland och Sverige.

Landstingsförbundets rekommendation beträffande riktlinjer för specialistvård utomlands

Landstingsförbundets kongress år 1982 beslöt, efter hemställan av Landstingsförbundets styrelse, att uppdraga åt styrelsen att avge en cirkulärskrivelse till sjukvårdshuvudmännen med riktlinjer för specialistvård utomlands. Sådana riktlinjer meddelades senare år 1982 i en cirkulärskrivelse (AC 35/82) om specialistvård utomlands.

Vård i gränstrakterna behandlas inte speciellt i dessa riktlinjer.

Enligt riktlinjerna för specialistvård utomlands måste beslut att ikläda sjukvårdshuvudmannen kostnadsansvar för sådan vård alltid fattas på politisk nivå, i regel av hälso- och sjukvårdsnämnden eller av motsvarande organ, som bör ges möjlighet att inhämta yttrande från Landstingsförbundet. Innan klinikchef hos hälso- och sjukvårdsnämnden eller motsvarande organ anhängiggör fråga om specialistvård utomlands skall han/hon efter kontakt med resp. regionsjukhus ha bedömt att aktualiserad åtgärd/vård inte kan meddelas vid regionsjukhuset eller annat sjukhus i Sverige.

Landstingsförbundet tar enligt riktlinjerna vid behov kontakt med socialstyrelsen för samråd. Socialstyrelsen skall i första hand ta ställning till frågan om den aktualiserade åtgärden kan vidtas i Sverige eller ej.

Finner socialstyrelsen att åtgärden kan vidtas i Sverige meddelar socialstyrelsen Landstingsförbundet detta, varefter Landstingsförbundet med hänvisning till vad socialstyrelsen anfört rekommenderar berörd sjukvårdshuvudman/landsting att icke bevilja specialistvård utomlands.

Finner socialstyrelsen att åtgärden inte kan utföras vid svenskt sjukhus skall socialstyrelsens prövning i första hand gälla följande frågor, nämligen 1) frågan om den föreslagna åtgärden/vården kan ge förespeglat resultat, 2) frågan om åtgärden/vården kan rädda vitala funktioner eller patientens liv, 3) frågan om det aktualiserade sjukhuset kan anses uppfylla vissa rimliga krav vad gäller den medicinska säkerheten, personalens kompetens och de hygieniska förhållandena. Efter prövning av det aktuella fallet i dessa avseenden sammanfattar socialstyrelsen sitt utlåtande till Landstingsförbundet i form av en rekommendation. I denna rekommendation föreslår socialstyrelsen att åtgärden skall vidtas resp. icke vidtas.

Presidiet i Landstingsförbundets styrelse skall enligt riktlinjerna vara det organ som på Landstingsförbundets vägnar beslutar rekommendera sjukvårdshuvudmannen att antingen bevilja specialistvård utomlands eller att avslå framställning om sådan vård. Som underlag för presidiets prövning skall ligga socialstyrelsens ställningstagande i frågan tillsammans med en bedömning av de sjukvårdspolitiska frågor som ärendet aktualiserar.

Thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå sjukvårdsregion

Motionsmotivering

I motion 1982/83:1306 av Tore Nilsson m. fl. (m, fp) erinras om att enligt de av riksdagen godkända riktlinjerna för den framtida regionsjukvården det ansågs nödvändigt att koncentrera thoraxkirurgi (thorax = bröstorg) till fyra platser i landet. Motionärerna påpekar att detta bl. a. skulle innebära att Umeåregionen inte skulle få någon thoraxkirurgisk enhet utan få repliera på Uppsala-regionen.

Motionärerna framhåller att de beräkningar av behovet av thoraxkirurgisk verksamhet i vårt land som låg till grund för ovannämnda riktlinjer redan nu är inaktuella. Nya beräkningar pekar enligt motionärerna mot en fördubbling av antalet operationer år 1985 i förhållande till de förstnämnda beräkningarna.

Motionärerna framhåller vidare att fördelningen av thoraxkirurgiska vårdresurser är mycket ojämn över landet med den sämsta tillgången i de norra delarna.

I en undersökning i Umeå, säger motionärerna, har man funnit att insjuknandet i hjärtinfarkt bland män i Umeå är mycket vanligare än i Göteborg, och enligt en viss registrering är förekomsten av kranskärslssjukdom vanligare i norra än i södra Sverige. Ett kardiovaskulärt (kardiovaskulär = som avser hjärta och kärl) forsknings- och utvecklingscentrum i Umeå synes därför enligt motionärerna välmotiverat med hänsyn till den frekventa förekomsten av dessa sjukdomar i sjukvårdsregionen.

Riktlinjer för den framtida regionsjukvården m. m.

Enligt de av riksdagen under 1980/81 års riksmöte godkända riktlinjerna för den framtida regionsjukvården (prop. 1980/81:9, SoU 1980/81:6, rskr 1980/81:123) skall vårt land för högspecialiserad vård och för vård som kräver samverkan mellan flera sjukvårdshuvudmän vara indelat i sex sjukvårdsregioner, nämligen Umeåregionen, Uppsala-Örebroregionen, Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Göteborgsregionen och Lund-Malmöregionen. Regionsjukvården beräknas år 1985 omfatta ca 2 750–ca 3 150 vårdplatser inom närmare 30 medicinska verksamhetsområden (se SoU 1980/81:6 s. 6–9). Resurserna vid regionsjukhusen/klinikerna avses även utnyttjas för öppen vård och för olika former av konsultationer.

En koncentration av regionenheterna för vissa medicinska verksamhetsområden har förutsatts. Enligt riktlinjerna anses det nödvändigt att bl. a. koncentrera antalet enheter för thoraxkirurgi till fyra platser i landet. Operativ behandling av vissa medfödda och komplicerade hjärt- och kärlsjukdomar hos barn bör kunna koncentreras till en eller två platser.

I samband med att riktlinjerna för den framtida regionsjukvården godkändes intogs i den dåvarande sjukvårdslagen ett bemyndigande för regeringen

att föreskriva att riket skall indelas i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera sjukvårdshuvudmän och ett åläggande för sjukvårdshuvudmännen att samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård. Motsvarande bestämmelser har intagits i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt riktlinjerna bör det ankomma på sjukvårdshuvudmännen själva att överenskomma om hur planeringssamverkan skall läggas upp och genomföras samt om inriktningen och omfattningen av samarbetet inom och mellan regionerna. Det förordas emellertid att en samordning av de regionala planerna sker på riksnivå genom socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

Genomförandet av de förändringar av regionsjukvården som riktlinjerna innebär förutsätts vara i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Det förordas att Landstingsförbundet utfärdar rekommendationer beträffande utformningen av regionsjukvårdsavtal samt initierar ett riksavtal.

Slutande av avtal, konstituering av samverkansorgan och utarbetande av regionsjukvårdsplaner beräknades kräva en tid av fyra till fem år från det riksdagen godkänt riktlinjerna m. m.

HS 90-arbetet skall bl. a. omfatta överväganden avseende det flerregionala samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen.

Förslag beträffande thoraxkirurgisk verksamhet

Thoraxkirurgi bedrivs i vårt land vid sex kliniker, nämligen vid Malmö allmänna sjukhus, Lunds lasarett, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Karolinska sjukhuset, regionsjukhuset i Örebro samt akademiska sjukhuset i Uppsala. Klinikerna i Lund, Göteborg, Stockholm och Uppsala har fullständig verksamhet.

Sedan det visat sig att dittillsvarande planeringsunderlag för utvecklingen av hjärt- och lungkirurgin var i behov av revidering överenskomms vid en konferens i Uppsala i september 1980 – till vilken företrädare för socialdepartementet, Landstingsförbundet och sjukvårdshuvudmän med region/undervisningssjukhus inbjudits – att experter utsedda av resp. huvudman skulle medverka i ett projekt under socialstyrelsens ledning med uppgift att presentera ett reviderat planeringsunderlag för i första hand thoraxkirurgins fortsatta utveckling. Resultatet av projektet redovisades i september 1981 i socialstyrelsens expertrapport *Thoraxkirurgisk verksamhet 1981–1985* med undertiteln Utvecklingen under 1970-talet som grund för framtida planering.

I expertrapporten diskuterades omDispositionering av de thoraxkirurgiska resurserna i Malmö och Örebro till de fyra övriga klinikerna. När det gällde frågan om indelning av landet i fyra upptagningsområden för thoraxkirurgi påpekades i expertrapporten att det inte föll på expertgruppen att ta ställning till denna fråga. Det förordades att en grupp initierad av sjukvårdshuvudmannasidan skulle få i uppdrag att bereda bl. a. denna fråga.

Efter remissbehandling av expertrapporten har socialstyrelsen i början av innevarande år i skriften Thoraxkirurgi. Principprogram för 1980-talet (Socialstyrelsen redovisar 1983:5) presenterat ett *principprogram för thoraxkirurgi under 1980-talet* som underlag för sjukvårdshuvudmännens planering och beslut inom området. Det presenterade principprogrammet baseras på expertrapporten, på remissyttranden över denna samt, som socialstyrelsen anför, på den faktiska utveckling som skett efter publiceringen av expertrapporten.

I principprogrammet utgår man från att det tills vidare skall finnas fyra centra för öppen hjärtkirurgi, nämligen i Stockholm, Uppsala, Lund och Göteborg. Det anføres bl. a. att det finns medicinska förutsättningar för en successiv ökning av den öppna hjärtkirurgin i vårt land. Socialstyrelsen anmäler att myndigheten avser att initiera en ny samlad översyn av thoraxkirurgin i mitten av 1980-talet. Mot bakgrund av nu tillgängligt fakta- och prognosunderlag finns det, anför socialstyrelsen vidare, inte några skäl att etablera ytterligare centra för öppen hjärtkirurgi i Sverige.

Frågor om resursdisponering och vårdorganisation behandlas inte närmare med hänvisning till att sådana frågor faller inom sjukvårdshuvudmännens kompetensområde. Det föreslås att en arbetsgrupp initieras genom sjukvårdshuvudmännen för att tekniskt lösa frågorna om kapacitet och upptagningsområden inom det thoraxkirurgiska vårdområdet.

Samordning av sjukvårdshuvudmännens flerregionala planering m. m.

Mot bakgrund bl. a. av att riksdagens beslut om regionsjukvården förutsatte en bättre samordning av den högspecialiserade vården – såväl inom sjukvårdsregionerna som mellan dem – och av vad som förekom vid en konferens hösten 1981, då ledande politiska företrädare för sjukvårdshuvudmännen samlats för att diskutera 1980-talets problem, uppdrog Landstingsförbundets styrelse åt sitt presidium att ta kontakt med sjukvårdsregionernas samverkansorgan (samverkansnämnder) för diskussioner om en ökad samordning inom regionsjukvården.

I en skrift kallad Vårdpolitiskt reformarbete i en hårdnande ekonomi, som Landstingsförbundets styrelse förelade Landstingsförbundets tjugooätte ordinarie kongress år 1982, framhölls bl. a. att det var nödvändigt med en mer effektiv samordning inom sjukvårdsregionerna och att det var naturligt att denna till en början koncentrerades till den högspecialiserade vården och till en översyn av vårdplatser och befintliga fysiska resurser. Det förutsattes att Landstingsförbundet skulle ta på sig rollen som samordnare av den flerregionala planeringen för att få till stånd ett effektivt resursutnyttjande.

Landstingsförbundets kongress beslutade uppdra åt Landstingsförbundets styrelse att fortsätta arbetet med planeringsfrågorna enligt den i skriften lämnade redovisningen.

Landstingsförbundets styrelse har därefter åtagit sig att svara för samordning av planeringen av flerregionala specialiteter/riksspecialiteter. Anvisningar beträffande formerna för samordningsarbetet m. m. har presenterats i en promemoria (1983-01-27) om samordning av flerregional planering av högspecialiserad vård. Bl. a. skall enligt dessa anvisningar en arbetsgrupp med representanter (tjänstemän) från kanslierna för sjukvårdsregionernas samverkansnämnder samt från Landstingsförbundet och Spri ha i uppdrag att utarbeta planförslag för vissa riksspecialiteter och flerregionala specialiteter. Landstingsförbundets kansli skall svara för ledning av arbetet samt för sekretariatsuppgifter. Ett slutligt förslag till planeringsunderlag skall antas av Landstingsförbundets styrelse och delges landsting/samverkansnämnder i form av en rekommendation. Planeringsunderlaget skall inarbetas i samverkansnämndernas planer för regionsjukvården och utgöra grund för erforderliga beslut i landstingen samt för avtal mellan två eller flera sjukvårdsregioner.

I promemorian anges att frågorna om kapacitet och upptagningsområden för thoraxkirurgin är en naturlig förstahandsuppgift för arbetsgruppen. Arbetsgruppen beräknas komma att framlägga förslag till planeringsunderlag för thoraxkirurgi under innevarande höst.

Utskottet

I de motioner som behandlas i detta betänkande tas upp frågor om personalförstärkningar för hemsjukvården och långtidssjukvården, om vård av epileptiker vid Sandvika sjukhus i Norge samt om thoraxkirurgisk (thorax = bröstorg) verksamhet i Umeå sjukvårdsregion.

Som allmän bakgrund till de i motionerna behandlade frågorna har i ett inledande avsnitt i betänkandet (s. 1–4) lämnats en kortfattad redogörelse bl. a. för det ansvar för hälso- och sjukvården som ålagts landstingskommunerna och de kommuner som inte ingår i en landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) i den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), för de riktlinjer i fråga om statlig planering och samordning av hälso- och sjukvården som godkänts av riksdagen, för socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet, vilket presenterades år 1975 (Socialstyrelsen anser 1976:1), samt för det arbete med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90-projektet) som pågår.

Enligt principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet skall den övervägande delen av vården lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och sjukhem. 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. Bl. a. hälsokontroller, förebyggande mödra- och barnhälsovård och familjerådgivning skall ingå i primärvårdens uppgifter.

För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården vid länssjukhus och länsdelssjukhus samt på regionsjukvården vid regionsjukhus. Så snart man inom länssjukvården och regionsjukvården anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, avses emellertid ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Enligt de riktlinjer som ligger till grund för organisationen av olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården skall hemsjukvården och långtidssjukvården vid sjukhem vara förankrade inom primärvården, vården av det övervägande antalet patienter med epilepsi kunna klaras av inom länssjukvården samt thoraxkirurgisk verksamhet bedrivs inom regionsjukvården.

Personalförstärkningar för hemsjukvården och långtidssjukvården

Hemsjukvården, som kommit att betraktas som en viktig del av företrädesvis den somatiska vården av långtidssjuka, bedrivs i varierande former och under medverkan av personal med olika kompetens. En hjälpform är att den sjuke får vård och hjälp i sitt hem av personal anställd hos sjukvårdshuvudmannen eller, på grundval av avtal, av personal anställd inom den kommunala sociala hemhjälpverksamheten (hemsamariter). En annan hjälpform är att sjukvårdshuvudmannen lämnar ekonomisk ersättning till anhörig som vårdar patient i hemmet. Det förekommer också att sjukvårdshuvudmannen lämnar kontantbidrag till vårdtagaren, som sedan själv får ordna med vårdare m. m. Drygt hälften av patienterna i hemsjukvård vårdas av anhörig eller erhåller kontantbidrag för anlitande av annan vårdare. Enligt uppgifter om hemsjukvården, som framlades av den år 1974 tillkallade pensionärsundersökningen (S 1974:6), utgjorde i december 1975 andelen anhörigvårdare i åldrarna 65 år och högre 34,6 % av totalt ca 20 800 anhörigvårdare.

Antalet vårdplatser inom den offentliga somatiska långtidssjukvården uppgick i slutet av år 1981 till 45 714. Antalet tjänster för personal inom långtidssjukvården utgjorde 47 143.

I motion 1982/83:733 av Inga Lantz m. fl. (vpk) anförs bl. a. att sjukvården under många år brottats med stora rekryteringsproblem i fråga om personal – särskilt i fråga om utbildad sjukvårdspersonal – men att sedan hösten 1981 praktiskt taget inga svårigheter föreligger att rekrytera personal. I det förändrade rekryteringsläge som uppstått bör det enligt motionärerna vara möjligt för sjukvårdshuvudmännen att kvalitativt förbättra sjukvården genom att på olika områden öka personaltätheten. Främst anses detta gälla långtidssjukvården, där sjukvårdshuvudmännen har en låg personaltäthet. Ett annat område, där förstärkningsåtgärder är angelägna, är enligt motionärerna den del av hemsjukvården som bygger på anhörigvårdare. Motionärerna påpekar att anhörigvårdarna i många fall är 65 år och äldre och att de därigenom uppnått en ålder då det finns skäl att ifrågasätta förmågan att klara uppgiften att vårda en sjuk anhörig.

Motionärerna begär i motionen att riksdagen skall uttala att det är angeläget att genomföra personalförstärkningar vid hemsjukvård och långtidssjukvård då tillgången på utbildad personal är god.

Enligt de i det inledande avsnittet i detta betänkande redovisade riktlinjerna för utvecklingen av sjukvården föreslås – bl. a. mot bakgrund av det ökande antalet äldre människor – att hemsjukvården skall få ökade uppgifter inom primärvården. Kvaliteten på hemsjukvården skall ökas genom en ökning av det medicinska innehållet i syfte att möjliggöra för flera och sjukare människor att kvarstanna i eller återvända till det egna boendet.

I rapporten LKELP 83, som utgör en redogörelse för sjukvårdshuvudmännens planer för tidsperioden 1983–1987, anges att för 18 sjukvårdshuvudmän, som lämnat uppgifter om planer för hemsjukvården och som svarar för ca 75 % av patientantalet inom hemsjukvården, antalet patienter i hemsjukvård kommer att öka med i medeltal 1,1 % per år, varvid patienter som vårdas av sjukvårdshuvudmännens egen personal eller av hemsamariter beräknas svara för den största ökningen, nämligen 1,9 % per år, medan antalet patienter med anställd anhörig eller hemsjukvårdsbidrag beräknas öka med 0,3 % per år.

En översyn av vård av anhörig i hemmet m. m. har just slutförts av den år 1980 tillkallade anhörigvårdskommittén (S 1979:11). Kommittén har bl. a. haft i uppdrag att göra en bedömning av om de åtgärder som hittills vidtagits eller som planerats är tillfyllest för att tillfredsställande tillgodose det till följd av befolkningsutvecklingen växande vårdbehovet under 1980-talet. Kommittén lägger denna dag fram sitt slutbetänkande (SOU 1983:64) Ledighet för anhörigvård.

Enligt LKELP 83 beräknas antalet vårdplatser och antalet tjänster inom den somatiska långtidssjukvården komma att öka med ca 2,7 % per år under tidsperioden 1983–1987.

Utskottet delar i och för sig motionärernas uppfattning att det är angeläget med ytterligare förstärkning av hemsjukvården för att göra det möjligt för fler sjuka människor att vårdas hemma i stället för på sjukhus. Detta förutsätter att det inom hemsjukvården finns tillräcklig tillgång till utbildad personal som kan svara för även mera kvalificerade vårdinsatser. Långtids- och hemsjukvården är emellertid redan ett av sjukvårdshuvudmännen prioriterat område. Ett uttryck för detta är att den numera utgör en del av primärvården. Bl. a. beräknas en ökning ske av antalet patienter i hemsjukvård de närmaste åren, varvid den största ökningen förutses för sådana patienter som vårdas av sjukvårdshuvudmännens egen personal eller av hemsamariter. Enligt utskottets mening är något uttalande från riksdagens sida inte ägnat att ytterligare påskynda denna utveckling. Utskottet vill vidare erinra om att frågor om personal- och utbildningsplanering utgör en av huvuduppgifterna i det fortsatta arbetet i HS 90-projektet. Arbetet med dessa frågor skall utmynna i redovisningar av efterfrågan av personal av olika

kategorier, redovisningar av förväntad tillgång på personal samt förslag till åtgärder som underlättar rekryteringen av personal till olika områden. Med hänsyn till det anförda avstyrker utskottet motion 1982/83:733 (vpk).

Vård av epileptiker vid Sandvika sjukhus i Norge

Epilepsi betraktades länge som en särskild sjukdom. Yttringarna av sjukdomen i form av anfall av medvetslöshet eller medvetanderubbning krävde ett särskilt omhändertagande, som i vårt land kom till stånd inom en särskild vårdorganisation. Antalet institutioner inom denna vårdorganisation utgjorde vid slutet av 1960-talet tio – tre sjukhus och sju sjukhem – med tillsammans ca 900 vårdplatser. Samtliga institutioner utom en var privatägda (ägda av stiftelser, föreningar eller enskilda personer).

I motion 1982/83:738 av Karl-Eric Norrby (c) anfördes mot bakgrund av den vårdorganisation för epileptiker som sålunda fanns i slutet av 1960-talet att inte alla landstingsområden förfogar över specialistvård för epileptiker inom sina upptagningsområden utan måste remittera patienterna till orter utanför landstingsområdena. För Värmlands del måste sålunda många av patienterna resa till Göteborg för att få specialistvård. För patienter som bor i Värmland finns dock, påpekar motionären, möjlighet till specialistvård på nära håll, nämligen vid Sandvika sjukhus utanför Oslo. Vården vid Sandvika sjukhus ligger enligt motionären på en mycket hög nivå, varför vård vid detta närbelägna sjukhus skulle avsevärt förbättra möjligheterna till specialistvård för epileptiker boende i Värmland och för gränsbor i andra län. Motionären begär att en utredning skall göras om möjligheterna för epilepsipatienter att erhålla specialistvård vid Sandvika sjukhus.

Socialstyrelsen konstaterade år 1969 i ett cirkulär med råd och anvisningar för organisationen av epileptikervården (MF 1969:70) att förbättrad diagnostik och nya behandlingsmetoder påverkat sjukdomspanoramat så att en särorganisation för vård av patienter med epilepsi inte längre var behövlig. I cirkuläret, av vilket större delen redovisats i ett tidigare avsnitt i betänkandet (s. 9–11), föreslogs vissa övergångsarrangemang vid avveckling av den tidigare vårdorganisationen samt angavs hur på sikt patienter med epilepsi borde omhändertas. På sikt borde enligt cirkuläret bl. a. behovet av vårdplatser för vuxna patienter, som lider av epilepsi men som inte är utvecklingsstörda eller i behov av sluten psykiatrisk vård, integreras med övrig somatisk vård.

I det utredningsmaterial om neurologi (SOU 1978:70 s. 281–307) som låg till grund för de av riksdagen under 1980/81 års riksmöte godkända riktlinjerna för den framtida regionsjukvården (prop. 1980/81:9, SoU 1980/81:6, rskr 1980/81:123) anfördes bl. a. att den övervägande delen av antalet patienter med epilepsi borde – under förutsättning av tillgång till vissa laboratorieresurser m. m. – kunna klaras av inom länssjukvården, medan

vissa svårare fall av epilepsi och vissa diagnostiskt oklara fall av epilepsi krävde specialresurser på regionnivå.

Med hänsyn till den integrering av patienter med epilepsi i den vanliga vårdorganisationen som enligt ovanstående redovisning numera förutsätts torde det inte finnas någon större anledning till att patienter i Sverige med epilepsi skall behöva söka vård vid Sandvika sjukhus. En patient med epilepsi kan emellertid på en enskild sjukvårdshuvudmans initiativ beredas vård vid detta sjukhus. Riktlinjer för handläggningen hos sjukvårdshuvudmännen av frågor om specialistvård utomlands fastlades i fjol i en cirkulärskrivelse av Landstingsförbundet, vilken redovisats i ett föregående avsnitt i betänkandet (s. 13).

Med hänsyn till det anförda bör motion 1982/83:738 (c) inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Motionen avstyrks.

Thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå sjukvårdsregion

Thoraxkirurgisk verksamhet bedrivs i vårt land vid sex kliniker, nämligen vid Malmö allmänna sjukhus, Lunds lasarett, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Karolinska sjukhuset, regionsjukhuset i Örebro samt akademiska sjukhuset i Uppsala. Klinikerna i Lund, Göteborg, Stockholm och Uppsala har fullständig verksamhet.

Enligt ovannämnda av riksdagen godkända riktlinjer för den framtida regionsjukvården skall vårt land för högspecialiserad vård och för vård som kräver samverkan mellan flera sjukvårdsområden vara indelat i sex sjukvårdsregioner, nämligen Lund-Malmöregionen, Göteborgsregionen, Linköpingsregionen, Stockholmsregionen, Uppsala-Örebroregionen samt Umeåregionen. En koncentration av regionenheterna för vissa medicinska verksamhetsområden har förutsatts. Enligt riktlinjerna ansågs det nödvändigt att bl. a. koncentrera antalet enheter för thoraxkirurgi till fyra platser i landet.

I motion 1982/83:1306 av Tore Nilsson m. fl. (m, fp) framhålls bl. a. att de beräkningar av behovet av thoraxkirurgisk verksamhet som låg till grund för riktlinjerna för den framtida thoraxkirurgiska verksamheten redan är inaktuella. Nya beräkningar pekar enligt motionärerna mot en fördubbling av antalet operationer år 1985 i förhållande till de förstnämnda beräkningarna. Motionärerna framhåller vidare att fördelningen över landet av thoraxkirurgiska vårdresurser är mycket ojämn med den sämsta tillgången på sådana resurser i de norra delarna. Dessutom påpekar motionärerna att förekomsten av kranskärslssjukdom är vanligare i norra än i södra Sverige m. m. Mot denna bakgrund begär motionärerna att riksdagen skall ändra beslutet om att landet skall ha fyra thoraxkirurgiska centra samt att den framtida resursförstärkningen inom det thoraxkirurgiska området i första hand får ske inom

Umeå sjukvårdsregion i syfte att där etablera ett femte centrum för thoraxkirurgisk verksamhet.

Socialstyrelsen har i början av innevarande år i skriften Thoraxkirurgi. Principprogram för 1980-talet (Socialstyrelsen redovisar 1983:5) presenterat ett principprogram för det här aktuella verksamhetsområdet. I principprogrammet utgår man från att det t. v. skall finnas fyra centra för öppen hjärtkirurgi, nämligen i Lund, Göteborg, Stockholm och Uppsala. Socialstyrelsen anför att det mot bakgrund av nu tillgängligt fakta- och prognosunderlag inte finns några skäl att etablera ytterligare centra för öppen hjärtkirurgi i Sverige. Socialstyrelsen framhåller emellertid att det finns medicinska förutsättningar för en successiv ökning av den öppna hjärtkirurgin i vårt land och att styrelsen avser att initiera en ny samlad översyn av thoraxkirurgin i mitten av 1980-talet. Det påpekas i principprogrammet att frågor om kapacitet och upptagningsområden inom det thoraxkirurgiska vårdområdet ligger inom sjukvårdshuvudmännens kompetensområde.

En arbetsgrupp med anknytning till Landstingsförbundet har i år tillsatts för att utarbeta planförslag för vissa riksspecialiteter och flerregionala specialiteter inom sjukvårdsområdet. Arbetsgruppen har som sin första uppgift tagit upp frågorna om kapacitet och upptagningsområden för thoraxkirurgisk verksamhet och beräknas komma att lägga fram förslag till planeringsunderlag för denna verksamhet under innevarande höst.

Med hänsyn till vad socialstyrelsen anför i ovannämnda principprogram är utskottet inte berett att nu tillstyrka att ett centrum för thoraxkirurgisk verksamhet inrättas i Umeå sjukvårdsregion. Frågan om inrättande av ett sådant centrum får enligt utskottets mening bli beroende av det planeringsunderlag som sjukvårdshuvudmännen tar fram och på vad som kommer fram vid den av socialstyrelsen förutskickade nya översynen av thoraxkirurgisk verksamhet. Utskottet avstyrker därför motion 1982/83:1306 (m. fp).

Utskottets hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *personalförstärkningar inom långtids- och hem-sjukvården*
att riksdagen avslår motion 1982/83:733,
2. beträffande *viss vård för epileptiker*
att riksdagen avslår motion 1982/83:738,
3. beträffande *thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå sjukvårdsregion*
att riksdagen avslår motion 1982/83:1306.

Stockholm den 8 november 1983

På socialutskottets vägnar
INGEMAR ELIASSON

Närvarande: Ingemar Eliasson (fp), Göte Jonsson (m), John Johnsson (s), Rune Gustavsson (c), Kjell Nilsson (s), Blenda Littmarck (m), Stig Alftin (s), Lilly Bergander (s), Ann-Cathrine Haglund (m), Ulla Tillander (c), Maria Lagergren (s), Anita Persson (s), Ingvar Eriksson (m), Inga Lantz (vpk) och Aina Westin (s).

Reservation

Personalförstärkningar inom långtids- och hemsjukvården (mom. 1 i hemställan)

av Inga Lantz (vpk) som anser:

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 19 börjar med "Utskottet delar" och på s. 20 slutar med "motion 1982/83:733 (vpk)" bort ha följande lydelse:

Utskottet delar motionärernas uppfattning att det är angeläget att kvalitativt förbättra sjukvården genom att på olika områden av sjukvården öka personaltätheten. Särskilt angeläget är det, som motionärerna framhåller, att långtidsjukvården och hemsjukvården förstärks i fråga om personal nu när det inte längre föreligger några svårigheter att rekrytera utbildad personal. När det gäller hemsjukvården bör, som motionärerna också påpekar, sjukvårdshuvudmännen avstå från att bygga ut den del av hemsjukvården där äldre anhöriga står för vårdinsatserna med hänsyn till att det kan ifrågasättas om dessa äldre vårdare orkar klara uppgiften. Skall hemsjukvården kunna bli ett alternativ till sluten vård, krävs där personal som kan svara mot kravet på kvalificerade vårdinsatser.

Vad utskottet sålunda med anledning av motion 1982/83:733 (vpk) anfört om angelägenheten av personalförstärkningar inom hemsjukvården och långtidssjukvården då tillgången på utbildad personal är god bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 1 bort hemställa:

1. beträffande *personalförstärkningar inom långtids- och hemsjukvården*

att riksdagen med bifall till motion 1982/83:733 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört.

