Regeringens proposition 1989/90:81

om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m. m.

Prop.
1989/90:81

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 25 januari 1990 för de åtgärder och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

Ingela Thalén

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås en ny utformning av ledningen av den medicinska vårdverksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Liksom för närvarande skall det vara en uppgift för sjukvårdshuvudmannen att fritt organisera hälso- och sjukvården på det sätt han finner ändamålsenligt. När det däremot gäller ledningen av viss medicinsk verksamhet föreslås en lagreglering. Om det behövs med hänsyn till patienternas säkerhet i vården skall det vid enheter som arbetar med diagnostik eller vård och behandling finnas en särskild läkare som har ett samlat ansvar för ledningen av verksamheten. En sådan läkare skall benämnas chefsöverläkare. Socialstyrelsen bestämmer vilka enheter som skall ledas av en chefsöverläkare. Vid andra enheter är huvudmannen fri att bestämma kompetensen hos den som skall leda verksamheten.

Chefsöverläkarens ledningsuppgifter skall avse både de administrativa och de medicinska uppgifterna vid enheten. Chefsöverläkaren skall ha en specialistkompetens med i huvudsak samma inriktning som verksamheten vid enheten. Det förutsätts att han har administrativa och ekonomiska insikter samt besitter de personliga egenskaper som utmärker en god ledare.

Chefsöverläkaren skall kunna delegera enskilda ledningsuppgifter till kompetenta och erfarna medarbetare vid enheten. Vid delegering av ledningsuppgifter är han skyldig att följa den av sjukvårdshuvudmannen bestämda organisationen, vilket innebär att ledningsuppgifterna inte kan

läggas på annan befattningshavare än den som sjukvårdshuvudmannen tillsatt under chefsöverläkaren.

I propositionen läggs också fram förslag om patientansvariga läkare. Förslaget innebär att det vid enheter som leds av chefsöverläkare för varje patient skall utses en läkare som patientansvarig. En patientansvarig läkare skall ha legitimation som läkare. Han skall bl. a. svara för att patienten undersöks så att en säker diagnos kan ställas och att patienten får den medicinska vård och behandling som dennes tillstånd fordrar. Han skall samordna undersöknings- och behandlingsåtgärder, se till att patienten informeras om sitt hälsotillstånd och tänkbara behandlingsåtgärder samt se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.

Propositionen behandlar även frågan om ökade möjligheter för enskilda att flytta till långvårdsklinik i annat landsting än hemlandstinget eller serviceboende i en annan kommun än hemkommunen. I anslutning därtill föreslås en lagregel som ger en landstingskommun vidgad befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i en annan landstingskommun.

Förslagens genomförande kräver vissa ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Vidare uppkommer behov av följdändringar i en del andra lagar. Föreskriften om landstingskommuns vidgade befogenhet att erbjuda vård åt utomlänspatienter avses gälla fr. o. m. den 1 juli 1990. Den nya regleringen beträffande ledningsansvaret och patientansvarig läkare föreslås träda i kraft den 1 juli 1991.

1 Förslag till

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

Härigenom föreskrivs att 4 och 13–15 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse | *Föreslagen lydelse*

4 §

Om någon som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan vård.

En landstingskommun får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i en annan landstingskommun, om landstingskommunerna kommer överens om det.

13 §

I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård.

I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård. *Vid en enhet som avses i 14 § skall för varje patient utses en patientansvarig legitimerad läkare.*

Om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

14 §[1]

En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. *En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares åligganden kan omfatta även verksamhet utanför sjukhuset och en distriktsläkares åligganden även verksamhet på sjukhus.* Vid *utövandet av denna ledning* skall *läkaren* i frågor som *inte rör vården* av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra

Vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling med det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer *skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare.* Vid *ledningens utövande* skall *denne,* i frågor som *avser annat än diagnostik eller vård och behandling* av enskilda patienter *eller utseende av patientansvariga läkare,* följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Chefsöverläkaren får uppdra åt sådana befattningshavare vid enhe-

[1] Senaste lydelse 1983: 335.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.	*ten, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.*
Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen *får för särskilt fall medge undantag från bestämmelsen i första stycket.*	Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen *bestämmer vid vilka enheter det skall finnas chefsöverläkare.*
15 §	
Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen *(1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket* skall förordnas för viss tid.	Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen *(1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m.* skall förordnas för viss tid.

Denna lag träder i kraft i fråga om 4 och 15 §§ den 1 juli 1990 och i övrigt den 1 juli 1991.

Lag om ändring i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall[1] skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §	
Vård enligt denna lag bereds på sjukhus som drivs av staten, landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun. Vård får efter regeringens bestämmande beredas även på annan vårdinstitution. Vad i denna lag sägs om sjukhus gäller även sådana institutioner.	
Vad som sägs om överläkare i denna lag gäller även biträdande överläkare som anförtrotts särskild sjukavdelning. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får uppdra åt *annan* läkare att fullgöra uppgifter som enligt denna lag ankommer på överläkare.	*Med överläkare förstås i denna lag chefsöverläkare som avses i 14 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Denne* får uppdra åt *erfarna* läkare *med specialistkompetens inom psykiatrin* att fullgöra uppgifter som enligt denna lag ankommer på överläkare.
För behandling av vissa frågor enligt denna lag finnas utskrivningsnämnder med de verksamhetsområden regeringen bestämmer och en för riket gemensam psykiatrisk nämnd.	

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

[1] Lagen omtryckt 1982:782.

Lag om ändring i transplantationslagen (1975: 190)

Härigenom föreskrivs att i 3 § transplantationslagen (1975: 190)[1] ordet "överläkare" skall bytas ut mot "chefsöverläkare".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

[1] Senaste lydelse av 3 § 1982: 769.

Lag om ändring i passlagen (1978: 302)

Härigenom föreskrivs att i 20, 22, 24, 28 och 34 §§ passlagen (1978: 302)[1] ordet "överläkare" i olika böjningsformer skall bytas ut mot "chefsöverläkare" i motsvarande form.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

[1] Senaste lydelse av
22 § 1986: 243
28 § 1986: 1177
34 § 1983: 246.

Lag om ändring i lagen (1985: 12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus

Härigenom föreskrivs att i 3 och 4 §§ lagen (1985: 12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus ordet "Överläkaren" skall bytas ut mot "Chefsöverläkaren".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

Lag om ändring i lagen (1988: 870) om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs att i 24 och 45 §§ lagen (1988: 870) om vård av missbrukare i vissa fall ordet "överläkaren" skall bytas ut mot "chefsöverläkaren".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

Lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)

Härigenom föreskrivs att i 46–48, 50, 52 och 62 §§ smittskyddslagen (1988:1472) ordet "överläkare" i olika böjningsformer skall bytas ut mot "chefsöverläkare" i motsvarande form.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 25 januari 1990

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Feldt, Hjelm-Wallén, S. Andersson, Göransson, Gradin, R. Carlsson, Johansson, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén, Engström, Freivalds, Wallström, Lööw, Persson, Molin, Sahlin

Föredragande: statsrådet Thalén

Proposition om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m. m.

1 Inledning

Ledningen av den medicinska verksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården har sedan lång tid tillbaka varit anförtrodd läkare. De nu gällande bestämmelserna om ansvaret för denna ledning finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), som trädde i kraft den 1 januari 1983. Bestämmelserna om ledningsansvaret har i HSL begränsats till den medicinska verksamheten. Ansvaret brukar benämnas medicinskt ledningsansvar. I 14 § HSL föreskrivs att överläkare skall ha det medicinska ledningsansvaret på sjukhus och att distriktsläkare skall ha detta ansvar i fråga om verksamhet utanför sjukhus. Överläkarens åligganden kan dock omfatta även verksamhet utanför sjukhuset och distriktsläkarens åligganden även verksamhet på sjukhus.

I HSL finns däremot inte några bestämmelser om ledningen av den administrativa verksamheten. I dessa frågor är sjukvårdshuvudmannen helt fri vid val av ledningsansvarig person. Detta ledningsansvar brukar kallas administrativt ledningsansvar.

Ledningsansvaret enligt 14 § HSL innefattar således endast den medicinska verksamheten. Denna begränsning innebär en förändring i förhållande till tidigare reglering. Före år 1971 hade överläkaren enligt den då gällande sjukvårdslagen (1962:242) både ett medicinskt och ett administrativt ledningsansvar. – Bestämmelser om ett medicinskt ledningsansvar också inom den öppna vården utanför sjukhus tillkom först år 1973, i samband med att provinsialläkarväsendet omvandlades till en distriktsläkarorganisation (SFS 1972:665). – Fr. o. m. år 1971 öppnades genom ändring i sjukvårdslagen en möjlighet att ha flera överläkare vid samma klinik, något som tidigare inte varit möjligt (SFS 1970:211). Om så skedde skulle de administrativa ledningsuppgifterna läggas på en av överläkarna vid kliniken såsom en särskild tilläggsuppgift. Den läkare som fick dessa uppgifter benämndes klinikchef vid sjukhus. I samband med att distriktsläkarorganisationen tillkom gjordes också inom denna verksamhet åtskill-

nad mellan administrativa och medicinska ledningsuppgifter. Den läkare som där erhöll de administrativa ledningsuppgifterna benämndes distriktsöverläkare.

Vilka uppgifter som ingår i det medicinska ledningsansvaret framgår inte av 14 § HSL. Dessa uppgifter preciserades emellertid i olika hänseenden i motiven i propositionen 1981/82: 97 om hälso- och sjukvårdslag, m. m., som utgjorde grund för HSL. I propositionen framhöll föredragande statsrådet att ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården var komplicerade och att vissa ytterligare klarlägganden kunde behövas. Vissa frågor som rörde ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården borde därför ses över av en särskild utredning.

Med stöd av regeringens bemyndigande den 24 mars 1983 tillkallade dåvarande statsrådet Sigurdsen en särskild utredare, f. d. avdelningschefen vid socialstyrelsen Sven Alsén, att se över ansvarsfördelningen mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, m. m. Översynen skulle bl. a. syfta till att ytterligare klarlägga den närmare omfattningen av det medicinska ledningsansvaret.

Utredningsmannen, som antog benämningen ÖVA på utredningen, överlämnade hösten 1984 betänkandet (Ds S 1984: 12) Vissa ansvarsfrågor i hälso- och sjukvård.

Betänkandet fick ett blandat mottagande vid remissbehandlingen. Landstingsförbundet och många sjukvårdshuvudmän framhöll att bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret, med den uttolkning av ansvarets omfattning och innebörd som ÖVA gjort, utgjorde ett allvarligt hinder för en rationellt bedriven hälso- och sjukvård. Också flera fackliga organisationer uttryckte kritik mot regleringen av det medicinska ledningsansvaret som det tolkats i betänkandet.

Med anledning av den kritik som framfördes vid remissomgången har frågan om det medicinska ledningsansvaret setts över inom socialdepartementet. Resultatet av översynen redovisades våren 1987 i promemorian (Ds S 1987: 4) Ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården m. m.

Till protokollet i detta ärende bör fogas promemorians lagförslag som *bilaga 1*.

Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna och övriga som har yttrat sig över promemorian samt en sammanställning över deras yttranden bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 2*.

Med utgångspunkt i promemorian och de synpunkter som framkommit vid remissbehandlingen av denna har frågan om utformningen av ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården beretts ytterligare inom socialdepartementet, varvid förslag utarbetats till ändrad reglering i HSL och till konsekvensändringar i vissa andra lagar.

Regeringen beslöt den 26 oktober 1989 att inhämta lagrådets yttrande över de upprättade lagförslagen. De lagförslag som remitterades till lagrådet bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 3*.

Lagrådet har i sitt yttrande föreslagit vissa ändringar i utformningen av förslaget till lag om ändring i HSL. Vidare har lagrådet redovisat några

synpunkter i anslutning till den föreslagna följdlagstiftningen. Jag återkommer till lagrådets förslag och synpunkter i specialmotiveringen (s. 48, 50 och 51). Lagrådets yttrande bör fogas till protokollet i ärendet som *bilaga 4*.

Utöver de här berörda ledningsfrågorna vill jag till samtidig behandling ta upp spörsmålet om möjligheterna för enskilda att flytta till långvårdsplats i ett annat landsting än hemlandstinget resp. till serviceboende i annan kommun än hemkommunen. Frågan har behandlats av äldredelegationen i dess rapport (Ds 1989:27) Ansvaret för äldreomsorgen, varvid förslag har lagts fram om viss lagändring för att ge sjukvårdshuvudmännen vidgade möjligheter att erbjuda hälso- och sjukvård åt utomlänspatienter. Äldredelegationens rapport har remissbehandlats. En sammanställning över remissyttrandena i den nu aktualiserade frågan har gjorts inom socialdepartementet i ärendet H 3000/1989.

I frågan om flyttningsmöjligheter har jag särskilt samrått med statsrådet Lindqvist.

2 Allmän motivering i fråga om ledningsansvar m. m.

2.1 Hälso- och sjukvårdens utveckling

Tiden efter andra världskriget har varit en expansiv och dynamisk period för den offentliga hälso- och sjukvården. – När jag i det följande talar om hälso- och sjukvård avser jag den offentligt bedrivna verksamheten, om jag inte anger något annat. – Fram till början av 1970-talet genomfördes en omfattande specialisering av verksamheten vilket i hög grad har satt sin prägel på dagens hälso- och sjukvård. Tidigare var s. k. odelade lasarett, dvs. sjukhus med endast en överläkare, vanliga. De medicinska framstegen ledde till att de odelade lasaretten efter hand kom att framstå som alltmer otidsenliga. De började då att organisatoriskt delas in i kliniker för olika slags specialiteter. I ledningen för varje klinik fanns en överläkare. Den då gällande lagstiftningen medgav inte att det fanns mer än en överläkare vid en klinik. En allt längre gående specialisering och tillkomsten av nya kunskapsområden ledde till att allt fler kliniker inrättades vid sjukhusen. Till denna utveckling bidrog också det förhållandet att överläkartjänster var attraktiva, något som var betydelsefullt bl. a. ur rekryteringssynpunkt.

Utvecklingen ledde till en splittring av verksamheten som så småningom blev ett hinder för ett effektivt utnyttjande av resurserna. För att bryta denna utveckling ändrades sjukvårdslagen fr. o. m. den 1 januari 1971 så, att det blev möjligt att inrätta flera överläkartjänster inom samma klinik. Ändringen fick avsedd effekt och nybildningen av kliniker har därefter varit begränsad.

Utvecklingen har också inneburit att medicinsk serviceverksamhet av olika slag tillkommit i snabb takt. Antalet särskilda serviceavdelningar har kontinuerligt vuxit. Detta har inneburit att hälso- och sjukvården har utvecklats till en organisation med en långt driven specialisering och arbetsfördelning mellan olika enheter.

Inriktningen mot en ökad specialisering har haft både positiva och negativa effekter. Den mest positiva har varit förbättrade möjligheter att diagnostisera och framgångsrikt behandla fler sjukdomar och skador än tidigare. I varje högt specialiserad verksamhet finns emellertid en påtaglig risk för att delarna prioriteras på bekostnad av helheten. Inom hälso- och sjukvården har detta lett till att patienter ofta remitteras från den ena specialistfunktionen till den andra utan att någon känner ett samlat ansvar för patienten. Detta måste ses som en brist i vårdens kvalitet och kan gå ut över patientens trygghet i vården.

Även den hälso- och sjukvård som bedrivs utanför sjukhusen har förändrats. Tidigare upprätthölls denna verksamhet av en ensam provinsialläkare med ständig beredskap. Numera har provinsialläkaren ersatts av en primärvårdsorganisation med flera läkare och annan personal knutna till en vårdcentral.

Hälso- och sjukvården har av tradition varit hierarkiskt uppbyggd och läkarna har haft en dominerande ställning. Övrig personal hade tidigare en assisterande roll. Efter hand har utbildningsnivån höjts för all hälso- och sjukvårdspersonal. Skillnaden mellan läkarnas och övriga personalkategoriers kunskaper och färdigheter har minskat. Det minskande gapet i detta avseende, tillkomsten av nya ofta högt specialiserade yrkesgrupper och den fortgående specialiseringen av verksamheten har gjort det nödvändigt med både ett utvecklat samarbete och en arbets- och ansvarsfördelning mellan de olika personalkategorierna. Lag- eller teamarbete med ett stort reellt självständigt ansvar för alla lagmedlemmar har utformats främst inom den s. k. sektoriserade psykiatrin och inom primärvården.

Sjuksköterskorna i vårt land har mer självständiga arbetsuppgifter än sjuksköterskorna i många andra jämförbara länder. Detsamma gäller barnmorskorna, som sedan länge fullgör uppgifter som i andra länder ankommer på läkare. Också sjukhusfysiker, medicintekniker, sjukgymnaster, kuratorer, arbetsterapeuter och psykologer har långtgående självständiga arbetsuppgifter.

Omvårdnad har utvecklats till ett särskilt kompetensområde som sjuksköterskan har ett betydande faktiskt ansvar för. Med omvårdnad avses sådana åtgärder som skall tillgodose vissa grundläggande behov hos patienten. Det gäller behov som denne normalt själv kan tillgodose men på grund av sjukdom, skada eller handikapp behöver hjälp med. Omvårdnad är en del av vård och behandling och utmärks bl. a. av att de ingående momenten vanligen inte är föremål för särskilda ställningstaganden från den ansvarige läkarens sida. En allt intensivare forskning har under de senaste åren bedrivits kring frågorna som rör omvårdnad. Forskningen inom detta område har dock en kort tradition i vårt land. Den är mer etablerad i länder som t. ex. USA och England.

2.2.1 Den politiska ledningen

Den statliga styrningen och kontrollen av hälso- och sjukvården sker genom främst lagbestämmelser av ramlagskaraktär i HSL. Bestämmelserna anger allmänna riktlinjer och mål för hälso- och sjukvården. Genom bestämmelserna läggs fast de ramar inom vilka verksamheten skall bedrivas och anges de krav som samhället ställer på denna. Sjukvårdshuvudmännens möjligheter att själva på den kommunala självstyrelsens villkor handha verksamheten är sålunda ganska omfattande. I motiven till HSL uttalades också att lagen borde ge stort utrymme för sjukvårdshuvudmännen att själva utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

De övergripande besluten om hälso- och sjukvårdens mål och inriktning i enlighet med HSL fattas av landstinget. I övrigt ligger ledningen av hälso- och sjukvården i varje landstingskommun hos hälso- och sjukvårdsnämnden (10 § första stycket HSL). Landstingskommunen får tillsätta en särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdra åt en annan nämnd att vara hälso- och sjukvårdsnämnd. Om detta inte har skett, är förvaltningsutskottet hälso- och sjukvårdsnämnd (10 § andra stycket HSL). Under nämnden finns andra organ för ett mer decentraliserat politiskt beslutsfattande, i första hand direktioner eller länssjukvårdsnämnder och primärvårdsnämnder med avgränsade ansvarsområden. Några bestämmelser härom finns dock inte i HSL. Efter hand har öppnats möjlighet att inrätta även andra decentraliserade nämnder, senast genom lagen (1985: 127) om särskilda organ i landstingskommunerna. Enligt denna lag kan inrättas t. ex. sektorövergripande primärvårdsnämnder. Nämnderna kan anförtros hälso- och sjukvårdsuppgifter under hälso- och sjukvårdsnämnden men också uppgifter under andra centrala nämnder, exempelvis folktandvård under tandvårdsnämnden och särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda under omsorgsnämnden. Kompetensfördelningen mellan de olika nämnder som på detta sätt kan finnas fastställs i allmänhet av landstinget i reglementen.

I praktiken förs de politiska besluten om hälso- och sjukvården ut till den praktiska verksamheten genom befattningshavare i den administrativa ledningen, i första hand sjukhusdirektörer, chefsläkare och klinikchefer resp. distriktsöverläkare och primärvårdschefer. Flertalet sjukvårdshuvudmän har sålunda valt att också efter ikraftträdandet av HSL den 1 januari 1983 i huvudsak behålla den tjänstemannaorganisation som tidigare reglerades i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen (1972: 676) vad avser det administrativa ledningsansvaret. Gällande lagstiftning innehåller dock inte några bestämmelser med krav på att sådana befattningshavare skall finnas. Som jag tidigare framhållit är sjukvårdshuvudmannen helt fri när det gäller att organisera verksamheten i administrativt hänseende. Också den medicinskt ledningsansvarige läkaren är skyldig att iaktta politiska beslut som inte direkt rör vården av enskilda patienter. Jag återkommer strax till denna fråga.

2.2.2 Medicinskt ledningsansvar

För att värna patienternas säkerhet i vården har det ansetts nödvändigt att i lag lägga fast vem som har ansvaret för ledningen av den medicinska verksamheten inom hälso- och sjukvården. Som jag tidigare nämnt kallas detta ansvar medicinskt ledningsansvar och bestämmelser om det finns i 14 § HSL.

Också i tidigare sjukvårdslagstiftning fanns bestämmelser om den medicinska ledningen. Enligt 1962 års sjukvårdslag skulle det vid varje sjukhus finnas läkare som hade att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande, var och en inom det ansvarsområde som hade anförtrotts honom (16 §). De läkare som åsyftades var överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare.

Före år 1971 avsåg ledningsansvaret ett samlat ansvar för verksamhetsområdet. Någon uppdelning på en medicinsk och en administrativ del gjordes inte. Detta var inte heller nödvändigt för verksamhetens bedrivande, eftersom det fanns endast en överläkare vid varje klinik. Fr. o. m. nämnda år öppnades emellertid, som jag tidigare nämnt, en laglig möjlighet att ha flera överläkare vid samma klinik. Härvid kom man att skilja de medicinska ledningsfunktionerna från de administrativa. Med överläkartjänsterna skulle alltid följa ett medicinskt ledningsansvar. Varje överläkare fick således ett medicinskt ledningsansvar inom sitt begränsade verksamhetsområde. Det administrativa ledningsansvaret för hela kliniken skulle sjukvårdshuvudmannen uppdra åt en av överläkarna såsom en särskild tilläggsfunktion. Den överläkare som fick denna uppgift benämndes klinikchef. Någon möjlighet att lägga de administrativa ledningsuppgifterna på någon inom en annan yrkeskategori eller på en annan läkare än en överläkare fanns inte. Bestämmelser om klinikchefen fanns i 13 och 15 §§ sjukvårdskungörelsen.

Inom den öppna vården utanför sjukhus har situationen varit annorlunda. För provinsialläkaren, som arbetade ensam inom sitt distrikt, fanns det inte något behov att reglera ledningsansvaret. I samband med att provinsialläkarväsendet omvandlades till en distriktsläkarorganisation år 1973 förändrades situationen. Inom varje distrikt kunde det finnas flera läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Bestämmelser om ett ledningsansvar infördes därför också för distriktsläkarverksamheten. Även här gjordes åtskillnad mellan ett medicinskt och ett administrativt ledningsansvar. Varje distriktsläkare fick ett medicinskt ledningsansvar inom sitt verksamhetsområde. Den distriktsläkare som därtill fick ett administrativt ledningsansvar benämndes distriktsöverläkare. Bestämmelser om distriktsöverläkaren fanns i 8 och 9 §§ sjukvårdskungörelsen.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04, HSU) diskuterade det medicinska ledningsansvaret i sitt betänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården. Utredningen fann att det förelåg övervägande skäl att behålla det medicinska ledningsansvaret som ett i lag inskrivet åliggande för läkare i överordnad ställning.

I propositionen 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m. m. avvisade föredragande statsrådet yrkanden som framförts av vissa remissinstanser

om att det medicinska ledningsansvaret inte borde vara förbehållet läkare. Däremot var det inte nödvändigt att all medicinsk verksamhet skulle omfattas av det medicinska ledningsansvaret. I de enskilda fall när vårdmässiga och organisatoriska skäl talar för det föreslog föredraganden att dispens skulle kunna ges från lagens bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret. Föredraganden framhöll också att det föreföll troligt att utvecklingen inom hälso- och sjukvården skulle komma att förstärka behovet av alternativa lösningar när det gällde ledningen av verksamheten. Riksdagen antog propositionen utan erinran mot dessa ställningstaganden (SoU 1981/82: 51, rskr.381).

Bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret togs in i 14 § HSL. Efter en ändring i paragrafen år 1983 (SFS 1983:335), genom vilken möjlighet öppnades för sjukvårdshuvudmännen att låta verksamhet vid lokala sjukhem omfattas av distriktsläkarens medicinska ledningsansvar, har 14 § följande lydelse.

En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares åligganden kan omfatta även verksamhet utanför sjukhuset och en distriktsläkares åligganden även verksamhet på sjukhus. Vid utövandet av denna ledning skall läkaren i frågor som inte rör vården av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen får för särskilt fall medge undantag från bestämmelsen i första stycket.

Av lagtexten och motivuttalandena till denna framgår att det medicinska ledningsansvaret inte avser ledningen av alla funktioner inom verksamhetsområdet utan är begränsat till de medicinska uppgifterna. Ledningsansvaret omfattar diagnostik, vård och behandling i det enskilda fallet och innebär ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina medicinska åligganden. Ansvaret omfattar förutom vård av enskilda patienter i strikt mening också in- och utskrivning av patienter, innefattande även prioritering mellan patienter och ansvar för remitterade patienter. I ledningsansvaret ingår också ett ansvar för att patientjournal förs för patienten, att befintlig medicinsk-teknisk utrustning används på det sätt som från sjukvårdssynpunkt bäst gagnar patienten samt ansvar för en riktig och säker medicinering.

I frågor som inte gäller vården av enskilda patienter är den medicinskt ledningsansvarige läkaren skyldig att följa de föreskrifter som sjukvårdshuvudmannen kan meddela. Med föreskrifter avses både uttryckliga beslut av landstinget, hälso- och sjukvårdsnämnden eller det särskilda organet och direktiv av olika slag från administrativa chefer enligt riktlinjer från de politiska organen. När det däremot gäller frågor om diagnostik, vård och behandling i det enskilda fallet har sjukvårdshuvudmannen inte rätt att meddela sådana föreskrifter. I dessa frågor är det den medicinskt

ledningsansvarige som ensam beslutar. Inte heller i sistnämnda avseende torde det i strikt mening vara fråga om ett helt oinskränkt ledningsansvar. Genom huvudmannens ansvar för att resurser anvisas och fördelas är den ledningsansvarige i sin verksamhet självklart hänvisad till bl. a. den personal och tekniska utrustning som har ställts till förfogande. Han måste också beakta om föreskrivna åtgärder skall utföras vid kliniken eller vid någon annan klinik eller kanske vid ett helt annat sjukhus.

Enligt paragrafens andra stycke kan sjukvårdshuvudmannen förordna en annan läkare att fullgöra en del av de uppgifter som faller inom överläkarens eller distriktsläkarens medicinska ledningsansvar. Ett sådant förordnande får, såsom framgår av bestämmelsens ordalydelse, avse endast en viss del av den ledningsansvariges åligganden. Av föredragande statsrådets uttalanden i propositionen (1981/82: 97) framgår vidare att det förutsätts att den läkare som tilldelas uppgiften har specialistbehörighet inom verksamhetsområdet (propositionen s. 82).

2.2.3 Administrativt ledningsansvar

Några författningsbestämmelser om det administrativa ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården finns inte längre. Bestämmelserna i 14 § HSL reglerar, som jag tidigare redovisat, endast det medicinska ledningsansvaret.

I äldre sjukvårdslagstiftning däremot fanns tämligen detaljerade bestämmelser också om det administrativa ledningsansvaret, även när detta inte var kopplat till ett medicinskt ledningsansvar. Sådana uppgifter kunde tillkomma såväl läkare som tjänstemän med annan utbildning. I sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen fanns i fråga om sjukhusen bestämmelser om administrativa befogenheter och skyldigheter för sjukhusdirektörer, styresmän, chefsläkare, blockchefer och klinikchefer (13 och 14 §§ lagen och 10—15 §§ kungörelsen). I sjukvårdskungörelsen fanns vidare sådana bestämmelser om distriktsöverläkare (8 och 9 §§). I sjukvårdskungörelsen reglerades också skyldigheten för distriktsläkare resp. överläkare att rätta sig efter vad politiska nämnder och överordnade chefer föreskrev om deras tjänster, i de fall det gällde frågor som inte hörde direkt till deras medicinska verksamhet (29 och 31 §§). De sistnämnda bestämmelserna har fått en motsvarighet i 14 § första stycket sista meningen HSL.

Skälet till att det administrativa ledningsansvaret lämnats oreglerat i HSL var dels en strävan att låta sjukvårdshuvudmännen själva få bestämma sin organisation, dels ett önskemål att kunna utse också någon annan än en läkare till t. ex. klinikchef.

När författningsregleringen i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen i denna del försvann vid HSL:s tillkomst uppkom ett behov att i annan ordning reglera motsvarande förhållanden. Sjukvårdshuvudmännen har därför själva fattat beslut om lokala bestämmelser på detta område, vilka i allt väsentligt har samma innehåll som den tidigare regleringen i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen. På det sättet har, som jag tidigare nämnt, den administrativa organisationen i huvudsak behållits oförändrad även sedan HSL trätt i kraft.

Var och en som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har ett personligt ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Detta ansvar brukar benämnas det medicinska yrkesansvaret. Det medicinska yrkesansvaret berör inte frågan i vilket förhållande yrkesutövaren står till sina kolleger eller till andra yrkesutövare på arbetsplatsen. Ansvaret har således inte något att göra med hur verksamheten skall ledas.

Vad som avses med hälso- och sjukvårdspersonal anges i 1 § lagen (1980: 11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (tillsynslagen). Hit räknas bl. a. personal vid sjukhus eller andra inrättningar för vård av patienter som drivs av det allmänna eller av enskilda med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd samt den som i annat fall i egenskap av legitimerad yrkesutövare meddelar vård åt patienter eller tillhör personal som biträder en sådan yrkesutövare i vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen står i sin yrkesutövning under tillsyn av socialstyrelsen.

I tillsynslagen finns också bestämmelser om det medicinska yrkesansvaret. För vissa yrkesgrupper har ansvaret preciserats i särskilda instruktioner och reglementen såsom allmänna läkarinstruktionen (1963: 341) och reglementena för barnmorskor (1955: 592) och sjuksköterskor (1957: 656). Härutöver har socialstyrelsen meddelat föreskrifter som berör hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar. Som exempel kan nämnas föreskrifter för legitimerade optiker (SOSFS 1981: 11).

Den centrala bestämmelsen om yrkesansvaret i tillsynslagen föreskriver att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen "skall vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård" (5 § första stycket första meningen). Vad som avses med sakkunnig vård preciseras för läkare i allmänna läkarinstruktionen. Enligt instruktionen åligger det varje läkare "att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och, såvitt möjligt, den behandling, som patientens tillstånd fordrar" (3 § 1)).

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom eller henne i yrkesutövningen kan enligt tillsynslagen åläggas disciplinpåföljd, om felet inte är ringa. Påföljden är erinran eller varning. Under vissa förutsättningar skall också legitimation eller annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården återkallas. Frågor om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m. m. prövas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN.

En fråga som hänger nära samman med yrkesansvaret är en yrkesutövares kompetens för ett visst yrke eller för vissa arbetsuppgifter som anses ingå i utövningen av ett visst yrke. Inom hälso- och sjukvården talas ofta om två slags kompetens – formell kompetens och reell kompetens.

I författning kan föreskrivas krav på viss utbildning för att få utöva visst yrke inom hälso- och sjukvården. Med avgångsbetyg, utbildningsbevis eller bevis om legitimation dokumenterar en person sin formella kompetens för att utöva yrket. Vederbörande anses genom utbildningen ha erhål-

lit de faktiska kunskaper och färdigheter som är nödvändiga för att kunna utöva yrket.

Kunskaper och färdigheter för att utöva ett visst yrke eller för att utföra en viss eller vissa arbetsuppgifter kan emellertid inhämtas också på annat sätt än genom formell yrkesutbildning. Enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m. (behörighetslagen) kan t. ex. i princip också annan än den som genomgått läkarutbildning få legitimation för yrket och därmed vara behörig att utöva läkaryrket (2 och 6 §§). Om man bortser från personer med utländsk utbildning torde det inte förekomma att personer som saknar föreskriven utbildning på detta sätt erhåller behörighet att utöva ett visst yrke. Däremot är det vanligt att någon i t. ex. sin praktiska yrkesverksamhet inhämtar kunskaper och färdigheter beträffande arbetsuppgifter som vederbörande inte har formell kompetens att utföra. Den som på ett sådant sätt har skaffat sig en reell kompetens för en viss arbetsuppgift har dock inte rätt att utföra uppgiften, eftersom den formella kompetensen saknas. Denna brist kan dock avhjälpas genom delegering. Delegering innebär i detta sammanhang att en eller flera arbetsuppgifter – eller delmoment som ingår i större arbetsuppgifter – genom beslut av den som har formell kompetens för uppgiften eller uppgifterna överförs från denne till en annan befattningshavare som inte har formell men väl reell kompetens för uppgiften eller uppgifterna. Socialstyrelsen har meddelat allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården m. m. i bl. a. kungörelsen (SOSFS (M) 1980:100).

2.4 Behörighet att utöva läkaryrket samt behörighet till läkartjänst inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården

Enligt 6 § behörighetslagen är den som har legitimation för läkaryrket eller som särskilt har förordnats att utöva läkaryrket behörig att utöva detta yrke. Dock får endast den som har legitimation som läkare yrkesmässigt bedriva enskild läkarverksamhet.

Legitimation som läkare kan den få som här i landet genomgått utbildning till läkare och erhållit läkarexamen och som fullgjort av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring, s. k. AT). Legitimation som läkare får också meddelas den som visar att han eller hon på annat sätt än genom svensk läkarutbildning och AT förvärvat motsvarande kompetens.

Den möjlighet som finns att efter särskilt förordnande utöva läkaryrket har sin största betydelse beträffande de läkare som genomgår AT.

Efter legitimation som läkare genomgår nästan samtliga läkare vidareutbildning för att få specialistkompetens. Längden på utbildningen varierar beroende på vilken specialitet det gäller. Bestämmelser om läkares specialistutbildning finns i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m.

Läkarnas specialistutbildning har setts över av en utredare som har lagt fram sina förslag i betänkandet (SOU 1987:53) Kompetensutvecklingen

efter läkarexamen. På grundval av betänkandet har regeringen förelagt riksdagen prop. 1988/89: 138 om riktlinjer för specialiseringstjänstgöring för läkare m. m. Propositionen innebär att nuvarande ordning för specialistutbildning med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar skall ersättas av ett system som utgår från målbeskrivningar för resp. specialitet. Den nya vidareutbildningen avses bli genomförd år 1992. Riksdagen har godkänt de föreslagna nya riktlinjerna (1989/90:SoU9, rskr. 16).

Bestämmelser om behörighet för innehav av läkartjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården finns i förordningen (1982: 771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster.

2.5 Medbestämmandelagen

Lagen (1976: 580) om medbestämmande i arbetslivet (MBL) gäller även inom hälso- och sjukvården. Den är emellertid inte tillämplig på frågor om medicinskt ledningsansvar. Detta följer främst av lagens 3 § enligt vilken en föreskrift som avviker från MBL gäller framför regleringen i MBL, om föreskriften finns i en lag eller i en författning som meddelats med stöd av lag. Eftersom det medicinska ledningsansvaret är lagreglerat genom 14 § HSL, leder den bestämmelsen till att MBL inte är tillämplig på frågor som gäller t. ex. vem som är ledningsansvarig och ledningsansvarets omfattning och innehåll (jfr prop. 1981/82: 97 s. 82). Om det administrativa ledningsansvaret är det däremot möjligt att MBL-förhandla och sluta kollektivavtal. Såvitt är bekant har detta hittills inte skett. Arbetsgivarens primära förhandlingsskyldighet enligt 11 § MBL avser dock endast frågor om viktigare förändring av verksamheten. Vad jag nyss sagt om lokala beslut har därför inte behövt föregås av MBL-förhandling, eftersom besluten inneburit att den tidigare författningsreglerade ordningen fått fortsatt giltighet.

2.6 Departementspromemorian

Som jag tidigare har redogjort för har frågan om det medicinska ledningsansvaret setts över av ÖVA. I enlighet med sitt uppdrag har ÖVA sökt klarlägga det medicinska ledningsansvarets omfattning och innebörd enligt gällande lagstiftning. I betänkandet redovisar ÖVA sin syn på ansvarets omfattning och inriktning såväl allmänt som i samband med sektoriserad psykiatri, vid tillämpning av vårdprogram och i förhållande till lokala läkemedelskommittéer.

ÖVA:s redovisning ledde till att särskilt Landstingsförbundet, sjukvårdshuvudmännen och flera berörda fackliga organisationer vid remissomgången ställde sig starkt kritiska till den gällande regleringen av det medicinska ledningsansvaret.

Med anledning av bl. a. den kritik som framfördes av remissinstanserna har frågan om det medicinska ledningsansvaret därefter setts över inom socialdepartementet. I arbetet har deltagit företrädare för socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Resultatet av arbetet har redovisats i den tidigare nämnda promemorian. Promemorian har remissbehandlats.

I promemorian föreslås en ny utformning av ledningen av den egentliga vårdverksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården. Förslaget innebär i huvudsak följande.

Liksom för närvarande skall det ankomma på sjukvårdshuvudmannen att fritt organisera hälso- och sjukvården på det sätt han finner ändamålsenligt. Beträffande de enheter som arbetar med diagnostik eller vård och behandling föreslås vissa lagfästa regler om ledningen av verksamheten i syfte att tillförsäkra patienterna en god och säker vård. Varje sådan enhet skall ledas av en läkare, som benämns huvudläkare. Vidare skall det för varje patient finnas en patientansvarig läkare.

Huvudläkarens ledningsuppgifter skall avse både de administrativa och de medicinska funktionerna vid enheten. Huvudläkaren skall ha en specialistkompetens med i huvudsak samma inriktning som verksamheten vid enheten. Härutöver krävs att han har administrativa och ekonomiska insikter samt besitter de personliga egenskaper som krävs för en god ledarförmåga.

Huvudläkaren skall kunna delegera enskilda ledningsuppgifter till kompetenta och erfarna medarbetare vid enheten. Vid delegering av ledningsuppgifter är han skyldig att följa den av sjukvårdshuvudmannen bestämda organisationen, vilket innebär att ledningsuppgifterna skall läggas på de befattningshavare som sjukvårdshuvudmannen tillsatt för att under huvudläkaren leda verksamheten. Ledningsuppgifter som gäller diagnostik eller vård och behandling eller som gäller utseende av patientansvarig läkare får delegeras endast till läkare med lämplig specialistkompetens.

Den patientansvarige läkaren skall utses vid den enhet där patienten får sin vård och behandling. En sådan läkare skall ha legitimation som läkare. Den patientansvarige läkaren skall bl. a. svara för att patienten undersöks så att en säker diagnos kan ställas och att patienten får den medicinska vård och behandling som hans tillstånd fordrar. Han skall samordna undersöknings- och behandlingsåtgärder, se till att patienten informeras om sitt hälsotillstånd och tänkbara behandlingsåtgärder samt se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.

2.7 Behovet av förändring

I departementspromemorian redovisas tämligen ingående skälen för en översyn av bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret (s. 21–28). Jag vill i detta sammanhang endast peka på några förhållanden som har ansetts motivera en förändring av bestämmelserna.

De olika verksamhetsgrenarna inom hälso- och sjukvården kan skilja sig avsevärt från varandra både vad gäller storlek och inriktning. Varje verksamhet syftar självfallet till att tillgodose ett visst behov. Den organisatoriska uppbyggnaden av verksamheten måste därför anpassas till detta behov. Detta innebär bl. a. att det inte är möjligt att ha samma organisatoriska uppbyggnad för alla verksamhetsgrenar. I realiteten har detta lett till att det finns stora organisatoriska skillnader mellan sjukhuskliniker, vårdcentraler och sjukhem, både i förhållande till varandra och sinsemellan.

Bestämmelserna om ledningen av verksamheten måste därför vara utformade på ett sådant sätt att de kan tillämpas vid alla typer av verksamhetsgrenar.

Inom hälso- och sjukvården har under senare år utvecklats en rad olika specialiserade funktioner som sköts utan någon egentlig läkarmedverkan. Verksamheten bedrivs här i stor utsträckning självständigt av andra kompetenta yrkesutövare såsom sjukhusfysiker, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer. Att bestämmelserna om ledningen av den medicinska verksamheten måste beakta dessa förhållanden är en självklarhet.

Ett problem som särskilt påtalats med gällande bestämmelser är att det vid kliniker och motsvarande enheter där det finns flera läkare med medicinskt ledningsansvar inte finns några bestämmelser om att en viss befattningshavare skall ha ett övergripande ansvar för verksamheten. Inom sådana verksamheter finns det också risk för att olika rutiner utvecklas, vilket kan förorsaka missförstånd och misstag med därmed åtföljande risker för patienternas säkerhet i vården.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går snabbt och medför förändringar som förutsätter att verksamheten och dess ledning enkelt och smidigt kan anpassas till förändringarna. Det har påpekats att gällande reglering av det medicinska ledningsansvaret inte uppfyller detta krav.

I övrigt hänvisar jag till promemorian vad gäller behovet av en ändrad reglering av ledningen av den medicinska verksamheten inom hälso- och sjukvården. Jag vill redan nu förutskicka att jag delar bedömningen att en sådan förändring är nödvändig, och jag övergår nu till att redovisa mina förslag till hur den medicinska verksamheten skall ledas i fortsättningen.

2.8 Ett samlat ledningsansvar

Mitt förslag: Om det behövs med hänsyn till patienternas säkerhet i vården skall det vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling finnas en särskild läkare som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. Landstingskommunen bestämmer enhetens verksamhetsområde.

Socialstyrelsen bestämmer vilka enheter som skall omfattas av kravet på ledningsansvarig läkare.

Promemorians förslag: Överensstämmer med mitt förslag med den avvikelsen att promemorians förslag gäller alla enheter inom hälso- och sjukvården som sysslar med diagnostik eller vård och behandling.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanserna är positiva till eller har inget att erinra mot förslaget om ett samlat ledningsansvar. Hit hör justitieombudsmannen Gunnel Norell Söderblom (JO), justitiekanslern (JK), socialstyrelsen, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), Göta hovrätt, kammarrätten i Stockholm, Landstingsförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings-

och rationaliseringsinstitut (Spri), Centralorganisationen SACO/SR (SACO/SR), Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet. Flera remissinstanser framhåller i likhet med vad som sägs i promemorian att den gällande uppdelningen av ledningsansvaret på en administrativ och en medicinsk del har varit svår att upprätthålla. Några remissinstanser, t. ex. Landstingsförbundet och Spri, ifrågasätter behovet av att lagreglera ledningsansvaret.

Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Landsorganisationen i Sverige (LO) och Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF) avstyrker förslaget om ett samlat ledningsansvar. Också enskilda förbund inom SACO/SR tar avstånd från förslaget.

Förslaget att ledningsansvaret skall förbehållas läkare har fått ett blandat mottagande av remissinstanserna. Positiva till förslaget är JO, JK, socialstyrelsen, HSAN, UHÄ, Göta hovrätt, kammarrätten i Stockholm, SACO/SR, Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet. Kritiska till förslaget i denna del är Landstingsförbundet, Spri, LO, TCO och SKTF. Här märks klara avståndstaganden i yttranden vid underremisser från Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF), Sveriges psykologförbund, Svenska sjukhusfysikerförbundet, Sveriges socionomers personal- & förvaltningstjänstemäns riksförbund (SSR) och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR).

Några remissinstanser har kommenterat frågan hur de verksamhetsområden som skall ledas av en huvudläkare skall bestämmas. Vissa anser att denna uppgift inte helt kan överlåtas till sjukvårdshuvudmännen. Staten bör ha ett inflytande för att säkerställa att den ledningsansvarige läkaren besitter tillräcklig kompetens. Sådana uppfattningar redovisas av kammarrätten i Stockholm och Karolinska institutet. Sveriges läkarförbund anser att ett verksamhetsområde inte får göras så stort att det omfattar specialiteter som den ledningsansvarige läkaren inte själv är specialistkompetent inom. Landstingsförbundet och Spri instämmer i promemorians förslag att det är huvudmännen som skall bestämma verksamhetsområdenas omfattning utifrån lokala behov.

Skälen för mitt förslag: HSL bygger på principen att huvudmännen för hälso- och sjukvården skall vara fria att organisera och bedriva verksamheten efter lokala förutsättningar och på det sätt de själva anser vara bäst för att uppfylla kraven i lagen och för att sträva mot de mål för verksamheten som där ställs upp.

I några avseenden görs dock avsteg från denna princip. Vid tillkomsten av lagen bedömdes det finnas ett behov av bestämmelser om ledningen av den medicinska verksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården. Syftet med bestämmelserna var att ge patienterna en säker och ändamålsenlig vård. Som jag tidigare nämnt har bestämmelser med detta syfte funnits i hälso- och sjukvårdslagstiftningen sedan lång tid tillbaka.

Enligt departementspromemorian finns det alltjämt ett behov av att lagreglera ledningen av viss verksamhet inom hälso- och sjukvården i syfte att tillförsäkra patienterna en god och säker vård.

Inom hälso- och sjukvården bedrivs en omfattande verksamhet som är av omedelbar betydelse för patienternas liv och hälsa. Ledningen av sådan

verksamhet förutsätter en hög medicinsk kompetens hos den ledningsansvarige och att det finns entydiga och enhetliga ansvarsförhållanden. I likhet med flertalet remissinstanser delar jag därför uppfattningen att det även framgent finns ett behov av att i lag ha bestämmelser om ledningen av den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kan vara förenad med särskilda risker för patienternas säkerhet i vården. Jag delar också uppfattningen att ledningen av sådan verksamhet bör ligga på en läkare. Bestämmelser om detta bör liksom för närvarande finnas i HSL.

I promemorian föreslås, till skillnad från gällande reglering, att det lagreglerade ledningsansvaret bör avse inte endast de medicinska funktionerna utan också de administrativa. I promemorian benämns detta ett samlat ledningsansvar. Också detta förslag har bemötts positivt av remissinstanserna. De flesta personalorganisationerna avvisar förslaget. Sveriges läkarförbund och Sveriges tandläkarförbund samt SACO/SR centralt ställer sig dock bakom förslaget.

Inom hälso- och sjukvården har sedan år 1971 åtskillnad gjorts mellan medicinska och administrativa ledningsfunktioner. Med HSL försvann lagregleringen om vem som skall utöva den administrativa ledningen. Denna uppdelning har ansetts vara mindre ändamålsenlig och har kritiserats från flera håll. I sitt remissyttrande framhåller Landstingsförbundet att det viktigaste i departementspromemorian är förslaget att frångå en uppdelning av ledningsansvaret i en medicinsk och en administrativ del. Ett sammanhållet ledningsansvar är nödvändigt för att verksamheten skall kunna bedrivas effektivt, påpekar förbundet. Många andra remissinstanser för fram liknande synpunkter.

Även jag anser att förslaget om ett samlat ledningsansvar bör genomföras. I den moderna hälso- och sjukvården är de medicinska delarna av verksamheten så nära sammankopplade med de resursmässiga, organisatoriska och personella att ledningen av dem inte bör ligga på olika händer. Jag kan således inte dela uppfattningen att ett samlat ledningsansvar skulle innebära svårigheter att utforma en flexibel och lokalt anpassad organisation, som vissa remissinstanser gör gällande. De personalorganisationer som är negativa till förslaget om ett samlat ledningsansvar synes motsätta sig förslaget främst av det skälet att endast läkare skulle kunna komma i fråga för ledningsansvar och att även verksamheter där läkarens roll är av mindre betydelse för verksamheten skulle omfattas av ledningsansvaret. Jag har förståelse för invändningarna men anser att dessa inte är relevanta beträffande frågan huruvida de medicinska och administrativa ledningsfunktionerna skall föras samman eller ej. Invändningarna har däremot relevans beträffande vilka verksamheter som skall omfattas av lagbestämmelserna om ledningsansvar. När det gäller denna fråga har i departementspromemorian föreslagits att bestämmelserna skall gälla beträffande enheter för diagnostik eller vård och behandling. Flertalet remissinstanser synes ha godtagit denna avgränsning. Som jag nyss redovisat har många personalorganisationer motsatt sig förslaget om ett samlat ledningsansvar, bl.a. just på den grunden att lagbestämmelserna om ledningsansvaret skulle gälla alla enheter inom hälso- och sjukvården, som arbetar med diagnostik eller vård och behandling.

För egen del anser jag att den avgränsning som görs i promemorian beträffande vilka områden som skall omfattas av bestämmelserna om ledningsansvar är i huvudsak riktig. Avgränsningen innebär emellertid att samtliga enheter som arbetar med diagnostik eller vård och behandling skall omfattas av bestämmelserna. Enligt min mening är detta att gå för långt. Som flera remissinstanser framhåller är det inte nödvändigt att ha en läkare i ledningen för alla sådana enheter. Gällande lagstiftning har förutsett detta och öppnat en möjlighet att beträffande vissa enheter meddela dispens från bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret. Möjligheten att meddela dispens har emellertid visat sig inte vara någon praktiskt användbar lösning. Mot denna bakgrund anser jag att bestämmelserna om ett samlat ledningsansvar bör begränsas till de enheter där hänsynen till patienternas säkerhet i vården kräver att verksamheten leds av en läkare. Beträffande andra enheter bör det överlåtas till sjukvårdshuvudmännen att själva bestämma adekvat kompetens hos den som skall leda verksamheten. Jag tänker här på bl. a. avdelningar för sjukhusfysik och annan teknisk verksamhet, sjukgymnastik och arbetsterapi. Hit hör också kuratorsverksamhet, logopedverksamhet, hemsjukvård och verksamhet vid sjukhem. Också inom psykiatrin kan finnas enheter som inte nödvändigtvis måste ha en läkare i ledningen för verksamheten.

Jag vill i detta sammanhang peka på att äldredelegationen i rapporten (Ds 1989:27) Ansvaret för äldreomsorgen föreslagit att primärkommunerna skall få ansvaret för den verksamhet som benämns hemvård och som inrymmer inte obetydliga inslag av hälso- och sjukvård. Enligt delegationen skall en yrkeserfaren legitimerad sjuksköterska ha ett särskilt medicinskt ansvar för verksamheten. Rapporten bereds för närvarande i socialdepartementet.

En lagreglering om ett samlat ledningsansvar vid vissa enheter inom hälso- och sjukvården innebär, på samma sätt som för närvarande är fallet beträffande det medicinska ledningsansvaret, att ledningsfrågor som gäller t. ex. vem som är ledningsansvarig vid en sådan enhet och ledningsansvarets omfattning och innehåll inte omfattas av bestämmelserna i MBL. Jag vill betona att det är enbart i sådant avseende där det finns författningsföreskrifter som hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation undantas från det förhandlingsbara området enligt MBL. För övriga frågor gäller naturligtvis liksom hittills, under förutsättning att frågorna berör förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare, MBL:s regelsystem fullt ut. Exempel på sistnämnda slag av frågor är verksamhetsplanering, upprättande av budget, rekryteringsprinciper, tjänstetillsättningar, utbildningsfrågor samt organisationsförändringar som inte griper in på den lagreglerade ledningsfunktionen.

Mitt förslag att hänsynen till patienternas säkerhet i vården skall vara avgörande för om en enhet skall omfattas av bestämmelserna om ledningsansvar eller ej förutsätter att enheterna enkelt och entydigt kan bestämmas. Enligt min uppfattning är det lämpligt att socialstyrelsen får i uppgift att bestämma vilka enheter som skall omfattas av bestämmelserna om ledningsansvar och vilka som kan lämnas utanför. Detta kan socialstyrelsen göra i föreskrifter i författning och, vid behov, i form av beslut i

enskilda fall. Uppgiften innebär dock inte någon rätt för socialstyrelsen att bestämma hur hälso- och sjukvården skall vara organiserad.

Om riksdagen antar förslaget om ledningsansvar, avser jag att senare återkomma till regeringen med förslag om att bemyndiga socialstyrelsen att fatta beslut om vilka enheter som skall ledas av en chefsöverläkare. Däremot anser jag att uppgiften att indela hälso- och sjukvårdsverksamheten i enheter med skilda verksamhetsområden liksom för närvarande skall förbehållas sjukvårdshuvudmännen. Med verksamhetsområde avser jag här inte detsamma som specialitet. En enhets verksamhetsområde kan således omfatta flera specialiteter, om sjukvårdshuvudmannen finner detta lämpligt.

2.9 Benämning på den ledningsansvarige läkaren och krav på dennes kompetens

Mitt förslag: Den ledningsansvarige läkaren skall benämnas chefsöverläkare.

Chefsöverläkaren skall ha en specialistkompetens med i huvudsak samma inriktning som verksamheten vid enheten. Det förutsätts att han har insikter i administrativa och ekonomiska frågor samt besitter de personliga egenskaper som utmärker en god ledare.

Promemorians förslag: I promemorian föreslås att den ledningsansvarige läkaren skall benämnas huvudläkare. När det gäller kraven på kompetens hos den ledningsansvarige läkaren överensstämmer promemorians förslag med mitt.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanserna anser att benämningen huvudläkare är mindre väl vald. Vissa remissinstanser anser att man bör välja någon av de redan förekommande benämningarna, t. ex. klinikchef, överläkare eller chefsläkare. Andra remissinstanser däremot anser att det är riktigt att välja en ny benämning på den som skall ha ledningsansvaret. Socialstyrelsen och Sveriges läkarförbund föreslår att läkaren benämns chefsöverläkare.

Kraven i departementspromemorian på den ledningsansvarige läkarens kompetens har godtagits av remissinstanserna. Sveriges läkarförbund anser att den ledningsansvarige läkaren skall vara specialistkompetent inom de specialiteter som finns vid enheten. Om enheterna görs så stora att detta inte är möjligt, anser förbundet att ledningsuppgiften avseende diagnostik samt vård och behandling bör för varje specialitet delegeras till en särskild specialistkompetent läkare.

Skälen för mitt förslag: När det gäller benämningen på den ledningsansvarige läkaren är det önskvärt att finna en beteckning som uppfyller flera olika krav. Benämningen bör upplysa om att det gäller hälso- och sjukvård, att den ledningsansvarige är läkare och att han har en överordnad ställning i vården. Jag delar uppfattningen i promemorian att benämningen om möjligt inte bör ha använts tidigare eller i vart fall inte bör användas för

närvarande. Den skall också kunna användas inom både öppen och sluten vård och oavsett enhetens omfattning och inriktning.

Den i promemorian föreslagna benämningen huvudläkare har inte godtagits av remissinstanserna. Jag delar remissinstansernas uppfattning att benämningen kan leda till missförstånd och att en annan bör väljas. Var och en av de tänkbara benämningarna synes ha både för- och nackdelar och någon helt invändningsfri benämning torde vara svår att finna. I valet mellan olika alternativ har jag fastnat för chefsöverläkare, såsom föreslagits av socialstyrelsen och Sveriges läkarförbund.

När det gäller krav på kompetens hos chefsöverläkaren har remissinstanserna lämnat förslaget i departementspromemorian i princip utan erinran och även jag kan ställa mig bakom det. Det innebär att chefsöverläkaren i första hand skall vara specialistkompetent.

För att vara ändamålsenlig måste en enhet ha en viss storlek. I departementspromemorian har gjorts den bedömningen att den bör motsvara ungefär en klinik på ett sjukhus. Remissinstanserna har godtagit denna bedömning. Också jag anser att enheterna bör ha ungefär denna storlek. Detta innebär, med gällande bestämmelser beträffande medicinska specialiteter, att enheterna ofta kommer att inrymma flera specialiteter.

Det vore dock orimligt att, som Sveriges läkarförbund, utgå från att chefsöverläkaren skall ha specialistkompetens inom samtliga specialiteter som kan förekomma inom enheten. I likhet med vad som föreslås i promemorian måste det dock krävas att chefsöverläkaren har en specialistkompetens med i huvudsak samma inriktning som verksamheten vid enheten. Specialistkompetensen måste således vara av väsentlig betydelse för enhetens verksamhet. Det förutsätter att sjukvårdshuvudmannen organiserar verksamheten så att varje enhet har ett rimligt homogent verksamhetsområde. Att så sker ligger i sakens natur. Jag bedömer det därför inte nödvändigt med en särskild lagregel om detta. Vilken specialistkompetens som kan godtas för en viss enhet får avgöras av sjukvårdshuvudmannen i det enskilda fallet. Valet av ledningsansvarig läkare har ju ett direkt samband med hur sjukvårdshuvudmannen väljer att organisera verksamheten.

I likhet med flertalet remissinstanser bedömer jag att det inte innebär någon risk för patienternas säkerhet i vården att den ledningsansvarige läkaren inte är specialistkompetent inom varje specialitet som är företrädd vid enheten.

Jag kan inte heller ansluta mig till läkarförbundets förslag att ledningsuppgifterna avseende diagnostik samt vård och behandling inom enheten skall, beträffande de olika specialiteterna, delegeras till särskilt utsedda specialistkompetenta läkare. En sådan regel skulle leda till att man i realiteten behöll nuvarande ordning med medicinskt ledningsansvariga överläkare. Jag återkommer strax till frågan om chefsöverläkarens möjligheter att delegera ledningsuppgifter till annan hälso- och sjukvårdspersonal.

När det gäller chefsöverläkarens kompetens delar jag vidare uppfattningen i promemorian att han måste ha sådana insikter och erfarenheter att han rätt kan bedöma hur olika ledningsuppgifter bör utföras och hur

patienterna skall fördelas på läkarna vid enheten. Han bör även ha förmåga att överblicka olika tänkbara alternativ i fråga om vård och behandling som ligger utanför hans egen specialitet samt sätta sig in i konsekvenserna av dessa alternativ.

Förutom medicinsk kunskap och erfarenhet behöver chefsöverläkaren ha administrativa och ekonomiska insikter. Härutöver tillkommer krav på de personliga egenskaper som är utmärkande för en god ledare.

2.10 Chefsöverläkarens uppgifter

Mitt förslag: Chefsöverläkaren skall se till att verksamheten vid enheten uppfyller de krav som lagstiftningen och sjukvårdshuvudmannen har ställt upp. Han skall se till att patienterna får en säker och god hälso- och sjukvård. Han skall ha ett yttersta ansvar för att personalen vid enheten fullgör sina medicinska åligganden. Vidare skall han ansvara för enhetens budget och resursernas användning samt ha ett samlat resultatansvar för verksamheten vid enheten. Han skall leda och fördela arbetet vid enheten samt ansvara för personalfrågor, utbildning och information.

I frågor som inte avser diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvarig läkare skall chefsöverläkaren följa de föreskrifter som sjukvårdshuvudmannen kan meddela.

Promemorians förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna har lämnat förslaget utan erinran.

Skälen för mitt förslag: Som jag tidigare framhållit är det en uppgift för sjukvårdshuvudmannen att organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten inom landstingsområdet. Verksamhetens indelning i enheter med skilda verksamhetsområden förbehålls således sjukvårdshuvudmannen. Beträffande enheter för diagnostik eller vård och behandling skall det dock alltid finnas en särskild chefsöverläkare som svarar för den samlade ledningen av verksamheten, om verksamheten vid enheten kan vara förenad med särskilda risker för patienternas säkerhet i vården. En sådan enhet behöver inte vara geografiskt begränsad till t.ex. ett sjukhus eller en vårdcentral utan kan omfatta verksamhet både inom och utom ett sjukhus och verksamhet vid flera vårdinrättningar.

Inom de ramar för verksamheten som sjukvårdshuvudmannen bestämmer, är det en uppgift för chefsöverläkaren att se till att verksamheten vid enheten uppfyller de krav som lagstiftningen och sjukvårdshuvudmannen har ställt upp. Han skall se till att patienterna får en säker och god hälso- och sjukvård samt ha ett övergripande ansvar för att enheten når bästa möjliga resultat. Förutom ansvaret för ledningen av den medicinska verksamheten, skall han också ansvara för enhetens budget och resursernas användning samt ha ett samlat resultatansvar för verksamheten vid enhe-

ten. Han skall fördela och vid behov omfördela resurserna. Han skall leda och fördela arbetet. Han skall också ha ansvar för frågor som rör personalfrågor, utbildning och information inom enhetens område.

Med de föreslagna bestämmelserna om en ledningsansvarig chefsöverläkare upphör bl. a. reglerna om det medicinska ledningsansvaret för överläkare och distriktsläkare att gälla. De uppgifter som i dag ingår i det medicinska ledningsansvaret kommer att flyttas över på chefsöverläkaren. Överläkarnas och distriktsläkarnas lagreglerade ställning som ytterst ansvariga för den medicinska verksamheten inom sina respektive verksamhetsområden kommer därmed att upphöra.

Det förhållandet att chefsöverläkarens ledningsansvar skall avse också de administrativa funktionerna vid enheten innebär självklart inte att det framdeles skulle saknas behov av andra administrativa chefer inom hälso- och sjukvården. Jämte chefsöverläkaren torde det således komma att finnas också andra sådana chefer. Inom en hierarkiskt uppbyggd organisation har befattningshavare i överordnad ställning i allmänhet direktivrätt gentemot underordnade befattningshavare. Detta innebär att t. ex. en sjukhusdirektör i princip har direktivrätt gentemot chefsöverläkaren. Även i övrigt är chefsöverläkaren skyldig att följa de föreskrifter om verksamheten som sjukvårdshuvudmannen kan meddela. En sådan ordning torde inte innebära några problem vad gäller administrativa frågor och frågor av allmän medicinsk natur. När det däremot gäller medicinska frågor som direkt berör patienternas säkerhet i vården är det nödvändigt att chefsöverläkaren självständigt fattar besluten. Detta innebär att chefsöverläkarens ledningsansvar skall vara oinskränkt i frågor som avser diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter. En bestämmelse som begränsar huvudmannens direktivrätt gentemot chefsöverläkaren i sådana frågor bör tas in i lagtexten. Jag återkommer till frågan om utseende av patientansvarig läkare.

Sjukhusdirektioner och andra nämnder med politiskt ledningsansvar har möjlighet att delegera en del av sin beslutanderätt till chefsöverläkaren enligt bestämmelserna i 3 kap. 12 § kommunallagen (1977: 179). Detta är emellertid något annat än vad jag nu har sagt om chefsöverläkarens skyldighet att följa de föreskrifter som sjukvårdshuvudmannen har meddelat.

2.11 Delegering av ledningsuppgifter

Mitt förslag: Chefsöverläkaren får uppdra åt kompetenta och erfarna befattningshavare vid enheten att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Promemorians förslag: Överensstämmer med mitt förslag med det undantaget att enligt promemorian skall ledningsuppgifter som avser diagnostik eller vård och behandling samt uppgiften att utse patientansvarig läkare läggas endast på specialistkompetenta läkare.

Remissinstanserna: Frågan om delegering har berörts av ungefär hälften

av remissinstanserna. De flesta är positiva till förslagen i departementspromemorian. Några lägger dock fram förslag till justeringar eller efterlyser ytterligare preciseringar av förslagen i denna del. Ett par personalorganisationer är kritiska till förslagen. Socialstyrelsen föreslår att ytterligare en ledningsnivå skapas inom enheten med hänsyn till de begränsningar som delegeringsförfarandet har. Styrelsen anser att det i lagen bör föreskrivas att det under chefsöverläkaren skall finnas läkare som har ett ledningsansvar för diagnostik eller vård och behandling av de enskilda patienterna, var och en inom sitt område. Flera remissinstanser framhåller att det inom hälso- och sjukvården finns också andra yrkesgrupper än läkare som bör komma i fråga vid delegering av uppgifter. Landstingsförbundet anser det självklart att såväl administrativa som medicinska uppgifter måste kunna utföras av andra än den ledningsansvarige. Förbundet framhåller emellertid att det i praktiken inte blir några ledningsuppgifter kvar för andra yrkesutövare om ledningsuppgifterna avseende diagnostik samt vård och behandling skall förbehållas specialistkompetenta läkare. I sak samma påpekande gör Legitimerade sjukgymnasters riksförbund. Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund ställer sig båda i princip bakom förslagen. Förbundet påtalar dock, som jag tidigare har redovisat, att ledningsuppgifter avseende diagnostik samt vård och behandling bör delegeras till särskilda specialistkompetenta läkare i de fall enheten är så stor att den inrymmer flera specialiteter. Förbundet understryker också att delegering enligt förslaget inte är detsamma som sådan delegering som behandlas i socialstyrelsens allmänna råd. SHSTF anser att delegeringsinstitutet inte är användbart vad gäller administrativa ledningsuppgifter.

Skälen för mitt förslag: Som framhålls i promemorian kommer chefsöverläkaren att ställas inför många svåra avgöranden där det gäller att samtidigt tillgodose delvis motstridiga intressen, såsom kraven på god kvalitet, patientsäkerhet, effektivitet och ekonomi. För att han skall kunna klara sina omfattande och mångskiftande uppgifter torde det inte sällan bli nödvändigt för honom att delegera enskilda ledningsuppgifter till kompetenta och erfarna medarbetare vid enheten.

I ledningsansvarets natur ligger att det inte är möjligt för chefsöverläkaren att överlåta det samlade ledningsansvaret till någon annan genom delegering eller på något annat sätt. En sådan överlåtelse skulle förutsätta ett uttryckligt lagstöd. Det innebär att chefsöverläkarens ledningsansvar för verksamheten vid enheten är odelbart. Ansvarets odelbarhet innebär vidare att det inte är tillåtet att genom delegering överföra det samlade ledningsansvaret för en viss del, sektor eller liknande av enheten på någon annan. En annan sak är, som jag nyss nämnt, överlåtelse av enskilda ledningsuppgifter. Att chefsöverläkaren kan lägga sådana uppgifter på någon annan kan i många fall vara lämpligt och i vissa fall nödvändigt.

Det är chefsöverläkaren själv som avgör om och till vem en viss ledningsuppgift skall delegeras. Att han vid dessa bedömningar måste beakta förhållanden såsom verksamhetens organisation är en självklarhet. Ledningsuppgifter kan således delegeras endast till personer som har sådana befattningar i organisationen att de praktiskt har möjlighet att utföra dem.

Detta innebär att chefsöverläkaren måste följa den gällande organisationen när han delegerar ledningsuppgifter.

I departementspromemorian görs bedömningen att vissa ledningsuppgifter är av sådan beskaffenhet att möjligheten att delegera dem bör omgärdas av särskilda föreskrifter i HSL. Det föreslås att ledningsuppgifter beträffande diagnostik eller vård och behandling skall få delegeras endast till läkare som är specialistkompetenta. Skälet till detta är patienternas säkerhet i vården. Samma begränsning föreslås vad gäller uppgiften att för varje patient utse en patientansvarig läkare. Jag återkommer strax till frågan om utseende av patientansvarig läkare.

Det primära syftet med mitt förslag till särskilda lagbestämmelser om ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården är att tillförsäkra patienterna en säker vård. Ledningsuppgifter kan därför aldrig få läggas på någon annan än den som har tillräcklig utbildning och kompetens för uppgiften. Denna bedömning gör även remissinstanserna. En annan fråga är om patienternas säkerhet i vården kräver en lagbestämmelse som inskränker chefsöverläkarens utrymme när det gäller att delegera ledningsuppgifter. Bland remissinstanserna har uttryckts tveksamhet till förslaget att på detta sätt inskränka chefsöverläkarens handlingsutrymme. Även jag är tveksam till behovet av en sådan bestämmelse. Genom den föreslagna bestämmelsen om att ledningsansvaret skall förbehållas högt kompetenta läkare har, enligt min mening, skapats betryggande garantier för att patientsäkerheten blir beaktad vid beslut om delegering av ledningsuppgifter. Chefsöverläkaren är i varje enskilt fall skyldig att pröva kompetensen hos den som uppgiften skall delegeras till och chefsöverläkaren kan ställas till ansvar om han lägger en uppgift på någon som inte är kompetent för den. Vidare bedömer jag det angeläget att inte onödigtvis begränsa förutsättningarna för en flexibel organisation. Jag anser därför att den föreslagna bestämmelsen som begränsar chefsöverläkarens handlingsutrymme vid delegering av ledningsuppgifter kan avvaras.

Socialstyrelsens förslag att skapa ytterligare en ledningsnivå genom en föreskrift om att det under chefsöverläkaren skall finnas läkare som har ett ledningsansvar, var och en inom sitt område, för diagnostik eller vård och behandling syftar till att förstärka patientsäkerheten. Förslaget har emellertid nackdelar. Enligt min bedömning skulle det i praktiken leda till att överläkarnas lagstadgade medicinska ledningsansvar behölls och att ännu en organisatorisk nivå lagfästes, nämligen chefsöverläkarens. En sådan lösning skulle ytterligare begränsa flexibiliteten i organisationen utan att ge en motsvarande vinst vad gäller värnet av patientsäkerheten. Jag kan därför inte ställa mig bakom förslaget.

Mitt förslag: Vid de enheter inom hälso- och sjukvården som leds av en chefsöverläkare skall för varje patient finnas en ansvarig läkare. En sådan läkare skall vara legitimerad.

Chefsöverläkaren skall utse patientansvarig läkare.

Promemorians förslag: Överensstämmer med mitt förslag vad gäller den patientansvarige läkarens uppgifter. Promemorieförslaget överensstämmer med mitt förslag också såtillvida att patientansvariga läkare skall utses vid de enheter som leds av en läkare med ett samlat ansvar för verksamheten.

Remissinstanserna: Bland remissinstanserna råder enighet om behovet av att förbättra kontinuiteten inom hälso- och sjukvården. De flesta remissinstanserna ställer sig bakom förslaget att utse patientansvariga läkare som ett led i en sådan förbättring. Några remissinstanser, bl. a. Landstingsförbundet, Spri och Svenska Läkaresällskapet, är dock tveksamma till behovet av lagstiftning. Flera remissinstanser framhåller att det kan finnas ett behov av att utse patientansvariga även bland andra yrkesgrupper än läkarna. SACO/SR och Sveriges läkarförbund anser bl. a. att förhållandet mellan den patientansvarige läkaren och övriga personalgrupper behöver belysas ytterligare.

Skälen för mitt förslag: Kontinuiteten i vården är en fråga som under senare år har diskuterats ingående. Vad som främst åsyftas med kontinuitet är patienternas möjligheter att träffa samma vårdpersonal vid skilda besök inom hälso- och sjukvården. I HSL finns allmänna bestämmelser som berör värdet av kontinuitet i vården. Det föreskrivs att en god hälso- och sjukvård särskilt skall främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt genomföras i samråd med patienten och patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och de behandlingsmetoder som står till buds.

Sjukvårdshuvudmännen har gjort mycket för att förbättra kontinuiteten i vården. Trots dessa ansträngningar kvarstår betydande brister i detta hänseende, särskilt vid stora sjukhus.

Förslaget i promemorian att det skall utses en särskild patientansvarig läkare för varje patient har mottagits positivt av remissinstanserna. Även jag anser att det är ett angeläget förslag. Det innebär nämligen betydande förbättringar vad gäller kontinuiteten i vården men också att ansvaret för patienten blir mera entydigt än vad som är fallet i dag. Det sistnämnda är särskilt viktigt vid stora sjukhus.

Enligt promemorian skall patientansvarig läkare utses vid de enheter där patienterna får sin vård och behandling, dvs. i princip vid alla de enheter som enligt förslaget i promemorian skall förestås av en huvudläkare. Enligt mitt förslag skall bestämmelserna om ledningsansvar avse endast de enheter för diagnostik eller vård och behandling där hänsynen till patienternas säkerhet i vården kräver att en läkare leder verksamheten. Med hänsyn till

denna inriktning av mitt förslag anser jag att skyldigheten att utse patientansvarig läkare bör i vart fall tills vidare begränsas till enheter som förestås av en chefsöverläkare. Om verksamheten med patientansvariga läkare faller väl ut, kan en utvidgning till också andra enheter senare övervägas. I det sammanhanget blir det naturligt att ta upp frågan om möjlighet bör införas att utse även andra yrkesutövare än läkare som patientansvariga. Vad jag nu sagt hindrar självfallet inte sjukvårdshuvudmannen från att organisera vården på ett sådant sätt att även andra personalkategorier kan få uppgifter i verksamheten som direkt syftar till att förbättra kontinuiteten i vården.

Den patientansvarige läkaren skall svara för att patienten undersöks så att en säker diagnos kan ställas och att patienten får den medicinska vård och behandling som hans tillstånd fordrar. I förekommande fall skall han samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. Han skall informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som står till buds och vilken av dessa han anser vara bäst lämpad för patienten. Om även andra läkare deltar i olika skeden av undersöknings- och behandlingsarbetet, är det den patientansvarige läkaren som har huvudansvaret för att patienten informeras om åtgärderna och situationen i övrigt samt för samordningen av behandlingsåtgärderna. En annan viktig uppgift för den patientansvarige läkaren är att se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.

Uppgiften att utse patientansvarig läkare bör ligga på chefsöverläkaren. I enlighet med vad jag tidigare har föreslagit bör han ha möjlighet att delegera denna uppgift, liksom andra enskilda ledningsuppgifter, till någon annan. Som framhålls i departementspromemorian bör dock uppgiften att utse patientansvarig läkare, med hänsyn till den medicinska erfarenhet som uppgiften kräver, delegeras endast till en läkare med lämplig specialistkompetens och med tillräcklig erfarenhet inom enhetens verksamhetsområde. Någon lagregel härom anser jag dock inte nödvändig.

Hur fördelningen av patienter på olika läkare skall ske kan komma att inrymma betydande variationer, främst med hänsyn till de skilda förutsättningar som gäller för de verksamheter där patientansvariga läkare skall utses. Chefsöverläkaren vid en enhet inom den öppna vården utanför sjukhus kan t. ex. fördela patienterna inom ett geografiskt begränsat område till en viss läkare eller fördela patienterna efter läkarnas specialistkompetens. Vid en mottagning där det finns flera specialistutbildade läkare kan det kanske vara mest rationellt att varje sådan läkare ansvarar för de patienter som hör till hans specialitet. Beträffande patienter som akut uppsöker hälso- och sjukvården torde den tjänstgörande läkaren inledningsvis få ansvaret. Sedan får den fortsatta utredningen utvisa huruvida det finns skäl att överflytta ansvaret på någon annan läkare. Oavsett vilken fördelningsprincip som väljs torde fördelningen av patienter på olika läkare ofta komma att ske enligt schablon.

När det gäller kompetensen hos den patientansvarige läkaren ansluter jag mig till bedömningen i departementspromemorian att denne bör vara legitimerad. Jag är medveten om att läkarbristen i vissa delar av landet kan

innebära problem när det gäller att utse läkare med tillräcklig kompetens. Patienternas säkerhet i vården är dock så betydelsefull att jag inte är beredd att godta att läkare som ännu inte fått legitimation utses som patientansvarig läkare. Detta hindrar naturligtvis inte att läkare under utbildning kan ha en aktiv roll i vården.

En bestämmelse om att patientansvarig läkare skall utses kan lämpligen tas in i 13 § HSL.

2.13 Författningsmässiga konsekvenser

Om begreppen överläkare och distriktsläkare utmönstras ur HSL och om ledningen av verksamheten vid vissa enheter för diagnostik eller vård och behandling skall utövas av en chefsöverläkare föranleder detta följdändringar i flera andra lagar. Vilka ändringar som skall göras i de olika lagarna får avgöras från fall till fall. Till detta återkommer jag i specialmotiveringen till lagförslagen. I ett fall, nämligen när det gäller lagen (1982: 764) om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m. m. bör dock ändringarna anstå. I 4 § nämnda lag föreskrivs att en specialistutbildad läkare vid s. k. upplåtna enheter skall anställas med förordnande för sex år om inte särskilda skäl föranleder förordnande för kortare tid. Bestämmelsen om tidsbegränsade förordnanden gäller dock inte för överläkare, distriktsläkare och specialistutbildade läkare som har en läkartjänst som är förenad med en lärartjänst vid en högskoleenhet. Inom socialdepartementet bereds för närvarande frågan om vilka behörighetsbestämmelser som skall gälla för olika läkartjänster. Även frågan om läkarnas anställningsform är föremål för överväganden. I avvaktan på resultatet av detta arbete bör därför lagen inte ändras i nu förevarande sammanhang.

Om riksdagen godtar de framlagda lagförslagen behöver sjukvårdshuvudmännen viss tid för att anpassa sin organisation till de nya bestämmelserna. De nya bestämmelserna bör därför träda i kraft den 1 juli 1991.

3 Allmän motivering i fråga om utvidgade flyttningsmöjligheter

3.1 Inledning

Frågans tidigare behandling

Frågan om rätt för enskilda att få flytta till servicebostad i annan kommun har tagits upp till behandling i flera sammanhang tidigare. En särskild beredningsgrupp angav i sin rapport (SOU 1982: 46) Handlingsprogram i handikappfrågor att handikappade skall ha samma möjligheter som andra att välja bostadsort och bostadsform (s. 56). Regeringen redovisade till riksdagen i skrivelse 1986/87: 161 en av statens handikappråd genomförd uppföljning av handlingsprogrammet i handikappfrågor. I handlingspro-

grammet angavs bl. a. att handikappade ofta inte kan välja bostadsort och boendeform. Flyttningsproblematiken togs dock inte upp närmare i skrivelsen och redovisningen.

Socialstyrelsen uttalar i allmänna råd 1985:8 – Socialtjänstens insatser för vuxna handikappade – att kravet på kyrkobokföring för att få servicebostad strider mot målet att även svårt handikappade skall kunna leva som andra (s. 45).

Även socialberedningen har i delbetänkandet (SOU 1986:19) Aktuella socialtjänstfrågor (s. 19 f. och 101) behandlat frågan om flyttningar. Beredningen anförde att människor med handikapp måste ha möjlighet att flytta till annan kommun även om de har behov av att bo i servicehus eller liknande. Beredningen presenterade emellertid inte något förslag i ämnet.

Socialutskottet har flera gånger behandlat frågan om rätt för enskilda att kunna flytta till servicebostad i annan kommun eller långvårdsplats i annat landsting.

Under riksmötet 1984/85 behandlade socialutskottet en motion om bosättning för personer inom långvården (SoU 1984/85:2 s. 2–6). Utskottet redovisade att det sedan den 1 januari 1984 mellan landstingen och de kommuner som inte ingår i landsting gäller ett riksavtal för hälso- och sjukvården, vilket ersatt det tidigare s. k. utomlänsavtalet. I avtalet finns bl. a. bestämmelser om samarbete då det gäller sådan icke akut vård som motiveras främst av andra skäl än rent medicinska. Genom avtalet ges en möjlighet att remittera en patient till ett sjukhus inom ett annat landsting, även om likvärdiga vårdmöjligheter finns i hemlandstinget. Utskottet anförde bl. a. att det genom regeln om "icke akut vård i övrigt" i riksavtalet öppnats en möjlighet för t. ex. en långvårdspatient att utan hänsyn till bosättningen flytta till en klinik inom ett annat landstingsområde, förutsatt att de båda landstingen kan enas om detta.

I betänkandet 1987/88:SoU6 behandlade socialutskottet en motion (m) om möjligheterna för handikappade och äldre att få servicebostad i kommun där de inte är mantalsskrivna. Utskottet inhämtade yttranden över motionen från socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Handikappförbundens centralkommittè (HCK), Pensionärernas riksorganisation (PRO) och Sveriges pensionärsförbund (SPF).

Utskottet konstaterade att det förelåg enighet om att det hinder mot flyttning till servicebostad i annan kommun, som kravet på kyrkobokföring innebär, är ett allvarligt problem samt anförde vidare.

Utskottets tidigare uttalande om vikten av att gamla människor får möjlighet att bo nära sina anhöriga äger självfallet giltighet även i detta sammanhang. Det framstår enligt utskottets mening även som mycket angeläget att undanröja hinder för unga handikappade att flytta till en lämplig bostad i annan kommun. Att fritt kunna välja bostadsort måste vara en självklar rättighet för alla, även för dem som har funktionshinder. Det måste därför tas krafttag för att lösa det problem som behandlas i motionen. De praktiska svårigheter som möter vid detta arbete får inte hindra ett initiativ i frågan.

Utskottet noterar att Svenska kommunförbundet ställer sig positivt till en kartläggning av problemet och en analys av möjliga lösningar. En sådan analys vore enligt utskottets mening värdefull. Arbetet måste emellertid

genomföras skyndsamt, eftersom det brådskar med förslag till lösning av frågan.

Enligt utskottets mening bör därför regeringen redan nu pröva vilka åtgärder som kan vidtas för att möjliggöra för handikappade och gamla att få servicebostad i annan kommun.

Utskottet hemställde att riksdagen med anledning av motionen som sin mening skulle ge regeringen till känna vad utskottet anfört. Riksdagen beslöt sedermera i enlighet med utskottets hemställan (rskr. 27).

I anledning av propositionen 1987/88: 100 bil. 7 såvitt avsåg anslaget till socialstyrelsen behandlade socialutskottet i betänkandet 1987/88:SoU16 två motioner So473 (s) och So451 (fp) om bosättning och vårdansvar inom långvården. I motionen So473 anfördes kritik mot att landstingen skall behöva vara ense för att en långtidssjuk patient skall kunna flytta från det landsting, där vederbörande är bosatt, till ett annat. Motionärerna ansåg att detta förbehåll utgör en oacceptabel begränsning av den enskilda vårdtagarens beslutanderätt över sin egen bosättning. Liknande synpunkter framfördes i motionen So451. I denna begärdes ett tillkännagivande till regeringen om att en ändring av riksavtalet för hälso- och sjukvården måste komma till stånd.

Efter att ha redogjort för hur frågan tidigare behandlats, uttalade utskottet följande (s. 13).

Utskottet erinrar om de uttalanden som utskottet gjort i tidigare sammanhang om den stora vikten av att gamla, sjuka och handikappade människor får möjlighet att bo nära sina anhöriga. Att fritt kunna välja bostadsort måste vara en självklar rättighet för alla och måste även gälla den som under lång tid skall vårdas på institution. Praktiska svårigheter bör här inte få lägga hinder i vägen. Utskottet vill därför ännu en gång understryka betydelsen av att sjukvårdshuvudmännen tillämpar riksavtalets bestämmelser generöst och alltså försöker ordna så att långvårdspatienter som så önskar kan vårdas inom ett annat landsting. Patienternas bästa måste vara vägledande vid handläggningen av sådana frågor. Utskottet, som förutsätter att detta beaktas av sjukvårdshuvudmännen, anser inte att riksdagen har anledning att nu ta något initiativ i frågan. Utskottet avstyrker sålunda motionerna So473 (s) och So451 (fp).

Riksdagen följde utskottet (rskr. 200).

I propositionen (1987/88: 176) Äldreomsorgen inför 90-talet anförde föredragande statsrådet följande (s. 80).

Under efterkrigstiden har den geografiska rörligheten i det svenska samhället ökat påtagligt. Det betyder att många äldre människor har sina barn och anhöriga i övrigt på andra orter i landet än där de själva bor. För en del äldre människor och deras närstående är det av stor betydelse att det geografiska avståndet mellan dem kan minskas genom att den äldre flyttar nära de anhöriga.

För människor som till följd av funktionshinder behöver service eller vård är emellertid möjligheten att flytta begränsad. Enligt min mening bör målet vara att alla människor oberoende av service- eller vårdbehov skall kunna byta bostads- eller vistelseort.

Från den enskildes synpunkt kan det vara viktigt att kunna flytta till en annan kommun även av andra skäl än familjeband på orten. Människor

kan t. ex. vilja flytta till en ort där personer med samma etniska bakgrund bor.

Även för yngre personer med handikapp, som behöver bo i servicebostad, är möjligheterna att flytta begränsade. De problem som är förknippade med nuvarande bestämmelser är alltså inte begränsade till äldre människor, utan gäller i minst lika hög grad yngre personer med olika slag av handikapp. Yngre människor kan behöva flytta för att genomgå utbildning, rehabilitering eller för att få lämpligt arbete.

I första hand anser jag det angeläget att de som har en anknytning till den aktuella orten skall ges möjlighet att flytta. Samma möjlighet bör gälla för den som vill flytta på grund av att den form av boende, vård eller andra insatser som den enskilde behöver inte finns att tillgå på hemorten.

Enligt vad som framhölls i propositionen borde man i första hand pröva möjligheten att lösa frågan på frivillig väg genom överenskommelser mellan huvudmännen. Först om detta inte visade sig vara en framkomlig väg borde andra åtgärder övervägas.

Socialutskottet behandlade propositionen om äldreomsorgen inför 90-talet i betänkandet 1988/89:SoU6. Utskottet delade uppfattningen att äldreomsorgen måste bygga på de tre grundläggande principerna om integritet, trygghet och valfrihet. Valfriheten måste gälla såväl för den som trots stort vårdbehov vill bo kvar i den egna bostaden som för den som inte längre kan eller vill bo kvar i ordinärt boende utan vill flytta till någon särskild boende- eller vårdform. Valfriheten är enligt utskottet också en fråga om att gamla människor får möjlighet att bo nära sina anhöriga. Utskottet erinrade om att det tidigare uttalat sig för att gamla t. ex. skall kunna få servicebostad i annan kommun eller vård i annat landsting. Utskottet anförde att det lägger stor vikt vid att denna fråga kan få en tillfredsställande lösning och utgick därför ifrån att regeringen skulle återkomma till riksdagen med resultatet av de överläggningar som skedde i äldredelegationen.

Riksdagen anslöt sig till vad utskottet uttalat (rskr. 55).

Landstingsförbundets rekommendation

Vid sammanträde den 10 november 1988 har Landstingsförbundets styrelse beslutat rekommendera landstingen och medlemskommunerna att både som hemlandsting och vårdlandsting medverka när en långtidssjuk patient önskar somatisk eller psykiatrisk långtidssjukvård i ett främmande landsting och att fr. o. m. den 1 januari 1989 tillämpa riksavtalet med vissa ändringar. Dessa innebär att sjukvårdshuvudmännen åtar sig att ta emot långtidssjuka patienter inom såväl somatisk som psykiatrisk vård utan krav på remiss eller särskilda motiv för önskan att flytta. Inom långtidsvården blir utomlänspatienter likställda med inomlänspatienter.

Rekommendationen innebär vidare att hemlandstinget behåller betalningsansvaret för patienten under ett år. Därefter anses vårdlandstinget som nytt hemlandsting med den följden att betalningsansvaret övergår till den nya landstingskommunen.

Rekommendationen gäller fr. o. m. den 1 januari 1989. För patienter som vid den tidpunkten vårdas i ett främmande landsting ligger kostnads-

ansvaret kvar på hemlandstinget i ett år fr. o. m. den 1 januari 1989 oavsett hur länge de vårdats i det främmande landstinget.

Svenska kommunförbundets rekommendation

Enligt 6 § socialtjänstlagen har den enskilde rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Av 3 § framgår att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Bestämmelsen har avgörande betydelse för ansvarsfördelningen kommunerna emellan. Det är den kommun där den enskilde befinner sig, när hjälpbehovet uppkommer, som har ansvaret för att den enskilde får den hjälp som han behöver (prop. 1979/80: 1 del A s. 523). Socialnämnden i annan kommun än där man vistas anses inte annat än undantagsvis ha skyldighet att pröva en ansökan om bistånd. Det innebär att en ansökan om plats i servicehus eller serviceboende i annan kommun än där man vistas inte behöver tas upp till prövning. I allmänhet har kommunerna även infört sådana regler att ansökan om plats i servicehus eller serviceboende avslås om sökanden inte är bosatt eller vistas i kommunen.

Svenska kommunförbundets styrelse har emellertid den 19 maj 1989 beslutat rekommendera sina medlemskommuner att positivt verka för att äldre personer och personer med handikapp ges möjlighet att erhålla bostad i servicehus med helinackordering (ålderdomshem) eller servicebostad i annan kommun än hemkommunen. Därvid bör kommunen ägna särskild uppmärksamhet åt personer med anknytning till kommunen.

Rekommendationen innebär även att både hemkommunen och inflyttningskommunen bör medverka och ge den hjälp som behövs vid flyttningen. De hinder som kan finnas för tilldelning av plats, t. ex. krav på mantalsskrivning eller kyrkoskrivning i kommunen, bör enligt rekommendationen slopas. Krav på betalning kommunerna emellan bör inte förekomma. I sistnämnda hänseende föreslås dock vissa övergångsregler vad gäller personer som redan erhållit plats i annan kommun än hemkommunen. Rekommendationen gäller fr. o. m. den 1 juli 1989.

Äldredelegationen

I propositionen (1987/88: 176) Äldreomsorgen inför 90-talet, redovisas regeringens mål och riktlinjer samt förslag till utveckling av äldreomsorgen. I samband med att propositionen förelades riksdagen inrättade regeringen en särskild delegation – äldredelegationen (S 1988:A).

Äldredelegationen fick i uppdrag att utarbeta ett förslag till närmare utformning av en ändrad ansvarsfördelning mellan huvudmännen inom samhällets äldreomsorg samt att analysera organisatoriska, rättsliga och ekonomiska konsekvenser av en sådan förändring. I uppdraget ingick också att analysera behovet av medicinska insatser för äldre samt äldres behov av service och omvårdnad.

Vidare ingick det i delegationens arbete att ange former för hur äldre och

handikappade personer som har behov av särskilda boende- och vårdformer skall kunna flytta till annan kommun eller landstingskommun.

Delegationen överlämnade i maj 1989 rapporten (Ds 1989:27) Ansvaret för äldreomsorgen. I rapporten har delegationen lagt fram vittgående förslag i syfte att få ett mera samlat ansvar för primärkommunerna vad gäller insatser såväl för äldre som andra.

Delegationen tar i rapporten även upp frågan om möjligheterna för enskilda att kunna flytta till sjukhus i annan landstingskommun eller servicebostad i annan kommun. I rapporten redovisas de rekommendationer som Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet utfärdat i frågan.

3.2 Överväganden angående rätten att flytta

Min bedömning: De av Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet utfärdade rekommendationerna svarar väl mot de önskemål riksdagen uppställt vad gäller möjligheterna för enskilda att kunna flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller serviceboende i annan kommun än hemkommunen. Utfallet av rekommendationerna bör följas upp. Om de inte skulle få avsedd effekt bör särskild lagstiftning övervägas.

Äldredelegationens bedömning: Syftet med de av Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet utfärdade rekommendationerna är att öka den enskildes valfrihet. Frågan om rätt för enskilda att kunna flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller serviceboende i annan kommun än hemkommunen bör enligt delegationen kunna få en tillfredsställande lösning genom de av förbunden utfärdade rekommendationerna. Någon tvingande lagstiftning om rätt för enskilda att kunna flytta föreslås därför inte.

Utfallet av rekommendationerna bör enligt delegationen följas upp och utvärderas. Delegationen anser att detta är en uppgift som bör läggas på socialstyrelsen. Uppföljningen bör ske i samarbete med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet och redovisas senast under år 1992.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser som uttalat sig i frågan har ställt sig positiva till delegationens bedömning eller inte haft någon erinran mot denna. Av landstingskommunerna har 18 stycken uttalat sig i frågan. Samtliga är positiva till delegationens bedömning. Det gäller även merparten av de 43 kommuner, som uttalat sig i frågan. Endast två kommuner har avstyrkt att enskilda ges rätt att fritt kunna flytta. Några av remissinstanserna påpekar behovet av en noggrann utvärdering innan slutlig ställning kan tas till frågan om behovet av en eventuell lagfäst rätt för enskilda att kunna flytta.

Handikappförbundens Centralkommitté (HCK), De Handikappades Riksförbund (DHR) och Synskadades riksförbund (SRF) har i ett gemensamt yttrande uttalat sig för att införa en "lagfäst rätt för den enskilde att flytta till särskild boendeform i annan kommun".

Länsrätten i Stockholms län anser att "flyttningsmöjligheterna bör göras till en rättighet för den enskilde".

Länsstyrelsen i Älvsborgs län efterfrågar lagstiftning som "reglerar frågan om plats i annan kommun".

Juridiska fakultetsstyrelsen vid Uppsala universitet ifrågasätter "om inte en för den enskilde så central rätt som att fritt få välja att flytta till sjukhus eller sjukhem i annat landsting borde komma till uttryck i lagtext".

Göteborgs kommun anser att förslaget inte tillräckligt garanterar rätt för äldre och handikappade att fritt kunna flytta inom landet.

Helsingborgs kommun vill ha lagstiftning i frågan.

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) tror "att det kan vara svårt att få någon mer djupgående förändring till stånd utan stöd av lagstiftning" men anser "dock att det kan vara värt att ännu avvakta något år för att se om rekommendationen från Landstingsförbundet kommer att ge mer positiva resultat än dem vi känner hittills".

Skälen för min bedömning: Riksdagen har i tidigare sammanhang uttalat sig för att enskilda personer måste ges vidgade möjligheter att kunna flytta till långvårdsplats i annat landsting eller serviceboende i annan kommun. Principerna om integritet, trygghet och valfrihet förutsätter att den enskilde, som är i behov av plats inom långtidssjukvården eller av servicebostad, kan få detta behov tillgodosett även i annan landstingskommun eller i annan kommun än där vederbörande är bosatt. Stor enighet har rått om att den som är i behov av sjukvård eller social service inte skall ha sämre möjligheter att kunna flytta vart han vill än vad andra människor har.

Jag har stor förståelse för de synpunkter som kommit fram hos vissa remissinstanser om behovet av en lagfäst rätt för enskilda att kunna flytta till långvårdsklinik i annat landsting än det egna eller servicebostad i annan kommun än den egna. Genom Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets rekommendationer bör emellertid frågan om enskilds möjligheter att kunna flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller servicebostad i annan kommun än hemkommunen kunna få en tillfredsställande lösning helt i enlighet med de önskemål riksdagen ställt upp. Rekommendationerna gäller även personer som ännu inte fått långvårdsplats eller servicebostad men som önskar få detta på annan ort.

Jag utgår ifrån att landstingskommunerna och kommunerna kommer att följa de av förbunden utfärdade rekommendationerna. Någon tvingande lagstiftning är då inte nödvändig.

De av Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet utfärdade rekommendationerna bör enligt vad jag sagt nyss i och för sig vara tillräckliga för att uppnå de mål som riksdagen i olika sammanhang angett när det gäller enskildas rätt att flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller servicebostad i annan kommun än hemkommunen. Det är emellertid viktigt att följa upp och utvärdera utfallet av rekommendationerna. Äldredelegationen har också föreslagit att socialstyrelsen ges ett sådant uppdrag och att uppdraget redovisas senast under år 1992.

Jag delar delegationens uppfattning. Det är synnerligen viktigt att det blir en allmän uppslutning kring rekommendationerna. Skulle det visa sig att enskildas möjligheter att kunna flytta till långvårdsplats i annat lands-

ting eller servicebostad i annan kommun inte vidgas på avsett sätt, bör särskild lagstiftning övervägas. Jag ämnar därför föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att följa upp rekommendationerna.

3.3 Befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård åt utomlänspatient

Mitt förslag: I 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) införs en bestämmelse som ger landstingskommun eller motsvarande vidgad befogenhet att ta emot personer bosatta i annat landsting för vård.

Äldredelegationens förslag: Överensstämmer i sak med mitt.

Remissinstanserna: Ett fåtal remissinstanser har uttalat sig om utformningen av den föreslagna bestämmelsen.

Juridiska fakultetsstyrelserna vid Uppsala och Lunds universitet har i underremiss till Universitets- och högskoleämbetet tillstyrkt det av delegationen utformade förslaget.

Landstingsförbundet har föreslagit en delvis annorlunda utformning av den aktuella bestämmelsen.

Skälen för mitt förslag: Enligt 8 kap. 5 § regeringsformen skall föreskrifter om kommunernas (primärkommuner och landstingskommuner) befogenheter och åligganden meddelas i lag. Befogenheten att bedriva hälso- och sjukvård måste alltså framgå av lag.

Skyldighet och befogenhet att bedriva hälso- och sjukvård framgår av HSL. Av 3 § framgår att landstingskommunen (och motsvararande) skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Enligt 4 § är landstingskommunen vidare skyldig att, om någon som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, erbjuda sådan vård.

Den i 3 och 4 §§ angivna skyldigheten att bedriva hälso- och sjukvård kompletteras av en bestämmelse i 9 § om befogenhet att meddela hälso- och sjukvård. Det gäller den s. k. regionsjukvården eller "hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner". Bestämmelsen i 9 § reglerar således landstingskommunernas roll i regionsjukvårdssamarbetet. Regeringen har meddelat föreskrifter om regionindelningen i förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. Härigenom ges landstingskommunerna befogenhet att meddela hälso- och sjukvård också åt andra patienter än sådana som avses i 3 och 4 §§.

I vilka fall den nu nämnda befogenheten, dvs. att inom ramen för regionsjukvården meddela hälso- och sjukvård även till andra än dem som avses i 3 och 4 §§, skall användas har preciserats i en rekommendation av Landstingsförbundets styrelse, det s. k. riksavtalet. Detta avser samarbete mellan landstingskommunerna inom varje region men också samverkan med landstingskommun utanför regionen när det gäller vård inom specialitet som inte är representerad inom den aktuella regionen. Riksavtalet ger

således patienter möjlighet att få remiss för högspecialiserad vård i annan landstingskommun än den egna. Det är också detta som utgör anledningen till bestämmelsen i 9 §.

Riksavtalet ger emellertid också möjlighet till utomlänsvård av humanitära eller sociala skäl. En förutsättning härför är dock att det finns remiss. Det mottagande landstinget avgör själv om det skall ta hänsyn till de åberopade humanitära eller sociala skälen. Hemlandstinget har dock betalningsansvaret för patienten under hela vårdtiden.

Utöver de särskilda bestämmelser som finns om kommunernas befogenhet att bedriva viss verksamhet, gäller enligt 1 kap 4 § kommunallagen (1977: 179) att kommuner och landsting själva får vårda sina angelägenheter. Innebörden av den bestämmelsen är att varje kommun – utöver vad som särskilt anges i lag – har rätt att driva sådan verksamhet som anses tillgodose kommunmedlemmarnas gemensamma intresse.

Med stöd härav kan en landstingskommun t. ex. erbjuda andra sjukvårdshuvudmän att få utnyttja "överkapacitet" inom landstingets hälso- och sjukvård. Det står i överensstämmelse med kommunmedlemmarnas gemensamma intresse att platser, som inte kan utnyttjas av dem själva eller av akutpatienter, erbjuds andra intressenter.

Däremot kan en sjukvårdshuvudman inte med stöd av vare sig HSL eller kommunallagen erbjuda utomlänspatienter att på lika villkor som inomlänspatienter få hälso- och sjukvård i andra fall än som följer av 4 och 9 §§ HSL. Härför krävs en särskild bestämmelse som ger landstingen en sådan befogenhet. Mitt förslag om en ny bestämmelse i 4 § avser att ge sjukvårdshuvudmännen en sådan befogenhet att de kan följa den av Landstingsförbundet utfärdade rekommendationen.

För socialtjänstens del gäller följande. Med stöd av 72 § socialtjänstlagen kan ett ärende, som avser vård eller annan åtgärd beträffande enskild person, flyttas över till annan socialnämnd, om den nämnden samtycker till det. Denna bestämmelse är tillräcklig för att kommunerna skall kunna följa den av Svenska kommunförbundet utfärdade rekommendationen.

4 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763),
2. lag om ändring i lagen (1966: 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall,
3. lag om ändring i transplantationslagen (1975: 190),
4. lag om ändring i passlagen (1978: 302),
5. lag om ändring i lagen (1985: 12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus,
6. lag om ändring i lagen (1988: 870) om vård av missbrukare i vissa fall,
7. lag om ändring i smittskyddslagen (1988: 1472).

Förslaget under 4 har upprättats i samråd med chefen för justitiedepartementet.

Lagförslagen har, utom vad gäller 4 § i förslaget under 1, granskats av lagrådet.

5 Specialmotivering

5.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

4 §

I ett nytt andra stycke i paragrafen föreslås att sjukvårdshuvudmännen även i andra fall än då det rör sig om akutsjukvård skall kunna erbjuda utomlänspatienter hälso- och sjukvård. En sådan bestämmelse behövs för att en sjukvårdshuvudman skall anses ha befogenhet att kunna erbjuda utomlänspatienter vård och behandling på samma villkor som inomlänspatienter. Den av Landstingsförbundet utfärdade rekommendationen om utökade flyttningsmöjligheter kan då följas av sjukvårdshuvudmännen utan att risk föreligger för att ett beslut om en överflyttning skall kunna ogiltigförklaras på grund av bristande lagstöd.

Bestämmelsen har utformats i enlighet med Landstingsförbundets förslag i remissyttrandet. En landstingskommun (eller motsvarande) ges befogenhet att också i andra fall än som sägs i paragrafens första stycke erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i annan landstingskommun, om landstingskommunerna kommer överens härom. En sådan överenskommelse träffas i regel genom att landstingskommunen ansluter sig till ett riksavtal med detta innehåll.

Andra exempel – utanför riksavtalet – finns från Göteborgs- och Malmöområdena. Där är gränserna mellan sjukvårdsområdena dragna så att de ofta passeras när människor reser till sitt arbete eller söker service. För att befolkningen ändå skall kunna få sjukvård på närmaste håll och för att resurserna skall utnyttjas effektivt har de berörda huvudmännen slutit samverkansavtal. Enligt dessa kan medlemmarna i en landstingskommun (eller motsvarande) vanligen få även icke akut vård i en annan landstingskommun. Det är tänkbart att liknande avtal framöver kan komma till stånd även på andra håll, främst i syfte att öka patienternas valfrihet.

I förhållande till den totala sjukvården torde utomlänsvård med stöd av olika avtal vara av marginell omfattning.

13 §

Bestämmelsen i första stycket andra meningen motsvarar i sak förslaget i departementspromemorian. Den avvikelsen föreligger dock att patientansvarig läkare skall utses endast vid en sådan enhet som leds av en chefsöverläkare.

Syftet med bestämmelsen är att skapa förutsättningar för att patienten på ett bättre sätt än för närvarande skall få en starkare anknytning till en viss läkare vid kontakter med hälso- och sjukvården. Bestämmelsen innebär att det vid patientens första besök i en vårdepisod skall utses en viss

läkare som har ett särskilt ansvar för patienten under hela vårdepisoden. I de fall det är praktiskt möjligt skall patienten ges tillfälle att träffa samma läkare också vid olika vårdepisoder.

Patienten bör redan vid sitt första besök klart och entydigt informeras om vem som utsetts till patientansvarig läkare. Även annan än patienten kan behöva underrättas, t. ex. föräldrarna om patienten är ett barn. Uppgift om läkarens namn bör lämnas. Det kan således inte anses tillräckligt att utse innehavaren av en viss befattning till patientansvarig läkare. Vidare bör upplysning lämnas om när och hur läkaren kan nås.

Att utse patientansvarig läkare ingår i chefsöverläkarens ledningsuppgifter. Av bestämmelserna i 14 § framgår att sådana uppgifter får delegeras.

Uppgiften att vara patientansvarig läkare innebär en skyldighet att etablera en så nära kontakt med patienten som dennes situation kräver. Det innebär bl. a. att den patientansvarige läkaren skall se till att han själv kan ta emot patienten vid planerade återbesök som kräver läkares medverkan. Endast om särskilda skäl talar för något annat bör avsteg från denna regel göras. Det särskilda patientansvaret är dock begränsat till den tid då läkaren är i tjänst. Om patienten oplanerat uppsöker hälso- och sjukvården när den patientansvarige läkaren inte är i tjänst, får patienten naturligtvis tas emot av en annan tillgänglig läkare som har att ta ställning till vad patientens situation kräver. Om patientens besök föranleder ett återbesök bör detta förläggas till en tidpunkt när den patientansvarige läkaren åter är i tjänst. Självklart förutsätts att den läkare som har tagit emot patienten underrättar den patientansvarige läkaren om besöket och om sådana uppgifter om besöket som denne kan behöva känna till. Vilka uppgifter i övrigt som ankommer på den patientansvarige läkaren och hur patienterna kan fördelas på patientansvariga läkare har redovisats i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.12).

Om den situationen skulle uppkomma, att den ledningsansvarige läkaren – chefsöverläkaren eller den läkare till vilken den berörda ledningsuppgiften har delegerats – och den patientansvarige läkaren inte bedömer patientens situation på samma sätt eller har olika uppfattningar om de åtgärder som bör vidtas och frågan inte kan lösas på något annat sätt, förutsätter ledningsansvaret att den ledningsansvarige läkaren själv tar över den patientansvarige läkarens ansvar för patienten eller för över det på någon annan läkare.

Sedan patientansvarig läkare har utsetts, bör så långt möjligt undvikas att flytta över ansvaret för patienten på någon annan läkare. I vissa situationer kan det dock vara motiverat att utse en ny patientansvarig läkare. Om patientens situation kräver att han överförs till en annan enhet för undersökning eller vård och behandling, torde det ofta vara befogat att utse en ny patientansvarig läkare vid denna enhet. Helt tillfälliga besök för undersökning eller vård och behandling på en annan enhet bör dock inte föranleda att ansvaret för patienten ändras. Under en sådan vistelse bör den patientansvarige läkaren hålla en så nära kontakt med patienten att denne hålls informerad om syftet med de åtgärder som vidtas eller planeras. En annan situation då det kan finnas skäl att utse en ny patientansvarig läkare är när patienten förklarar sig ha svårt att etablera ett förtroende-

fullt samarbete med den utsedde läkaren. Så långt det är praktiskt möjligt bör därför sörjas för att den patientansvarige läkaren har patientens fulla förtroende.

Att endast den som har svensk legitimation som läkare kan utses till patientansvarig läkare framgår av lagtexten.

14 §

De föreslagna ändringarna i förevarande paragraf har stora likheter med motsvarande förslag i departementspromemorian. De föreslagna uppgifterna för den ledningsansvarige läkaren överensstämmer med promemorieförslaget. På vissa punkter skiljer sig dock förslagen från promemorian. Den i sak viktigaste skillnaden är att bestämmelserna om ledningsansvar inte skall gälla beträffande alla enheter för diagnostik eller vård och behandling utan endast vissa av dessa, nämligen de enheter som allmänt sett har en sådan verksamhet att patienternas säkerhet i vården kräver att en läkare svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En annan skillnad är att den ledningsansvarige läkaren skall benämnas chefsöverläkare och inte huvudläkare. Vidare skall chefsöverläkaren, till skillnad mot promemorieförslaget, utan särskilda begränsningar i lag kunna delegera enskilda ledningsuppgifter till befattningshavare vid enheten. Enligt promemorieförslaget skulle ledningsuppgift som avser diagnostik eller vård och behandling samt uppgiften att utse patientansvarig läkare kunna delegeras endast till specialistkompetenta läkare.

Första stycket. Chefsöverläkarens ledning skall omfatta den totala verksamheten vid enheten, dvs. både de administrativa och de medicinska funktionerna. Hur stor en sådan enhet skall vara får huvudmannen avgöra med hänsyn till lokala förutsättningar, verksamhetens art och inriktning m. m. Som framgår av den allmänna motiveringen har det bedömts lämpligt att enheten har en storlek som motsvarar ungefär den nuvarande klinikens. Beträffande den öppna vården utanför sjukhus är det inte möjligt att ange något riktmärke för enheternas storlek. Här får lokala förutsättningar och önskemål vara avgörande. Utvecklingen mot gemensamma avdelningar och patienthotell liksom primärvårdens utbyggnad och struktur kan givetvis bli av betydelse för den organisatoriska indelningen. Enheten behöver inte vara geografiskt begränsad till t. ex. ett sjukhus eller en vårdcentral utan kan omfatta verksamhet både inom och utom ett sjukhus och verksamhet vid flera vårdinrättningar. Med verksamhetsområde avses här inte detsamma som specialitet. Enhetens verksamhetsområde kan således inrymma en eller flera specialiteter.

Sjukvårdshuvudmannen beslutar hur hälso- och sjukvårdsverksamheten skall vara organiserad. Detta kan ske genom en organisationsplan av vilken det – översiktligt eller så detaljerat som man lokalt kan finna befogat – framgår vilka resurser som skall finnas och hur dessa skall användas i organisatoriskt hänseende. I den dagliga verksamheten vid enheten är chefsöverläkaren i princip bunden av den organisationsplan sjukvårdshuvudmannen fastställt. Chefsöverläkaren har dock rätt att i betydande utsträckning själv lösa akuta problem. Det får vara en uppgift för

sjukvårdshuvudmannen att inom ramen för den aktuella organisationsbeskrivningen eller på annat sätt ange vad som skall gälla i denna del och dra upp de gränser som behövs.

För sjukvårdshuvudmannen är det nödvändigt att ha möjlighet att fortlöpande följa och värdera hälso- och sjukvårdsverksamheten. Detta innebär att chefsöverläkaren måste informera den politiska och administrativa ledningen om bl. a. befarade risker för avvikelser från politiskt beslutade riktlinjer beträffande köer och vårdtider. Han är också skyldig att informera huvudmannen när det t. ex. finns risk för att enhetens budget kommer att överskridas eller att inskränkningar i driften kan behöva göras till följd av svårigheter att rekrytera personal eller av någon annan liknande anledning.

Att chefsöverläkaren skall ha ett samlat ledningsansvar för enheten innebär bl. a. att de medicinska ledningsuppgifter som i dag ligger på överläkare och distriktsläkare kommer att flyttas över på chefsöverläkaren. Överläkarnas och distriktsläkarnas lagreglerade ställning som ytterst ansvariga för den medicinska verksamheten inom ett visst verksamhetsområde kommer därmed att upphöra. När det gäller frågor som rör vården av enskilda patienter kan det bli aktuellt för hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd att pröva om chefsöverläkaren har brustit i sin ledningsfunktion.

Regeringen har uppdragit åt en särskild utredare att se över bestämmelserna om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen, m. m. (S 1987:03). Enligt uppdraget skall utredaren redovisa sina förslag under år 1990.

En av många uppgifter för chefsöverläkaren är att organisera jourverksamheten, dvs. den nödvändiga hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs utom ordinarie arbetstid. Det är en uppgift för chefsöverläkaren att efter huvudmannens riktlinjer se till att jourverksamheten organiseras på ett sådant sätt att HSL:s krav på verksamheten kan uppfyllas. Chefsöverläkaren svarar således för kvaliteten och säkerheten i jourverksamheten inom sin enhet. Med den uttolkning som har gjorts av de hittills gällande bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret har det inte varit möjligt att under jour lägga ledningsansvaret för ett medicinskt verksamhetsområde på någon annan läkare än den som är specialistkompetent inom just det området. Bestämmelserna om ett samlat ledningsansvar innebär inte någon sådan begränsning. Chefsöverläkaren har att se till att de läkare som ansvarar för jourverksamheten har tillräcklig kompetens för uppgiften. Utgångspunkten är att enhetens verksamhet skall vara så organiserad och ha en sådan inriktning att patienternas säkerhet kan tillgodoses på ett betryggande sätt dygnet om. Detta behöver dock inte innebära att den läkare som är ansvarig för den s. k. bakjouren nödvändigtvis måste vara specialistkompetent inom mer än en av de specialiteter som jourverksamheten omfattar. Däremot förutsätter naturligtvis vårdkvaliteten och patienternas säkerhet i vården att den jouransvarige läkaren allmänt sett har tillräckliga förutsättningar för uppgiften. Att han har en lämplig specialistkompetens ligger i sakens natur. Vilken kompetens som skall krävas får avgöras från fall till fall. Det finns inget som hindrar att berörda chefsöverläkare, inom ramen för vad sjukvårdshuvudmannen bestämt om jourverksamheten, anordnar s. k. samjour även i bakjourledet mellan olika specialiteter och verksamhetsområden eller mellan olika sjuk-

hus och vårdcentraler under förutsättning att kvaliteten och säkerheten i vården kan garanteras.

Hur jourverksamheten närmare skall organiseras är en fråga för sjukvårdshuvudmannen och de berörda chefsöverläkarna. Här kan förutsättningarna vara helt olika mellan stora och små sjukhus. Vid stora, specialiserade sjukhus med omfattande akutverksamhet behövs i allmänhet flera jourhavande läkare med olika inriktning, medan mindre sjukhus ofta kan klara sig med en mer begränsad läkarinsats.

För patientens säkerhet i vården är det viktigt att den läkare som har s. k. primärjour, dvs. den läkare som tar emot och undersöker patienten under jourtid, har legitimation för läkaryrket. Detta innebär att läkare under allmäntjänstgöring, s. k. AT-läkare, inte bör självständigt upprätthålla primärjour. I avvaktan på en jämnare fördelning av läkare inom landet torde det dock vara nödvändigt att ännu en tid godta att erfarna AT-läkare i vissa fall svarar för primärjouren. Eftersom endast legitimerade läkare skall kunna utses som patientansvariga, kan utseendet av patientansvariga i dessa fall behöva anstå till efter jourtidens slut.

När det gäller chefsöverläkarens viktigaste uppgifter kan dessa sammanfattas i följande punkter:

- att säkerställa en god medicinsk kvalitet i arbetet,
- att svara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling samt verka för att sjukdomar och skador förebyggs,
- att sörja för kontinuitet i verksamheten genom att bl. a. svara för att en patientansvarig läkare utses för varje patient,
- att svara för prioritering mellan olika patientkategorier, för in- och utskrivning av patienter och för väntelistrutiner,
- att svara för att enhetens tillgängliga resurser disponeras effektivt och på ett sådant sätt att bästa möjliga resultat nås i den medicinska verksamheten,
- att svara för att säkra rutiner för verksamheten utarbetas och följs inom enheten i fråga om bl. a. journalföring och hantering av läkemedel och medicinsk-teknisk utrustning m. m.,
- att svara för att handledningen av läkare under vidareutbildning är väl organiserad och av god kvalitet,
- att se till att personalen får erforderlig handledning och inskolning för sina arbetsuppgifter och för användningen av teknisk utrustning samt får fortbildning,
- att svara för att jourverksamheten ordnas på ett ändamålsenligt sätt,
- att svara för enhetens vårdpolicy, exempelvis i form av vårdprogram, och att verka för att enhetens arbete följs upp och utvärderas,
- att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs samt meddela behövliga instruktioner och direktiv för verksamheten,
- att bereda möjlighet till forskning och utvecklingsarbete.

Lagrådet har i sitt yttrande i lagstiftningsärendet anfört att det är överflödigt att i förevarande paragraf ange att landstingskommunen bestämmer verksamhetsområdet för den enhet som chefsöverläkarens ledning skall avse. Lagrådet framhåller att det på grund av avfattningen av lagens

avsnitt om landstingskommunens ansvar (3–9 §§) står klart att landstingskommunen beslutar om bl. a. indelningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten inom sitt område i olika enheter.

Naturligtvis framgår det vid ett studium av det av lagrådet nämnda avsnittet i lagen att det är en uppgift för landstingskommunen att besluta om enhetsindelningen för hälso- och sjukvården inom landstingsområdet. Det kan likväl vara av visst värde att – i ett annat avsnitt av lagen – i samband med att lagregleringen om ledningsansvaret ändras och avgränsas till att avse vissa slags enheter inom hälso- och sjukvården låta lagtexten uppta en erinran om landstingskommunens bestämmande över enhetsindelningen. En motsvarande erinran finns för övrigt redan i paragrafens gällande lydelse. I lagrådsremissens lagförslag fick denna erinran bilda en egen mening och markerades därmed något mer än i gällande lydelse. I det nu framlagda förslaget har erinran infogats på liknande sätt som i gällande lagtext. Utformningen av paragrafens första stycke har i övrigt skett i enlighet med vad lagrådet har förordat.

Andra stycket. Frågan om delegering har relativt uttömmande behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.11). Utöver vad som där sägs kan följande framhållas. Inte sällan torde sjukvårdshuvudmannen välja att organisera verksamheten så, att en viss enhet indelas i delfunktioner där någon förordnas att under chefsöverläkaren svara för verksamheten vid en sådan delfunktion. Vidare torde det bli så att många vårdenheter kommer att inrymma ett antal avgränsade delområden. Det ankommer på sjukvårdshuvudmannen att fritt bestämma hur verksamheten skall organiseras och vilken personal som skall anställas på olika befattningar. I den mån chefsöverläkaren delegerar en ledningsuppgift är han skyldig att följa den av sjukvårdshuvudmannen bestämda organisationen. Detta innebär bl. a. att ledninguppgifter som delegeras skall läggas på kompetenta befattningshavare som sjukvårdshuvudmannen tillsatt under chefsöverläkaren. Det samlade ledningsansvaret ligger dock alltid kvar hos chefsöverläkaren. Att den som mottagit en ledningsuppgift inte har rätt att delegera den vidare till någon annan ligger i sakens natur.

För patientens säkerhet i vården och för tillsynsmyndighetens verksamhet är det av stor vikt att delegering sker på ett klart och entydigt sätt. Det får inte föreligga någon oklarhet beträffande den uppgift som har delegerats och innebörden av delegeringen. Chefsöverläkaren måste därför bemöda sig om att utforma sådana rutiner för delegeringsförfarandet att missförstånd i dessa avseenden så långt möjligt kan undvikas. Om delegeringen skall ske muntligen eller skriftligen får chefsöverläkaren avgöra från fall till fall. Så långt det är praktiskt möjligt bör dock ett skriftligt och standardiserat delegeringsförfarande eftersträvas. Vissa regler om delegering finns beskrivna i socialstyrelsens kungörelse (SOSFS(M) 1980: 100) med allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård m. m. Det är dock att märka att dessa regler inte är utformade med sikte på delegering av ledningsuppgifter som sker enligt förevarande paragraf.

I förhållande till lagrådsremissens lagförslag har andra stycket i paragrafen jämkats redaktionellt så som *lagrådet* har föreslagit.

Tredje stycket. Som framgår av den allmänna motiveringen bör det,

sedan regeringen förordnat om det, vara en uppgift för socialstyrelsen att bestämma vilka enheter som skall ledas av en chefsöverläkare (avsnitt 2.8). Styrelsens beslut kan ha formen av föreskrifter eller beslut i enskilda fall, beroende på vad som är lämpligast med hänsyn till verksamhetens inriktning, organisation etc. vid de berörda enheterna. Något hinder finns inte mot att styrelsen negativt anger bestämmelsens tillämpningsområde, dvs. utpekar de enheter som inte skall omfattas av en chefsöverläkares ledningsansvar.

15 §

Lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket har upphört att gälla den 1 juli 1984. Bestämmelser om behörighet för läkare att utöva yrke finns numera i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m. Paragrafen bör följaktligen ändras så att hänvisning görs till sistnämnda lag. Frågor som gäller paragrafens sakliga innehåll avses bli behandlade i ett senare sammanhang.

5.2 Förslagen beträffande övriga lagändringar

Benämningen distriktsläkare förekommer, utöver i HSL, endast i en lag, nämligen i 4 § lagen (1982:764) om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m. m. Skälen till att denna paragraf inte föreslås ändrad nu har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.13).

Benämningen överläkare förekommer i flera andra lagar än HSL. Oftast föreskrivs i dessa lagar att överläkaren har att vidta åtgärder eller fatta beslut av olika slag. Beträffande de allra flesta lagarna är åliggandena av så begränsad omfattning att överläkarens uppgifter utan problem kan läggas på chefsöverläkaren. Detta är fallet med transplantationslagen (1975:190), lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och smittskyddslagen (1988:1472). Såvitt gäller ändringen i transplantationslagen bör, såsom *lagrådet* påpekat, uttrycket "läkare som ansvarar för vården" inte kunna anses syfta på den patientansvarige läkaren enligt den nya bestämmelsen i 13 § HSL.

När det gäller lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) är situationen en annan. I denna lag finns åtskilliga föreskrifter som innebär åligganden för överläkaren. Enligt 2 § andra stycket gäller vad som i lagen sägs om överläkare även biträdande överläkare som har anförtrotts särskild sjukavdelning. Vidare får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer uppdra åt någon annan läkare att fullgöra uppgifter som enligt lagen ankommer på överläkaren. Åliggandena för överläkare m. fl. är ofta av komplicerad natur och har stor kvantitativ omfattning. Det är därför inte praktiskt möjligt att lägga alla dessa uppgifter, som för övrigt avser beslutsfattande i särskilda patientärenden och därför knappast kan betraktas som egentliga ledningsuppgifter, på

chefsöverläkaren. I avvaktan på en ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård är en praktisk lösning att ändra 2 § andra stycket så att det föreskrivs att med överläkare förstås i lagen en chefsöverläkare som avses i 14 § HSL och att denne får uppdra åt erfarna läkare med specialistkompetens inom psykiatrin att fullgöra de uppgifter som enligt lagen ankommer på en överläkare. Ändringen förutsätter att enheter som får ge psykiatrisk tvångsvård kommer att ledas av chefsöverläkare. Med en sådan ändring av 2 § kan verksamheten inom den psykiatriska tvångsvården fortgå i princip som hittills utan hinder av att överläkarfunktionen enligt HSL försvinner. Denna lösning innebär också att passlagen (1978:302) – med hänsyn till dess 34 § – endast behöver ändras så att benämningen överläkare byts ut mot chefsöverläkare.

Liksom när det gäller bestämmelserna om chefsöverläkares ledningsfunktion enligt 14 § HSL är det avsikten att den nya bestämmelsen i 13 § samma lag skall slå igenom också inom den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med stöd av LSPV. Med utgångspunkt i att chefsöverläkare kommer att finnas vid alla enheter där psykiatrisk tvångsvård bedrivs skall det således för varje patient utses en patientansvarig läkare med de uppgifter som angetts i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.12) och i specialmotiveringen till 13 § förslaget till lag om ändring i HSL. Det är att märka att den patientansvarige läkaren inte enbart av det skälet att han utsetts som patientansvarig ges någon befogenhet att träffa avgöranden om åtgärder som enligt LSPV skall beslutas av läkare med särskild kompetens och erfarenhet. Såsom *lagrådet* har framhållit får frågan om ytterligare följdändringar behövs på detta område med anledning av ändringarna i HSL behandlas under den pågående beredningen av ärendet om ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård.

6 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att anta förslagen till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall,
3. lag om ändring i transplantationslagen (1975:190),
4. lag om ändring i passlagen (1978:302),
5. lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus,
6. lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
7. lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472).

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att

8. ta del av vad jag har anfört om rätten att flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller till serviceboende i annan kommun än hemkommunen (avsnitt 3.2).

7 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och det ändamål som föredraganden har hemställt om.

Departementspromemorians lagförslag

1 Förslag till

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

Härigenom föreskrivs att 13 och 14 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
13 §	
I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård.	I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård. *För varje patient skall utses en patientansvarig legitimerad läkare.*

Om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

14 §[1]	
En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distrikts-läkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares åligganden kan omfatta även verksamhet utanför sjukhuset och en distriktsläkares åligganden även verksamhet på sjukhus. Vid utövandet av denna ledning skall *läkaren* i frågor som inte rör vården av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela. *Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.*	*Vid en enhet för diagnos eller vård och behandling med det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer skall finnas en särskild specialistkompetent läkare som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns huvudläkare.* Vid utövandet av denna ledning skall *huvudläkaren* i frågor som inte avser diagnos eller vård och behandling eller utseende av patientansvarig läkare följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela. *Huvudläkaren får uppdra åt annan personal vid enheten med tillräcklig utbildning och erfarenhet att fullgöra uppgifter inom hans ledningsansvar. Ledningsuppgift som avser diagnos eller vård och behandling samt uppgiften att utse patientansvarig läkare får anförtros endast specialistkompetenta läkare.*

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen får för särskilt fall medge undantag från bestämmelsen i första stycket.

Denna lag träder i kraft.....

[1] Senaste lydelse 1983: 335.

Sammanställning av remissyttranden över departementspromemorian (Ds S 1987: 4) Ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården m. m.

1 Remissinstanser

Efter remiss har yttrande över promemorian inkommit från riksdagens ombudsmän (JO), justitiekanslern (JK), socialstyrelsen, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), Göta hovrätt, kammarrätten i Stockholm, Landstingsförbundet, Sjukvårdens- och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), centralorganisationen SACO/SR, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF).

Vissa remissinstanser har vidareremitterat promemorian. En del av dessa har bilagt underinstansernas yttranden. Således har UHÄ bilagt yttranden från Karolinska institutet (KI), Uppsala universitet, Universitetet i Linköping och Göteborgs universitetet. SACO/SR har bilagt yttranden från Sveriges Psykologförbund, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR), Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, Svenska Sjukhusfysikerförbundet, Sveriges tandläkarförbund och Sveriges socionomers personal- & förvaltningstjänstemäns riksförbund (SSR). TCO har bilagt yttrande från Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) och LO från Svenska kommunalarbetareförbundet (SKAF).

Vissa underinstanser har yttrat sig såväl till sin huvudorganisation som direkt till socialdepartementet. Detta gäller Sveriges Psykologförbund, LSR , Svenska Sjukhusfysikerförbundet och SHSTF.

Från medicinkliniken vid Örnsköldsviks sjukhus har sänts ut en enkät med anledning av vissa förslag i promemorian. Enkäten har tillställts medicin- och kirurgklinikerna vid landets länsdelssjukhus. Enkätsvaren har översänts till socialdepartementet. Yttranden har vidare inkommit från PBU-mottagningarna i Täby, Spånga och Handen samt från Svenska föreningen för barnpsykiatriska kuratorer.

2 Sammanfattande helhetsomdöme

Förslaget om ett samlat ledningsansvar har i stort rönt ett positivt mottagande. Vissa remissinstanser anser emellertid att en lagreglering av detta ansvar inte är nödvändig. Andra menar att det är direkt olämpligt att lagreglera de delar som avser administrativa frågor.

Förslaget att i lag fastlägga att endast läkare kan åläggas ett samlat ledningsansvar har fått ett blandat mottagande. Flera remissinstanser anser att det inte i lag bör ställas krav på en viss yrkesutbildning för denna uppgift. Förslaget att för varje patient utse en patientansvarig läkare har till största delen fått ett positivt mottagande. Även i detta avseende finns det remissinstanser som menar att en lagreglering är onödig. Samtidigt påtalar flera instanser att det finns motsvarande behov av patientansvari-

ga befattningshavare inom andra yrkeskategorier, t.ex. sjuksköterskor, psykologer och sjukgymnaster.

Med vissa förbehåll tillstyrker i princip följande remissinstanser de förslag som lagts fram i promemorian: JO, JK, socialstyrelsen, HSAN, UHÄ med underinstanser, Göta hovrätt, kammarrätten i Stockholm, centralorganisationen SACO/SR, Sveriges läkarförbund, Sveriges tandläkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

Följande instanser tar avstånd från viktiga delar av förslaget: Landstingsförbundet, Spri, LO, TCO inkl. SHSTF, SKTF och följande underinstanser till SACO/SR, nämligen Sveriges Psykologförbund, LSR, Svenska Sjukhusfysikerförbundet och SSR.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter ställer sig avvaktande till förslagen.

3 Ett samlat ledningsansvar

Promemorians förslag om ett sammanhållet ansvar för ledningen av enheter som arbetar med diagnostik eller vård och behandling tillstyrks i princip av följande instanser: socialstyrelsen, HSAN, UHÄ inkl. underinstanser, Svenska Läkaresällskapet, Spri, Landstingsförbundet, centralorganisationen SACO/SR, Sveriges läkarförbund och Sveriges tandläkarförbund samt de instanser som generellt anfört att de inte har något att erinra mot förslagen – JO, JK, Göta hovrätt och kammarrätten i Stockholm.

Följande instanser tar avstånd från detta förslag: LO, TCO inkl. SHSTF, Sveriges Psykologförbund, LSR och Svenska Sjukhusfysikerförbundet.

JO menar att ett samlat ledningsansvar bör leda till en ökad säkerhet för patienterna.

HSAN framhåller att ett samlat medicinskt och administrativt ledningsansvar enligt nämndens erfarenheter skulle kunna bidra till en större klarhet i ansvarshänseende.

UHÄ understryker att den administrativa ledningen hör naturligt samman med ledningen av sakverksamheten – i sjukvård liksom i annan verksamhet.

KI finner det utmärkt att ändra nuvarande uppdelning i medicinskt och administrativt ledningsansvar.

Uppsala universitet framhåller att i modern sjukvård är de rent medicinska aspekterna på vården nära sammankopplade med de resursmässiga, organisatoriska och personella. Behovet av en samlad, slagkraftig ledning av kliniker och vårdcentraler är uppenbar.

Universitetet i Linköping anser förslaget vara utmärkt och väl i linje med funktionen av ett decentraliserat ekonomiskt system. Från organisationsteoretisk utgångspunkt blir den föreslagna lösningen logisk och enhetlig.

Kammarrätten i Stockholm anser att förslaget att samla det medicinska och det administrativa ledningsansvaret hos en kvalificerad läkare med specialistkompetens är ägnat att främja en effektiv och i övrigt god vård.

Landstingsförbundet finner förslaget att frångå en uppdelning i en medicinsk och en administrativ ledning vara den viktigaste förändringen enligt promemorian. Förbundet finner att förslaget "präglas av en samsyn hos utredningen och förbundsstyrelsen om behovet av en samlad och kompe-

tent professionell ledning av hälso- och sjukvården utöver den ledning som utövas på den politiska nivån". Förbundet framhåller vidare att ett sammanhållet ansvar, ett enda ledningsansvar, är nödvändigt för att verksamheten skall kunna drivas effektivt.

Spri instämmer i utredningens syn att det totala ansvaret för ledningen av en verksamhet bör ligga på en enda person. Liksom utredningen anser Spri att en uppdelning i medicinskt och administrativt ledningsansvar i många fall är svår att göra. Åtgärder inom det medicinska området får ofta administrativa konsekvenser och tvärtom.

LO föreslår att man i stället för att införa ett samlat ledningsansvar skall utse huvudläkare som skall ha medicinskt ledningsansvar. Samtidigt avstyrker LO förslaget att i lag slå fast att även det administrativa ledningsansvaret skall åläggas en huvudläkare. LO:s förslag skulle medföra att färre personer än i dag kommer att ha medicinskt ledningsansvar.

SKAF understryker att man inte kan acceptera att det administrativa ledningsansvaret regleras genom lagstiftning. Det enligt SKAF viktigaste skälet för att inte tvinga samman medicinskt och administrativt ledarskap är att de ställer krav på olika former av kompetens.

SHSTF anser att det medicinska ledningsansvaret knutet till överläkartjänster bör tas bort. Motivet som anförs är att en medicinsk enhet kan ha flera olika medicinskt ledningsansvariga vilket kan medföra risk för att olika medicinska direktiv utgår till sjukvårdspersonalen. SHSTF anser vidare att det inte finns någon anledning att återinföra ett lagreglerat administrativt ledningsansvar. Förbundet finner ett sådant förslag "fullständigt obegripligt mot bakgrund av utvecklingen sedan 70-talet inom det kommunala lagstiftningsområdet".

Centralorganisationen SACO/SR delar utredningens uppfattning att ett väl fungerande ledningsansvar förutsätter en samlad ledning av hela den verksamhet som skall styras.

LSR anser inte att den administrativa delen av ledningsansvaret skall regleras i lag.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter framhåller att förslaget inte får innebära att ledningen av den arbetsterapeutiska verksamheten fråntas chefsterapeuten vid enheter för arbetsterapi. De framhåller även att ett totalt ansvar för verksamheten fordrar gedigna kunskaper om och respekt för respektive verksamhet.

SKTF anser att en rättslig reglering av såväl det medicinska ledningsansvaret som det administrativa till en person skulle innebära att en flexibel och lokalt anpassad organisation i väsentliga stycken omöjliggörs. Förbundet påtalar att den administrativa ledningsfunktionen skall kunna utformas lokalt.

Svenska Läkaresällskapet hälsar med stor tillfredsställelse förslaget att sammanföra medicinskt och administrativt ledningsansvar till *en* person, att denna person skall vara läkare och att bestämmelserna lagregleras.

Sveriges läkarförbund anser att förslagets bärande tanke med en sammanhållen medicinsk och administrativ ledningsfunktion hos en särskild läkare är riktig.

Enligt förslaget skall i lag läggas fast att den samlade ledningen för en enhet som arbetar med diagnostik eller vård och behandling skall uppdras åt en specialistkompetent läkare. Detta förslag har mött ett blandat mottagande.

Följande instanser ställer sig positiva till förslaget: JO, JK, socialstyrelsen, HSAN, UHÄ inkl. underinstanser, Göta hovrätt, kammarrätten i Stockholm, centralorganisationen SACO/SR, Sveriges tandläkarförbund, Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

Följande instanser intar en kritisk ståndpunkt: Landstingsförbundet, Spri, LO, TCO inkl. SHSTF, Sveriges Psykologförbund, Svenska Sjukhusfysikerförbundet, SSR, LSR och SKTF.

Socialstyrelsen anser att läkaren genom sin övergripande utbildning har de bästa förutsättningarna för att överblicka enhetens verksamhet och måluppfyllelse. Ett skäl härtill som anförs är: "Han måste förstå det kliniska sammanhanget och kunna göra värderingar och prioriteringar i arbetet utifrån patienternas behov av medicinska åtgärder".

UHÄ anför i sitt yttrande: "Den administrativa ledningen hör naturligt samman med ledningen av subverksamheten – i sjukvården liksom i annan verksamhet. Att denna ledningsfunktion i sjukvården utövas av en läkare är en naturlig följd av att läkarna i sina beslut om den medicinska behandlingen även indirekt påverkar övrig vårdpersonals uppgifter liksom enhetens ekonomiska resurser."

Uppsala universitet finner det uppenbart att ledningen av kliniker och vårdcentraler måste utföras av en medicinskt utbildad person.

Universitetet i Linköping finner det nödvändigt att ledaren för enheter som utreder och behandlar patienter är läkare. Samtidigt påpekas att det inte är säkert att läkare behöver vara chefer för rent laborativa enheter.

Göteborgs universitet hälsar med tillfredsställelse de föreslagna förändringarna som gör att läkarens chefsroll definieras på ett sätt som överensstämmer med vad som är brukligt i offentlig förvaltning och näringsliv.

Kammarrätten i Stockholm anser att förslaget att samla ledningsansvaret hos en kvalificerad läkare med specialistkompetens är ägnad att främja en effektiv och i övrigt god vård.

Landstingsförbundet anför: "Vid enheter med tunga medicinska inslag är det naturligt att en läkare med goda administrativa kunskaper leder verksamheten. Vid enheter med stort inslag av insatser från kompetensområden vid sidan av läkarnas kan det vara en fördel att den samlade ledningen utövas av någon som tillhör en annan yrkesgrupp. Exempel på sådana verksamheter är lokala sjukhem och fristående arbetsterapi- och sjukgymnastikenheter. Detsamma gäller exempelvis barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar och öppenvårdsenheter inom den sektoriserade psykiatrin.

Med utredningens förslag kan det förhållandet uppstå att det enskilda landstinget enbart för att följa en i lagtext given föreskrift tvingas underställa vissa enheter en läkarledning även i fråga om verksamheter som inte kräver ledning med sådan medicinsk kompetens. Förslaget kan därför inte med denna utformning läggas till grund för en lagstiftning.

En bättre avgränsning kan åstadkommas om förslaget enbart gäller enheter som arbetar med diagnostik och behandling. Genom att begreppet "vård" utgår ur definitionen framgår det tydligare att exempelvis lokala sjukhem kan ställas utanför paragrafens tillämpningsområde."

Spri framför liknande synpunkter. I institutets yttrande sägs: "Inom flertalet verksamheter inom sjukvården råder det ingen tvekan om att det är helt nödvändigt att en läkare är ledningsansvarig....Inom områden där det medicinska inslaget inte är lika stort är det dock tveksamt om man behöver ha samma formella krav beträffande medicinska kunskaper". Spri menar att det inte är sakligt motiverat att dra slutsatsen att en läkare alltid måste ha det samlade ledningsansvaret.

SHSTF:s uppfattning är att chefskapet skall knytas till för verksamheten lämplig person oberoende av yrkestillhörighet. Förbundet understryker att om chefen inte är läkare måste till ledningen knytas medicinsk sakkunskap och vice versa. Om chefen är läkare måste i ledningen finnas en person som har kompetens i omvårdnad och personaladministration.

Sveriges Psykologförbund finner det ytterst olyckligt att som i föreliggande förslag enbart apostrofera den medicinskt/biologiska kompetensen på ett sätt så att andra kompetensföreträdare inom verksamheten än läkare diskvalificeras. Förbundet anser att huvudmannen själv bör ha möjlighet att avgöra vilken kompetens som bäst behövs hos den som skall leda olika delar av verksamheten.

SSR finner det självklart att läkaren bör ha ledningsansvaret inom de enheter för diagnostik, vård och behandling där de medicinska inslagen överväger. Förbundet påpekar vidare att det finns verksamheter som trots att de regleras av hälso- och sjukvårdslagen till mycket ringa grad har medicinska inslag. Om ledningsansvaret som föreslagits låses till en yrkeskategori förhindrar detta alternativa lösningar och kan då utgöra ett hinder för verksamhetens utveckling.

Svenska Sjukhusfysikerförbundet anser att förslaget att införa "huvudläkare" kan leda till en stagnation av vårdutveckling och organisationsutveckling inom sjukvården. Förbundet anför vidare att sjukhusfysikavdelningen har övergripande ansvar för strålskyddsverksamheten inom sjukvården och att det skulle vara direkt olämpligt att ställa en sådan verksamhet under en "huvudläkare".

LSR tolkar förslaget så att detta enbart gäller medicinsk behandling som utförs av läkare och inte är tänkt för behandling som utförs av sjukgymnaster.

SKTF anför i sitt yttrande: "Läkaren kan inte längre anses vara den mest kompetenta för alla de vårdinsatser som utförs. Läkaren skall naturligtvis ha ledningsansvaret för diagnos och den terapi som han inom sin kompetens/behörighet har att ställa respektive ordinera och/eller själv utföra. Ledningsansvar för andra insatser/verksamheter bör åläggas den som har för ifrågavarande insats/verksamhet anpassad utbildning och kunskap (kompetens)".

SKAF anser det felaktigt att påstå att den som har läkarutbildning generellt sett är mest lämpad att leda det administrativa arbetet på en klinik eller motsvarande.

PBU-mottagningen i Tensta anser att PBU-verksamheten inte kan ses som en medicinsk specialitet och att det därför inte är självklart att läkaren är den mest kompetente att leda verksamheten.

Föreningen för barnpsykiatriska kuratorer kräver att man brytcr ut och analyserar PBU-verksamheten och föreslår att ledningsansvaret knyts till kompetens och personlig lämplighet och inte till yrkestillhörighet.

5 Huvudläkare

5.1 Allmänt

Socialstyrelsen har gjort ett par särskilda påpekanden rörande den föreslagna befattningen. Styrelsen finner det rimligt att befattningen som huvudläkare tillsätts med tidsbegränsat förordnande. Styrelsen framhåller också att förslaget om ansvar självklart inte innebär att huvudläkaren besitter de högsta kunskaperna inom alla yrkesgrupper på berörd enhet. Inom alla arbetsenheter i vården måste finnas arbetsledare som leder arbetet och ger direktiv för detta.

5.2 Beteckningen huvudläkare

Flertalet remissinstanser har uttryckt kritik mot beteckningen "huvudläkare".

JO finner beteckningen huvudläkare vara mindre väl vald. Då det redan finns vedertagna begrepp som hudläkare, tandläkare och ögonläkare kan beteckningen "huvudläkare" vara vilseledande.

Socialstyrelsen anser att beteckningen bör bytas mot chefsöverläkare.

HSAN tycker att det skulle vara fördelaktigt att behålla benämningen "överläkare".

UHÄ finner ordet huvudläkare mindre väl valt. UHÄ menar att beteckningen klinikchef är bättre även om ordet i dag har en annan innebörd.

KI föreslår att benämningen huvudläkare ändras till chefsläkare.

Uppsala universitet anser att benämningen huvudläkare är illa vald då det i praktiskt språkbruk torde vara omöjligt att använda denna titel på grund av de associationer till en särskild kroppsdel som väcks. I stället föreslås beteckningen klinikchef resp. vårdcentralchef.

Även *universitetet i Linköping* påtalar benämningen som mindre väl vald.

Universitetet i Göteborg menar att begreppet huvudläkare är en dålig överföring av engelskans "head of" och speciellt i sjukvård torde ge anledning till missförstånd och lustigheter. I stället föreslås beteckningen klinikchef användas både i sluten och öppen vård.

Kammarrätten i Stockholm, som finner benämningen mindre lyckad, sätter i fråga om det inte i stället är en fördel om de väl inarbetade och allmänt kända beteckningarna överläkare resp. distriktsläkare används på den som har ledningsansvaret.

Landstingsförbundet anser att benämningen huvudläkare inte är invändningsfri ens när den samlade ledningen anförtros en läkare. Benämningen

av den ledningsansvarige bör enligt förbundets uppfattning inte återfinnas i lagtexten.

LSR kan inte finna några skäl att byta benämningen klinikchef mot huvudläkare.

Svenska Läkaresällskapet anser benämningen "huvudläkare" olyckligt vald. Sällskapet föreslår i stället att klinikchef/PVOchef och motsvarande kvarstår för den person som är chef över klinikenhet.

Sveriges läkarförbund finner benämningen "huvudläkare" olämplig. Förbundet påpekar att eftersom det är vedertaget med benämningar som ögon- eller öronläkare riskerar man att tanken leds till någon organspecialitet. Benämningen chefsläkare åtföljd av en precisering av verksamhetsområdet, t.ex. chefsläkaren för medicinska enheten, anser förbundet i första hand bör komma i fråga. Chefsöverläkare resp. chefdistriktsläkare är också tänkbart.

6 Delegering

Enligt promemorians förslag kommer huvudläkaren att få möjlighet att delegera ledningsuppgifter till kompetenta och erfarna medarbetare vid enheten. Huvudläkaren kan dock inte enligt förslaget genom delegering avhända sig hela ledningsansvaret. Delegering av ledningsuppgifter rörande diagnostik eller vård och behandling samt utseende av patientansvarig läkare föreslås endast kunna göras till specialistkompetent läkare. För övriga ledningsfrågor föreslås inte några motsvarande begränsningar.

Frågan om delegering har berörts av åtta remissinstanser, varav merparten ur positiv synvinkel.

Socialstyrelsen ställer sig i princip bakom förslaget men föreslår att ytterligare en ledningsnivå skapas vad gäller diagnostik eller vård och behandling genom att införa en medicinskt ansvarig läkare. Denna nivå skulle motsvara den specialistnivå till vilken delegering kan ske enligt förslaget. Ledningen på denna nivå skall enligt socialstyrelsens förslag fullgöras under överläkarens övergripande ansvar. Syftet med förslaget är att råda bot på en del nackdelar som styrelsen anser finnas med förslaget i promemorian – delegerade uppgifter kan inte delegeras vidare, ersättare kan endast utses genom ny delegering och förhållandena växlar mellan enheter. Med socialstyrelsens förslag skulle ledningen fördelas på följande sätt.

Huvudläkaren är administrativt och medicinskt ledningsansvarig med delegeringsmöjligheter.

Den medicinskt ansvarige läkaren har direkt enligt lagen ledningsansvar för diagnostik eller vård och behandling av de enskilda patienterna inom sitt arbetsområde.

Den patientansvarige läkaren har inget eget ledningsansvar.

HSAN förutsätter att motsvarande delegering som föreslås kunna göras till specialistkompetent läkare även skall kunna ske till ansvarig sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut beträffande deras arbetsområden.

Uppsala universitet finner frågan om delegeringsmöjligheter väsentlig men anser att den inte utvecklats särskilt konkret i förslaget. Betydelsen av

att dela upp verksamheten i sektioner och mer eller mindre självständiga underavdelningar framhålls.

Universitetet i Linköping tycker att innebörden av delegering för det samlade anvaret är bra klargjord men framhåller betydelsen av att klarlägga vad som delegeras; befogenhet, ansvar eller bådadera. Universitetet anser att det finns ett flertal nivåer med medicinsk kompetens utöver de som tas upp i promemorian såsom avdelningsläkare, biträdande överläkare och överläkare som bör ha inflytande på patientens vård.

Göta hovrätt understryker att det klarare bör uttryckas att huvudläkaren inte genom delegering får avhända sig hela ledningsansvaret för en viss del av verksamheten.

Landstingsförbundet anser det självklart att ledningsuppgifter med såväl medicinska som administrativa inslag måste kunna utföras av andra än den ledningsansvarige. Förbundet framhåller att ett sådant delegeringsförfarande inte befriar den ledningsansvarige från det övergripande ansvaret. Förbundet anser emellertid att förslaget att bryta ut ledningsuppgifter som avser diagnostik eller vård och behandling i själva verket innebär att praktiskt taget inga ledningsuppgifter lämnas kvar åt andra än specialistkompetenta läkare. Förbundet avvisar utredningens förslag om lagreglering av ledningsuppgifternas fördelning.

SHSTF anser att delegering vid fördelning av det administrativa ledningsansvaret inte kan användas som instrument av två skäl. Dels är det i regel vårdadministratören som är formellt kompetent för administrativa uppgifter, dels är delegering frivillig i båda leden.

LSR finner att svårigheter kommer att uppstå för de yrkesgrupper, förutom läkarna, som utför vårdande behandling om man inskränker huvudläkarens delegeringsmöjligheter beträffande diagnostik eller vård och behandling till att avse endast läkare med lämplig specialistkompetens.

Svenska Läkaresällskapet uttalar sitt stöd för det förslag rörande delegering som presenteras i promemorian.

Sveriges läkarförbund finner det svårt att förena förslaget i promemorian med de regler rörande delegering som gäller enligt socialstyrelsens allmänna råd om delegering (SOSFS (M) 1980: 100). Förbundet anser att det bör understyrkas att det uppdrag som huvudläkaren lämnar inte är den typ av delegering som avses i vården.

7 Verksamhetsområde

Enligt den uttolkning som tidigare gjorts i Ds S 1984: 12 – den s. k. ÖVA-utredningen – skall med verksamhetsområde förstås "det specifika medicinska verksamhetsområde som resp. överläkar- och distriktsläkartjänst avser och som genom det för vederbörande läkare utfärdade förordnandet anförtrotts denne". Detta innebär således att verksamhetsområde likställs med specialitet. Det nu framlagda förslaget innebär att sjukvårdshuvudmännen i princip skall ha frihet att organisera verksamheten på det sätt som de själva finner mest rationellt. Huvudläkaren måste enligt utredningens förslag vara specialistkompetent, men det är inte nödvändigt att speci-

alistkompetensen fullständigt täcker den verksamhet som bedrivs vid enheten. Specialistkompetensen måste dock vara av väsentlig betydelse för enhetens verksamhet.

Kammarrätten i Stockholm anser att staten bör dra upp riktlinjer för verksamhetsområdets omfattning för att säkerställa att huvudläkaren besitter erforderlig kompetens.

KI anför att indelningen i huvudläkarområden bör föregås av samråd mellan sjukvårdshuvudmannen och berört universitet eller högskola.

Universitetet i Linköping anser att det är oklart hur det verksamhetsområde som huvudläkaren skall ansvara för skall definieras t.ex. när det gäller gemensamma avdelningar, storkliniker etc. Universitetet framhåller att det finns sektorer och liknande större administrativa enheter där andra än läkare i dag är chefer. En bättre precisering efterlyses.

Landstingsförbundet och Spri instämmer i promemorians förslag som gör det möjligt för huvudmannen att bestämma omfattningen utifrån lokala behov.

Sveriges läkarförbund är kritiskt till förslaget och anser att det istället bör föreskrivas att huvudläkarens verksamhet endast skall omfatta specialitet(er) som denne själv innehar eller att det skall införas en bestämmelse att ledningsuppgift avseende diagnostik, vård och behandling skall delegeras till särskilda inom varje specialitet utsedda specialistkompetenta läkare.

8 Jourverksamhet

Socialstyrelsen understryker vikten av att huvudläkaren noga försäkrat sig om den reella kompetensen, om den läkare som skall upprätthålla "bakjour" inte har specialistkompetens för uppgiften. Styrelsen finner det vidare nödvändigt att kunna förordna icke-legitimerade läkare på tjänster med primärjouransvar på vissa håll i landet där läkarbrist råder.

HSAN anser att jourverksamheten inte belysts tillräckligt.

UHÄ uttrycker tillfredsställelse med krav på legitimation för läkare i primärjour. Enligt UHÄ's mening måste patienternas säkerhet sättas i första rummet. UHÄ tror också att förslaget innebär att AT-läkarna på ett annat sätt än tidigare kan garanteras nödvändig handledning under AT-tjänstgöringen.

Universitet i Linköping efterlyser bättre belysning av konsekvenserna rörande samjour på bakjoursnivå.

Landstingsförbundet anser det riktigt att i princip kräva att läkaren skall vara lägst legitimerad. Förbundet anser det emellertid realistiskt att räkna med att även AT-läkare under överskådlig tid måste upprätthålla en betydande del av primärjouren till följd av läkarresursernas ojämna fördelning.

Spri instämmer helt i kravet att läkare i primärjour skall vara legitimerad.

SHSTF ser förslaget om primärjourens kompetens viktig som ett led i strävan mot en högre patientsäkerhet. Samtidigt påverkas den förutsättning läkartillgången utgör.

Svenska Läkaresällskapet instämmer i principen att primärjour endast

får upprätthållas av legitimerade läkare. Enligt sällskapets uppfattning kan samjour i bakjoursledet endast förekomma i begränsad omfattning och mellan närliggande specialiteter.

Sveriges läkarförbund anser att varje specialitet principiellt bör upprätthålla sin egen bakjour då det vid samjour i detta led finns en klar risk för kvalitetsförsämring. Förbundet tillstyrker förslaget om en höjd kompetensnivå för primärjour men finner behov föreligga av ett dispensförfarande under en övergångsperiod mot bakgrund av bemanningssituationen.

Den enkät medicinkliniken i Örnsköldsvik sänt ut till länsdelssjukhusens medicin- och kirurgkliniker avser bl. a. förslaget om krav på legitimation för primärjoursläkare. Enkäten, som uttrycker kraftig kritik mot förslaget, har sänts ut till 56 sjukhus och funnit stöd hos 50. Vid två sjukhus har man tagit avstånd. Fyra sjukhus har inte besvarat enkäten.

9 Möjlighet till dispens från krav på huvudläkare

Promemorians förslag innebär att dispens från bestämmelsen att en huvudläkare skall leda verksamheten skall kunna ges.

Många remissinstanser har inte särskilt berört frågan om dispens då denna inte är aktuell med hänsyn till de synpunkter i övrigt som framförts.

Socialstyrelsen anser att innebörden av dispensmöjligheten bör övervägas ytterligare men tillstyrker i princip förslaget.

Universitet i Linköping tillstyrker förslaget om dispensregler.

Spri anser dispens vara en byråkratisk väg att anpassa lagförslaget till verkligheten.

Svenska Sjukhusfysikerförbundet har tolkat förslaget så att dispens skulle behöva sökas för verksamhet som i dag inte kräver detta, vilket förbundet avvisar.

Även *Sveriges Psykologförbund* uttrycker kritik mot förslaget om dispens.

10 Patientansvarig läkare

Utredningens förslag innebär att det för varje patient skall utses en särskild patientansvarig läkare och att denne skall vara legitimerad.

Av de remissinstanser som yttrat sig i frågan ställer sig övervägande delen positiva till förslaget. Några instanser anser grundtanken god men avvisar en lagreglering. Vidare har några tolkat förslaget så att patientansvaret skulle omfatta även andra personalkategorier än läkare.

JO anser att förslaget om en patientansvarig läkare kommer att ge patienterna en starkare ställning.

Socialstyrelsen ser förslaget om patientansvarig läkare som värdefullt särskilt för patienter med långa vårdtider och för handikappade. Socialstyrelsen har heller inget att invända mot föreslagen kompetensnivå.

Såväl *HSAN* som *UHÄ* välkomnar förslaget.

KI ser positivt på förslaget men anser att det i vissa fall kan finnas skäl att även en ännu inte legitimerad läkare kan vara patientansvarig.

Universitetet i Linköping ser grundtanken som vällovlig men tror inte att förslaget kommer att medföra några större förändringar.

Göteborgs universitet ser förslaget som ett steg i rätt riktning men befarar vissa problem i initialskedet.

Landstingsförbundet anser det viktigt med en förbättrad läkarkontinuitet, men är tveksam till en lagreglering därav i form av skyldighet att utse patientansvarig läkare. Förbundet framhåller att det för patienten är lika viktigt att upprätthålla kontinuitet i kontakterna med andra personalkategorier.

Spri instämmer i syftet med förslaget men anser det inte självklart att problemen med kontinuitet i vården löses bäst genom lagstiftning. Spri förordar istället ett intensivt utvecklingsarbete för att visa på vägar att utan onödig byråkrati nå det syfte promemorian vill uppnå på ett sätt som är mest lämpligt för den enskilde patienten. Spri framhåller också att det ibland kan vara annan personal än läkare som är lämpligast som patientansvarig. Spri menar vidare att lagstiftning om patientansvarig läkare skulle framtvinga att sådan utses oavsett om behov därav föreligger eller inte.

Centralorganisationen SACO/SR ställer sig bakom förslaget men anser att det råder oklarhet om konstruktionen.

LSR ställer sig frågande till hur förslaget kommer att fungera i primärvården, och framhåller att det för sjukgymnasternas del är viktigt att klarhet skapas i var det formella patientansvaret kommer att ligga.

Sveriges Psykologförbund anför att vid psykologisk behandling, inkl. psykoterapi, har den behandlande psykologen de bästa möjligheterna att bedöma den enskilde patientens problem. Förbundet anser att den som har det faktiska patientansvaret bör ha de formella befogenheterna härför.

SHSTF anser att landstingen själva bör få förtroendet att organisera vården så att kontinuiteten upprätthålls. Kravet gäller inte bara läkare utan samtliga personalkategorier som patienten kommer i långvarig kontakt med.

SKTF finner förslaget bra ur flera synpunkter. Bl. a. gynnar det säkerheten i vården.

Svenska Läkaresällskapet anser inte att frågan om patientansvarig läkare bör lagregleras i föreslagen form. Sällskapet menar att kravet på kontinuitet är en fråga om prioritering som skall vägas bl. a. mot tillgänglighet och kompetens och vidare att den föreslagna lagstiftningen snarare kan försvåra än underlätta patientsäkerheten.

Sveriges läkarförbund godtar den principiella inställningen i förslaget men tror att en hel del praktiska svårigheter kan uppstå när det skall omsättas i praktiken. Förbundet efterlyser ytterligare analys och konkretiseringar.

I enkäten från medicinkliniken i Örnsköldsvik framförs kritik mot att den patientansvarige läkaren skall vara legitimerad. Av de länsdelssjukhus som besvarat enkäten ställde sig 50 stycken bakom denna kritik medan två tog avstånd.

11 Övrigt

11.1 Lagstiftningens utformning

Landstingsförbundet anser att 14 § HSL bör ha ett innehåll varav det klart framgår att sjukvårdshuvudmannen inte får anförtro ledningen av hälso- och sjukvårdande enheter åt annan än den som har erforderlig utbildning och erfarenhet för att tillförsäkra patienten en säker och kvalitativt god vård. I lagtexten bör således inte ställas krav på en preciserad yrkesutbildning för den som skall utöva den samlade ledningen. Förbundet avvisar utredningens förslag till lagreglering av ledningsansvarets fördelning.

Spri ifrågasätter det principiellt lämpliga att i HSL göra en organisatorisk fråga till föremål för lagstiftning på det detaljerade sätt som gjorts i promemorian.

TCO inkl. SHSTF anser att det inte finns anledning att genom lagstiftning göra intrång i sjukvårdshuvudmännens totalansvar. TCO menar därför att nuvarande regler för medicinskt ledningsansvar bör utmönstras ur 14 § HSL.

Sveriges Psykologförbund finner att det mesta talar för att 14 § HSL helt utgår. Om paragrafen kommer att finnas kvar även i fortsättningen bör enligt förbundet där införas att ledningsansvaret kan åläggas annan legitimerad professionsutövare inom en verksamhet. Förbundet anser att tillägget i 13 § bör ändras till ".... vård. För varje patient skall utses en patientansvarig behandlare vilken skall vara legitimerad professionsutövare inom hälso- och sjukvården".

Göta hovrätt föreslår att meningen "En sådan läkare benämns huvudläkare" i 14 § första stycket ersätts med tillägget "(huvudläkare)" i den närmast föregående meningen. Vidare ifrågasätter hovrätten om det inte i 14 § andra stycket klarare bör uttryckas att huvudläkaren inte genom delegering får avhända sig hela ledningsansvaret för en viss del, sektor eller liknande inom enheten, t. ex. genom att uttryckligen begränsa delegeringen till "enskilda ledningsuppgifter".

11.2 Utbildning, undervisning och forskning

UHÄ pekar på behovet av utbildning för läkare vad avser sjukvårdens administration och ekonomi.

Uppsala universitet gör samma påpekande samt framhåller att en särskild analys måste göras för att tillgodose forskningens intressen.

Även *Svenska Läkaresällskapet* understryker vikten av att läkare redan tidigt under studietiden erhåller särskild utbildning i administration och bereds möjlighet till sådant praktiskt arbete.

11.3 Tjänstebenämningar

HSAN framhåller vikten av att för allmänheten och personalen lättförståeliga tjänstebenämningar införs.

Svenska Läkaresällskapet finner det angeläget att begreppet överläkare och distriktsläkare ägnas mer detaljerad analys. Sällskapet anser det inte

självklart att begreppen måste utmönstras som en följd av de ändrade bestämmelserna.

11.4 Promemorieförslagets omfattning och förslag till kompletteringar

HSAN efterlyser en diskussion om storleken på det medicinska ansvarsområde som skall ledas av en huvudläkare och behovet av ett mellanled mellan huvudläkare och sjukhusledning.

UHÄ, KI, Universitetet i Linköping och *Sveriges läkarförbund* efterlyser en analys av de särskilda förhållanden som råder vid universitetssjukhusen.

Landstingsförbundet anser att avgränsningen av vilka enheter som skall vara underkastade kraven i 14 § HSL är otydlig.

Spri menar att en analys borde ha gjorts av om det finns brister i dagens regelsystem när det gäller att garantera patienten säkerhet och god kvalitet i vården.

LSR anför att det är en allvarlig brist att utredningen bara utgått från medicinsk behandling som utförs av läkare och inte tänkt på behandling som utförs av bl. a. sjukgymnaster.

SSR anser att utredningen borde ha inletts med en bedömning av konsekvenserna av att avskaffa regleringen av det medicinska ledningsansvaret. Vidare anser SSR att utredningen inte kan anses ha behandlat annat än den somatiska vården.

Sveriges tandläkarförbund framför att samma klara markering om totalt ledningsansvar bör göras även för tandvården.

Sveriges Psykologförbund föreslår att en utredning tillsätts för att se över psykologernas ansvarsförhållande inom främst barn- och ungdomspsykiatrin och inom allmän psykiatri.

SHSTF föreslår att direktiven till tillsynsutredningen skall förtydligas eller kompletteras så att sjukvårdspersonalens yrkesansvar, arbetsuppgifter och ansvarsområden kommer att behandlas.

Svenska Läkaresällskapet efterlyser en analys av frågor om tjänstekonstruktion och tillsättningsförfarande för huvudläkare. Vidare anser sällskapet att promemorians titel borde ha varit "Ledningsansvaret inom den offentliga landstingskommunala hälso- och sjukvården".

Sveriges läkarförbund påpekar att utredningen inte behandlat sådan verksamhet på vårdområdet som sköts under annan nämnd än hälso- och sjukvårdsnämnden, t. ex. den psykiatriska barn- och ungdomsvården, habiliteringsverksamheten etc.

Lagrådsremissens lagförslag

1 Förslag till

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

Härigenom föreskrivs att 13, 14 och 15 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
13 §	
I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård.	I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård. *Vid en enhet som avses i 14 § skall för varje patient utses en legitimerad läkare som patientansvarig.*
Om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen och tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.	
14 §[1]	
En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares åligganden kan omfatta även verksamhet utanför sjukhuset och en distriktsläkares åligganden även verksamhet på sjukhus. Vid utövandet av denna ledning skall *läkaren* i frågor som inte *rör vården* av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.	*Om det behövs med hänsyn till patienternas säkerhet i vården skall det vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Landstingskommunen bestämmer enhetens verksamhetsområde.* Vid utövandet av denna ledning skall *chefsöverläkaren* i frågor som inte *avser diagnostik eller vård och behandling* av enskilda patienter *eller utseende av patientansvariga läkare* följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.
Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.	*Chefsöverläkaren får uppdra åt kompetenta och erfarna befattningshavare vid enheten att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.*
Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen *får för särskilt fall medge undantag från bestämmelsen i första stycket.*	Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen *bestämmer vid vilka enheter det skall finnas chefsöverläkare.*

[1] Senaste lydelse 1983: 335.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
15 §	
Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen *(1960: 408) om behörighet att utöva läkaryrket* skall förordnas för viss tid.	Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen *(1984: 542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m.* skall förordnas för viss tid.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

2 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall[1] skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §	
Vård enligt denna lag bereds på sjukhus som drivs av staten, landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun. Vård får efter regeringens bestämmande beredas även på annan vårdinstitution. Vad i denna lag sägs om sjukhus gäller även sådana institutioner.	
Vad som sägs om överläkare i denna lag gäller även biträdande överläkare som anförtrotts särskild sjukavdelning. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får uppdra åt *annan* läkare att fullgöra uppgifter som enligt denna lag ankommer på överläkare.	*Med överläkare avses i denna lag en chefsöverläkare enligt 14 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Denne* får uppdra åt *erfarna* läkare *med specialistkompetens inom psykiatrin* att fullgöra uppgifter som enligt denna lag ankommer på överläkare.
För behandling av vissa frågor enligt denna lag finnas utskrivningsnämnder med de verksamhetsområden regeringen bestämmer och en för riket gemensam psykiatrisk nämnd.	

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

[1] Lagen omtryckt 1982:782.

3 Förslag till

Lag om ändring i transplantationslagen (1975: 190)

Härigenom föreskrivs att i 3 § transplantationslagen (1975: 190)[1] ordet "överläkare" skall bytas ut mot "chefsöverläkare".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

[1] Senaste lydelse av 3 § 1982: 769.

4 Förslag till

Lag om ändring i passlagen (1978: 302)

Härigenom föreskrivs att i 20, 22, 24, 28 och 34 §§ passlagen (1978: 302)[1] ordet "överläkare" i olika böjningsformer skall bytas ut mot "chefsöverläkare" i motsvarande form.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

[1] Senaste lydelse av
22 § 1986: 243
28 § 1986: 1177
34 § 1983: 246.

5 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1985: 12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus

Härigenom föreskrivs att i 3 och 4 §§ lagen (1985: 12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus ordet "Överläkaren" skall bytas ut mot "Chefsöverläkaren".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

6 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1988: 870) om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs att i 24 och 45 §§ lagen (1988: 870) om vård av missbrukare i vissa fall ordet "överläkare" skall bytas ut mot "chefsöverläkare".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

7 Förslag till

Lag om ändring i smittskyddslagen (1988: 1472)

Härigenom föreskrivs att i 46–48, 50, 52 och 62 §§ smittskyddslagen (1988: 1472) ordet "överläkare" i olika böjningsformer skall bytas ut mot "chefsöverläkare" i motsvarande form.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

LAGRÅDET

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1989-12-04

Närvarande: f. d. regeringsrådet Stig Nordlund, justitierådet Fredrik Sterzel, regeringsrådet Björn Sjöberg.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 26 oktober 1989 har regeringen på hemställan av statsrådet Sven Hulterström beslutat inhämta lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763),
2. lag om ändring i lagen (1966: 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall,
3. lag om ändring i transplantationslagen (1975: 190),
4. lag om ändring i passlagen (1978: 302),
5. lag om ändring i lagen (1985: 12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus,
6. lag om ändring i lagen (1988: 870) om vård av missbrukare i vissa fall,
7. lag om ändring i smittskyddslagen (1988: 1472).

Förslagen har inför lagrådet föredragits av rättschefen Karl-Ingvar Rundqvist.

Förslagen föranleder följande yttrande av *lagrådet.*

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

14 §

Såsom lagen är uppbyggd får den inledande meningen i paragrafens första stycke uppfattas så, att verksamhetsområdet för enheten i fråga redan är bestämt, och att bedömningen av behovet av en särskild läkare som svarar för den samlade ledningen av enhetens verksamhet skall göras på grundval av denna redan bestämda enhetsindelning. Att detta är avsikten bekräftas i motiveringen till förslaget. När det i en senare mening i stycket anges att landstingskommunen bestämmer enhetens verksamhetsområde, kan detta i gengäld skapa föreställningen att bestämningen sker som en följd av bedömningen att en sådan särskild läkare behövs.

Enligt lagrådet är emellertid denna senare mening överflödig. Som redan antytts, står det nämligen på grund av avfattningen av lagens avsnitt om landstingskommunens ansvar (3 – 9 §§) klart att landstingskommunen beslutar om bl. a. indelningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten inom sitt område i olika enheter. Detta förhållande har också redovisats i lagrådsremissen (s. 36, 51) som en förutsättning för förslaget.

Beträffande utformningen i övrigt av paragrafens första stycke vill lagrådet anmärka att den använda termen "patienternas säkerhet i vården" är tvetydig såvitt gäller bedömningen av behovet av chefsöverläkare vid exempelvis en enhet för diagnostik. Den bör därför jämkas. Även vissa redaktionella justeringar bör göras i paragrafen. Lagrådet förordar att paragrafen ges följande lydelse:

"Vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Chefsöverläkaren får uppdra åt sådana befattningshavare vid enheten, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen bestämmer vid vilka enheter det skall finnas chefsöverläkare."

Lagen om ändring i lagen (1966: 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall

I remissen har inte gjorts några uttalanden i frågan om de ytterligare följdändringar i lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård som kan behövas med anledning av ändringarna i HSL. I lagrådet har upplysts, att ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård är under beredning i regeringens kansli. Det får förutsättas att frågan behandlas närmare i det ärendet.

Lagen om ändring i transplantationslagen (1975: 190)

I 3 § andra stycket föreskrivs att beslut om ingrepp enligt lagen fattas vid sjukhus av överläkaren och vid annan institution av föreståndaren samt att sådant beslut inte får fattas av läkare som ansvarar för vården av den person till vilken transplantation skall ske.

Med den nu föreslagna ändringen torde innebörden av 3 § bli att varken chefsöverläkaren eller annan läkare på den enhet där den mottagande patienten vårdas får fatta beslut om ingreppet. Uttrycket "läkare som ansvarar för vården" i sista meningen i paragrafen kommer alltså inte att syfta på den patientansvarige läkaren enligt de nya bestämmelserna i HSL utan på den läkare som ansvarar för vården på enheten.

Övriga lagförslag

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

Sid.

Proposition ... 1
Propositionens huvudsakliga innehåll ... 1
Propositionens lagförslag ... 3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 25 januari 1990 . 11
1 Inledning ... 11
2 Allmän motivering i fråga om ledningsansvar m. m. ... 13
2.1 Hälso- och sjukvårdens utveckling ... 13
2.2 Ledningen av hälso- och sjukvården ... 15
2.2.1 Den politiska ledningen ... 15
2.2.2 Medicinskt ledningsansvar ... 16
2.2.3 Administrativt ledningsansvar ... 18
2.3 Medicinskt yrkesansvar m. m. ... 19
2.4 Behörighet att utöva läkaryrket samt behörighet till läkartjänst inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården ... 20
2.5 Medbestämmandelagen ... 21
2.6 Departementspromemorian ... 21
2.7 Behovet av förändring ... 22
2.8 Ett samlat ledningsansvar ... 23
2.9 Benämning på den ledningsansvarige läkaren och krav på dennes kompetens ... 27
2.10 Chefsöverläkarens uppgifter ... 29
2.11 Delegering av ledningsuppgifter ... 30
2.12 Patientansvarig läkare ... 33
2.13 Författningsmässiga konsekvenser ... 35
3 Allmän motivering i fråga om utvidgade flyttningsmöjligheter ... 35
3.1 Inledning ... 35
3.2 Överväganden angående rätten att flytta ... 40
3.3 Befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård åt utomlänspatient . 42
4 Upprättade lagförslag ... 43
5 Specialmotivering ... 44
5.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) ... 44
5.2 Förslagen beträffande övriga lagändringar ... 50
6 Hemställan ... 51
7 Beslut ... 52

Bilaga 1 Departementspromemorians lagförslag ... 53
Bilaga 2 Sammanställning av remissyttranden ... 54
Bilaga 3 Lagrådsremissens lagförslag ... 67
Bilaga 4 Lagrådets yttrande ... 75

Norstedts Tryckeri, Stockholm 1990