

INGEGERD TROEDSSON:

## Sjukvården framöver

*Patienten måste sättas i centrum för sjukvården, understryker sjukvårdsminister Ingergerd Troedsson. Hon ger en vid översikt över de problem som sjukvården har att brottas med. Den öppna vården utanför sjukhusen måste byggas ut, bl a genom satsning på hemsjukvård. Likaså måste man stärka människors möjligheter att ta ansvar för sin egen och sina närståendes hälsa (s k egenvård). I stället för att bygga upp vattentäta skott mellan allmänt och enskilt bör betydligt mer kunna göras för att förbättra samarbetet och dra nytta av varandras erfarenheter.*

Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten har fördubblats under de senaste tio åren, från 4 procent 1966 till drygt 8 procent 1976. Det motsvarar i år ungefär 4 000 kr för varje innevånare, stor som liten, i vårt land. Landstingen har under denna tid genomfört en mycket imponerande utbyggnad av sjukvården. Vid en internationell jämförelse ligger också Sverige långt framme i fråga om vårdplatser, läkartäthet osv. Trots detta saknas ingalunda problem.

Köerna till främst långtidsvården är mycket långa. Stora svårigheter föreligger när det gäller att rekrytera och behålla personal. Pris- och löneökningarna har varit och är större än för samhället i övrigt. Den öppna vården utanför sjukhusen är otillräckligt utbyggd. Det är svårt för patienterna att veta vart de skall vända sig och det är näst intill omöjligt att få hembesök.

Många debattböcker behandlar sjukvården och dess problem. I en bok – Arg på sjukhus – skriver Inger Skote: "Vår stiliga sjukvård som vi skryter med – var det så här den såg ut från insidan. Varför har det gått så snett?" Inger Skote som upplevt sjukhusmiljön som patient gör en svidande vidräkning med det moderna storsjukhuset. Även om boken ger en överdrivet mörk bild av svensk sjukvård av i dag tyder allt på att det finns ett stort behov av ökad värme, medmänsklighet och omtanke.

Det centrala i sjukvårdspolitiken måste vara att sätta patienten i centrum, att utgå från patientens situation när man planerar insatserna inom hälso- och sjukvården. När jag tillträdde som sjukvårdsminister planerade jag utifrån regeringsförklaringen mitt arbe-

te i ett sju-punktsprogram. Något reviderat ser det i dag ut så här.

1 Förbättra de förebyggande insatserna. Relativt små insatser kan ge stora mänskliga och vårdmässiga vinster.

2 Satsa på egenvård, dvs ge oss bättre kunskaper och mer information också på hälso- och sjukvårdens område.

3 Decentralisera vården och lägg den så nära människorna som möjligt. Slå vakt om de länsdelssjukhus som har tillräckligt befolkningsunderlag. Då kan vi också avlasta de stora sjukhusen och åstadkomma kortare väntetider för dem som behöver deras kvalificerade resurser.

4 Förbättra kontinuiteten i vården. Ett "husläkar"-system skulle innebära både bättre utnyttjande av knappa resurser och förbättrad trygghet för och omvårdnad om patienten.

5 Verka för valfrihet – ta bättre vara på enskilda initiativ. Vårdutbudet måste så långt möjligt svara mot patienternas önskemål och behov.

6 Bygg ut hemsjukvården – kvantitativt och kvalitativt. Också här finns stora vårdmässiga och mänskliga vinster att hämta.

7 Förbättra omvårdnaden. Detta krav måste beaktas både i utbildning, forskning, sjukvårdslagstiftning och sjukvårdsorganisation.

Jag tror naturligtvis inte att man med dessa punkter kommer tillrätta med alla problem som finns i dagens sjukvård. Men jag har velat peka på att vård inte bara är en fråga om pengar utan också en fråga om organisation, viljeinriktning och människosyn.

Genom att satsa på dessa sju punkter tror jag att vårdens kvalitet kan förbättras och att man får en bättre hushållning med alltid knappa resurser. De ekonomiska och personella frågorna, som är mycket brännande, skall jag inte behandla i denna artikel.

Under det gångna året har därför ett antal utredningar eller "beredningar" tillsatts med förhållandevis snävt avgränsade direktiv men med uppgift att arbeta snabbt. Några av dessa kommer att beröras i det följande.

#### Förebygg sjukdom och ohälsa

Under decennier stod den förebyggande vården i centrum för sjukvårdsinsatserna. Då gällde det kampen mot de stora infektionssjukdomarna, t ex tuberkulosen, mot en i dag ofattbart hög mödra- och barnadödlighet. Under lång tid därefter kom utvecklingen att koncentreras på själva sjukvården, på behandling av redan uppkomna sjukdomar och sjukdomssymptom. På senare tid har insikten åter ökat om att förebyggande åtgärder – hälsovårdsfrågor – måste få en starkare betoning. Relativt sett små insatser kan här ge stora mänskliga vinster. Här speglar frågan om kost, motion liksom tobaks- och alkoholbruk och andra levnadsvanor stor roll – större än vad många av oss kan eller vill föreställa sig.

Vi vet att tobaksrökning näst efter alkoholmissbruket är vår största folksjukdom om man mäter i antalet för tidiga dödsfall och invaliditeter. Den beräknas ge upphov till betydligt fler dödsfall och större vårdbehov än alla trafikolyckor. En arbetsgrupp skall



därför lägga fram ett samlat program för att begränsa tobakens skadeverkningar, söka förhindra ungdomarna att börja röka och underlätta för dem som vill sluta, det senare det inte minst svåra.

Socialstyrelsens uppmaning om 6–8 skivor bröd om dagen har mötts med en hel del löje. Men faktum kvarstår, om vi äter 6–8 skivor grovt bröd om dagen får vi en mer slaggrik kost, vilket kommer att visa sig i lägre frekvens av vissa tarmsjukdomar. Vi vet också att det för att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar är angeläget att minska det animaliska fettet i kosten.

Att få gehör för förebyggande åtgärder är inte lätt och det inte bara på det individuella planet. Även politiskt kan det vara svårt att t ex kombinera en jordbrukspolitik som subventionerar konsumtionen av mjölk, smör, grädde, fläsk och ost med en strävan att minska konsumtionen av animalfetter och öka konsumtionen av fisk, grönsaker, frukt.

Också i samhällsplaneringen måste de förebyggande aspekterna ständigt bevakas. Bygglagstiftningen innehåller numera skärpta krav på att bygga handikappvänligt – men det gäller främst de rörelsehindrade. Fortfarande kan man se nybyggda daghem eller skolor, där inga hinder möter den rullstolsbundna, men som kan vara hart när omöjliga att vistas i för den svårt allergiske på grund av t ex heltäckande mattor, tagel i möbelyg och stoppning. Här måste vi få hjälp av de olika handikapporganisationerna redan på planeringsstadiet. Som ett led i denna strävan har statsbidraget till dessa organisationer mer än fördubblats.

### **Tandhälsa**

Ett annat område där förebyggande åtgärder kan få en utomordentlig effekt är tandhälsovården. Mer än 30 procent av tandläkarens tid beräknas gå åt för att reparera redan gjorda fyllningar. Olika undersökningar visar att regelbundna insatser av tandhygienist eller fluortandsköterska kraftigt kan reducera tandvårdsbehovet också hos vuxna.

Sedan början av 1960-talet har lokal fluorbehandling successivt införts i skolorna. Totalt har detta inneburit en sänkning av medelbehandlingstiden för skolbarn med närmare en timme per barn och år. Men samtidigt har det visat sig att kariesfrekvensen i områden med lämplig fluorhalt i dricksvatten – som Uppsala – är ca 70 procent lägre än i lågfluorområden. Sedan den stora fluordebatten 1970 har positiva rapporter kommit från hela världen – där omkring 200 miljoner människor har fluorberikat dricksvatten – om avsevärd kariesreduktion och inga rapporterade biverkningar av medicinsk betydelse. Jag har därför sett det angeläget att låta en beredningsgrupp med parlamentariker gå igenom fluorfrågan och föreslå de åtgärder som den finner befogade.

### **Egenvård – vad är det?**

I den specialiserade sjukvården är det specialisten som löser problemet och tar ansvaret. Patientens uppgift är – något tillspetsat – att infinna sig med sin sjukdom och överlämna sig till vård. Men erfarenheten visar att människor i betydande utsträckning påverkar sin egen hälsa, inte bara genom sina

levnadsförhållanden och sin livsstil utan också genom egna åtgärder i diagnostiserande och behandlande syfte.

Egenvården är en självklarhet. Varje dag fattar vi beslut som direkt eller indirekt påverkar hälsan. Vi diagnostiserar vattkoppor hos våra barn och förkylning hos oss själva. Vi tar en albyl mot huvudvärken, dricker något varmt vid hosta eller halsont och ger våra barn blåbär vid diarré. Vi ger medicinska råd till familjen, vänner och bekanta. Vi sjukskriver oss och söker läkare när vi tycker det är behövligt. (Detta sker vid mindre än hälften av alla sjukskrivningar.) Vi fattar alltså medicinska beslut snart sagt varje dag.

Detta visar att en mycket stor del av hälso- och sjukvården bedrivs vid sidan av institutionerna, av människorna själva. En väsentlig uppgift för hälso- och sjukvården måste därför vara att på olika sätt stödja patienterna i deras beslut och deras åtgärder så att besluten blir så riktiga som möjligt ur hälsosynpunkt och åtgärderna får bästa möjliga effekt.

Vi måste veta mer om vilka sjukdomar och sjukdomssymptom vi själva kan behandla eller som naturen läker lika bra eller bättre och sådana där kontakt med läkare och annan sjukvårdspersonal är nödvändig. Vi måste veta mer om hur vi skall hitta in och ut i vårdapparaten. Vi måste veta mer om hur vi skall sköta oss efter sjukhusvistelse eller läkarbesök.

Att söka förbättra människornas möjlighet att ta ansvar för sin egen och sina närståendes hälsa är i själva verket helt avgörande för om vi skall kunna förbättra välbefinnande och trivsel och kunna använda sjukvårdsresurserna på bästa möjliga sätt.

### **Sjuk eller frisk av läkemedel**

Låt mig i samband med egenvården helt kort gå in på läkemedelsområdet. Låt mig först slå fast att jag inte delar den uppfattning som allt för ofta kommer fram i press, radio och TV att läkemedel främst är något man blir sjuk av. Vi kan bara tänka efter hur sjukvården skulle te sig om vi inte hade tillgång till moderna läkemedel. Hur skulle infektionssjukdomarna kunna bekämpas? Hur skulle kirurgerna klara sig utan de olika läkemedel som krävs för en framgångsrik operation? Hur skulle den psykiatriska vården se ut i dag om vi inte förfogade över de psykofarmaka som har "avfolkat våra mentalsjukhus"?

Den allra största delen av läkemedlen används i öppen vård, dvs det är patienten själv som slutgiltigt bestämmer om läkemedlet skall användas och hur det skall användas. Det finns anledning att förmoda att vi i Sverige hittills satsat för lite på denna sista länk i läkemedelskedjan.

Risken för överkonsumtion av framför allt läkemedel som kan ha vanebildande effekt som vissa lugnande och sömngivande preparat måste ständigt betonas. Olika undersökningar tyder dock på att riskerna för underkonsumtion av läkemedel i dag är väl så stora. Många undviker att ta ut läkemedel som hade kunnat bota eller lindra. Andra tar lägre doser än som förskrivits. Det vanligaste medicineringsfelet hos våra äldre anses vara för tidigt avbruten medicinerings. En utredning arbetar därför med frågan om hur läkemedelsinformationen inom sjukvården och till allmänheten skall kunna förbättras och effektiviseras. Högt ställda krav måste



också ställas på läkemedelsbranschens egen information.

I detta sammanhang kan det finnas skäl att understryka att apoteken måste få en mer central roll än hittills för att sprida kunskap om läkemedel till allmänheten. Genom sin breda kontaktyta och sin i förhållande till läkarmottagningen mer avdramatiserade miljö, kan apoteken göra en stor insats. Detta gäller inte minst de äldre, som ofta använder läkemedel i stor omfattning och där ett riktigt läkemedelsbeteende kan vara helt avgörande för möjligheten att bo kvar i det egna hemmet.

#### **Decentralisera vård och ansvar**

Redan i regeringsförklaringen betonades att utbyggnaden av den öppna vården utanför sjukhusen måste fortsätta. I vår strävan att decentralisera får vi inte glömma länsdels-sjukhusen. Tvärtom är tillräcklig beman-ning av dem – också vad gäller läkartjänster – avgörande för om vården skall kunna läg-gas nära människorna.

Men decentralisering är inte bara en fråga som berör läkarna och deras placering. Många kontakter inom primärsjukvården är av den karaktären att en erfaren sjuksköterska är bäst lämpad att klara av problemen. En förstärkning av distriktssköterskeorgani-sationen är därför välbetänkt. Det gäller då också att ge distriktssköterskan större kompetens, tex genom att få skriva recept på vissa läkemedel, utfärda intyg av olika slag, kanske även få viss remissrätt. Många distriktssköterskor nödgas använda åtskilli-ga timmar per vecka för att få tag på en läka-

re som kan skriva ut de recept som bedömts nödvändiga. (Nu kommer också riksdagen att föreläggas förslag om att även barnmor-skor får rätt att förskriva p-piller.)

I många länder talar man om "barfotadok-torer", dvs läkare med kortare utbildning och mer inriktning på hälsovårdsarbete. I Sverige finns i dag redan en kår av väl utbil-dade och framför allt erfarna distriktssköter-skor. Det gäller att bygga vidare på denna.

#### **Inga vattentäta skott**

Det brukar ibland heta att all vård bör ske i samhällets regi, att privatpraktiserande läka-re, tandläkare, sjukgymnaster liksom enskil-da vård- och behandlingshem av olika slag borde bort. Jag delar inte den uppfattning-en. Invändningen "man får inte tjäna på att någon är sjuk" gäller i så fall oss alla som ar-betar inom sjukvården, vare sig vi är lands-tingsanställda sjukvårdsbiträden, sjukvårds-ministrar eller något annat.

En "privatisering" som innebär att vård-former via plånboken förbehålls vissa pati-enter skall naturligtvis motverkas, men inte genom att plocka bort sådan vård som pati-enterna vill ha utan genom att göra det möj-ligt för fler att få tillgång till denna. Sjukför-säkringssystemet måste så långt möjligt ut-formas i detta syfte. Utgångspunkten måste enligt min mening vara att vården efterfrå-gas av patienterna, att den är kvalitativt till-fredsställande och att kostnaden är rimlig.

På ett för den enskilde så utomordentligt känsligt område som sjukvårdens måste strä-va vara att öka valfriheten – och därmed också integriteten – inte att begränsa den.

## Kapital

Det väsentliga kan inte rimligtvis vara om vården sker i landstingets regi eller ej utan att det totala vårdutbudet inom ett sjukvårdsområde är tillfredsställande till omfattning och utformning. I stället för att bygga upp vattentäta skott mellan allmänt och enskilt bör betydligt mer kunna göras för att förbättra samarbetet och dra nytta av varandras erfarenheter.

### Hemsjukvård i tiden

Den kraftiga förskjutningen mot de högsta och mest vårdkrävande åldrarna kommer att ställa särskilt stora krav på landstingen. En i våras tillsatt utredningsgrupp kommer redan i år att belysa vilka ökade behov som bla åldersförskjutningen medför.

Parallellt med utbyggnaden av den slutna långtidsvården behövs också en kraftig satsning på hemsjukvården. Många patienter – det gäller ej bara de äldre – vill bo kvar i hemmiljön under sjukdomstiden, eller så snart som möjligt återvända dit. En kvantitativ och kvalitativ förstärkning av hemsjukvården torde därför kunna ge både mänskliga och vårdmässiga fördelar.

Hemsjukvården, som jag ser det, får inte enbart vara att stödja anhöriga med rådgivning och vägledning samt tillfällig avlastning – även om sådana förbättringar är utomordentligt angelägna. Vi måste dessutom realistiskt räkna med att anhöriga framgent i allt mindre utsträckning kommer att ha möjlighet att ställa upp på dagtid på grund av den ökande förvärvsfrekvensen. För att öka möjligheterna till hemsjukvård måste vi ock-

så ha vårdlag bestående av kanske sjukvårdsbiträden, sjukgymnaster, sjuksköterskor och arbetsterapeuter som i mån av behov kan ge erforderlig vård.

För att stimulera utbyggnaden av hemsjukvården kommer från nästa år ersättning att utgå från försäkringskassan till landstingen med upp till närmare 15 000 kr per patient och år. En förutsättning för ersättningen är att det är av läkare ordinerad behandling och att anhöriga eller andra anställda får marknadsmässig ersättning för vården.

### Bostadssjukhem

Jag fick för en tid sedan ett brev från en förtvivlad dotter som skrev att hennes far skulle in på långvården och hennes mor på ett ålderdomshem långt från varandra. Det var en tragedi för dessa gamla makar att bli skilda åt de sista åren av sitt liv. Hur vi än satsar på hemsjukvård och servicehus m m kommer vi också att behöva en utbyggd institutionsvård. Nu när långtidssjukvården befinner sig i ett kraftigt utbyggnadsskede måste vi finna former där man kan kombinera en kvalificerad omvårdnad på olika nivåer med hemlika förhållanden. En lösning kan kanske vara s k bostadssjukhem, som drivs gemensamt av landsting och kommun med långvårdsklinik, ålderdomshem och rehabilitering under ett och samma tak. Tanken är att man genom en flexibel lägenhetsutformning skall kunna erbjuda en gammal människa en bostad där hon ensam eller tillsammans med make har möjlighet att få stanna livet ut.



**Förbättra omvårdnaden**

Ledstjärnan i allt sjukvårdspolitiskt arbete måste vara att sätta patienten i centrum. Jag tror att all personal inom sjukvården verkligen strävar efter att ge patienterna en god och medmänsklig omvårdnad. Men också sjukvårdssystemet och sjukvårdslagstiftningen måste ge utrymme för sådan omtanke. En sjukvård utformad efter löpande-band-principen skulle göra vården svåruthärdlig både för patienter och för personal.

Utredningen om Sjukvårdens inre organisation – SIO – skall ta upp en rad hithörande frågor. Frågan om hur gruppvård eller lagarbete kan bedrivas skall särskilt studeras, liksom möjligheten till färre personalkatego-

rier i det direkta patientarbetet med i gengäld bredare arbetsuppgifter. Det är också önskvärt att patienterna får större möjlighet att delta i vården på ett mer aktivt sätt. Också frågan om hur olika sjukvårdsenheter själva skall kunna utforma sin verksamhet inom vissa angivna riktlinjer – självstyrande kliniker skall studeras.

En förbättrad omvårdnad om patienterna – inte minst de långtidssjuka – skulle säkerligen också i sig innebära större arbetstillfredsställelse för de anställda och – tillsammans med andra angelägna åtgärder – motverka den på många håll orimligt höga personalomsättningen.

## *Ge Svensk Tidskrift som julklapp!*

**Presentkort kan rekvireras genom att**

**prenumerationsavgiften, kr 60: –, insättes å**

**Svensk Tidskrifts postgirokonto nummer 7 27 44 - 6**

**Vid beställning av fler än tre gåvopre-**

**numerationer är priset 50: –/prenumeration**

**Angiv på girokupongen namn och adress både på er själv  
och mottagaren**