

Ref

MÅL OCH MEDEL

FÖR

HÄLSO~

OCH

SJUKVÅRDEN

FÖRSLAG TILL

HÄLSO~ OCH SJUKVÅRDSLAG

BETÄNKANDE AV

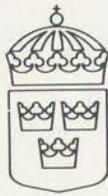
HÄLSO~ OCH SJUKVÅRDSUTREDNINGEN

HSU

SOU

1979:78

49
17



Statens offentliga utredningar
1979:78
Socialdepartementet

Mål och medel för hälso- och sjukvården

Förslag till hälso- och sjukvårdslag

Betänkande av Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU
Stockholm 1979

Omslag Jan Bohman
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-05002-1

ISSN 0375-250X

Gotab, Malmö 1979

Till statsrådet Holm

Den 16 december 1975 bemyndigade regeringen chefen för socialdepartementet att tillkalla högst nio sakkunniga med uppdrag att utreda frågan om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården samt att besluta om experter, sekreterare och annat arbetsbiträde åt de sakkunniga. Med stöd av bemyndigandet tillkallade departementschefen samma dag som sakkunniga numera landshövdingen Göte Fridh, tillika ordförande, riksdagsledamoten Nils Carlshamre, landstingsrådet Bertil Göransson, överläkaren Hans-Eric Holst, landstingsledamoten Ruth Kärnek samt riksdagsledamöterna Maria Lagergren, Gunnar Olsson, Karl-Anders Petersson och Kersti Swartz.

Som ordförande förordnades från 1 december 1976 riksdagsledamoten Börje Hörnlund, varvid Fridh från samma dag förordnades som sakkunnig och Maria Lagergren entledigades.

Att som experter biträda de sakkunniga förordnades den 29 december 1975 dåvarande avdelningschefen i Landstingsförbundet Bengt Ericsson, verkställande direktören i Sveriges läkarförbund Bo Hjern, hovrättsassessorn Lars Hultstrand, f. d. överdirektören Håkan Rahm och avdelningschefen i socialstyrelsen Gunnar Wennström samt den 12 februari 1976 departementssekreteraren Birgitta Bratthall, den 5 april 1976 numera ordföranden i Svensk sjuksköterskeförening Ulrica Croné och numera förbundsordföranden i Svenska kommunalarbetsförbundet Sigvard Marjasin, den 1 december 1976 numera överläkaren Olle Hillerdal, den 22 februari 1977 avdelningschefen Sven-Eric Bergman och direktören Sverre Royen, båda i Landstingsförbundet, samt den 2 november 1978 sekreteraren Gunnar Lönnquist. Ericsson och Rahm entledigades från sina uppdrag fr. o. m. den 21 februari 1977 resp. den 1 juni 1979.

De sakkunniga har antagit namnet Hälso- och sjukvårdsutredningen.

Som sekreterare i utredningen har tjänstgjort fr. o. m. den 1 juli 1976 sekreteraren Uncas Serner samt från den 1 november 1977 avdelningschefen i Gävleborgs läns landstings kansli Gustaf Brynolfsson och avdelningschefen i Kopparbergs läns landstings kansli Staffan Ågren. Dessutom har i arbetet medverkat förste sekreteraren i Landstingsförbundet Jan Sahlin och förste sekreteraren i Spri Douglas Skalin.

Vi överlämnar härmed betänkande med förslag till hälso- och sjukvårdslag och till förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården.

Till förslaget har beträffande vissa frågor fogats reservation och särskilda yttranden.

Utredningens arbete är härmed slutfört.

Stockholm i oktober 1979

Börje Hörnlund

Nils Carlshamre

Göte Fridh

Bertil Göransson

Hans-Eric Holst

Ruth Kärnek

Gunnar Olsson

Karl-Anders Petersson Kersti Swartz

/Uncas Serner

Gustaf Brynolfsson

Staffan Ågren

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	15
<i>Författningsförslag</i>	43
1 Förslag till hälso- och sjukvårdslag	43
2 Förslag till förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården	46
I Bakgrund	49
<hr/>	
1 <i>Utredningsuppdraget</i>	49
2 <i>Gällande lagstiftning</i>	53
2.1 Inledning	53
2.2 Sjukvårdslagen (1962:242) och sjukvårdskungörelsen (1972:676)	53
2.3 Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) och smittskyddslagen (1968:231)	54
2.4 Folktandvårdslagen (1973:457) och folktandvårdskungörelsen (1973:637)	55
2.5 Författningar som reglerar verksamhet på hälso- och sjuk- vårdens område	55
2.5.1 Lag (1960:409) om förbud mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (kvacksalverilagen)	55
2.5.2 Författningar rörande personal i hälso- och sjukvårdande verksamhet	56
2.5.2.1 Läkare	57
2.5.2.2 Tandläkare	58
2.5.2.3 Sjuksköterska	58
2.5.2.4 Barnmorska	59
2.5.2.5 Sjukgymnast	59
2.5.2.6 Glasögonoptiker	60
2.5.2.7 Psykolog	60
2.6 Stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem	60
2.7 Kommunallagen (1977:179)	61

3	<i>Hälso- och sjukvårdsorganisationens uppbyggnad och omfattning</i>	63
3.1	Historisk återblick	63
3.1.1	Läkekonstens utveckling fram till 1960-talet	64
3.1.2	Tandläkarkonstens utveckling fram till 1960-talet	65
3.1.3	Den organisatoriska uppbyggnaden	65
3.1.4	Personalutvecklingen	69
3.1.5	Efterkrigsutvecklingen	70
3.2	Områdesvis beskrivning av nuvarande verksamhet – utvecklingen 1960–1975 och nuläge	74
3.2.1	Sluten vård	74
3.2.2	Öppen vård	79
3.2.3	Medicinsk service	86
3.2.4	Sjuktransporter och länsalarmeringscentraler	87
3.2.5	Försvarets hälso- och sjukvård	90
3.2.6	Hälso- och sjukvård i krig	92
3.2.7	Allmän hälsovård	93
3.2.8	Mödrahälsovård	95
3.2.9	Barnhälsovård	97
3.2.10	Skolhälsovård	99
3.2.11	Studierandehälsovård	102
3.2.12	Företagshälsovård	103
3.2.13	Hälsoundersökningar	107
3.2.14	Vaccinationer	110
3.2.15	Hälsoupplýsning	111
3.2.16	Tandvård	113
3.2.17	Försvarets tandvård	116
3.3	Personal och utbildning	117
3.3.1	Antal yrkesverksamma	117
3.3.2	Anställda inom landstingen och hälso- och sjukvården	118
3.3.3	Brist på personal inom hälso- och sjukvården	120
3.4	Kostnader och finansiering	126
3.4.1	Totala kostnader för hälso- och sjukvården	126
3.4.2	Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten	126
3.4.3	Kostnadernas relativa fördelning på vårdområden	127
3.4.4	Finansiering	127
3.5	Den allmänna försäkringen	130
3.5.1	Den allmänna försäkringens omfattning	130
3.5.2	Sjukförsäkringens syfte	130
3.5.3	Förmåner vid sjukdom och förlösning	130
3.5.4	Förmåner vid ålderdom	131
3.5.5	Finansiering	131
3.5.6	Administration	132
3.5.7	Arbetsskadeförsäkring	133
3.5.8	Frivilliga försäkringar	133
3.6	Vissa till hälso- och sjukvården angränsande områden	133
3.6.1	Läkemedelsförsörjning	133
3.6.2	Socialvård och viss övrig primärkommunal verksamhet	136

3.6.3	Vård av alkoholmissbrukare	139
3.6.4	Narkomanvård	141
3.6.5	Handikappvård inkl. omsorger om vissa psykiskt ut- vecklingsstörda	143
3.6.6	Familjerådgivning	146
3.6.7	Arbetarskydd	147
3.6.8	Arbetsvård	148
3.6.9	Kriminalvård	149
3.6.10	Rättsmedicin	150
3.6.11	Rättspsykiatri	151
3.6.12	Konvalescentvård, rekreation och rehabilitering	153
3.7	Huvudmannaskap	154
3.8	Landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation	157
3.8.1	Politisk organisation	157
3.8.2	Administrativ organisation	157
3.9	Vårdstruktur	158
3.10	Centrala organ	158
3.10.1	Statliga organ	158
3.10.2	Landstingsförbundet	161
3.10.3	Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationa- liseringsinstitut (Spri)	162
3.10.4	Handikappinstitutet	162
3.11	Några internationella jämförelser	162
3.11.0	Inledning	162
3.11.1	Exempel på olika system	163
3.11.2	Patienträtt, patientmedverkan m. m.	165
3.11.3	Hälso- och sjukvårdspolitisk debatt	166
4	<i>Samhällsförändringar m. m. av betydelse för hälso- och sjukvården</i>	169
4.1	Kapitlets syfte och innehåll	169
4.2	Sjukdomspanorama	169
4.2.1	Utveckling	169
4.2.2	Dödlighetstal och dödsorsaker	170
4.2.3	Sjuklighetsstatistik	172
4.2.4	Sjukskrivning och förtidspensioneringar	172
4.2.5	Sammanfattning	172
4.2.6	Sjukdomspanoramat i framtiden	173
4.3	Vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion	173
4.3.1	Vårdbehov	174
4.3.2	Vårdefterfrågan	174
4.3.3	Vårdkonsumtion	174
4.4	Befolkningsutvecklingen	175
4.4.1	Den totala befolkningen	175
4.4.1.1	Födelseetal	177
4.4.1.2	Dödstal	177
4.4.1.3	Födelseöverskott	177
4.4.1.4	Inflyttningsöverskott	177
4.4.1.5	Könsfördelning	178

4.4.2	Den äldre befolkningen	178
4.4.2.1	Könsfördelning bland äldre	180
4.4.2.2	Den geografiska fördelningen av äldre	180
4.5	De sociala förhållandena och miljöfaktorerna	180
4.5.1	Studerade förhållanden och anslutande kommentarer	180
4.5.2	Bostadsförhållanden och hälsa	181
4.5.3	Kost- och näringsförhållanden	182
4.5.4	Utbildningsnivån	183
4.5.5	Arbete och arbetsförhållanden	183
4.5.5.1	Förändringar i arbetslivet	185
4.5.5.2	Den fysiska arbetsmiljön	186
4.5.5.3	Psykiska, sociala och organisatoriska faktorer	189
4.5.5.4	Avlöningssystem, arbetstider och skiftarbete	191
4.5.6	Skolmiljön	192
4.5.7	Den psykiska miljön	192
4.5.8	Fritiden	193
4.5.9	Samhällsservice och kommersiell service	194
4.5.10	Trafikförhållanden	195
4.5.11	Ekonomiska förhållanden	196
4.6	Trygghetspolitiken	196
4.6.1	Arbetsmarknadspolitiken	197
4.6.2	Bostadspolitiken	198
4.6.3	Socialpolitiken	199
4.6.3.1	Socialförsäkring	199
4.6.3.2	Familjepolitik	200
4.7	Demokratiseringsprocessen	200
4.7.1	Demokratin i det moderna samhället	200
4.7.2	Kommunal demokrati	201
4.7.3	Företagsdemokrati	202
4.7.4	Arbetsrättslagstiftningen	203
4.7.5	Arbetarskydd och arbetsmiljö	204
4.7.6	Personalfrågor	205
4.7.7	Organisation och ledarskap	205
4.7.8	Fackliga förtroendemän på arbetsplatserna	206
4.7.9	Partssammansatta organ	206
5	Vårdpolitiska reformer, program, planer och mål	207
5.1	Kapitlets syfte och innehåll	207
5.2	Hälso- och sjukvårdens utveckling under senare tid	207
5.2.1	Debatt och utvecklingslinjer	207
5.2.2	Ökad inriktning på förebyggande åtgärder	210
5.2.3	Strukturförändringar	212
5.2.4	Vården av äldre	212
5.2.5	Psykiatrisk vård	213
5.2.6	Samordningsfrågor	213
5.2.7	Sjukvårdens inre organisation, arbets- och vårdmiljö	214
5.2.8	Allmänhetens inställning till hälso- och sjukvården	215

5.3	Central utrednings- och programverksamhet m. m.	215
5.3.1	Utredningar och programskrifter m. m. genom socialstyrelsen, landstingsförbundet och Spri	215
5.4	Landstingens planeringsverksamhet	221
5.4.1	Planeringsansvar	221
5.4.2	Planeringens form och syfte	221
5.4.3	Planeringen under 1970-talet	221
5.4.4	Principplanerna till år 1985	223
5.4.5	Utfall och bedömning av hittillsvarande planering	225
5.4.6	Förändringar i hälso- och sjukvårdsplaneringen	227
5.5	Vårdpolitiska mål	228
5.5.1	Tidigare försök att formulera sjukvårdspolitiska mål	228
5.5.2	Synpunkter på behovet av mål för hälso- och sjukvården	229
5.5.3	Vårdpolitiska prioriteringar genom propositioner	230
5.6	Statens ansvar för hälso- och sjukvården och statliga styrmedel	232
5.7	Principer för målformulering	233
5.7.1	Målbegrepp	233
5.7.2	Mål för hälso- och sjukvården	234
5.7.3	Medel att förverkliga målen	234

II Överväganden 237

6	<i>Utgångspunkter och mål för hälso- och sjukvårdspolitiken</i>	237
6.1	Begreppen hälsa och sjukdom	237
6.1.1	Hälsa	237
6.1.2	Sjukdom	238
6.2	Hälsopolitik	240
6.2.1	Behov av hälsopolitiskt synsätt	240
6.2.2	Hälsopolitikens huvudinriktning	241
6.2.2.1	Uppmärksammande av hälsoriskerna	241
6.2.2.2	Den enskildes medverkan	242
6.2.2.3	Orsakorienterad hälso- och sjukvård	243
6.3	Vårdsökandes behov	245
6.3.1	Trygghet	245
6.3.2	Kvalitet	245
6.3.3	Omvårdnad	246
6.3.4	Vård i hemliknande former	247
6.3.5	Helhetssyn	248
6.3.6	Kontinuitet	248
6.3.7	Närhet och tillgänglighet	249
6.3.8	Självbestämmande, medinflytande och integritet	250
6.3.8.1	Självbestämmande	250
6.3.8.2	Medinflytande och integritet	251
6.4	Innebörden av begreppet hälso- och sjukvård	252
6.4.1	Hälso- och sjukvårdens uppgifter	252
6.4.2	Hälso- och sjukvård, en sammanhängande verksamhet	254
6.5	Mål för den framtida hälso- och sjukvården	256
6.5.1	Välfärds mål	256

6.5.2	Övergripande mål för hälso- och sjukvården	256
6.5.3	Delmål för hälso- och sjukvården	259
7	<i>Hälso- och sjukvårdens innehåll och uppbyggnad</i>	261
7.1	Kapitlets syfte och innehåll	261
7.2	Hälso- och sjukvårdens verksamhetsformer	261
7.2.1	Hälso- och sjukvård – hälsovården	262
7.2.1.1	Hälsoundersökningar	264
7.2.2	Hälso- och sjukvård – utrednings- och behandlingsarbetet	265
7.2.2.1	Mottagningsverksamhet	265
7.2.2.2	Vård vid sjukhus, sjukhem och andra inrättningar m. m.	266
7.2.2.3	Viss annan verksamhet	270
7.3	Hälso- och sjukvårdens funktionella uppbyggnad	272
7.4	Hälso- och sjukvårdens organisatoriska uppbyggnad	273
7.4.1	Närvård	274
7.4.2	Länssjukvård	275
7.4.3	Regionsjukvård	276
7.4.4	Begreppen sluten och öppen vård	277
8	<i>Landstingens totalansvar, planering och samverkan</i>	279
8.1	Samlat ansvar för hälso- och sjukvården	279
8.2	Landstingens totalansvar	281
8.2.1	Nuvarande ansvarsförhållanden	281
8.2.2	Krav på ändrade ansvarsförhållanden	281
8.2.3	Innebörden av landstingens totalansvar	282
8.2.4	Begränsningar i totalansvarets omfattning	285
8.2.4.1	Företagshälsovård	285
8.2.4.2	Sjuktransportverksamhet	287
8.2.4.3	Hälso- och sjukvård av rikskaraktär m. m.	287
8.2.4.4	Läkemedelsförsäljning	288
8.3	Hälso- och sjukvårdens allmänna behov av planering och samverkan	289
8.3.1	Planeringens allmänna syfte	289
8.3.2	Samhällsförändringar och andra faktorer som medför ökat behov av planering	289
8.3.3	Ekonomiska begränsningar m. m.	290
8.3.4	Former av planering inom hälso- och sjukvården	291
8.4	Totalplanering och planeringssamverkan inom landstingsområdena	292
8.4.1	Gällande förutsättningar för landstingens planering	292
8.4.2	Särskilda krav till följd av ett totalansvar för landstingen	292
8.4.2.1	Ökat planerings- och samordningsansvar	293
8.4.2.2	Planerings- och samordningsansvarets tillämpning	293
8.4.2.3	Planeringsarbetets bedrivande	296
8.4.2.4	Totalplaneringens dokumentation	298

8.4.3	Reglering av hälso- och sjukvårdens planering	299
8.5	Planering och planeringssamverkan för regionsjukvården	299
8.5.1	Regionsjukvårdsbegreppet	300
8.5.2	Formerna för planeringssamverkan mellan landstingen	300
8.6	Huvudmannaskap och vårdgivaransvar för landstingen i vissa fall	302
8.6.1	Allmänna utgångspunkter	302
8.6.2	Hälsovård	302
8.6.3	Skolhälsovård	303
8.6.4	Studerandehälsovård	306
8.6.5	Förbandssjukvård och förbandstandvård	306
8.6.6	Sjuktransportverksamhet	307
9	<i>Regleringen av hälso- och sjukvårdens organisation</i>	309
9.1	Krav på vårdorganisationen	309
9.1.1	Vissa grundläggande utgångspunkter	309
9.1.2	Krav på närvården	312
9.1.3	Krav på läns- och regionsjukvården	313
9.2	Nuvarande avvägning av olika intressen inom sjukvården	316
9.3	Det demokratiska inflytandet på hälso- och sjukvården	319
9.3.1	Nuvarande bestämmelser	320
9.3.2	Behov av ändrade regler	322
9.4	Det övergripande administrativa inflytandet på hälso- och sjukvården	323
9.4.1	Nuvarande bestämmelser	324
9.4.2	Behov av ändrade regler	326
9.5	Det professionella inflytandet på hälso- och sjukvården	327
9.5.1	Nuvarande bestämmelser	328
9.5.1.1	Allmänna bestämmelser om ansvaret vid anställdas yrkesutövning	328
9.5.1.2	Särskilda bestämmelser för hälso- och sjukvårdspersonal	328
9.5.1.3	Behörighet	329
9.5.1.4	Medicinskt yrkesansvar	329
9.5.1.5	Medicinskt ledningsansvar för läkare	330
9.5.1.6	Övriga bestämmelser i sjukvårdslag och -kungörelse	332
9.5.1.7	Delegering	333
9.5.2	Behov av ändrade regler	334
9.6	Det företagsdemokratiska inflytandet på hälso- och sjukvården	336
9.6.1	Nuvarande bestämmelser	337
9.6.2	Behov av ändrade regler	338
9.7	Sammanfattande bedömning	339
10	<i>Samspelet mellan landstingen och staten</i>	341
10.1	Inledning	341
10.2	Statens roll inom hälso- och sjukvården	342
10.2.1	Decentralisering och ökad kommunal självstyrelse	342
10.2.2	Statens övergripande ansvar	343

10.3	Samverkan mellan landstingen och staten inom hälso- och sjukvården	345
10.3.1	Inledning	345
10.3.2	Lagstiftning	347
10.3.3	Statlig planeringssamordning	347
10.3.4	Statlig tillsyn och kontroll	351
	10.3.4.1 Nuvarande förhållanden	351
	10.3.4.2 Förändringar i den centrala statliga tillsyns- funktionen	352
	10.3.4.3 Förändringar av viss särskild anmälnings- skyldighet ("Lex Maria")	355
	10.3.4.4 Länsläkarorganisationen och dess tillsyns- uppgifter m. m.	360
10.3.5	Ekonomiska bidrag och överenskommelser	362
	10.3.5.1 Inledning	362
	10.3.5.2 Föreliggande utbyggnadsplaner	363
	10.3.5.3 Den framtida kommunala ekonomin	363
10.3.6	Utformning av sjukförsäkringssystemet	366
	10.3.6.1 Nuvarande sjukvårdersättningar	367
	10.3.6.2 Sjukförsäkringens syfte och finansiering	368
	10.3.6.3 Sjukförsäkringen och de hälsovårdande åt- gårderna	369
	10.3.6.4 Försäkringens utformning	370
	10.3.6.5 Ett nytt system med en total hälso- och sjuk- vårdersättning från den allmänna försäk- ringen till landstingen	373
	10.3.6.6 Avslutning	379
10.3.7	Reglering av läkartjänster m. m.	379
	10.3.7.1 Inledning	379
	10.3.7.2 Effekterna av LP som planeringsinstrument	380
	10.3.7.3 Effekterna av LP som ransoneringsinstru- ment	381
	10.3.7.4 Behov av förändringar	386
	10.3.7.5 Etablering av privat läkarpraktik m. m.	391
10.3.8	Fördelning av tandläkare m. m.	392
	10.3.8.1 Nuvarande förhållanden m. m.	392
	10.3.8.2 Behov av förändringar	394
10.3.9	Reglering av byggenskap och av byggnadsgranskning	395
	10.3.9.1 Reglering av byggenskap inom hälso- och sjukvården	395
	10.3.9.2 Granskning av byggnadsritningar m. m.	396
10.3.10	Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU)	396
	10.3.10.1 Pågående FoU-verksamheter m. m.	396
	10.3.10.2 Behov av förändringar	399
10.3.11	Utbildning	403
	10.3.11.1 Pågående utbildningsverksamheter m. m.	403
	10.3.11.2 Behov av förändringar	405
10.3.12	Hälsoupplýsning	407
	10.3.12.1 Nuvarande förhållanden m. m.	407
	10.3.12.2 Behov av förändringar	408

11	<i>Utgångspunkter för ny lagstiftning. Specialmotiveringar till förslaget till hälso- och sjukvårdslag</i>	411
11.1	Allmänna synpunkter mot bakgrund av nuvarande lagstiftning	411
11.2	Utredningens direktiv	412
11.3	Utredningens tidigare överväganden	413
11.3.1	Grundläggande utgångspunkter för den nya lagstiftningen	413
11.3.2	Övergripande mål	415
11.3.3	Landstingens ansvar och uppgifter	415
11.3.4	Organisatoriska föreskrifter	416
11.3.5	Samspelet mellan landstingen och staten	418
11.4	Vissa övriga frågor	420
11.4.1	Behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården	420
11.4.2	Besvär	423
11.4.3	Lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal. Förtroendenämnder	424
11.4.4	Andlig vård m. m.	424
11.4.5	Hälso- och sjukvården i krig	425
11.4.6	Förändringar i andra författningar med anledning av förslaget till hälso- och sjukvårdslag	425
11.5	Specialmotiveringar till förslaget till hälso- och sjukvårdslag	425
11.6	Förslaget till förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården	449
11.7	Översiktlig jämförelse mellan våra författningsförslag och nu gällande sjukvårds- och folktandvårdsförfattningar	451
	<i>Reservation och särskilda yttranden</i>	487

Sammanfattning

Betänkandet har en uppdelning i två huvuddelar, en bakgrundsdel, omfattande kapitlen 1-5, samt en övervägandedel omfattande kapitlen 6-11. Till den senare delen hör förslaget till hälso- och sjukvårdslag med specialmotiveringar.

Kapitel 1 Utredningsuppdraget

I kapitel 1 redovisas de fullständiga utredningsdirektiven. Direktiven återges dessutom i sammanfattning i kapitel 11 (avsnitt 11.2).

Utredningens uppgift är enligt direktiven att framlägga förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården, utformad som en ramlagstiftning. Denna skall även avse förebyggande åtgärder.

Lagstiftningsarbetet förutsätts förankrat i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvårdspolitik. En utgångspunkt skall därvid vara att alla som bor i landet har rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Målsättningen förutsätts även bygga på en social helhetssyn. Utredningen har att i sina överväganden särskilt beakta behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialvården liksom hälso- och sjukvårdens samband med den allmänna sjukförsäkringen.

Den nya lagstiftningen avses omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet, oavsett vårdgivare. Det innebär bl. a. att de privatpraktiserande läkarnas verksamhet förväntas omfattas av lagstiftningen. Även skolhälsovården och företagshälsovården liksom lagstiftningens utformning när det gäller tandvården och omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda bör enligt direktiven uppmärksammas av utredningen. (En särskild utredning om lagstiftningen för omsorgsverksamheten m. m. har sedermera tillsatts.)

Till dessa direktiv fogar utredningen följande kommentar:

En ramlagstiftning innebär att detaljreglering bör avskaffas där sådan inte längre har någon väsentlig funktion och där detaljerade föreskrifter kan utgöra hinder mot en fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården.

En lagstiftning av denna karaktär bör ange mål för den framtida hälso- och sjukvården, dvs. kvalitativa krav på vårdens utformning, samt skapa möjligheter för de vårdansvariga att anpassa verksamheten efter skiftande förutsättningar och önskemål samt till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Principen med en ramlag innebär också att man inte genom lagstiftningen

direkt kan garantera visst utbud av vårdresurser. Vi räknar med att de vårdansvariga utan i detalj reglerande föreskrifter skall kunna bedöma vilken omfattning och fördelning av vårdresurserna som krävs för att tillgodose de kvalitativa krav som lagen bör ställa.

Kapitel 2 Gällande lagstiftning

I detta kapitel lämnas en så långt möjligt samlad redogörelse för den lagstiftning som f. n. reglerar hälso- och sjukvård.

I kapitlet ingår en redogörelse för huvudinnehållet i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen samt i folktandvårdslagen och folktandvårdskungörelsen.

För att ge ytterligare underlag, bl. a. för den övergripande målsättningsdiskussion som direktiven föreskriver, redogörs också för författningar som rör förbud mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, vissa författningar som reglerar behörighet och yrkesutövning m. m. samt gällande stadga om enskilda vårdhem.

De två lagar som reglerar enskilds skyldighet att underkasta sig vård – lagen om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) och smittskyddslagen – redovisas särskilt.

Med hänsyn till landstingens centrala ställning när det gäller hälso- och sjukvården och då även förutsättningarna för primärkommunerna är av intresse omfattar redovisningen också kommunallagen.

Kapitel 3 Hälso- och sjukvårdsorganisationens uppbyggnad och omfattning

Vi har med hänsyn till våra utredningsdirektiv ansett angeläget att göra en översiktlig beskrivande genomgång av hälso- och sjukvårdens verksamheter m. m.

Denna genomgång inleds med en historisk återblick omfattande utvecklingen fram till 1960-talet. Härfter följer en beskrivning av hälso- och sjukvårdsverksamheterna – område för område – med avseende på bakgrund och uppgifter, verksamhetens organisation och omfattning samt i flertalet fall även pågående och diskuterad utveckling. Denna redovisning har främst uppgiften att bilda underlag för utredningens ställningstaganden senare i betänkandet ifråga om de olika sakområdena.

Utredningen har också ansett motiverat att lämna en liknande redovisning för vissa till hälso- och sjukvården angränsande områden. I kapitlet lämnas även en redogörelse för utvecklingen inom hälso- och sjukvården vad avser personal och utbildning resp. kostnader och finansiering samt för den allmänna försäkringen.

Översiktligt redovisas också i kapitlets senare del huvudmannaskapsförhållandena inom hälso- och sjukvården, hälso- och sjukvårdens lokala organisation, vårdstruktur samt hälso- och sjukvårdens centrala organ.

Med hänsyn till att kapitlet i sig har karaktären av sammanfattning av verksamhetens uppbyggnad och utformning i olika avseenden har en ytterligare och ännu mer koncentrerad sammanfattning inte ansetts meningsfull. Kapitlet bör således studeras i dess fullständiga version.

Kapitel 4 Samhällsförändringar m. m. av betydelse för hälso- och sjukvården

Kapitel 4 avser att – utan att försöka vara uttömmande – spegla samhällsförändringar m. m. av betydelse för hälso- och sjukvården. Väsentliga sådana förhållanden är *sjukdomspanoramat och dess förändringar, sambanden mellan vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion samt befolkningsutvecklingen.*

I ett avsnitt om sjukdomspanoramat konstateras bl. a. att somatiska sjukdomar som orsakar död, konsumtion av sluten och öppen vård, sjukskrivning och förtidspensionering framförallt är cirkulationsorganens sjukdomar, tumörer, andningsorganens sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar samt vissa skador och olycksfall. De mentala sjukdomarna har bl. a. stor betydelse för efterfrågan på öppen vård och för förtidspensioneringarna. Sjukdomar har i många fall ett starkt samband med människans levnadsvillkor och samhällsmiljön.

Ifråga om befolkningsutvecklingen är för hälso- och sjukvården de intressanta förhållandena bl. a. att totalbefolkningen i landet – utan inflyttningsöverskott – på något längre sikt kan väntas minska, att födelsetalen visar en sjunkande tendens samt att andelen äldre inom befolkningen kraftigt ökar. De fortsatta förändringarna i åldersfördelningen berör främst de allra högsta åldersgrupperna. Andelen äldre varierar starkt mellan olika delar av landet.

Ett omfattande avsnitt av kapitel 4 ägnas *de sociala förhållandenas och miljöfaktorernas betydelse.* Dessas samband med behovet av och efterfrågan på vårdinsatser tilldrar sig alltmer uppmärksamhet. Vi har därför funnit skäl att tämligen ingående beröra verkningarna av sådana förhållanden som har att göra med t. ex. bostad, arbete, ekonomi, utbildning, skolmiljö, trafikmiljö och psykisk miljö. Många undersökningar görs numera för att studera samband av detta slag. Kunskaperna är dock otillräckliga när det gäller de olika miljöfaktorernas betydelse. Detta har flera orsaker, bl. a. miljöörsligheten, svårigheterna att skilja på orsak och verkan när man studerar olika samband samt svårigheterna att skilja miljöpåverkan från effekterna av människans eget beteende, således livsstilen.

Forskningen har därför väsentliga problem att lösa. Forskningen om hälsans grundförutsättningar måste fortsätta och breddas till att även omfatta samhällsvetenskapliga studier. Vi anser det också önskvärt att finna metoder för attityd- och beteendepåverkan.

Stor betydelse för hälso- och sjukvården har också *trygghetspolitiken och demokratiseringsprocessen* i samhället. Särskilda avsnitt i kapitel 4 ägnas därför åt att beskriva utvecklingen i berörda avseenden.

Kapitel 5 Vårdpolitiska reformer, program, planer och mål

En viktig utgångspunkt för en ny lagstiftning ger enligt vår uppfattning utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn, såväl utvecklingen tidigare som den enligt föreliggande ambitioner och planer. En beskrivning därav är av intresse för överväganden i anslutning till den nya lagstiftningen.

Kännetecknande för den tidigare hälso- och sjukvården var den starka sjukhusanknytningen och fördelningen av ansvaret på flera huvudmän. På 1940-talet påbörjades en diskussion om utbyggnad av den öppna hälso- och sjukvården utanför sjukhus och om införande av ett mer enhetligt huvudmannaskap. Debatten föranledde dock inga direkta åtgärder förrän i slutet av 1950-talet och början av 1960-talet, då bl. a. flera betänkanden som berörde dessa frågor framlades.

Den snabba ekonomiska tillväxten i landet under 1950- och 1960-talen kom dock att bidra till en utveckling främst för sjukhusvården, i syfte att därmed tillgodose en ständigt ökande efterfrågan på sjukvård. Diskussionerna gällde då till stor del den medicinsk-tekniska utvecklingen, forskningen samt utbyggnad av nya och specialiserade resurser vid sjukhusen. Ett betänkande om regionsjukvården år 1958 aktualiserade en utökning av resurserna för den mest specialiserade verksamheten.

Från slutet av 1960-talet har, bl. a. mot bakgrunden av en avtagande ekonomisk tillväxt i landet, hälso- och sjukvårdens utbyggnad, inriktning och struktur kraftigare kommit i förgrunden. En strävan har därvid varit att åstadkomma förändringar, varigenom vårdbehoven kan tillgodoses i mera åtgärdsanpassade och mindre resurskrävande vårdformer, dvs. öppen och s. k. halvöppen vård. En sådan omstrukturering – för vilken socialstyrelsens förslag till principprogram, kallat HS 80, sedermera utgjort ett underlag – har avsett att bryta koncentrationen av vårdresurserna till stora sjukhusanläggningar. Ökad uppmärksamhet har även ägnats de förebyggande åtgärdernas betydelse. Hälso- och sjukvårdsdebatten inriktades i slutet av 1960-talet också på frågor bl. a. rörande läkarutbildning och system för vidareutbildning, försäkringssystem med bl. a. en enhetstaxa samt program för utbyggd åldersvård och långtidssjukvård.

Ändrad vårdstruktur samt inriktning på förebyggande åtgärder kännetecknar också den senaste tidens utvecklingsarbete på central nivå liksom landstingens långtidsplanering. Planeringen avser i enlighet härmed genomgående främst en förstärkning av den öppna hälso- och sjukvården samt långtidssjukvården. Genomgripande förändringar planeras för den psykiatriska vården, bl. a. i syfte att skapa en vårdorganisation som mer liknar organisationen för den somatiska vården. Det har dock noterats att takten i förändringarna på dessa vårdområden inte blivit den avsedda.

I den senaste tidens hälso- och sjukvårdsdebatt har en tyngdpunkt även lagts på frågor om hälso- och sjukvårdens inre organisation samt om vård- och arbetsmiljön. Patienternas krav – inte bara på en god medicinsk vård utan även på beaktande av individuella behov av t. ex. omvårdnad och på information och medinflytande – har påverkat utvecklingen. Demokratiseringen inom arbetslivet med krav på ökat personalinflytande och förbättrad arbetsmiljö osv. har även inom hälso- och sjukvården medfört bl. a. arbetsorganisatoriska förändringar.

I detta kapitel diskuteras vidare frågan om vårdpolitiska mål. Det påpekas, att den tidigare beskrivna utvecklingen ägt rum under i stort sett avsaknad av konkreta sådana mål. Vad som i brist på övergripande målsättning kommit att bestämma hälso- och sjukvårdens utveckling har varit icke samordnade beslut och rekommendationer av olika instanser i samhället – riksdag, regering, departement och ämbetsverk etc. – t. ex. om prioriteringar. Prioriteringar har framförallt skett genom resursfördelning över statsbudgeten, i reformarbetet samt i olika program och planer. I budgetpropositionerna från de senare åren har klart framkommit en inriktning av hälso- och sjukvården på decentraliserad öppen vård och på ökade resurser för äldresjukvård, långtidssjukvård och psykiatrisk verksamhet. Även betydelsen av förebyggande åtgärder har kraftigt betonats. Ökade resurser har successivt ställts till förfogande för hälsouppllysning. Med hänvisning till socialstyrelsens principprogram har påpekats nödvändigheten av omstrukturering från en i huvudsak sjukhusbunden verksamhet till en vård och omvårdnad även i andra former.

Även i investeringssammanhang har sedan lång tid den somatiska långtidssjukvården, den öppna vården och den psykiatriska verksamheten prioriterats av statsmakterna.

Kapitlet avslutas med ett avsnitt om gällande synsätt ifråga om statens ansvar för hälso- och sjukvården med redogörelse för förekommande statliga styrmedel samt med ett avsnitt, vari utredningen tar upp de tekniska utgångspunkterna för en diskussion om hälso- och sjukvårdens mål.

Kapitel 6 Utgångspunkter och mål för hälso- och sjukvårdspolitiken

Detta kapitel inleder betänkandets övervägandedel. I denna del – som omfattar kapitlen 6–11 – sker den följande redovisningen i anslutning till kapitlens huvudavsnitt.

I kapitel 6 redovisas de enligt utredningens uppfattning grundläggande utgångspunkterna för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Begreppen hälsa och sjukdom

I detta avsnitt diskuteras innebörden av begreppen hälsa och sjukdom. Be-träffande "hälsa" konstateras den vidgade betydelse begreppet på senare tid erhållit. Såväl den fysiska hälsan som psykiska och sociala faktorer har numera betydelse för dess innebörd. I motsats till tidigare tas också hänsyn till positiva värden, sammanfattade i begreppet livskvalitet. Vi utgår i våra resonemang från att begreppet hälsa har denna vidare betydelse.

När man skall beskriva begreppet "sjukdom" finns olika synsätt. Ett s. k. objektivt synsätt innebär att det som avviker från det medicinskt normala är sjukt. Bedömningen görs i detta fall helt oberoende av vilken person det gäller. En person med objektivt påvisbar sjukdom behöver inte själv uppfatta sig som sjuk. Enligt ett s. k. subjektivt synsätt grundas bedöm-

ningen på individens upplevelser. Det en människa upplever som ohälsa, besvär eller störning i hälsotillståndet anses som sjukdom. Man kan alltså betraktas som sjuk utan att sjukdom kan påvisas rent objektivt.

Grunden för en sjukförklaring är emellertid oftast en kombination av olika bedömningar, där hänsyn också tas till den sociala situationen och till individens arbets- och funktionsförmåga.

Vi anser att en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet måste motverkas. En sjukförklaring bör i de allra flesta fallen grundas på medicinskt påvisbar sjukdom eller en kombination av medicinska och andra bedömningar.

Som senare visas utgör både "hälsa" och "sjukdom" centrala begrepp i vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag.

Hälsopolitik

Utredningen understryker kraftigt vikten av att hälso- och sjukvården i ökad utsträckning inriktas på förebyggande åtgärder. Verksamheten bör förutom den direkta sjukvården även ha att tillvarata den friska människans intresse av att bevara sin hälsa.

Utredningen vill därför främja ett vidgat hälsopolitiskt synsätt som omfattas inte bara av hälso- och sjukvårdens företrädare utan också av den enskilda människan själv.

I tre delavsnitt, Uppmärksammande av hälsoriskerna (6.2.2.1), Den enskildes medverkan (6.2.2.2) och Orsakorienterad hälso- och sjukvård (6.2.2.3) tar utredningen upp krav som kan ställas ifråga om hälsopolitikens huvudinriktning.

I det första av dessa avsnitt erinras om att hälsorisker bör beaktas såväl i olika miljöer som i den enskilda människans livsföring. Vi påpekar här nödvändigheten av att definiera och utpeka hälsoriskerna i de olika former de uppträder. Informationer om miljöförhållanden m. m. måste, om sådana kan vara av betydelse för vården eller behandlingen, alltid lämnas vid kontakter med hälso- och sjukvårdssystemet. Hälso- och sjukvården har givetvis i sin tur att informera allmänhet, politiker och enskilda om gjorda upptäckter av hälsorisker.

Mot bakgrund av hälsoriskernas starka samband med den egna livsföringen hävdar vi i 6.2.2.2 kraftigt vikten av den enskildes medverkan. Man skulle enligt utredningen också kunna betrakta det som en skyldighet för den enskilde att sköta sin hälsa.

Hälsopolitiken bör alltså kännetecknas av att hälso- och sjukvården i större utsträckning än tidigare inriktas på att förebygga uppkomst av sjukdom och skada. Den bör stärka den enskildes medvetenhet om den personliga livsföringens betydelse för hälsan och stödja denne i egna aktiva åtgärder i hälsobefrämjande syfte samt påverka andra sektorer att ta hänsyn till hälsofaktorer i samhällsutvecklingen. För att kunna bedriva förebyggande verksamhet måste man även i utredningen av en persons vårdbehov – dvs. i sjukvårdsarbetet – söka efter orsakerna till sjukdomen samt verka för att dessa undanröjs.

Hälso- och sjukvårdens ansvarstagande för både individ- och samhällsinriktat förebyggande arbete får inte uppfattas så att den enskilde kan över-

lämna ansvaret för den egna hälsan till samhällets institutioner. Det är därför viktigt att man även inom hälsovården uppmärksammar tendenser till att alltför många slags vårdbehov görs till medicinska problem.

Vårdsökandes behov

Detta avsnitt är avsett att beskriva behoven hos dem som har anledning att ta hälso- och sjukvårdens tjänster i anspråk.

Vi anser dessa behov avgörande för hälso- och sjukvårdsverksamhetens inriktning och utformning. De krav som utifrån behoven kan ställas innefattas senare i de formulerade övergripande målen (avsnitt 6.5).

Innebörden av begreppet hälso- och sjukvård

I detta avsnitt ges vissa konkreta utgångspunkter för den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Diskussionen avser all hälso- och sjukvård i samhället, oavsett huvudman.

Först redogörs för hälso- och sjukvårdens funktioner i det individinriktade arbetet. Dessa sammanfattas i begreppen *förebygga*, *uppsåra*, *utreda och behandla sjukdom och skada*. Till detta lägges en uppgift för hälso- och sjukvården att allmänt *främja hela befolkningens hälsotillstånd*.

Härefter behandlas hälso- och sjukvårdens verksamhetsmässiga innehåll. Därvid fastslås att anledning inte finns att från den samlade hälso- och sjukvården skilja någon del av verksamheten. Hälsovård och sjukvård bör alltså ses som en sammanhängande verksamhet. I begreppet hälso- och sjukvård ingår då på ett naturligt sätt verksamheter med direkt sjukdomsförebyggande inriktning liksom *tandvård* och *sjuktransportverksamhet*. Vi finner heller inte anledning göra innebörden av begreppet beroende av vem som är vårdgivare.

Som beteckning på den individinriktade sjukdomsförebyggande verksamheten använder utredningen begreppet *hälsovård*. Därmed markeras skillnaden i förhållande till den primärkommunala verksamhet som i annat sammanhang föreslagits få benämningen *hälsoskydd*.

I avsnittet 6.4.2 diskuteras också hälso- och sjukvårdens avgränsning till vissa andra verksamhetsområden. Denna avgränsning kan i vissa fall innebära problem. Som vi tidigare framhållit får hälso- och sjukvårdens avgränsning inte grundas på en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet.

Mål för den framtida hälso- och sjukvården

Under denna rubrik förs en diskussion om målsättningen för hälso- och sjukvården.

Först konstateras, att god hälsa innefattas i de allmänna välfärdsmålen och att det därför ingår i samhällspolitiken överhuvudtaget att söka påverka förhållanden av betydelse för befolkningens hälsa.

Utredningen övergår sedan till överväganden om övergripande mål för hälso- och sjukvården. Enligt det framlagda förslaget bör dessa mål avse

- Ett gott hälsotillstånd hos hela befolkningen samt
- Möjlighet för alla att på lika villkor kunna få del av ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

En ändamålsenlig hälso- och sjukvård enligt målsättningen ger trygghet och tillgodoser de kvalitativa krav de vårdsökande ställer. Vårdformer och vårdmetoder skall vara anpassade till varje enskild vårdsökandes behov. Vården måste utformas med beaktande av behoven av omvårdnad, vård i hemliknande former, helhetssyn, kontinuitet, närhet och tillgänglighet samt självbestämmande, medinflytande och integritet för de vårdsökande.

Principen om lika villkor betyder att alla som bor i landet skall ha samma rätt till vård. Inget annat än vårdbehovet skall avgöra vilken vård som ges.

Möjligheterna att få vård får inte påverkas av sådana förhållanden som nationalitet, kön, ålder, utbildning, betalningsförmåga, kulturella olikheter, förmåga att ta initiativ, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Någon ovillkorlig rättighet att utkräva viss vård eller behandling skall det ändå inte finnas.

Lika-villkors-principen innebär alltså praktiskt bl. a. att samma behandling skall kosta lika mycket i alla delar av landet och att vårdresurserna skall vara rättvist fördelade geografiskt. För att öka tillgängligheten till vården kan det vara nödvändigt att bl. a. se över mottagningstidernas förläggning liksom jourtjänstens organisation.

Kapitel 7 Hälso- och sjukvårdens innehåll och uppbyggnad

Syftet med detta kapitel är att ange vilka principiella krav som bör ställas på hälso- och sjukvårdens funktionella och organisatoriska utformning. Mot bakgrund av de övergripande målen anges bl. a. vilken typ av resurser som enligt vår bedömning erfordras för olika verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvård – hälsovården

Avsnittet bygger på i kapitel 6 framförda krav på en ökad inriktning av hälso- och sjukvården på förebyggande åtgärder. Vi finner det först och främst angeläget att ändra den etablerade hälso- och sjukvårdens inriktning. Inom vart och ett av de medicinska verksamhetsområdena finns början till ett utvecklingsarbete när det gäller förebyggande åtgärder.

Särskilda hälsovårdsåtgärder kan indelas i samhällsinriktade förebyggande åtgärder, sjukdomsförebyggande och uppspårande individinriktade åtgärder samt – som en tredje grupp – insatser i skedet efter genomgången sjukdom. Befintliga verksamheter av detta slag förutsätts fortlöpande bli föremål för prövning med avseende på aktuella medicinska forskningsrön, förändrade behov och i övrigt ändrade förutsättningar. Det kan leda till att befintliga hälsovårdsformer förändras, kompletteras eller upphör och ersätts med andra.

Vid överväganden om nya hälsovårdsaktiviteter utgår vi från att dessa

inriktas på sådana områden och hälsoproblem som vållar allmänheten eller enskilda allvarliga besvär och som även berör många människor. Åtgärderna måste i enlighet härmed grundas bl. a. på forskning kring hälsoproblemens allmänna utveckling liksom på uppgifter om dödsorsaker, konsumtion av öppen och sluten sjukvård, sjukskrivning och förtidspensionering.

Samlade hälsopolitiska program kan ha som utgångspunkt hälsovårdsbehoven under en människas liv. Sådana program kan då utformas med särskilt beaktande av att goda vanor och rutiner bäst utvecklas under uppväxtåren och av att psykiska, sociala och medicinska handikapp i första hand förekommer i de högre åldrarna.

I detta sammanhang erinrar utredningen om de förekommande begreppen friskvård och egenvård, vilka ger uttryck för vikten av förebyggande åtgärder, samt om den enskildes engagemang som avgörande för en framgångsrik hälsopolitik.

Socialstyrelsen lade år 1977 fram den s. k. hälsokontrollutredningen. Vi instämmer i denna utrednings uppfattning att pågående hälsokontrollverksamheter och utvecklingsarbeten inom aktuella områden måste utvärderas. Nya hälsoundersökningar bör införas om utvärderingen ger motiv för detta. Undersökningarna bör helst inordnas i den lokala vårdorganisationen.

Liksom hälsokontrollutredningen menar vi att vissa hälsoundersökningar bör kunna ersättas över den allmänna försäkringen. Vi har däremot inte anledning att för vår del ta ställning till vilka olika slag av kontroller som bör komma ifråga för ersättning.

Hälso- och sjukvård – utrednings- och behandlingsarbetet

Under rubriken *Mottagningsverksamhet* framhålls bl. a. att denna verksamhet bör ha sin tyngdpunkt i verksamhet vid vårdcentraler och andra närmotagningar. Vidare diskuterar utredningen utformningen av mottagningsverksamheten mot bakgrund av sådana behov hos de vårdsökande som särskilt bör påverka denna verksamhet.

I avsnittet *Vård vid sjukhus, sjukhem och andra inrättningar m. m.* berörs bl. a. frågorna om specialisering och centralisering. En beskrivning av utvecklingen lämnas, av vilken framgår att vård och behandling numera inte i samma utsträckning som tidigare är knuten till utnyttjande av vårdplatser. Vi anser det önskvärt att en utveckling i denna riktning fortsätter. Samtidigt framhålls att kraven på hög kvalitet och säkerhet i bl. a. diagnostik och terapi gör det nödvändigt att ha en specialiserad vård och därmed också att centralisera vissa verksamheter. Specialiseringen och centraliseringen får dock inte drivas så långt att helhetssynen på patienternas problem går förlorad eller att omvårdnadsintressena sätts i efterhand.

Sjukhemsvården väntas – trots inriktning även på andra vårdformer – i framtiden svara för en betydande del av vården för de äldre. Utredningen framför särskilda krav på sjukhemmens resurser och organisation.

Vården vid sjukhemmen bör tillgodose såväl fysiska som lindrigare psykiska vårdbehov. Vården av personer med s. k. åldersdement beteende bör enligt vår bedömning så långt möjligt decentraliseras och till viss del bedrivs vid sjukhemmen. De olika krav som ställs på inriktningen, utformningen och omfattningen av den institutionella långtidssjukvården ger anledning

hävda att sjukhemsverksamheten i framtiden bör koncentreras till de lokala sjukhemmen.

Inriktningen på att avlasta de slutna enheterna för specialiserad psykiatrisk långtidssjukvård bör fortsätta. Härför krävs utbyggnad av de alternativa vårdmöjligheterna. Inrättande av nya separata långvårdsenheter för enbart psykiatrisk vård bör enligt vår mening om möjligt undvikas.

För att möta ökande vårdbehov och tillgodose de vårdsökandes tidigare beskrivna behov vill utredningen kraftigt understryka betydelsen av en utveckling och utbyggnad av hemsjukvården samt av dagsjukvården.

I avsnittet *Viss annan verksamhet* behandlas tandvård och sjuktransporter. Beträffande tandvården hävdas att endast förebyggande åtgärder på sikt kan reducera behovet av tandvård. Verksamheten bör därför i första hand inriktas på sådana åtgärder. I ett längre tidsperspektiv bör barn- och ungdomstandvården nästan helt vara av förebyggande karaktär.

Transporter av sjuka och skadade utgör enligt vår uppfattning en del av de samlade insatserna inom hälso- och sjukvården och en viktig länk i en sammanhängande vårdkedja. Sjuktransportorganisationen bör därför omfattas av de övergripande målen för hälso- och sjukvården i övrigt. Den bör således skapa trygghet och säkerhet, bl. a. genom högt ställda kvalitativa krav, närhet och tillgänglighet. Detta påverkar i sin tur kraven bl. a. på personalens utbildning och övriga förutsättningar för dess arbete.

Hälso- och sjukvårdens funktionella uppbyggnad

Beträffande den funktionella uppbyggnaden utgår utredningen från socialstyrelsens förslag till principprogram inför 80-talet (HS 80) och dess indelning av hälso- och sjukvården i primärvård, länssjukvård och regionsjukvård.

Hälso- och sjukvårdens organisatoriska uppbyggnad

Utgångspunkterna för hälso- och sjukvården och det innehåll denna förutsätts få gör det angeläget att verksamheten byggs upp och förankras på den lokala nivån. På denna nivå kan den övervägande delen av vårdbehoven och de sökta kvaliteterna i vården tillgodoses.

Den lokalt baserade vården förutsätts såsom hittills huvudsakligen vara förlagd eller anknuten till mottagningsenheter av typen vårdcentraler och närmottagningar samt lokala sjukhem.

Det har ansetts angeläget finna en lämplig beteckning på den hälso- och sjukvård som inom ett geografiskt avgränsat område, vanligen en kommun eller del av större kommun, både skall ansvara för befolkningens hälso-tillstånd och erbjuda den enskilde vårdtjänster. Ett särskilt skäl härtill är det totalansvar och den samlade planering vi längre fram föreslår.

Vi har ansett naturligt att i en sådan lokalt organiserad hälso- och sjukvård också innefatta folktandvården, liksom konsultinsatser i syfte att ge decentraliserad hälso- och sjukvårdsservice.

Den lämpliga benämningen på denna lokalt förankrade vård har vi funnit vara *närvård*. Närvård är då av landstingen driven och på den speciella närmiljön inriktad

- individ- och miljöinriktad hälsovård
- allmän och specialiserad mottagningsverksamhet (inkl. folktandvård)
- sjukvård i hemmet
- dagsjukvård samt
- sjukhemsvård.

Vid sidan av närvården faller t. ex. den hälso- och sjukvård inkl. tandvård som drivs av enskilda vårdgivare samt företagshälsovård, som inte meddelas vid hälso- och sjukvårdshuvudmannens vårdcentral (motsvarande) osv.

Utredningen understryker även behovet av en väl fungerande *länssjukvårdsorganisation*, anpassad till kraven på specialisering och inriktad på att tillgodose behovet av differentierad vård samt på att svara för olika servicefunktioner. Verksamheten bör mer än tidigare ha en orsakssökande inriktning. Vårdplatser vid sjukhus inom länssjukvården förutsätts utnyttjas i första hand för tidsbegränsade utrednings- och behandlingsinsatser. Sjukhusen avses också fungera som baser för konsultinsatser inom närvården liksom för upprättande av vårdprogram och fortbildning av personal.

Dessa principer berör även långtidssjukvården och den psykiatriska verksamheten. Den senare verksamheten förutsätts ha en sådan uppbyggnad att möjligheter skapas att förändra psykiatrins vårdinnehåll och vårdmetoder och därmed isolering av de psykiskt sjuka förhindras. Detta bör påverka vårdens organisation bl. a. så att psykiatriska vårdresurser i minskande omfattning koncentreras till länssjukvårdsenheter för slutna vård.

Beträffande *regionsjukvårdens* organisation anser vi bl. a. angeläget, att resurserna vid regionsjukhus dimensioneras så att, förutom länssjukvård för det egna landstingets befolkning, där även kan bedrivas såväl öppen som slutna regionsjukvård för hela sjukvårdsregioner. Dessutom måste vid dessa sjukhus möjlighet finnas att bedriva den utbildnings- och forskningsverksamhet som är aktuell. Regionsjukvården utgör ett komplement till och ett stöd för länssjukvårdens verksamheter inom samtliga landsting. Detta anser vi bör påverka dimensioneringen av verksamheterna på länsplanet, inte minst de medicinska serviceenheterna.

Gränsdragningen mellan *slutna och öppen vård* har tidigare i olika sammanhang spelat en avgörande roll. En slutsats av våra överväganden, bl. a. i kapitel 7, är att dessa begrepp får en avsevärt mindre betydelse vid här föreslagna funktionell och organisatorisk uppbyggnad av hälso- och sjukvården. Ansvarstagandet för den vårdsökande kommer inte som tidigare att kunna påverkas av om han eller hon blir omhändertagen i öppen eller slutna vård. Begreppen bör därför inte användas i någon föreskrift i den nya lagstiftningen. Landstingen förutsätts ha stor frihet att själva avgöra vilka personella och materiella resurser som skall ställas till förfogande och sättet att organisera dessa. Föreskrifter bör därför inte heller finnas om andra organisatoriska begrepp. Det innebär inget hinder mot användning av tidigare begrepp med hänsyn till skiftande krav och förutsättningar. Den enhetlighet som krävs bör skapas i samverkan mellan huvudmännen utan särskilda lagregler.

Kapitel 8 Landstingens totalansvar, planering och samverkan

I detta kapitel hävdas inledningsvis behovet av ett samlat ansvar för hälso- och sjukvården och att detta ansvar bör få en stark anknytning till samhället. Skälen härför är främst de ömsesidiga sambanden och beroendena mellan hälso- och sjukvården och samhället i övrigt, t. ex. för bedrivande av ett samhällsinriktat förebyggande arbete. Om befolkningens goda hälsa skall kunna vara ett av målen för välfärdspolitiken måste samhället också ha möjlighet att påverka hälso- och sjukvårdsverksamheten i önskad riktning. Ett starkt motiv för ett övergripande samhällsansvar för hälso- och sjukvården är också behovet av prioritering med hänsyn till begränsat samhällsekonomiskt utrymme för fortsatt expansion.

På länsnivå bör, anser vi, detta övergripande samhällsansvar för hälso- och sjukvården ankomma på landstingen. Det ansvar landstingen har idag är huvudsakligen knutet till funktionen som sjukvårdsgivare. Det särskilda ansvar, som vi föreslår införas, har i betänkandet fått benämningen *landstingens totalansvar*. Föreskrifter om detta totalansvar har förutsatts ingå i den nya lagen.

Totalansvaret innebär att landstingen

- kartlägger behoven av hälso- och sjukvård för befolkningen inom sina resp. områden, vidtar eller initierar samt samordnar hälsofrämjande åtgärder,
- genom totalplanering samordnar hälso- och sjukvårdsinsatser som riktar sig till enskilda jämte resurserna härför inom landstingsområdet (detta innefattar överenskommelser om inriktning, lokalisering och omfattning av olika vårdgivares verksamhet) samt medverkar vid samordning av hälso- och sjukvården för större områden,
- följer upp planeringen och vidtar de åtgärder uppföljningen kan ge anledning till,
- tillser att det planerade innehållet i hälso- och sjukvården står i överensstämmelse med den medicinska utvecklingen och ändrade förutsättningar i övrigt,
- svarar för att resurser för hälso- och sjukvården finns i tillräcklig omfattning; detta innebär att landstinget i sista hand har skyldighet att ta på sig ytterligare vårdgivaransvar, samt
- anger hälso- och sjukvårdens allmänna krav på resurser samt medverkar till att utveckla resurser genom utbildning, forskning och andra utvecklingsinsatser.

Förslaget om ett landstingens totalansvar för hälso- och sjukvården innebär ingen förändring av de grundläggande förutsättningarna för olika vårdgivare att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet. Inte heller påverkas den rådande ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialvården. Det "yttersta ansvar" för att omhänderta människor som primärkommunen enligt dagens sociallagstiftning har och avses behålla i förslaget till ny sådan, rubbas alltså inte.

Landstingens totalansvar omfattar inte undantagslöst all hälso- och sjukvård. En av de verksamhetsgrenar som berörs av begränsningar i totalansvaret är företagshälsovården. Den skall – samtidigt som den tillhör hälso-

och sjukvården – betraktas som en del av arbetarskyddet och stå under direkt ledning av arbetsmarknadens parter. Mot bakgrunden av totalansvaret föreligger det oaktat ett behov av samordning mellan landstingen och vårdgivarna inom företagshälsovården, bl. a. för att reglera tillgången på medicinsk personal i och övriga resurser för företagshälsovården.

Företagshälsovården omfattas emellertid inte av totalansvaret i den betydelsen att landstinget är skyldigt att i sista hand ta på sig vårdgivaransvar. Landstingen avses alltså inte kunna överta det ansvar en arbetsgivare har genom förpliktelser i lag eller avtal. Med hänsyn till att landstingen enligt totalansvaret har att verka för en heltäckande företagshälsovård kan det dock i vissa fall bli aktuellt att t. ex. komplettera den av arbetsgivare organiserade vården.

Det ansvar för företagshälsovården som vi – efter kontakt med företagshälsovårdsutredningen – föreslagit skall ingå i totalansvaret förutsätter att en samplanering och en god samverkan etableras mellan den offentliga hälso- och sjukvården och företagshälsovården.

Olika slags begränsningar i omfattningen av landstingens totalansvar berör bl. a. också sjuktransportverksamhet, hälso- och sjukvård av riksomfattande karaktär m. m. samt läkemedelsförsörjning.

En av de grundläggande förutsättningarna för att totalansvaret skall få ett reellt innehåll är att landstingen lagstiftningsvägen åläggs en skyldighet att i samverkan med andra vårdgivare planera all hälso- och sjukvård inom sina resp. områden. Denna planering – *landstingens totalplanering* – bör syfta till en samordning av landstingens egna och de övriga vårdgivarnas insatser och resurser till ett från befolkningens synpunkt ändamålsenligt och samlat utbud av hälso- och sjukvård.

Principen med totalplanering innebär en fortsättning av en redan pågående utveckling. Den innebär således en påbyggnad och en ytterligare utveckling av det redan tillämpade systemet med principplan, femårsplan och årsbudget. Med totalplanering blir planeringen och planeringssamverkan mer systematiserad samtidigt som antalet intressenter i planeringsarbetet väsentligt utökas.

Samverkan inom hälso- och sjukvården är således en grundläggande förutsättning för totalplaneringen. Överenskommelser bör träffas mellan vårdgivarna om bl. a. verksamhet av viss omfattning, jour och beredskap, planering av semester och annan ledighet, utnyttjande av resurser vid kliniker och laboratorier samt fortbildnings- och konferensverksamhet. Samarbetsbehovet är ömsesidigt. Exempelvis företagshälsovården är för en ändamålsenlig utveckling starkt beroende av planeringssamverkan. Kravet på sådan samverkan har i den nya lagstiftningen innefattats i föreskriften om planering. Eftersom behovet av samverkan varierar med lokala förhållanden bedömer vi inte lämpligt föreskriva viss form för samverkan.

Med hänsyn till angiven målsättning för hälso- och sjukvården kan skyldigheten att samverka inte begränsas till att gälla enbart inom hälso- och sjukvårdssektorn. Hälso- och sjukvårdspolitiken måste samordnas med insatserna inom andra områden för välfärdspolitiken.

Behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsorgan är mest påtagligt när det gäller samarbetet med primärkommu-

nerna. Samverkansbehovet är här mycket stort, framför allt när det gäller områdena för äldreomsorg, vård- och hjälpinsatser för barn, ungdom och handikappade samt vård- och hjälpinsatser för personer med psykiska störningar inkl. vård av alkoholmissbrukare m. fl. Även på regional och riksnivå är samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra sektorer nödvändig.

Mot denna bakgrund har bedömts angeläget att lagstiftningen också uttrycker ett allmänt åliggande för landstingen att samverka med andra verksamheter av betydelse för hälso- och sjukvården.

Utredningen har i kapitel 8 också understrukt regionsjukvårdsutredningens synpunkter på behovet av en planmässig *utveckling av regionsjukvården*. Vi ansluter oss alltså till förslaget att en skyldighet för landstingen att medverka i gemensam planering inom och mellan regionerna regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Frågan hur samarbetet skall vara organiserat förutsätts däremot inte vara författningsmässigt reglerad utan kunna avgöras av hälso- och sjukvårdshuvudmännen själva.

I regionsjukvårdsutredningen har också föreslagits att frågan om rikets indelning i sjukvårdsregioner regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Detta har beaktats vid utformningen av vårt lagförslag.

I kapitel 8 behandlas avslutningsvis frågan om *huvudmannaskap och vårdgivaransvar* för landstingen.

Mot bakgrund av utredningens tidigare resonemang förutsätter vi därvid att landstinget får betydelsefulla uppgifter i egenskap av vårdgivare inom området hälsovård. Dessa uppgifter blir särskilt påtagliga vid ett totalansvar för landstingen. Vissa uppgifter kan komma att överföras till landstingen från länsläkarorganisationen, som i annat sammanhang föreslagits bli utvecklade i sin nuvarande form. Någon direkt skyldighet för landstingen att verka som huvudman eller vårdgivare inom området hälsovård föreslås dock inte.

Frågan om huvudmannaskapet för skolhälsovården förutsätts lösas med utgångspunkt i behovet av samordning av all hälso- och sjukvård för barn och ungdom. För att bl. a. möjliggöra denna samordning föreslår vi att landstingen blir huvudmän för skolhälsovården inom i första hand grundskola och gymnasium, men även – efter överenskommelser – vid andra skolor.

Vi förutsätter att landstingen vanligen också blir vårdgivare inom skolhälsovården. Det innebär att skolhälsovårdsuppgifterna bör fullgöras av landstingsanställd personal och att landstingen får det ekonomiska ansvaret. Skolhälsovårdens verksamhet bör enligt vår mening oavsett detta bedrivas i skolan.

Vi föreslår också att tillsynsansvaret för skolhälsovården överförs från skolöverstyrelsen till socialstyrelsen.

Ställningstagandet till frågan om vårdgivaransvaret för studerandehälsovården är beroende av en pågående utredning om hur studerandehälsovården skall kunna fungera i ett system med obligatoriskt medlemskap i kårsammanslutningar.

Företagshälsovården för försvarsmaktens anställda skall enligt ett av riksdagen år 1978 fattat beslut regleras enligt de principer i avtal och förordning

som fastställs för andra statsanställda. Enligt samtidigt fattat beslut skall försvarsmakten behålla ansvaret för hälso- och sjukvården för värnpliktiga. Frågan är nu föremål för fortsatta organisationsöverväganden och för överläggningar mellan staten, landstingen och regionala hälsoråd. Förbandstadvården väntas bli samordnad med folktandvården och därigenom få landstingen som vårdgivare.

Vad slutligen gäller sjuktransportverksamheten förutsätter vi i avvaktan på resultatet av särskild utredning om räddningstjänsten i dess vidare bemärkelse ingen förändring av nuvarande förhållanden. Landstingen har således i enlighet med ett totalansvar att tillse att en ändamålsenlig organisation finns för vägbundna sjuktransporter. Landstingen har därvid att – om frågan inte ordnas på annat sätt – själva som vårdgivare driva verksamheten.

Kapitel 9 Regleringen av hälso- och sjukvårdens organisation

Mot bakgrund av i kapitel 7 framförda synpunkter och krav på den funktionella och organisatoriska uppbyggnaden av hälso- och sjukvårdsverksamheten behandlas i kapitel 9 frågan om föreskrifter härom i lagstiftningen.

En genomgång görs utifrån utvecklingen och behoven inom fyra intresseområden. Dessa intresseområden knyter an till

- det demokratiska inflytandet
- det administrativa inflytandet
- det professionella kunnandet och inflytandet resp. till
- de företagsdemokratiska intressena.

För vart och ett av områdena redovisas dels nuvarande lagreglering, dels våra överväganden om fortsatt behov av dylik reglering.

Här redovisas i korthet våra slutsatser och förslag med anledning av denna genomgång.

Det demokratiska inflytandet

Det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården föreslås säkerställt genom att en särskilt angiven politisk styrelse liksom f. n. är föreskriven i lagstiftningen. Vi förutsätter därför att i varje landsting för den politiska ledningen av hälso- och sjukvården skall finnas en hälso- och sjukvårdsnämnd. Nämndens åligganden bör inte detaljregleras. Tungt vägande skäl för en likformighet över hela landet finns nämligen enligt vår bedömning inte. Varje huvudman bör ha frihet att anpassa uppgifts- och ansvarsfördelningen till förutsättningarna i kommunallagen och de lokala förhållandena.

Även möjligheten för landstinget att låta hälso- och sjukvårdsnämnden underställda förtroendemannaorgan svara för den närmare ledningen av olika delar av verksamheten anser vi bör finnas kvar i en utformning som ansluter till propositionen (1978/79:408) om särskilda lokala organ. Hälso- och sjukvårdslagen skall alltså ge de formella förutsättningarna för att under hälso- och sjukvårdsnämndens ledning lägga ett ansvar på politiskt utsedda

organ. Däremot har vi inte avsett att i lagen föreskriva hur sådana organ skall vara sammansatta eller hur deras ansvarsområden närmare skall beskrivas.

Det administrativa inflytandet

De administrativa reglerna i nuvarande lagstiftning avser ansvaret för i princip alla åligganden i hälso- och sjukvårdsverksamheten som inte med sjukvårdskungörelsens ord "direkt hör till medicinsk verksamhet". Exempel härpå är regler som anger vilka tjänstemän som skall finnas i sjukhusledningen och föreskrifter om dessas åligganden. Viktiga funktioner som inryms i det administrativa ansvaret är exempelvis planering, samordning, ledning och kontroll liksom organisation, utbildning och anskaffande av för vårdarbetet erforderliga resurser.

Som redan inledningsvis påpekats och som även framhållits i utredningsdirektiven utgår den nuvarande sjukvårdslagens organisatoriska bestämmelser från en sjukhusbaserad vård där vårdplatserna och den slutna vården har en central betydelse. Trots successiv utveckling och anpassning av lagstiftningen till ett formellt och reellt vidgat huvudmannaskap samt ökad handlingsfrihet för huvudmännen stämmer lagens grundsyn inte överens med den utveckling som ägt rum och kan väntas fortsätta. Såväl lagstiftningens ensidiga inriktning som dess detaljeringsgrad måste därför omprövas. En omprövning motiveras också av att den organisatoriska förändringsprocessen alltjämt pågår och av de starkt skiftande förutsättningarna inom och mellan olika landstingsområden för framtiden. Vi bedömer det olämpligt att utfärda detaljerade författningsbestämmelser även med hänsyn till att en ny lag i sina huvuddrag bör gälla under åtminstone hela 1980-talet.

Starka skäl talar alltså mot en framtida lagstiftning med administrativa regler, som binder huvudmännen. En ramlagstiftning bör inte föreskriva den organisatoriska uppbyggnaden av verksamheten. Vi har därför förutsatt, att föreskrifter, som bygger på begreppen sluten vård och öppen vård, inte skall förekomma i den nya lagen. Utredningen har heller inte funnit skäl att lagstifta om begrepp som anger funktioner, nivåer, organisationsstruktur och arbetsenheter. Hälso- och sjukvårdens ansvariga förutsätts ha möjlighet att fritt utveckla vårdorganisationen. Det bör givetvis ske i ett samspel mellan berörda intressenter.

I vad mån särskild administrativ sakkunskap är nödvändig för att uppehålla arbetsledande eller andra befattningar bör avgöras av landstingen själva i samråd med arbetstagarernas organisationer.

Det professionella inflytandet

Kvaliteten i vårdarbetet och patientens trygghet bestäms i väsentliga avseenden av personalens kunskaper och engagemang liksom av den arbetsorganisation för samverkan och utveckling som tillämpas. Kraven på och förutsättningarna för denna arbetsorganisation skiftar i hög grad mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsgrenar samt mellan olika delar av landet. Utredningen finner därför inte skäl att närmare reglera denna organisation

i ensartade former. Några skäl att genom lagstiftning undanta den professionella organisationen från personalens rätt till medbestämmande har inte bedömts föreligga.

Vi har vidare utgått från att det grundläggande medicinska yrkesansvaret, som regleras utanför hälso- och sjukvårdslagen, bibehålls och vidgas till att omfatta i princip all personal inom den hälso- och sjukvård, för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar.

Utredningen har emellertid ansett det nödvändigt att trots att arbetsorganisationen i övrigt inte regleras i lagstiftningen behålla en bestämmelse om medicinskt ledningsansvar för läkare. I anslutning till en lagstiftning om ledningsansvar måste vikten av att vid utövandet av sådant ansvar iaktta delegationsmöjligheterna särskilt understrykas. Det medicinska ledningsansvaret är avgränsat till att gälla undersökning och behandling i medicinskt avseende av den enskilde patienten.

Inom sådan verksamhet som inte till övervägande del är medicinsk bestämmer huvudmannen själv hur ledningen av verksamheten skall organiseras. Ledningsansvar kan även i detta fall avse utredning och behandling av enskilda vårdfall. Det gäller t. ex. tandvården.

Huvudmannen bestämmer också enligt vad som redan anförts om det administrativa inflytandet om ledningsansvaret när det gäller vilka resurser t. ex. i form av lokaler, personal, material etc. som skall ställas till förfogande.

Det företagsdemokratiska inflytandet

Frågan om särskilda bestämmelser i lag om organisation, åligganden och ansvar måste ses mot bakgrund också av kraven på arbetsplatsdemokrati. Inom hälso- och sjukvården bör givetvis finnas samma förutsättningar för samverkan i arbetet och medbestämmande för alla anställda, som man eftersträvar i övrigt arbetsliv. De särskilda krav som patientvården ställer bör dock samtidigt beaktas.

Utredningens överväganden har lett till slutsatsen att en ändamålsenlig utveckling och drift av verksamheten bäst nås om organisatoriska bestämmelser inte föreskrivs genom hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Detta ligger helt i linje med kraven från företagsdemokratisk synpunkt på att regler inte bör finnas, som inskränker utrymmet för medbestämmande.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen bör därför ge förutsättningar för största möjliga samverkan i arbetet för alla, innefattande även rätt att ta del i beslutsfattandet.

Kapitel 10 Samspelet mellan landstingen och staten

I kapitlet diskuteras de förändrade krav på och förutsättningar för samspelet mellan landstingen och staten som följer av samhällets och hälso- och sjukvårdens utveckling samt av det av oss föreslagna totalansvaret. Förändringarna diskuteras utifrån det samspel som etablerats i avseende på några viktiga funktioner.

Vi redovisar inledningsvis vissa övergripande synpunkter på statens ansvar

inom hälso- och sjukvården mot bakgrund av bl. a. den pågående decentraliseringen och förstärkningen av den kommunala självstyrelsen. Därvid konstateras att det är de landstingskommunala huvudmännen som har det direkta ansvaret för utformning, finansiering och drift av hälso- och sjukvården samt att de övergripande målen för dessa verksamheter inom ramen för den allmänna välfärdspolitiken fastställs av statsmakterna.

De uppgifter som följer av statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården hänföres enligt kapitel 10

till kravet på en rationell och rättvis fördelning av samhällets resurser inom hälso- och sjukvården samt mellan denna sektor och andra samhällssektorer (välfärdspolitik),

till behovet av en för riket samordnad utveckling av resurser för hälso- och sjukvården (t. ex. genom *arbetsmarknadspolitik* och *utbildning* av personal) jämte tillhandahållande av nya kunskaper t. ex. genom *forsknings- och utvecklingsarbete*) samt

till bevakning av enskilda människors trygghet och säkerhet i medicinskt avseende (*tillsyn*).

Dessa uppgifter förutsätts – som det i enlighet med den kommunalekonomiska utredningens förslag kommit till uttryck i prop. 1978/79:95 – så långt möjligt bli utformade som ett bistånd och stöd till hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Följande funktioner behandlas mer ingående:

Statlig planeringssamordning

På hälso- och sjukvårdshuvudmännen ankommer att upprätta och fastställa planer för hälso- och sjukvården. Statens insatser i detta sammanhang innebär ytterst en avvägning av resurser såväl mellan hälso- och sjukvården och övriga samhällssektorer som inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Vi räknar med att det statliga intresset på central förvaltningsnivå i första hand skall representeras av socialstyrelsen. Denna bör även i fortsättningen ha ett allmänt ansvar att följa och stödja den regionala och lokala hälso- och sjukvårdsplaneringen samt att svara för den statliga tillsynen över hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Socialstyrelsens planeringsuppgifter enligt utredningen sammanfattas på följande sätt. En utgångspunkt är därvid ett vidareutvecklat samarbete mellan socialstyrelsen och andra centrala och regionala organ. Uppgifterna är:

1. Att ta fram underlag till regering och riksdag för hälsopolitiska beslut samt för planeringsöverväganden av mer övergripande art.
2. Att medverka till fortsatt utbyggnad av ett enhetligt system för hälso- och sjukvårdsplanering med enhetliga referensramar och statistik m. m.
3. Att bidra med underlag för planering på regional och lokal nivå.
4. Att följa och stödja hälso- och sjukvårdsplaneringen på landstings- och sjukvårdsregional nivå samt att yttra sig över planförslag.
5. Att göra sammanställningar av olika planer.
6. Att medverka i sektorsövergripande planering (samhällsplanering).

Statlig tillsyn m. m.

I gällande sjukvårdslag anges att "högsta tillsynen över landstingskommunernas sjukvårdande verksamhet utövas av socialstyrelsen".

Vi konstaterar i kapitel 10 att det statliga tillsynsarbetet för närvarande håller på att ändra karaktär. I enlighet med strävan att minska den statliga detaljkontrollen får tillsynen över bl. a. landstingens verksamhet en mera övergripande och rådgivande inriktning. Tillsynen kopplas också allt starkare samman med planeringen som en del i en gemensam process. Tillsynen kommer därvid att präglas av en uppföljning av planeringsinsatserna.

Uppföljningen är inriktad på måluppfyllelse och utvärdering av resultaten av olika planeringsåtgärder. Utvecklingen mot en målorienterad ramlag för hälso- och sjukvården innebär att statens framtida tillsyn i växande utsträckning bör avse sådan kontroll av måluppfyllelse.

Även i fortsättningen kommer dock enligt vår uppfattning behov att finnas av tillsyn från statligt håll över individuella förhållanden, inriktad på kvalitet och säkerhet i vård och behandling i enskilda fall. Här ligger ett rättsskydd för den enskilde medborgaren.

Socialstyrelsens tillsynsansvar, som alltså bör ha en övergripande och rådgivande inriktning, liksom dess skyldighet att utfärda allmänna råd förutsätts komma till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen. Däremot utgår utredningen från att samhällets tillsyn över den inom hälso- och sjukvården verkamma personalen enligt medicinalansvarskommitténs förslag kommer att regleras genom särskild lagstiftning.

Vi förutsätter vidare i kapitel 10 att den nya lagen skall ge förutsättningar att föreskriva skyldighet för landsting eller annan vårdansvarig att till socialstyrelsen anmäla alla fall, där (allvarlig) skada eller sjukdom följt på behandling i hälso- och sjukvården, utom i sådana fall, där denna följd låg inom ramen för vad som kunde förutses inträffa. Det bör ankomma på socialstyrelsen att utfärda de föreskrifter som är erforderliga för detta ändamål.

En del av socialstyrelsens tillsyn utövas av regionala organ, bl. a. länsläkarna. I prop. 1979/80:6 om socialstyrelsens framtida roll, arbetsuppgifter och organisation m. m. föreslås att länsläkarväsendet skall avvecklas och att vissa av länsläkarnas arbetsuppgifter skall överföras till landstingen.

Vi utgår från att länsläkarnas nuvarande tillsynsuppgifter skall kunna fördelas mellan socialstyrelsen och regionala organisationer på sätt som föreslagits i propositionen.

Ekonomiska bidrag och överenskommelser

I kapitel 10 konstateras kommunernas och därvid – av särskilt intresse för oss – landstingskommunernas centrala roll i att förverkliga välfärdssamhället. Som framgått av diskussionerna med anledning av den kommunalekonomiska utredningens förslag råder stor enighet om vikten av att kommunernas verksamhet samordnas med den övergripande statliga politiken. Mot bakgrund av framför allt den samhällsekonomiska utvecklingen kommer det enligt vår bedömning att bli nödvändigt att dämpa expansionstakten inom hälso- och sjukvården. Intresset av att undvika ökat skat-

tetryck är emellertid inte tillräckligt skäl mot fortsatt utbyggnad av hälso- och sjukvården. Förutom formerna för finansiering måste även prioriteringen och avvägningen mellan behoven inom olika samhällssektorer tillmätas stor betydelse.

Vår utredning utgår från att formerna för finansiering av hälso- och sjukvårdens fortsatta expansion skall anpassas till det beslut som riksdagen fattat med anledning av den kommunalekonomiska propositionen samt av de överväganden som bl. a. följer av sysselsättningsutredningens förslag i ärendet.

Utformningen av sjukförsäkringssystemet

Den allmänna försäkringen ger enligt nuvarande regler sjukvård ersättning, sjukpenning och föräldrapenning. Ersättning utgår däremot inte (med vissa undantag) för åtgärder som bara syftar till att förebygga sjukdom.

Vi förutsätter som ovan sagts att ersättning för exempelvis hälsokontroller kan utgå på samma sätt som för sjukvård. En ny hälsovård ersättning skulle kunna utformas på samma sätt som dagens taxebundna sjukvård ersättningar per besök eller utförd åtgärd.

Eftersom även andra, mer allmänt inriktade insatser ingår i hälsovården har emellertid utredningen i stället för en direkt motsvarighet till dagens ersättningsregler under sina överväganden diskuterat en annan ersättningsform. En sådan bör medge landstinget – i förekommande fall i samplanering med andra vårdgivare – att prioritera hälso- och sjukvårdsinsatserna enligt vad som vid varje tillfälle bedöms viktigast. Det kan då knappast bli fråga om en ersättning som är bunden till antal besök eller utförda åtgärder. Sjukförsäkringens ersättning bör i stället vara helt neutral och utgå till landstingen med generellt beräknade belopp. Det torde därvid vara lämpligt att antingen bestämma ett belopp baserat på antal invånare inom landstingsområdet eller låta landstingen få en andel av de socialförsäkringsavgifter som finansierar försäkringen.

En kollektivt beräknad ersättning för hälsovård leder fram till motsvarande frågeställningar då det gäller de nuvarande sjukvård ersättningarna från sjukförsäkringen. Det skulle innebära att man överväger ändring av det nuvarande, i huvudsak prestationsbaserade systemet för sjukvård ersättningar, inte bara för hälsovård utan också för sjukvård.

Ett system med kollektivt beräknade ersättningar från sjukvårdsförsäkringen till landstingen skulle ge möjlighet att planera vårdutbud och finansiering utan att behöva anpassa sig till en detaljerad åtgärdsbunden ersättningsform. En möjlighet att kombinera totalöversikten i planering och drift med fördelningen av de ekonomiska resurserna även från sjukförsäkringen skulle – mot bakgrunden av ett landstingens tilldelat totalansvar – innebära en kraftig förstärkning av landstingens möjligheter att ge hälso- och sjukvården önskad inriktning.

Det ankommer inte på denna utredning att överväga formerna för en sådan kollektivt beräknad totalersättning för såväl hälsovården som sjukvården. En modell för ett nytt ersättningssystem redovisas emellertid. Frågan förutsätts bli föremål för ytterligare utredning. Vi utgår också från att frågans lösning inte får några direkta återverkningar på hälso- och sjukvårdslagens utformning.

Reglering av inrättande av läkartjänster

Enligt sjukvårdslagen fordras medgivande av socialstyrelsen för att inrätta i princip alla läkartjänster inom offentlig hälso- och sjukvård. Villkoren för inrättande av läkartjänster anges i sjukvårdskungörelsen.

Socialstyrelsens prövning av inrättande av tjänst för läkare skall enligt sjukvårdskungörelsen "ske på grundval av ett för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation". Läkarfördelningsprogrammet (LP), som vanligtvis omfattar en period av fem år, revideras och fastställs i princip vartannat år av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Vi har analyserat effekterna av det hittillsvarande arbetet med läkarfördelning. Vi konstaterar därvid att LP ännu inte nått avsedd effekt varken som planeringsinstrument (för fördelning av läkare under vidareutbildning) eller som ransoneringsinstrument (för fördelning av tjänster för vidareutbildade läkare). Svårigheterna beror bl. a. på att det inte varit möjligt att kontrollera omfattningen av läkarvikariatet. Härigenom har betydande vakanser på läkartjänster (-block) uppstått, som kommit att främst drabba de verksamhetsområden, landsting och sjukvårdsformer, som har en lägre attraktionskraft än andra.

Vi anser att det även i fortsättningen behövs en central planering av läkarresurserna inom landet med upprättande av läkarfördelningsprogram både för läkare under vidareutbildning och – så länge som läkarbristen kvarstår – för vidareutbildade läkare. Vi har dock funnit starka skäl föreligga att reformera det nuvarande systemet för fördelning av läkartjänster. Anledning härtil är dels de brister, som vidlåder läkartjänstprogramarbetet och som är att hänföra till svårigheterna att kontrollera läkarutfallet, dels att planeringssituationen för landstingen i framtiden väntas komma att ändras, bl. a. som konsekvens av det totalansvar för hälso- och sjukvården inom sina respektive områden, som landstingen föreslagits komma att få.

Formerna för samverkan för fördelning av läkararbetskraft föreslås i kapitel 10 utformas enligt en ny modell. Dessa former bör bli reglerade genom överenskommelser mellan berörda parter och inte genom lagstiftning. Härigenom skapas möjlighet att flexibelt anpassa formerna för en central planering av läkarresurserna med hänsyn till de sjukvårdsorganisatoriska och andra förändringar, som kan bli aktuella.

Det nya läkarfördelningsystemet bör bli helt inriktat på att fördela läkare och inte tjänster. Avgörande för att systemet skall fungera är att de enskilda landstingen lojalt håller sig inom de ramar för anställning av nya läkare – såväl vidareutbildade som sådana under vidareutbildning – som framgår av det på central nivå framtagna planeringsunderlaget (läkarfördelningsramar). Det bör stå i överensstämmelse med hälso- och sjukvårdshuvudmännens egna intressen att samverka till en rationell och bl. a. från sjukvårdspolitisk synpunkt ändamålsenlig fördelning av läkarresurserna.

Om de frivilliga överenskommelserna inte skulle leda till önskat resultat har staten möjlighet att överväga andra åtgärder. Fråga härom bör i första hand aktualiseras vid de fortlöpande överläggningarna mellan staten samt hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Innan ett system av det av oss skisserade slaget kan läggas till grund

för en överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet, måste ett fortsatt och fördjupat utvecklingsarbete äga rum. Här redan gjorda överväganden bör emellertid kunna ligga till grund för ett ställningstagande, att hälso- och sjukvårdslagen inte skall behöva ange skyldighet för landstingen att inhämta socialstyrelsens medgivande för att inrätta tjänst för läkare i hälso- och sjukvårdande verksamhet.

Reglering av byggnads- och byggnadsgranskning

Utredningen redovisar inte några egna överväganden ifråga om prioriteringar av byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvården. Vi erinrar däremot om förslag, som framlagts i en proposition om socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation m. m. att avskaffa den centrala prioriteringen av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar. Ett genomförande av detta förslag bör enligt vår bedömning inte få några konsekvenser för en ny hälso- och sjukvårdslagstiftning.

I detta avsnitt erinras vidare om riksdagens beslut att nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB) upphört den 1 juli 1979. Tidigare granskning och godkännande av förslag till byggnadsarbeten för vissa sjukvårdsändamål har ersatts av frivilligt samråd och ett kontinuerligt erfarenhetsutbyte mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen och Spri. Vi finner mot bakgrund härav att den skyldighet att granska byggnadsritningar m. m. som finns enligt tidigare författningar inte bör återfinnas i en hälso- och sjukvårdslag.

Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU)

Under denna rubrik redovisas inledningsvis pågående FoU-verksamheter m. m. och föreliggande utvecklingssträvanden. Vi understryker därefter för vår del att FoU-arbete är ett av de viktigaste instrumenten för att påverka hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess framtida utveckling. Ansvaret för forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården bör därför starkare än som hittills skett knytas till hälso- och sjukvårdssektorn.

Forsknings- och utvecklingsarbetets inriktning måste enligt vår uppfattning förändras och mer koncentreras på föreliggande utvecklings- och planeringsproblem. Vi understryker också angelägenheten av att få fram ett informationsunderlag som på ett bättre sätt än hittills belyser omfattning och inriktning av insatserna inom hälso- och sjukvården och därvid bl. a. deras fördelning på olika tillämpningsområden. Den påbörjade förändringen av inriktningen av den medicinska forskningen mot bl. a. mer förebyggande insatser och decentraliserade vårdformer, innefattande psykiatriska och långvariga sjukdomar m. m., måste fortsätta och påskyndas. Detta gäller likaså den pågående utbyggnaden av hälso- och sjukvårdsforskningen samt omvårdnadsforskningen.

Landstingen bör – om de tilldelas ett totalansvar för hälso- och sjukvården – enligt vår uppfattning ha ett stort intresse av att skaffa sig en grundval för forsknings- och utvecklingsarbetet och att precisera sina krav på förändring av detta arbete. Staten bör å sin sida ha ett särskilt ansvar att

bevaka att det för landet samlade och fortlöpande forsknings- och utvecklingsarbetet står i överensstämmelse med de övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna.

Utbildning

I fråga om utbildning redovisas i betänkandet inledningsvis pågående utvecklingssträvanden inom vårdutbildningens område. Vi konstaterar där- efter att vårdutbildningen i likhet med forsknings- och utvecklingsarbetet utgör ett viktigt instrument för att påverka hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess framtida utveckling.

En ändrad inriktning av vårdpolitiken i samhället måste enligt vår upp- fattning påverka vårdutbildningarnas innehåll och dimensionering. Utbild- ningsplaneringen måste därför arbeta med nära anknytning till vård- planeringen och ses som en del i en mer övergripande personalförsörjnings- planering. Inte minst väsentlig är en förändring av hälso- och sjukvårdsut- bildningarnas innehåll så att de bättre svarar mot bl. a. de omstruktureringar, som sker inom vårdorganisation och utbildningssamhälle.

Ett totalansvar, innebärande bevakning av att utbildningen har viss kvan- titet och en kvalitet anpassad till hälso- och sjukvårdens utveckling, medför en vidgning av landstingens ansvar för utbildningsinsatserna.

Samtidigt måste staten ha ett starkt intresse av att utifrån sina bl. a. vård- politiska, utbildningspolitiska, regionalpolitiska och arbetsmarknadspolitiska utgångspunkter söka påverka utbildningarnas innehåll och dimensionering. På socialstyrelsen bör i första hand ankomma att medverka i en fortlöpande personal- och utbildningsplanering samt att tillhandahålla ansvariga statliga utbildningsmyndigheter beslutsunderlag rörande vårdutbildningarnas inne- håll och dimensionering.

Hälsoupplysning

Bland de uppgifter som förutsätts ankomma på landstingen som en följd av ett övergripande ansvar för att främja hälsan hos hela befolkningen är hälsoupplysningen av stor betydelse. Denna verksamhet bedöms ha stort inflytande på utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Genom upplysning påverkas bl. a. attityderna till och därmed också efterfrågan på vårdinsatser.

Vi förutsätter att staten även i fortsättningen har en kompletterande och samordnande funktion när det gäller hälsoupplysningen i landet. Staten – och därvid i första hand socialstyrelsen – har bl. a. att inom området med- verka i kunskapsförmedlingen till andra berörda samhällssektorer, såsom skola, press, radio och TV m. fl.

Information och hälsoupplysning bör – anser vi – betraktas som en in- tegrerad del av hälso- och sjukvårdsverksamheten i alla dess delar.

Kapitel 11 Utgångspunkter för ny lagstiftning. Specialmotiveringar till förslaget till hälso- och sjukvårdslag

I detta kapitel görs först en sammanfattning av utgångspunkter och överväganden med konsekvenser för vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag (redovisade i kap. 6–10). Därefter följer specialmotiveringar till själva lagförslaget paragraf för paragraf samt förslag om en behörighetsförordning. Kapitlet avslutas med en jämförande genomgång av nu gällande och föreslagen författningstext.

Allmänna synpunkter mot bakgrund av nuvarande lagstiftning

I avsnitt 11.1 erinras om krav som mot bakgrunden av hälso- och sjukvårdens utveckling efter den nuvarande sjukvårdslagens tillkomst kan ställas på en ny lagstiftning.

Utredningens direktiv

Utredningens direktiv sammanfattas i avsnitt 11.2. (De fullständiga direktiven redovisas i kapitel 1.)

Utredningens överväganden

I avsnitt 11.1 erinras om krav som mot bakgrunden av utvecklingen är av direkt betydelse för utformningen av vårt lagförslag. Dessa överväganden leder i flertalet fall till ställningstagande huruvida föreskrifter bör finnas resp. inte finnas i den nya lagstiftningen.

Som en grundläggande utgångspunkt anger vi i detta avsnitt att lagstiftningen bör omfatta såväl hälsovård som sjukvård och att den därigenom bör ge uttryck för ett *hälsopolitiskt synsätt* och en vidgning av hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

De *vårdsökandes behov* i olika avseenden – t. ex. när det gäller trygghet, kvalitet, helhetssyn, omvårdnad samt närhet och tillgänglighet – bör enligt våra utgångspunkter också ha grundläggande betydelse för lagstiftningen. Dessa behov omfattas därför av målformuleringarna i lagförslaget.

Avsnitt 11.3 sammanfattar också utgångspunkterna beträffande *hälso- och sjukvårdens uppgifter och innehåll*. Vårt förslag härom innebär att hälso- och sjukvården dels – i det individinriktade arbetet – har funktionerna att förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom och skada, dels har att främja hela befolkningens hälsotillstånd. Till hälso- och sjukvården räknas all den verksamhet i samhället, oberoende av vårdgivare, vars huvudsakliga uppgift är att verka på här angivet sätt. Det får bl. a. till praktisk konsekvens att *också tandvården* innefattas i begreppet hälso- och sjukvård.

I avsnittet återges också de *övergripande mål* för hälso- och sjukvården som enligt våra överväganden bör framgå av den nya lagen.

Som vidare framhålles i kapitel 11 bör lagen också innehålla föreskrifter om ett *landstingens totalansvar* för hälso- och sjukvården inom sina resp. områden och för den egna befolkningens hälsa samt om en därav följande

skyldighet att i samverkan med andra vårdgivare *planera* denna verksamhet. Vi förutsätter också en lagfäst skyldighet för landstingen att *samverka* med andra verksamheter av betydelse för hälso- och sjukvården.

Av 11.3 framgår även att vi ansluter oss till regionsjukvårdsutredningens förslag att en skyldighet för landstingen att medverka i gemensam *planering inom och mellan sjukvårdsregionerna* regleras i hälso- och sjukvårdslagen. I enlighet med vad regionsjukvårdsutredningen förutsatt innebär vårt lagförslag också en möjlighet för regeringen att föreskriva rikets indelning i sjukvårdsregioner.

Övervägandena beträffande *organisatoriska föreskrifter* innebär bl. a. att ett demokratiskt inflytande säkerställes genom en bestämmelse om att en hälso- och sjukvårdsnämnd skall finnas i varje landsting. Vi föreslår också att möjlighet skall finnas att låta hälso- och sjukvårdsnämnden underställda förtroendemannaorgan svara för den närmare ledningen av olika delar av verksamheten.

Den nya lagstiftningen bör enligt vårt förslag till sin principiella uppbyggnad skilja sig från den nuvarande därigenom att den inte i samma utsträckning som tidigare upptar administrativa och arbetsorganisatoriska regler. Några skäl att genom lagstiftning undanta den administrativa eller professionella organisationen från en lokal anpassning och från personalens rätt till medbestämmande har inte ansetts föreligga. Vi föreslår dock bibehållande av en bestämmelse om ett medicinskt ledningsansvar för läkare, avgränsat till att gälla undersökning och behandling i medicinskt avseende av den enskilde patienten. Om ledningsansvar i övrigt förutsätts hälso- och sjukvårdshuvudmannen kunna besluta.

Vi har i betänkandet fäst stort avseende vid *samspelet mellan landstingen och staten*. Detta samspel har huvudsakligen förutsatts kunna äga rum under former som inte behöver bindas genom lagstiftningsåtgärder. Vi anser således att lagstiftningen inte bör innehålla några föreskrifter om skyldigheter för statliga myndigheter att medverka i hälso- och sjukvårdsplaneringen, inte heller om ekonomiska överenskommelser eller om anknytningen till sjukförsäkringssystemet. Den samverkan mellan landstingen och staten som är nödvändig ifråga om forsknings- och utvecklingsarbete liksom på utbildningsområdet och inom hälsoupplysningen bör heller inte föranleda några lagstiftningsåtgärder. Den tidigare lagbestämmelsen om skyldighet att inhämta socialstyrelsens medgivande för att inrätta tjänst för läkare inom offentlig hälso- och sjukvård föreslås slopad.

En tillsyn över hälso- och sjukvården i riket föreslås även i fortsättningen utövas av socialstyrelsen. Denna tillsyn förutsätts i enlighet med redan påbörjad utveckling mera än tidigare utformas som bistånd och stöd till hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Denna förändring behöver inte komma till uttryck i lagstiftningen, som dock förutsätts innehålla regler om tillsyn.

För att tillgodose det behov av tillsyn och kontroll, som föranlett den nuvarande s. k. Lex Mariabestämmelsen, förutsätter vi att den nya lagen skall ge förutsättningar att föreskriva en anmälningsskyldighet för landsting eller annan vårdgivare. Därmed avser vi skyldighet att till socialstyrelsen anmäla alla fall, där skada eller sjukdom följt på behandling av hälso- och sjukvården, utom i sådana fall, där skadan eller sjukdomen legat inom ramen för vad som kunde förutses inträffa.

Vissa övriga frågor

I avsnitt 11.4 behandlar vi vissa övriga för lagstiftningen betydelsefulla frågor. Det konstateras, att de bestämmelser som reglerar *behörigheten till innehav av tjänster* finns i många författningar. De är ofta tämligen detaljrika och dokumenterade på ett författningstekniskt splittrat sätt. Enligt vår uppfattning kan det anföras åtskilliga skäl för att en särskild översyn av dessa bestämmelser kommer till stånd. En sådan översyn borde då också omfatta frågorna om behörighet på områden som f. n. inte är författningsreglerade och om tillsättningsförfarandet. Uppgiften att verkställa denna översyn faller emellertid utanför hälso- och sjukvårdsutredningens uppdrag. Vi förordar därför att behörighetsfrågor m. m. utreds i särskild ordning. Som framgår här nedan föreslås vissa regler om behörighet gälla övergångsvis. Vissa regler i nuvarande lagstiftning om tillsättning av läkartjänster bör i detta sammanhang kunna slopas.

Vi har i våra förslag inte tagit hänsyn till förslagen i den våren 1979 avlämnade propositionen om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. Propositionen innehåller bl. a. förslag om en ändring i sjukvårdslagen av innebörd att särskilda *förtroendenämnder* skall inrättas hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen med uppgift bl. a. att främja kontakterna mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Om riksdagen beslutar i enlighet med propositionens förslag bör föreskrift om förtroendenämnd införas i hälso- och sjukvårdslagen.

Vår utredning har inte haft möjlighet att avvakta slutbehandlingen av de av särskilda utredningar framlagda förslagen om *andlig vård* vid sjukhus, kriminalvårdsanstalter m. m. resp. om *hälso- och sjukvården i krig*.

Vårt förslag till ny lag för hälso- och sjukvården medför behov av *följändringar* i en lång rad författningar. Någon systematisk genomgång av vilka författningsrum som direkt berörs har inte gjorts, då vi förutsatt att en sådan kommer att göras i annat sammanhang.

Specialmotiveringar

I ett avsnitt av kapitel 11 redovisas paragraf för paragraf specialmotive-ringarna till vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag. De bör studeras i direkt anslutning till lagförslaget.

Förordning om behörighet

Förslaget om en hälso- och sjukvårdslag innebär bl. a. upphävande av de nu gällande sjukvårds- och folktandvårdslagarna. I anslutning härtill bör också sjukvårdskungörelsen och folktandvårdskungörelsen upphävas. Vi har som redan nämnts bedömt nödvändigt att en särskild översyn görs av gällande behörighetsbestämmelser inom hälso- och sjukvården. I avvaktan på att en sådan översyn hinner genomföras och leda till beslut bör enligt vår mening en särskild förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården gälla övergångsvis. Vi lämnar ett förslag till en sådan förordning.

Jämförelser mellan nuvarande och föreslagna författningstexter

Vi redovisar som avslutning av betänkandet översiktligt hur innehållet i de nuvarande författningstexterna kommer att påverkas av våra olika förslag. Därvid går vi igenom sjukvårdslagen, sjukvårdskungörelsen, folktandvårdslagen och folktandvårdskungörelsen paragraf för paragraf. I kommentarerna anges om bestämmelserna avses finnas kvar, ersättas av andra bestämmelser eller utgå.

Författningsförslag

Förslag till Hälso- och sjukvårdslag

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

Hälso- och sjukvård

1 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag en verksamhet för att förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Till hälso- och sjukvården hör också tandvård och sjuktransporter.

Hälso- och sjukvårdens mål

2 § Hälso- och sjukvården skall främja en god hälsa hos hela befolkningen. Den skall erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor.

En god hälso- och sjukvård skall särskilt

1. tillgodose de vårdsökandes behov av trygghet och kvalitet,
2. präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållanden,
3. vara nära och lätt tillgänglig,
4. utgå från den enskildes eget ansvar för sin hälsa och vara grundad på aktning för människors rätt till självbestämmande och okränkbarhet, samt
5. vara organiserad så att goda kontakter mellan den vårdsökande och hälso- och sjukvårdens personal underlättas.

Hälso- och sjukvården i landstingskommunerna

Landstingskommunens totalansvar

3 § Varje landstingskommun bär ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingskommunen och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem.

För dem som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatta där skall landstingskommunen erbjuda den vård som omedelbart behövs.

Vad som i denna lag sägs om landstingskommun skall också gälla kommun som inte ingår i landstingskommun. Bestämmelse om förvaltningsutskott skall därvid avse kommunstyrelsen.

4 § Landstingskommunen skall planera hälso- och sjukvårdens utveckling och organisation med utgångspunkt i människornas samlade behov. Inriktningen och organisationen av den hälso- och sjukvård som skall tillgodose behov av närhet och lättillgänglighet skall redovisas särskilt.

Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen.

5 § Landstingskommunens planering och utveckling av hälso- och sjukvården skall bedrivas i samarbete med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Landstingskommunen skall vid sin medverkan i samhällsplaneringen verka för en god hälsa hos befolkningen.

6 § Landstingskommunen skall samverka med övriga landstingskommuner vid planeringen av den hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner.

Regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för sådan hälso- och sjukvård.

Nämnder

7 § Ledningen av hälso- och sjukvården i landstingskommunen utövas av en hälso- och sjukvårdsnämnd, om annat inte följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179).

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.

8 § Landstingskommunen får tillsätta ett eller flera särskilda organ för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården vart och ett för sin verksamhet, om annat inte följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179).

9 § I fråga om särskild hälso- och sjukvårdsnämnd och organ som avses i 8 § gäller bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) i tillämpliga delar.

10 § Den som är eller har varit ledamot eller suppleant i hälso- och sjukvårdsnämnd eller i organ som avses i 8 § får inte obehörigen uppenbara vad han har fått veta om någons hälsa eller personliga förhållanden i övrigt.

Personal

11 § Ansvaret för att leda den medicinska verksamheten inom olika verksamhetsområden skall åvila läkare. Detta ansvar bör så långt det är möjligt och lämpligt lämnas över till annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Om hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar i sin yrkesverksamhet finns särskilda bestämmelser.

Villkor för anställning

12 § Regeringen får föreskriva särskilda villkor för anställning inom landstingskommunens hälso- och sjukvård. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

Om anställning av läkare vid sjukhus som har upplåtits för utbildning och forskning finns särskilda bestämmelser.

Samverkan och förtroende i vården

13 § Hälso- och sjukvården för den enskilde vårdsökande skall så långt det är möjligt läggas upp och genomföras i nära och förtroendefull samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och honom.

Den vårdsökande har rätt till upplysningar om sin hälsa och om de behandlingsmöjligheter som finns. Om upplysningarna inte kan lämnas till den vårdsökande skall de i stället kunna lämnas till någon som står honom nära.

Om tystnadsplikt och sekretess finns särskilda bestämmelser.

Vårdavgifter

14 § Landstingskommunen får ta ut vårdavgifter av de vårdsökande enligt grunder som landstingskommunen bestämmer, i den mån annat inte är särskilt föreskrivet.

Tillsyn m. m.

15 § Socialstyrelsen har tillsynen över hälso- och sjukvården i den mån annat inte är särskilt föreskrivet. Till ledning för vården får styrelsen utfärda allmänna råd.

Regeringen bemyndigas att meddela

1. de föreskrifter som behövs för att trygga enskilda människors säkerhet i vården, samt

2. föreskrifter om skyldighet för den som bedriver hälso- och sjukvård att anmäla till socialstyrelsen när någon har skadats i samband med vård eller risk för skada har uppkommit.

Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter som avses i andra stycket.

1. Denna lag träder i kraft den

Genom lagen upphävs sjukvårdslagen (1962:242) och folktandvårdslagen (1973:457).

2. I fråga om besvär förfarande som avses i 34 § 1 mom. första stycket sjukvårdslagen (1962:242) och som har påbörjats när denna lag träder i kraft skall äldre bestämmelser tillämpas intill dess socialstyrelsen har fattat beslut.

3. I fråga om landstingskommunernas ansvar för tandvården skall till utgången av år 1985 gälla följande.

Landstingskommunen skall svara för den tandvård för barn och ungdomar som är bosatta inom landstingskommunen till och med det år då de fyller nitton år, i den mån behovet av tandvård inte tillgodoses i särskild ordning.

Landstingskommunen skall, utöver den specialisttandvård som följer av vad som nu har sagts, svara för specialisttandvård för vuxna som är bosatta inom landstingskommunen.

4. Förekommer i lag eller annan författning hänvisning till föreskrift som har ersatts genom bestämmelse i denna lag tillämpas i stället den nya bestämmelsen.

Förslag till Förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården

Häri genom föreskrivs följande.

1 § I denna förordning finns bestämmelser om behörighet till vissa anställningar i landstingskommunal och kommunal hälso- och sjukvård.

I fråga om anställning som vikarie för personal som avses i 2-8 §§ får socialstyrelsen medge undantag från annars gällande behörighetskrav.

2 § Behörig till anställning som läkare under allmänläkar- eller specialistutbildning är den som har legitimation.

Den som har allmänläkar- eller specialistkompetens eller fyller kraven för sådan kompetens får inte utan socialstyrelsens medgivande inneha anställning som avses i första stycket.

3 § Behörig till annan anställning som läkare än som sägs i 2 § eller som avser allmäntjänstgöring enligt 2 § lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket är den som har allmänläkarkompetens eller specialistkompetens inom det område som anställningen avser.

Socialstyrelsen fastställer särskilda behörighetsvillkor för anställning som läkare, vars verksamhetsområde inte faller inom området för fastställd specialitet enligt 5 § kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket.

4 § Om särskilda skäl föreligger får socialstyrelsen förklara läkare behörig till anställning som avses i 3 § även om hans utbildning avviker från vad som föreskrivs där.

5 § Behörig till anställning som barnmorska, glasögonoptiker, psykolog, sjukgymnast eller sjuksköterska är den som har legitimation.

Socialstyrelsen får föreskriva krav på genomgången vidareutbildning för anställning som sjuksköterska i viss verksamhet.

6 § Behörig till anställning som tandläkare är den som har legitimation.

7 § Behörig till anställning som föreståndare för poliklinik för specialisttandvård är den som har specialistkompetens inom det område som anställningen avser.

8 § Behörig till anställning som tandhygienist, tandsköterska eller tandtekniker är den som har behörighetsbevis som har utfärdats av socialstyrelsen.

9 § Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om behörighet för anställning som avses i denna förordning.

1. Denna förordning träder i kraft den

Genom förordningen upphävs sjukvårdskungörelsen (1972:676) och folktandvårdskungörelsen (1973:637).

2. Den som när denna förordning träder i kraft innehar anställning som psykolog utan att ha legitimation, får utan hinder av vad som föreskrivs i 5 § inneha sådan anställning även efter nämnda tidpunkt.

3. I fråga om besvärsförfarande som avses i 12 § första stycket folktandvårdskungörelsen (1973:637) och som har påbörjats när denna förordning träder i kraft skall äldre bestämmelser tillämpas intill dess socialstyrelsen har fattat beslut.

I Bakgrund

1 Utredningsuppdraget

Dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, meddelade följande direktiv för utredningen i anförande till statsrådsprotokollet den 11 december 1975:

Hälso- och sjukvården i vårt land har under det senaste årtiondet genomgått en snabb utveckling. Organisatoriskt har genomförts ett i stort sett enhetligt huvudmannaskap med landstingskommunerna som ansvariga för hela den offentliga hälso- och sjukvården. Antalet anställda inom sjukvården har fördubblats. Viktiga sjukförsäkringsreformer har genomförts. Samtidigt har den sjukvårdspolitiska målsättningen i allt högre grad inriktats på att få till stånd en ändrad struktur på den svenska sjukvården. Den öppna hälso- och sjukvården utanför sjukhusen har jämte långtidssjukvården och psykiatrin ställts i förgrunden. En ökad integration av olika verksamheter och en social helhetssyn kännetecknar allt mer den pågående utvecklingen. Socialstyrelsens nyligen framlagda strukturprogram för hälso- och sjukvården och landstingskommunernas pågående arbete med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner ger nya utgångspunkter för den fortsatta utvecklingen.

Av vad jag nu har sagt framgår att hälso- och sjukvården befinner sig i ett viktigt utvecklingsskede. Behovet av en reformering av lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet blir därigenom också allt mer framträdande. Den gällande sjukvårdslagen och därtill hörande författningar har sitt ursprung i en tid då verksamheten på ett helt annat sätt än i dag var inriktad enbart på den sjukhusbundna vården. Den var från början en sjukhuslag mera än en sjukvårdslag. Genom flera viktiga lagändringar, som genomförts, senast år 1973 har lagens regler anpassats till en ny organisation och en utvidgning av den öppna distriktsvården. Men det är utan tvekan ändå så att lagstiftningen fortfarande har sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten. Den innehåller också en relativt omfattande detaljreglering. Jag vill därför – efter samråd med landstingsförbundet – föreslå att en utredning nu tillsätts med uppgift att utarbeta förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården.

Det är enligt min mening av stor betydelse att detta lagstiftningsarbete förankras i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvårdspolitiken. Som en grundval för sitt arbete bör utredningen därför föra en målsättningsdiskussion med utgångspunkt i att alla som bor i landet skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Målsättningen bör präglas av en social helhetssyn på hälso- och sjukvården och därigenom inom ramen för samhällets totala insatser på detta område även innefatta förebyggande åtgärder. Utredningen bör vid utformningen av sina förslag beakta behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialvården liksom hälso- och sjukvårdens samband med den allmänna sjukförsäkringen.

Den nya lagstiftningen bör omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet. Utredningen bör således behandla även de delar av hälso- och sjukvården som f. n. inte regleras i den gällande sjukvårdslagen. Det innebär att bl. a. den förebyggande hälsovården

liksom de privatpraktiserande läkarnas verksamhet bör omfattas av en ny sammanhållen lagstiftning för hälso- och sjukvården. Utredningen bör även uppmärksamma frågorna om skolhälsovården och företagshälsovården. Det bör också ingå i utredningens uppgifter att pröva frågan om den framtida lagstiftningens utformning då det gäller tandvården samt omsorgen för psykiskt utvecklingsstörda.

En viktig utgångspunkt för utredningens arbete bör vara att undanröja sådan detaljreglering i lagstiftningen som inte längre behövs. Den nya hälso- och sjukvårdslagen bör ges formen av en ramlagstiftning. Jag vill – efter samråd med kommunministern – understryka betydelsen av att möjligheterna till decentralisering av verksamhetsformerna tas till vara och att en förstärkning av den kommunala demokratin underlättas. Samråd bör här ske med den av kommunministern tillsatta decentraliseringsutredningen (Kn 1975:01). Utredningen bör också ge berörda personalorganisationer tillfälle att framföra sina synpunkter.

Utredningen bör vid sitt arbete uppmärksamma den nya socialvårdslagstiftning som är under utarbetande. Avgränsningsfrågorna i förhållande till de uppgifter som regleras genom hälsovårdsstadgan bör beaktas genom kontakt med den utredning (S 1974:08) som har i uppdrag att göra en översyn av hälsovårdsstadgan. Under sitt arbete med den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen bör utredningen också samråda med andra pågående utredningar, bl. a. regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07) och medicinalansvarskommittén (S 1974:02). Fortlöpande kontakt bör hållas med socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Vi lägger fram vårt betänkande i två avdelningar, I Bakgrund och II Överväganden. De beskrivande avsnitten redovisar hälso- och sjukvården i dess helhet, i enlighet med den syn som direktiven anlägger. Vi har där försökt att göra redovisningen förhållandevis detaljerad och uttömmande. Vi har däremot inte ansett det vare sig ändamålsenligt eller meningsfullt att försöka redovisa den framtida hälso- och sjukvården i detalj för att ge en utgångspunkt för vårt förslag till ramlag. Våra överväganden är därför mera övergripande och principiellt hållna.

En ramlagstiftning innebär att detaljreglering bör avskaffas där sådan inte längre har någon väsentlig funktion och där detaljerade föreskrifter kan utgöra hinder mot en fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården.

En lagstiftning av denna karaktär bör ange mål för den framtida hälso- och sjukvården, dvs. kvalitativa krav på vårdens utformning, samt skapa möjligheter för vårdansvariga huvudmän att anpassa verksamheten efter skiftande förutsättningar och önskemål samt till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Principen med en ramlag innebär också att man inte genom lagstiftningen direkt kan garantera visst utbud av vårdresurser. Vi räknar med att de vårdansvariga utan reglerande föreskrifter skall kunna bedöma, vilken omfattning och fördelning av vårdresurserna som krävs, för att tillgodose de kvalitativa krav som lagen bör ställa.

Den 11 augusti 1978 anförde dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Gustavsson, i direktiven till utredningen om viss omsorg om handikappade (S 1977:12) bl. a. att uppdraget till hälso- och sjukvårdsutredningen på omsorgsområdet innebar en begränsning av möjligheterna till allsidig utredning på detta område som därför borde uppdras åt en kommitté med inriktning på handikappfrågor. Vi har därför inte behandlat dessa.

Från regeringen har till utredningen överlämnats följande skrivelser och utredningar:

1. den 29 december 1976 skrivelse från riksdagens revisorer, den 11 september 1975 om bidrag till kommunala undervisningssjukhus
2. den 31 december 1976 skrivelse från Kristianstads län landsting med protokoll den 7 juni 1976 rörande kostnader för påtänkt sjukvårdsberedskap vid tennisveckan i Båstad 1975
3. den 4 november 1977 skrivelse från Biomedicinska föreningen den 25 oktober 1975 om assistentpersonal vid kliniskt-cytologiska laboratorier
4. den 15 december 1977 Socialstyrelsen redovisar. Hälsoundersökningar och annan förebyggande hälsovård - utvecklingstendenser
5. den 31 augusti 1978 skrivelse från Patienternas riksförbund den 2 juni 1978 angående viss bestämmelse i sjukvårdskungörelsen
6. den 17 oktober 1978 skrivelse från socialstyrelsen den 15 oktober 1976 angående framställning av leg. tandläkare L. Ahlström om utökning av läkemedelsförmånen
7. den 10 november 1978 skrivelse från socialstyrelsen den 20 december 1977 angående hälsoundersökning av 69-åringar i Stockholms kommun 1974
8. den 30 november 1978 riksdagens skrivelse den 5 oktober 1978, nr 1978/79:1, med anledning av motion om lungröntgenundersökning av invandrare m. m.
9. den 15 februari 1979 skrivelse från socialstyrelsen den 18 september 1978 i fråga om ansvaret för sjuktransporter.

Olika personalorganisationer har haft tillfälle att föra fram sina synpunkter. Därvid har Sveriges läkarförbund och Sveriges tandläkarförbund inför utredningen redovisat sina resp. enskilda vårdgivares verksamhet. Utredningen har också mottagit skrivelser från organisationer och enskilda.

Utredningen har haft kontakt och samråd med bl. a. decentraliseringsutredningen (Kn 1975:01), regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07), medicinalansvarskommittén (S 1974:02), företagshälsoutredningen (1976:01), utredningen om sjukvård i krig (S 1976:05), utredningen om sjukvårdens inre organisation (S 1977:02), utredningen om frågan om kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare i den öppna vården (S 1977:08), kommunaldemokratiska kommittén (Kn 1977:07), 1978 års tandvårdsutredning (S 1978:01).

Utredningen har gjort studiebesök i Malmöhus och Skaraborgs läns landsting samt i Danmark (Köpenhamn).

Utredningen har avgivit följande yttranden:

1. den 20 januari 1976 över SOU 1976:46, Skolhälsovården
2. den 16 september 1977 över Ds S 1977:3, Sjukförsäkringens ersättningsregler vid företagshälsovård
3. den 8 mars 1978 över Socialstyrelsens redovisar 1977:14, LPV, Lag om viss psykiatrisk vård
4. den 3 juli 1978 över socialstyrelsens översynsutrednings (ÖSoS) slutrapporter rörande socialstyrelsens framtida organisation

5. den 25 september 1978 över Ds S 1978:12, Den statliga läkemedelskontrollen
6. den 25 september 1978 över Ds S 1978:13, Läkemedelsinformationen
7. den 15 december 1978 över decentraliseringsutredningens betänkande, SOU 1978:52, Lägg besluten närmare människorna
8. den 15 december 1978 över SOU 1978:59, Ny vårdutbildning
9. den 30 maj 1979 över SOU 1979:7, Tandvården i början av 80-talet.
10. den 10 september 1979 över SOU 1978:70, Regionsjukvården.

2 Gällande lagstiftning

2.1 Inledning

I detta kapitel lämnas en redogörelse för den lagstiftning som f. n. reglerar hälso- och sjukvården. Den egentliga hälso- och sjukvårdslagstiftningen, sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen samt folktandvårdslagen och folktandvårdskungörelsen redovisas översiktligt. De återges i sin helhet i avsnittet 11.7.

Också författningar som inte kommer att direkt göras till föremål för våra överväganden redovisas som en bakgrund till den övergripande målsättningsdiskussion utifrån en social helhetssyn och inom ramen för samhällets totala insatser, som direktiven föreskriver.

Av dessa skäl återges innehållet i kommunallagen, med tanke på landstingens centrala ställning i den offentliga hälso- och sjukvården. Den s. k. kvacksalverilagen anger vissa förutsättningar för avgränsningen av hälso- och sjukvårdens olika områden. Den är även en av utgångspunkterna för olika behörighetsbestämmelser, vilka också redovisas.

Av den egentliga hälso- och sjukvårdens författningsregler har den s. k. KUSK, kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisningssjukhus i relevanta delar redovisats samtidigt med motsvarande författningsrum inom sjukvårdslag och -kungörelse. De särskilda reglementena för karolinska och akademiska sjukhusen redovisas inte här.

Vidare redovisas de två lagar som reglerar enskilds skyldighet att underkasta sig vård, lagen (1966:293) om slutna psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) och smittskyddslagen (1968:231).

2.2 Sjukvårdslagen (1962:242) och sjukvårdskungörelsen (1972:676)

Skyldighet att ombesörja vård m. m.

Som nämnts under avsnitt 2.1 har både sjukvårdslagen (1962:242) och sjukvårdskungörelsen (1972:676) tagits in i sin helhet i avsnitt 11.7 i det följande. Av det skälet redovisas innehållet i dessa författningar endast mycket kortfattat i förevarande kapitel.

Sjukvårdslagen upptar först några allmänna inledande bestämmelser. Där-

efter innehåller lagtexten regler om landstingens skyldighet att ombesörja sjukvård, socialstyrelsens tillsyn, anordnande av sjukhus m. m., sjukvårdsstyrelsen och sjukhusdirektionen, tjänstemän i sjukhusledningen, läkare och övrig personal, intagning på sjukhus m. m., vårdavgift m. m. samt ett antal särskilda bestämmelser, bl. a. om besvär och om tystnadsplikt för förtroendevalda.

I *sjukvårdskungörelsen* finns ytterligare bestämmelser om sjukvårdsstyrelsen och direktionen samt vidare om sjukvårdsdirektör, distriktsöverläkare, sjukhusdirektör, chefsläkare och styresman, klinik- och blockchefer, inrättande av, behörighet till och tillsättning av läkartjänst, åligganden för läkare i läkardistrikt och vid sjukhus, vikarie för läkare, övrig personal samt intagning på sjukhus. Kungörelsen innehåller också ett par avslutande särskilda bestämmelser om sjukhusregister och journalblanketter.

2.3 Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) och smittskyddslagen (1968:231)

De två lagar som kort redovisas i detta avsnitt ger förutsättningarna för vård utan den vårdades samtycke samt vissa föreskrifter om vården m. m.

LSPV föreskriver att sluten psykiatrisk vård får beredas oberoende av den vårdades samtycke, om dels vården är oundgängligen påkallad av sjukdomens art och grad, dels vissa förutsättningar avseende vederbörande själv föreligger, vilka rör dennes sjukdomsinsikt, farlighet för andra eller sig själv, möjlighet att ta vård om sig själv m. m. (1 §).

Om intagning beslutar överläkare (8 §).

Socialstyrelsen föranstaltar om intagning av den som av domstol dömts till sluten psykiatrisk vård.

Föreskrifterna om vården anger att den intagne får hindras att lämna sjukhuset och i övrigt underkastas det tvång som är nödvändigt (13 §). Tillstånd kan enligt vissa förutsättningar ges för patient att vistas på egen hand utanför sjukhusområdet (14 §).

Utskrivning skall ske ofördröjligen om förutsättningar för kvarhållande inte längre föreligger, på beslut av överläkare eller utskrivningsnämnd (16–18 §§). Försöksutskrivning kan förekomma (19–20 §§).

Regler föreskrivs om talan mot beslut om intagning, utskrivning m. m. (21–27 §§).

Lagen reglerar vidare utskrivningsnämndens sammansättning, arbete m. m. (28–34 §§).

Kommun åläggs av smittskyddslagen att vidta erforderliga åtgärder till skydd mot smittsamma sjukdomar. Dessa indelas i allmänfarliga, veneriska och övriga smittsamma sjukdomar (1, 4 §§). Hälsovårdsnämnden skall därvid utöva närmaste inseende över smittskyddsverksamheten (1 §). Länsstyrelsen skall vaka över att smittsamma sjukdomar bekämpas i länet m. m. (2 §) och socialstyrelsen har högsta tillsynen (3 §).

Om allmänfarliga sjukdomar skall hushållsföreståndare (motsv.) underätta distriktsläkare (motsv.) (5 §). Den som är eller misstänks vara sjuk eller smittobärande är tvungen att låta undersöka sig (6 §) samt på beslut

av vissa läkare låta inta sig för sluten vård eller, vid behandling i öppen vård, tåla isolering och inskränkning i sin verksamhet (7 §).

Hälsovårdsnämnden skall utreda sjukdomsorsak och vidta åtgärd för att hindra utbredning av sjukdomen (9 §) och därvid ombesörja smittrening (10 §).

Regeringen eller länsstyrelsen på dess bemyndigande kan förordna om isolering av befolkning i visst område, förstöring eller förändring av egendom m. m. (11 §).

Den som har anledning tro sig lida av venerisk sjukdom är skyldig att söka läkare och underkasta sig behövlig behandling samt följa föreskrifter om behandling och förhindrande av smittspridning (12 §).

Åsidosätts detta kan länsläkare ge anmaning om att skyldigheterna skall fullgöras (13 §). Följs anmaningen inte kan länsstyrelsen besluta att vederbörande skall inställas för undersökning, behandling eller intagning (14 §). Reglerna gäller också personer som varit i förbindelse med veneriskt sjuk person (15 §). Den som intagits för sluten vård är skyldig att stanna och underkasta sig vård tills smittspridningsrisken inte kvarstår (16 §).

Kostnad för undersökning och behandling i öppen vård åvilar landstinget (18 §) liksom vissa laboratoriekostnader och kostnader för sluten vård (23 §).

Beträffande övriga smittsamma sjukdomar kan länsläkaren ålägga hälsovårdsnämnden att verkställa utredning och vidta åtgärder (20 §).

Utskrivningsbeslut meddelas av överläkare (motsv.) och kan överklagas genom besvär (21 §).

2.4 Folktandvårdslagen (1973:457) och folktandvårdskungörelsen (1973:637)

Liksom sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen finns folktandvårdslagen (1973:457) och folktandvårdskungörelsen (1973:637) intagna i sin helhet i avsnitt 11.7 i det följande. I detta kapitel lämnas därför bara en mycket kort redovisning av innehållet.

Folktandvårdslagen preciserar vilka skyldigheter att anordna tandvård som faller på landstingen. Vidare finns bestämmelser om tandvårdsnämnd och om socialstyrelsens tillsyn.

I *folktandvårdskungörelsen* återfinns bestämmelser om folktandvårdens ledning och organisation m. m., behörighet till och tillsättning av vissa tjänster samt några särskilda bestämmelser om bl. a. besvär.

2.5 Författningar som reglerar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område

2.5.1 *Lag (1960:409) om förbud mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (kvacksalverilagen)*

Den s. k. kvacksalverilagen definierar hälso- och sjukvårdande verksamhet som att undersöka annans hälsotillstånd eller behandla annan för sjukdom

eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte (1 §).

Lagens tillämpningsområde är inskränkt till att gälla verksamhet som bedrivs mot ersättning (1 §). Sådan verksamhet är tillåten för alla med de undantag som anges i lagen. Lagen gäller inte den som är behörig att utöva läkaryrket eller annan som står under tillsyn av socialstyrelsen i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet.

Undantagen från rätten för övriga att bedriva hälso- och sjukvårdande verksamhet tar sikte dels på arten av sjukdom resp. verksamhetens form och inriktning, dels på utövarens personliga förhållanden.

Det är således förbjudet att behandla vissa smittsamma sjukdomar, tuberkulos, veneriska sjukdomar, cancer och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi och sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning (2 § a). Oavsett vilken sjukdom det rör sig om är undersökning och behandling av barn som inte fyllt åtta år förbjuden (2 § b) liksom att lämna skriftliga råd och anvisningar för behandling av någon man inte personligen undersökt (2 § c).

Oavsett vilken sjukdom som varit i fråga kan utövaren dömas till ansvar om han uppsåtligen eller av oaksamhet åsamkar icke ringa skada eller fara för sådan skada (7 §). Detta gäller vare sig skadan eller faran orsakats av behandlingen eller av ett dröjsmål med eller avbrott i läkarvård.

Oavsett sjukdomsart är det också förbjudet att behandla under allmän bedövning eller lokalbedövning gjord med injektion eller hypnos samt med radiologiska metoder (3 §).

Vad beträffar utövarens förhållanden gäller förbud mot kringresande verksamhet (4 §) och mot verksamhet av annan än svensk medborgare, i det senare fallet dock med visst undantag för utprovning av glasögon m. m. (5 §).

Utövaren kan inte invända att han misstagit sig på vilken sjukdom det rört sig om, eller inte kunnat förutse inträffad skada eller fara för skada.

Lagen föreskriver vidare (6 §) att den som använder läkar- eller dokortitel i verksamheten tydligt skall ange titelns ursprung och beskaffenhet. Man får inte använda någon titel eller yrkesbeteckning som kan ge sken av att utövaren är legitimerad eller auktoriserad som läkare. Straffet för hälsofarligt kvacksalveri, vilket avser brott mot föreskrift om behandling av vissa sjukdomar, är dagsböter eller fängelse (7 §). Brott mot bestämmelserna som gäller utövarens förhållanden om kringresande, nationalitet och yrkesbeteckning bestraffas med dagsböter (8 §). Dessutom kan den som dömts för hälsofarligt kvacksalveri förbjudas att över huvud taget utöva hälso- och sjukvårdande verksamhet.

2.5.2 Författningar rörande personal i hälso- och sjukvårdande verksamhet

Kvacksalverilagen är inte tillämplig på dem som i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område är ställda under socialstyrelsens tillsyn, s. k. medicinalpersonal enligt kungörelsen (1964:428) om medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende. Till denna kategori hör (1 §) f. n. legitimerade eller på annat sätt behöriga läkare, tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, sjuk-

gymnaster, glasögonoptiker och psykologer. Dit hör också vissa i sjukvården verksamma assistenter, bl. a. i radiologisk och klinisk laboratorieverksamhet och undersköterskor samt skötare och annan personal inom huvudsakligen psykiatrisk vård, kuratorer, tandsköterskor och tandtekniker m. fl.

Enligt lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. bemyndigas regeringen, eller förvaltningsmyndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter om åligganden för den som utövar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område eller inom apoteksväsendet, om sådana föreskrifter behövs till skydd för enskild eller för verksamhetens bedrivande i övrigt (1 §). Bestämmelserna i lagen avser inte bara verksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvårdsorganisationen och övriga av samhället sanktionerade former av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I författningen finns bestämmelser om tystnadsplikt (3 §).

I det följande redovisas regler beträffande vissa av de olika yrkesgrupperna i medicinalpersonalkungörelsen i den ordning de anges i denna.

2.5.2.1 Läkare

Lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket

Behörighet att utöva läkaryrket tillkommer (1 §) den som är legitimerad eller (2 §) är förordnad att uppehålla offentlig tjänst som läkare eller som amanuens vid klinik eller poliklinik, där det bedrivs medicinsk undervisning. Som framgått av redogörelsen för sjukvårdskungörelsen gäller särskilda behörighetskrav för innehav av läkartjänst (Sjvk 20 §). Förordnande som medför behörighet att utöva läkaryrket får meddelas av socialstyrelsen, sjukvårdsstyrelse eller direktion (8 §). Behörighetslagen ger vidare möjlighet för regeringen eller socialstyrelsen att meddela begränsad behörighet.

För läkarlegitimation, som meddelas av socialstyrelsen, krävs avlagd läkarexamen samt fullgjord allmänläkartjänstgöring, eller för läkare med utländsk examen särskild efterutbildning (2 §).

Vissa disciplinära bestämmelser finns, som inte behandlas närmare här.

Lagen reglerar också rätten för läkare att tillkännage att han är specialist inom visst medicinskt verksamhetsområde. De närmare reglerna om allmäntjänstgöring, efterutbildning och vidareutbildning för specialistkompetens finns i kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till behörighetslagen.

Allmänna läkarinstruktionen (1963:341)

Instruktionen föreskriver att varje läkare i utövningen av yrket är ställd under socialstyrelsens inseende och skyldig att följa dess föreskrifter, avge förklaring m. m. (2 §). I allmän tjänst anställd läkare är också under vissa förutsättningar skyldig att stå vissa myndigheter till förfogande för undersökningar och utlåtanden (5 §).

Beträffande yrkesutövningen föreskrivs ett flertal åligganden, bland dem att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela råd och behandling, följa föreskrifter om journalföring och intygsskrivning,

göra vissa anmälningar m. m. (3 §). Vidare föreskrivs vissa åligganden som rör krigsorganisationsplanläggning och privatpraktiserandes skyldighet att göra anmälan om sin yrkesutövning till länsläkaren. För distriktsläkare anges vissa anmälningsskyldigheter rörande hygieniska förhållanden, obehörig utövning av läkaryrket, kvacksalveri och olaga narkotikahantering (12, 13 §§).

För stadsläkare anges vissa organisatoriska föreskrifter (14, 16, 17 §§).

2.5.2.2 Tandläkare

Lagen (1963:251) om behörighet att utöva tandläkaryrket

Behörighet att utöva tandläkaryrket tillkommer (1 §) den som har legitimation eller är förordnad på tjänst som ger behörighet. Legitimation meddelas av socialstyrelsen (3 §) på grundval av svensk examen eller utländsk sådan och viss efterutbildning. Lagen föreskriver särskilda regler för rätten att tillkännage specialistkompetens (11 §).

Tandläkarbehörighetslagen anger härutöver behörighetskrav för tandhygienist – av socialstyrelsen föreskriven utbildning – för biträde åt tandläkare med tand- och munhygienisk behandling (2 §). Även för dessa gäller straffbestämmelserna i 12 §.

Vidare medges läkare att utöva sådan tandläkarverksamhet som hans utbildning medger och omständigheterna kräver (14 §).

Allmänna tandläkarinstruktionen (1963:666)

Den allmänna tandläkarinstruktionen innehåller samma slags bestämmelser som läkarinstruktionen (jfr 2.5.2.1) om socialstyrelsens tillsyn, skyldigheter i yrkesutövningen, journalföring, privatpraktik och krigsorganisationsplanläggning.

2.5.2.3 Sjuksköterska

Reglementet (1957:656) för sjuksköterskor

Reglementet föreskriver som förutsättning för legitimation, vilken meddelas av socialstyrelsen, viss fullgjord utbildning eller motsvarande kunskap och färdighet (1 §).

Sjuksköterska är ställd under socialstyrelsens inseende och skall efterkomma dess föreskrifter. Föreskrifter ges även om överinseende av verksamhet i öppen vård (3 §) liksom skyldighet till anmälan beträffande sin verksamhet (4 §), om anmälningsskyldighet till bl. a. barnvårdsnämnd (7 §) samt om läkemedelshantering (6 §).

Vidare föreskrivs skyldighet att iakta omsorg och varsamhet och att efterkomma utfärdade anvisningar (5 §) och att följa utvecklingen inom verksamhetsområdet och nya rön av betydelse för yrkesutövningen (9 §).

Normalinstruktionen (MF 1963:68) för distriktssköterska

Normalinstruktionen för distriktssköterska föreskriver förmanskap (2 §), åligganden (3–12 §§), anmälningsskyldighet (13 §), samverkansskyldighet med myndigheter och tjänstemän (14 §), handlednings- och undervisningskyldighet (15 §), skyldighet att planera resor ekonomiskt (16 §) samt att föra dagbok och lämna årsberättelse (17 §).

2.5.2.4 Barnmorska

Reglementet (1955:252) för barnmorskor

Barnmorskereglementet föreskriver, för behörighet att utöva yrket, legitimation meddelad av socialstyrelsen på grundval av viss föreskriven vidareutbildning utöver sjuksköterskeutbildning (1 §).

Beträffande barnmorskas verksamhet ges flera föreskrifter. Hon skall efterkomma socialstyrelsens föreskrifter och begäran om upplysningar m. m. samt är i öppen vård ställd under socialstyrelsens inseende. Denna tillsyn utövas av länsläkarna. Läkare som sjukvårdsstyrelsen utser därtill har den omedelbara tillsynen över sådan barnmorska (4 §). Anmälan skall göras av barnmorska som påbörjar eller upphör med enskild yrkesverksamhet (5 §).

Om innehållet i verksamheten föreskrivs att denna avser vård vid förlossning samt före och efter förlossning av moder och barn (6–7 §§). Bestämmelser ges om hur vissa åtgärder skall utföras vid förlossningsoperation och befatning med läkemedel samt om journalföring och vissa anmälningar (8–12, 16 §§).

I sin yrkesutövning får barnmorska använda och utdela läkemedel enligt bestämmelser som socialstyrelsen meddelar (9 §).

Vidare åläggs barnmorska att följa utvecklingen i yrket och att söka göra sig förtrogen med nya rön av betydelse för yrkesutövningen, ävensom skyldighet att vart tionde år efter legitimationen genomgå repetitionskurs vid sjuksköterskeskola.

Normalinstruktionen (MF 1963:92) för distriktsbarnmorska

I instruktion anges förmanskap (2 §), åligganden (3 §), skyldighet rörande bostadsort (4 §), viss upplysningsskyldighet vid bortovaro (5–6 §§) samt åligganden om journalföring (7–8 §§), anmälningsskyldighet om födelse i öppen vård (9 §) och föreskrifter om utrustning m. m. (10 §).

2.5.2.5 Sjukgymnast

Kungörelsen (1937:864) om legitimation av sjukgymnaster

För legitimation, som meddelas av socialstyrelsen, föreskrivs examen vid sjukgymnastinstitut eller motsvarande kunskap och färdighet (1 §).

Sjukgymnast står under socialstyrelsens tillsyn och får behandla sjuka efter läkares föreskrift (2 §).

2.5.2.6 Glasögonoptiker

Kungörelsen (1963:456) om legitimation av glasögonoptiker

För legitimation, som meddelas av socialstyrelsen, föreskrivs viss utbildning.

Enligt särskild instruktion, utfärdad av socialstyrelsen (SOSFSM 1976:75), åläggs optiker föreskrifter som bl. a. rör utövandet av verksamheten.

2.5.2.7 Psykolog

Förordningen (1978:341) om legitimation av psykolog

För legitimation, som meddelas av socialstyrelsen, fordras svensk psykologexamen samt praktisk tjänstgöring. Legitimation kan även meddelas den som på annat sätt förvärvat i huvudsak motsvarande kunskap och erfarenhet.

Psykolog står i yrkesutövningen under socialstyrelsens tillsyn.

Socialstyrelsen har utfärdat kungörelse om legitimation av psykologer (SOSFS 1978:45) och meddelat föreskrifter om den praktiska tjänstgöringen (SOSFS 1978:52).

2.6 Stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem

Enskilt vårdhem är (med vissa angivna undantag) enligt stadgan en inrättning som drivs av annan än offentlig huvudman och har minst tre vårdplatser för sjukvård eller annan personlig omvårdnad och tillsyn (1 §). Det står under högsta tillsyn av socialstyrelsen.

I länet utövar länsstyrelsen tillsynen, varvid länsläkaren (i vissa fall annan läkare) och socialvårdskonsulenten biträder länsstyrelsen. Därutöver skall sociala centralnämnden i kommunen utöva löpande tillsyn i socialt hänseende (3 §).

Tillsynsläkare får på vissa angivna skäl förordna om förflyttning från hemmet av person som vårdas där (4 §).

Stadgan föreskriver att hemmet skall ha för god vård nödvändiga lokaler, utrustning och personal samt ha lämplig föreståndare, vars kompetens godkännts av länsstyrelsen (5–6 §§). Vården skall, om länsstyrelsen inte medgivit undantag, stå under tillsyn av vårdhems läkare, vars behörighetskrav bestäms av socialstyrelsen (6 §).

För att driva enskilt vårdhem krävs länsstyrelsens tillstånd, vilket kan återkallas vid otillfredsställande vård eller annat uppenbart missförhållande (7–13 §§).

Särskilda åligganden föreskrivs för föreståndare och vårdhems läkare. Den före skall ansvara för personlig omvårdnad och tillsyn, se till att de vårdade ges möjligheter till aktivering och rehabilitering, följa utvecklingen inom vårdsområdet, se till att kosten är fullvärdig och näringsriktig samt besluta om inskrivning efter samråd med vårdhems läkaren m. m. (15 §).

Vårdhems läkaren åligger att ansvara för den medicinska vården, se till att endast sådana vårdas för vilka hemmet är godkänt, regelbundet besöka

hemmet, ha tillsyn över hygien och utrustning m. m. Läkaren skall vidare göra samma slags anmälan som åvilar sjukhusdirektör m. fl. till socialstyrelsen och till polismyndighet om skada orsakats eller befaras uppstå på grund av behandling vid hemmet och det inte är uppenbart att vårdslöshet eller försummelse inte förelegat (16 §).

I fråga om vård som inte meddelas vid vårdhem men avser yrkesmässigt mottagande av vårdbehövande för sjukvård gäller föreskrifterna om tillsyn, tillstånd och åligganden för ansvarig vårdgivare i tillämpliga delar om vården inte drivs enligt avtal med sjukvårdsstyrelse eller regeringen förordnat annat (17 §).

2.7 Kommunallagen (1977:179)

Lagen anger i inledningskapitlet rikets indelning i kommuner och landstingskommuner (1 §), innebörden av begreppen fullmäktige, varmed i lagen avses även landsting, och styrelse, varmed avses även förvaltningsutskott (2 §) samt av medlemskap i kommun och landstingskommun (3 §).

Det föreskrivs att kommun och landstingskommun själv får vårda sina angelägenheter (4 §) samt att beslutanderätten utövas av fullmäktige. Förvaltning och verkställighet ankommer på styrelse och nämnder och fullmäktige kan uppdra åt styrelse eller nämnd att i deras ställe fatta beslut under vissa förutsättningar. S. k. partssammansatta organ kan i viss utsträckning inrättas av fullmäktige på grundval av särskilt träffade kollektivavtal (5 §).

Beträffande fullmäktige ges (2 kap.) bestämmelser om bl. a. antal ledamöter, rösträtt, valbarhet, ledighet, mandatperiod, ordförandeval och sammanträdesordning, samt om beslutsrätt, beredning, motion, bordläggning, sammanträdesledning, proposition, val, interpellation, protokoll, reservation, offentlighet, ersättningar m. m. till ledamöter samt arbetsordning.

För styrelse och övriga nämnder föreskrivs i 3 kap. deras åligganden avseende förvaltningen m. m. Styrelsen skall bl. a. följa frågor som inverkar på kommunens utveckling och vidare bereda ärenden, handha förvaltning av ekonomi, samt i vissa fall egendom och medel, verkställa fullmäktigebeslut, handha informationsverksamhet m. m.

Styrelsen skall handlägga de ärenden som enligt särskilda författningar ankommer på styrelsen. Den får för sin verksamhet infordra yttranden och upplysningar från övriga nämnder samt beredningar och tjänstemän (1 §).

Föreskrifter ges vidare i samma kapitel för val av styrelsens ledamöter och suppleanter, valbarhet, ledighet, mandatperiod, ordförandeval, sammanträdesordning, val av beredningsorgan m. m. (2–10 §§, 12 §).

I fråga om förfarandet vid fattande av beslut, förande av protokoll, justering och reservation föreskrivs att reglerna om fullmäktige skall tillämpas även för styrelsen, med vissa modifikationer (10 §).

Hänvisning till förvaltningslagen görs beträffande regler om handlingsinkommande till styrelsen (11 §).

Fullmäktige får anta reglemente som närmare bestämmer om styrelsens verksamhet (2 §). Fullmäktige tillsätter för förvaltning och verkställighet

enligt särskilda författningar nämnder, för vilka författningarnas föreskrifter gäller. Därutöver kan fullmäktige tillsätta de nämnder i övrigt som behövs. Beträffande dessa nämnder ges vissa föreskrifter och hänvisningar till andra bestämmelser (13 §). Fullmäktige kan vidare om inte annat föreskrivs i lag eller annan författning ge föreskrifter om förvaltning och verkställighet av egendom som annars förvaltas av annan nämnd och handläggningen av vissa personalfrågor (14 §).

Fullmäktige kan också besluta om rätt till närvaro m. m. för fullmäktigeledamot och vissa förtroendevalda vid styrelse- och nämndsammanträden (15 §) samt om vissa ersättningar (16 §).

Särskilda regler föreskrivs om ekonomisk förvaltning (4 kap.), revision (5 kap.) och skatt (6 kap.).

Beträffande kommunalbesvär föreskrivs (7 kap.) att medlem av kommunen får, om ej annat föreskrivits, anföra besvär över beslut av fullmäktige hos länsstyrelsen, med möjlighet att föra talan vidare hos regeringsrätten. Medlem av landstingskommun kan anföra besvär över beslut av landstinget hos regeringsrätten. Talan får endast grundas på att beslutet

- ej tillkommit i laga ordning
- står i strid mot lag eller annan författning
- på annat sätt överskrider fullmäktiges/landstingets befogenhet
- kränker klagandens enskilda rätt eller
- annars vilar på orättvis grund.

Vissa regler om tidsfrist föreskrivs (1 §). Angivna besvärregler tillämpas också beträffande beslut av kommunstyrelse/förvaltningsutskott och nämnd, dock inte över beslut av rent förberedande eller rent verkställande art (2 §).

För att pröva beslut om tillsättning av tjänst m. m. kan utses särskild besvärsnämnd, för vilken gäller vissa regler om handläggning m. m.

Besvär över beslut av kommunal besvärsnämnd kan anföras hos länsstyrelsen samt, över dennas beslut, under vissa förutsättningar hos regeringsrätten. Besvär över beslut av landstingskommunal besvärsnämnd anføres direkt hos regeringsrätten (3, 5 §§).

3 Hälso- och sjukvårdsorganisationens uppbyggnad och omfattning

I detta kapitel ges en samlad redovisning av huvuddragen i hälso- och sjukvårdens organisation, uppbyggnad och omfattning i Sverige samt i viss till hälso- och sjukvården gränsande verksamhet.

Redovisningen omfattar främst perioden 1960—1975.

I vissa fall berörs även senare förhållanden.

Aktuella uppgifter kan också återfinnas i utredningens övervägandedel, kap. 6–11. Avsikten där är dock i första hand inte att avspegla det aktuella läget utan utvecklingsförloppet.

Inledningsvis (3.1) ges en historisk återblick över läkekonstens och tandläkarkonstens tillkomst samt sjukvårdens och tandvårdens utbyggnad fram till 1960-talet. Den nuvarande hälso- och sjukvårdsverksamheten efter nämnda period och fram till 1975 återges därefter i områdesvisa beskrivningar grupperade på sjukvård, hälsovård och tandvård (3.2). Denna redovisning har med hänsyn till direktivens krav på beaktande av vårdområdet i dess helhet en relativt hög detaljeringsgrad. Detta gäller också avsnittet om vissa till hälso- och sjukvården gränsande verksamheter (3.6).

Kapitlet omfattar även en redovisning av personalutveckling och utbildning, kostnader och finansiering, den allmänna försäkringsorganisationen samt läkemedelsförsörjningen (3.3–3.5).

I kapitlet ges i avsnitten 3.7–3.10 en schematisk redovisning av aktuella huvudmannaskapsförhållanden, vårdstruktur samt en beskrivning av den organisatoriska uppbyggnaden på olika nivåer.

Kapitlet avslutas med en redovisning av förhållanden i andra länder (3.11).

3.1 Historisk återblick

Hälso- och sjukvårdens utveckling i ett långt historiskt perspektiv kan sägas ha att göra med dels läkekonsten, dels den organisatoriska uppbyggnaden av vården.

I följande avsnitt lämnas en mycket översiktlig och kortfattad redogörelse för utvecklingen. Den omfattar i särskilda avsnitt läkekonstens utveckling, tandläkarkonstens utveckling, den organisatoriska uppbyggnaden, personalutvecklingen och efterkrigsutvecklingen.

Senare i detta kapitel och i kapitlen 5, 7 och 10 ges mer utförliga uppgifter om olika sakområden.

3.1.1 *Läkekonstens utveckling fram till 1960-talet*

Läkekonsten har sitt ursprung i folkmedicinen, som förekommit ända in i vår tid. Denna har i sin tur haft sitt ursprung i och mycket länge påverkats av magiska föreställningar. Vid sidan härav har den vetenskapliga medicinen utvecklats.

Folkmedicinen och kvacksalveriet har numera en liten utbredning i Sverige. De existerar emellertid fortfarande.

Läkekonsten omhänderhades ofta under medeltiden och ännu in i nya tiden av badare, bardskärare eller fältskärer samt av munkar och nunnor. Dessa saknade direkt medicinsk utbildning, i varje fall av dagens naturvetenskapliga karaktär.

Mot slutet av 1600-talet började läkarnas antal öka och medicinalväsendet organiserades.

På förslag av fyra läkare i Stockholm grundades år 1663 Collegium Medicorum, senare kallat Collegium Medicum. Kollegiet fick examinera och i kollegiet uppta de läkare som avsåg att verka i huvudstaden.

Starka motsättningar rådde från början mellan läkare och kirurger. De illiterata kirurgerna i Stockholm hade alltsedan år 1496 varit sammanslutna till ett skrå eller ämbete, Barberarämbetet. Efter år 1685 fick ämbetet namnet Chirurgiska Societeten.

Även badarna med privilegier såsom skrå och rättigheter att koppa, förbinda sår och utöva annan mindre kvalificerad sjukvård, stod folket till tjänst liksom kringresande starrstickare, bräck- och stensnidare. Dessa utövare av läkekonsten dominerade länge den praktiska svenska medicinen.

Eftersom kirurgerna ej räknades till läkarkonstens utövare sorterade de ej under Collegium Medicum. År 1797 togs det första steget till en förening av medicinen och kirurgin genom en lag om att även kirurgerna skulle föreläggas examinationsskyldighet inför denna medicinska myndighet. Genom denna lag förhindrades i någon mån att kringresande scharlataner utan några insikter i kirurgi sysslade med kirurgiska ingrepp, däribland tandutdragningar. Två år efter lagens tillkomst examinerades den första tandoperatören inför detta kollegium.

1688 års medicinalordningar gällde till år 1915 som grund för den statliga tillsynen av sjukvården utanför institutionerna.

Framväxten och utvecklingen av icke-skolmedicin kan inte följas på samma sätt. Av skråprivilegier, medicinalordningar o. d. vet vi att det – förutom kloka gubbar och gummor – fanns många slags yrkesutövare. Till dessa hörde bl. a. ockultister, bräck- och stensnidare, starrstickare, materialister, empiricos, agyrtas, circumforaneos och arioladores. Dessa var emellertid av Collegium Medicum ålagda att avhålla sig från land och rike.

Den låga bildningsnivån, samfärdselsvårigheterna och det låga läkarantalet gör troligt att antalet utövare av icke-skolmedicin varit förhållandevis stort under tidigare utvecklingsskeden. Kloka gubbar och gummor och andra yrkesutövare av ovannämnda slag kan ha utgjort det större antalet i sjukvården verksamma. För senare tider finns vissa statistiska uppgifter. År 1950 fanns ca 450 kvacksalvare, av dem ca 300 homeopater. Antalet kiropraktiker jämte andra på skelettet verksamma var 65 och antalet "kloka

gubbar" 45. Det fanns 15 naturläkare/örtmedicinare, enstaka koppare, åderlåtare och hudspecialister osv.

Nyligen gjorda undersökningar pekar på att det nuvarande antalet utövare av olika slags hälso- och sjukvårdande verksamhet vid sidan av den organiserade hälso- och sjukvården är förhållandevis stort. Antalet kan också antas vara i ökande.

3.1.2 Tandläkarkonstens utveckling fram till 1960-talet

Tandläkarkonstens utövare bestod i sitt tidigaste ursprung företrädesvis av professionella kvacksalvare som drog omkring och etablerade sig som tanddragare, barberare, medicinmän o. d. Dessa var populära figurer på marknadsplatserna i de större städerna, där avlägsnandet av en värkande tand var förknippad med gyckelspel och försäljning av diverse medikamenter.

Under 1500-talet väcktes ett stort intresse för människokroppen och då i mycket hög grad för skallens och tändernas anatomi. Den nya odontologiska litteraturen blev mera fackmässig och självständig efter att odontologin tidigare behandlats som en del av kirurgin. Utöver tandutdragning började man redan då att använda konstgjorda tänder och olika former av tandproteser.

Sverige var i viss mån ett föregångsland då det gällde att få bukt med suspekta personers utövande av tandläkaryrket. Med ett kungligt brev år 1663 bestämdes att alla som ej var medicinskt utbildade och som ville utöva tandläkekonsten först måste uppvisa sina färdigheter inför Collegium Medicum.

I vårt land är sedan år 1797 tandläkar- eller läkarexamen obligatorisk för tandläkekonstens utövare. Vid sekelskiftet 1700–1800 fanns dock endast tre tandläkare i Sverige. Först vid mitten av 1800-talet märks en efterfrågan på tandvård från befolkningens sida. Tandläkarna behövde därmed inte så ofta ha ett annat yrke utöver tandläkaryrket.

Merparten av tandläkarna i landet har alltid varit privatpraktiserande. Tandvård i samhällets regi för vuxna vårdbehövande tillkom så sent som år 1938 genom det beslut om folktandvård som statsmakterna då fattade. Skoltandvård hade dock tidigare anordnats genom kommuners försorg. Den första skoltandvårdskliniken inrättades i Köping år 1905. Antalet tandläkare inom folktandvården uppgick år 1940 till 53 (2 %) av totalt 2 347 tandläkare. Detta antal hade år 1960 ökat till 1 648, motsvarande 31 procent av 5 298 tandläkare.

3.1.3 Den organisatoriska uppbyggnaden

Från skråprivilegier till vetenskapligt grundad organisation

Den större delen av vårdverksamheten förekom under medeltiden och även under den nya tiden länge utan att vara särskilt organiserad som hälso- och sjukvård. Den bedrevs som ett utbudande av tjänster på kommersiell och humanitär basis och reglerades endast genom föreskrifter i form av skråprivilegier.

Vid sidan av skråprivilegierna fanns andra regler, bl. a. kyrkolagstiftningen som förbjöd visst slags trolldom och helbrägdagörelse. Viss helbrägdagörelse var dock sanktionerad inom kyrkans och religionens ram. Mot bakgrund av medicinens anknytning till det magiska tänkandet, som långt fram i tiden präglade människors hela livsföring, är detta inte så förvånande som det först kan verka.

Så småningom blev en enligt modernt synsätt mer vetenskapligt grundad medicin övervägande. Skydds- och kontrollfunktionen, som fanns redan i de tidigare reglerna, fick den utformning den nu har med tillsyn av centrala ämbetsverk, behörighetsreglering osv. Utvecklingen beskrivs i detta avsnitt under rubrikerna sjukvårdsanstalternas tillkomst resp. öppen mottagning vid sjukhus och den öppna vårdens utveckling. Vissa regler och utvecklingsdrag är gemensamma för slutna och öppna vård.

Sjukvårdsanstalternas tillkomst

De tidigaste under medeltiden inrättade sjukvårdsanstalterna var kristna barmhärtighetsinrättningar, där ingen egentlig läkarbehandling gavs. Inrättningarna av detta slag var helgeandshus och hospital.

Helgeandshusen, vanligen i städerna, var väsentligen fattig- och försörjningsinrättningar. Hospitalen utanför städerna var däremot ursprungligen avsedda för spetälska. De blev liksom klostren på en gång försörjnings- och sjukvårdsanstalter och även i viss mån härbärgen för resande. De hade föreståndare tillsatta av profana myndigheter.

Kostnaderna för dessa sjukvårdsanstalter bestreds av tionden, donationer, allmosor och andliga riddarordnar. Sjukvården i anstalterna torde ha inkränt sig till enklare huskurer, eller – som Gustav Vasa uttryckte sig – "tillbörlig ryckt og föde til theres uppehelle".

Reformationens införande i Sverige och Västerås recess år 1527, som indrog kyrkans gods och kloster, ledde till att sjukvården började ses som en statlig angelägenhet, skild från fattigvården. Utbyggnaden av sjukvården med den inriktningen tog dock lång tid.

Ett förslag till medicinalväsendets organisation upprättades redan år 1561. Förslaget genomfördes dock inte.

Karl IX gjorde år 1605 de första försöken att skilja sjukvård och ren fattigvård. Därvid förordnades att de sjuka skulle vårdas i hospital, medan de fattiga och husvilla skulle bo i sockenstugor.

Under Gustav II Adolf genomdrevs den administrativa reformen, att "cantzlären och hans bijhaffuande Canzlij" skulle utgöra överstyrelse för rikets sjukvårdsinrättningar och att landshövdingarna skulle utöva noggrann uppsikt över hospitalen.

Av stor betydelse för ett särskiljande av sjuk- och fattigvård i Sverige blev drottning Kristinas förordning av år 1642: "huru hållas skal medh Tiggjare och fattige som rätt Allmoso behöfve. Item med Landstrykare och Lättingar". Enligt denna förordning skulle i hospitalen intagas fattiga sjuka, "aff ålder eller annan lijffzskräpligheet, Vhrsinnige och besatte Menniskior, item The ther hafwa smittesamma siukdomar" (spetälska och syfilis).

Hospitalens administration reglerades fortfarande i kyrkolagen. Läkarvården omfattades inte alls av denna. Först år 1744, i den första provinsi-

alläkarinstruktionen, ålades läkare att "utan betalning låta sig vårda om där befintliga sjuka".

Särskilda sjukhus, kurhus, för veneriskt smittade blev alltmer aktuella under 1700-talets lopp. Det första egentliga sjukhuset var Serafimerlasarettet, som öppnades år 1752. För detta sjukhus fanns en rikslasarettsfond, som tillkommit genom olika slags indirekta skatter och insamlade medel. Direktionen för sjukhuset bestod till en början enbart av serafimerriddare. Den hade formellt ingen medicinsk representation. Centralförvaltningen (socialstyrelsens föregångare) var heller inte representerad. Sjukhuset hade åtta sängar, avsedda för hela det dåvarande riket, som även omfattade Finland.

År 1765 medgav ständerna att för befolkningens sjukvård insamlade medel fick stanna i länen, om dessa ville upprätta lasarett. Under de första 20 åren inrättades ungefär ett lasarett per år. Fram till 1860-talet hade knappt 50 lasarett inrättats. Sjukhusen var vanligen små med något eller några tiotal platser. Lasarettutvecklingen från slutet av 1700-talet fram till år 1960 redovisas i följande tabell.

Tabell 3:1 Antal lasarett och sjuksängar 1781-1960

År	Antal lasarett	Antal sjuksängar
1781	17	196
1811	33	692
1841	42	2 146
1861	46	2 960
1881	72	4 271
1901	76	7 353
1924	92	13 307
1960	111	41 755

Lasarettsdirektionerna hade ledningen av verksamheten och beslutade även om t. ex. intagning av sjuka, utifrån läkares bedömning.

Den centrala förvaltningen växte oavbrutet. Collegium Medicum omorganiserades år 1813 till Sundhetscollegium som år 1878 blev medicinalstyrelsen.

Genom en rad författningar, som tillkom 1859-1861 förstärktes den centrala ledningen av landets hälso- och sjukvård, innebärande bl. a. att de sista av Serafimerordensgillet befogenheter inom lasarettsvården upphävdes. Sundhetscollegium fick dock inte slutgiltigt överta tillsynen över hospitalen från Serafimerordensgillet förrän år 1877.

Alla landets läkare var i sin yrkesverksamhet underställda Sundhetscollegium. Lasarettsvården finansierades till viss del genom avgifter, men främst genom beskattning. Skattemedlen kunde i viss utsträckning skiftas över från mindre till mer behövande län.

Efter den stora författningsreformen och de nya kommunallagarnas tillkomst på 1860-talet fördes sjukhusverksamheten vid kroppssjukhus över på landstingen. Den centrala kvalitetskontrollen behölls dock. Den förstärktes också något. Sundhetscollegium fick utöver granskning av sjukhusrapporterna även inspektionsrätt. Lasarettsläkaren blev den ansvarige styresmannen mellan direktionssammanträdena och svarade ensam för sjuk-

vårdens ändamålsenliga och behöriga handhavande. Han beslutade också om intagning. Han ingick emellertid inte i direktionen för sjukhuset, vilket dock provinsialläkaren gjorde, om denne bodde i samhället.

Överförandet av ansvaret för kroppssjukvården till landstingen medförde den "frappant raska utveckling af länslasarettens verksamhet" som framgår av tidigare redovisad tabell.

Specialisering

Någon uppdelning av vården i olika medicinska verksamheter fanns i stort sett inte alls under tiden fram till 1860-talet. Vid denna tidpunkt fanns förutom universitetssjukhusen endast ett lasarett som var delat i medicin och kirurgi. Ytterligare tre sådana tillkom fram till år 1906. Sammanlagt fanns på lasaretten omkring år 1900 drygt 30 specialiserade avdelningar.

Omkring år 1930 hade specialiseringen ökat. Antalet specialavdelningar var dock fortfarande förhållandevis lågt. På drygt 100 lasarett fanns sammanlagt ca 125 specialiserade avdelningar eller anstalter, varav drygt 20 för vartdera medicin, kirurgi och obstetrik samt tio eller färre för övriga nio etablerade specialiteter.

År 1940 var specialavdelningarna ca 330 och år 1960 ca 660.

Vid folktandvårdens tillkomst genom riksdagsbeslut år 1938 föreskrevs att i varje landstingsområde skulle inrättas en centraltandpoliklinik med tandläkare som var specialutbildade inom kirurgi.

Öppen mottagning vid sjukhus och den öppna vårdens utveckling

När sjukhusverksamheten började, förekom inte någon öppenvårdsverksamhet vid sjukhusen. Sådan verksamhet kom inte heller i fråga så länge läkaren inte hade sin egentliga verksamhet förlagd till dessa. Lasarettsläkaren hade visserligen egen mottagning, men den ägde i huvudsak rum utanför sjukhusen.

Polikliniker diskuterades för undervisningsändamål i början av 1700-talet. Verksamhet vid polikliniker började dock inte komma till stånd förrän under andra hälften av 1800-talet. Den var då ofta avsedd för medellösa patienter. Vid sidan av undervisningssjukhusen förekom sådan verksamhet huvudsakligen i de större städerna, under primärkommunalt huvudmannaskap.

Öppenvårdsmottagning för olycksfall och akuta sjukdomsfall av jourkarakter har i princip alltid funnits vid sjukhusen. Före 1900-talet har dock denna inte spelat någon större praktisk roll. Så var förhållandena även under de första decennierna efter sekelskiftet.

Som tidigare angivits i denna redogörelse har hälso- och sjukvården under sin framväxt väsentligen bedrivits utanför sjukvårdsinrättningarna. Detta belyses bl. a. av utvecklingen för läkare och läkartjänster under gången tid. Uppgifter härom lämnas i följande avsnitt.

3.1.4 Personalutvecklingen

Läkare

Läkarverksamhet under offentligt huvudmannskap i former som stads- läkare och provinsialläkare hade börjat förekomma redan i början av 1600-talet. Antalet sådana tjänster var dock ytterst begränsat. Vid sekelskiftet år 1700 fanns exempelvis endast nio provinsialläkare i hela landet.

Antalet läkare uppgick i början av 1800-talet till ca 280. Under de närmast efterföljande åren skedde en successiv ökning av antalet. Denna ökning var emellertid begränsad under en lång följd av år. Mellan åren 1880 och 1900 skedde en kraftig uppgång, då läkarantalet i stort sett fördubblades. Efter en återhållsam utveckling under de efterföljande 20 åren kom antalet läkare senare att återigen starkt öka. Detta framgår av följande tabell.

Tabell 3:2 Antal läkare och läkartjänster 1860–1960 (Specifikationen omfattar endast en del av tjänsterna)

	1860	1880	1900	1920	1940	1960
<i>Legitimerade läkare</i>	472	633	1 336	1 744	5 436	7 043
Provinsialläkar- och stadsläkar- tjänster m. fl.	246	311	462	547	620	932
Läkartjänster för kroppssjukvården vid sjukhus	53	105	158	352	979	3 019
Läkartjänster för den slutna mental- sjukvården vid sjukhus	9	19	31	71	160	520

Annan sjukvårdspersonal än läkare

En utveckling motsvarande den för läkare kan – på grund av bristande dokumentation – inte beskrivas för andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Vissa uppgifter kan dock lämnas om sjuksköterskeverksamheten.

Benämningen sjuksköterska fanns i bruk redan från 1700-talet. För att beteckna en viss särskilt utbildad personalkategori kom den dock inte i bruk förrän år 1895.

Sjuksköterskeutbildningen, som utgick från Florence Nightingales undervisning, påbörjades år 1867 i Sverige. Den var från början helt privat och förblev till stor del så långt fram i tiden. Vid sidan härav förekom yrkesutbildning vid sjukhus, vilken så småningom utvecklades till mera etablerade skolor. Utbildningen blev från år 1920 statligt kontrollerad.

År 1930 var antalet yrkesutövande sjuksköterskor i landet ca 7 000. År 1940 hade antalet ökat till 9 000. Motsvarande siffror för år 1950 var 12 500 och för år 1960 22 000. Härutöver fanns år 1960 ca 9 000 icke yrkesverksamma sjuksköterskor.

Utbyggnaden av sjukvårdsorganisationen fram till 1960-talet har skett under stor knapphet på utbildad personal, däribland läkare, tandläkare och sjuksköterskor etc. För att råda bot på detta har utbildningen av personal undan för undan vidgats.

För att avlasta arbetsuppgifter från de traditionella personalkategorierna och för nya specialiserade arbetsuppgifter har härutöver en rad nya personalgrupper introducerats. Till dessa hör bl. a. undersköterskor, medicinskt-tekniska assistenter och olika former av annan hjälppersonal.

En mer ingående redovisning av personalutvecklingen lämnas bl. a. i avsnitt 3.3.

Tandläkare och övrig tandvårdspersonal

Antalet tandläkare var lågt fram till 1940-talet. Som tidigare nämnts ålades landstingen år 1938 ansvaret för folktandvården. En mycket begränsad del av tandläkarna (2 %) arbetade då inom folktandvården. Tandläkarutvecklingen redovisas i följande tabell.

Tabell 3:3 Antal tandläkare i Sverige 1860–1960

År	Totalt	Därav inom folk-tandvården
1860	18	–
1880	34	–
1900	281	–
1920	627	–
1940	2 347	53
1960	5 298	1 648

Betr. tandläkare och tandvårdspersonal i övrigt hänvisas till avsnitten 3.2.16 och 3.3.

3.1.5 *Efterkrigsutvecklingen*

Under 1930-talet påbörjades en förändring av hälso- och sjukvården som dock tog fart först efter andra världskriget.

Genom 1928 års lagstiftning hade landstingen ålagts den vårdskyldighet – att ombesörja sluten vård om ingen annan drog försorg därom – som ännu gäller. Det politiska ansvaret hade lagts på förvaltningsutskottet såsom sjukhusberedning. Epidemisjukvården hade förts till landstingen med början redan år 1919. Delningen av lasaretten hade påbörjats under årtiondena dessförinnan. Statens sjukvårdskommitté tog i sitt betänkande år 1934 om den slutna kroppssjukvården klart ställning för principen om ett central-lasarett med specialiserad vård i varje landsting (först medicin och kirurgi och sedan övriga specialiteter). Utvecklingen gick därefter snabbt, framför allt under 1950- och 1960-talen. I takt med att centrallasarett inrättades blev de odelade lasaretten allt färre. Specialiseringen nådde också de mindre sjukhusen.

Öppenvårdsverksamheten vid sjukhusens mottagningar, till en början som läkarens privata verksamhet, fick efter hand mycket stor omfattning. Genom 1959 års sjukhuslag överfördes ansvaret för all öppen vård vid sjukhusen till sjukvårdshuvudmännen.

Så sent som år 1940 var mindre än en tredjedel av läkarna verksamma på sjukhustjänster. Andelen privatpraktiserande läkare var då också tämligen stor.

Distriktsvården (distriktsköterskorna) fick genom statsbidragsbestämmelser år 1935 uteslutande landstingskommunalt huvudmannaskap. Kåren av distriktsjuvsköterskor mångdubblades snabbt härefter. Motsvarande reglering för distriktsbarnmorskorna kom år 1938, samma år som statsbidragsbestämmelserna för folktandvården. Året dessförinnan omorganiserades dispensärverksamheten.

Riksdagsbeslutet år 1938 om folktandvård syftade till att anordna tandvård i första hand för barn i åldrarna 7-15 år och i andra hand för mindre barn, ungdomar och vuxna. Bestämmelserna avsåg villkoren för erhållande av statsbidrag. Folktandvården var härigenom författningsmässigt en frivillig angelägenhet för landstingen och storstäderna.

De statliga finansieringsbidragen till landstingen kom efter hand att ändra karaktär. Det första statsbidraget (för tuberkulosvård) som kommit redan år 1905 följdes av liknande under tiden fram till 1950-talet för epidemisjukvård, distriktsvård, kronikervård, reumatikervård, förlösningsvård, medicinsk barnsjukvård, mödra- och barnhälsovård, lasarettpsykiatrisk vård, folktandvård osv.

År 1943 tillsatte medicinalstyrelsen efter uppdrag av Kungl. Maj:t en särskild utredning (den s. k. Höjerutredningen efter dess ordförande generaldirektör Axel Höjer) för att reglera den öppna vården vid sjukhusen. Den hade dock möjlighet att ta upp hälso- och sjukvårdspolitiken även från andra utgångspunkter. Mot bakgrund av att ett riksdagsbeslut om allmän obligatorisk sjukförsäkring togs år 1946 kom utredningen förutom vad direktiven angett även att behandla den öppna vårdens planläggning och utbyggnad.

Utredningen framlade år 1948 betänkandet "Den öppna läkarvården i riket" (SOU 1948:14). Som "aktuella förslag" presenterades bl. a. att

- landstingen skulle ha huvudmannaskapet för öppenvården vid dem underställda sjukhus,
- landstingen skulle upprätta en översiktlig "stomplan" för all öppen vård inom landstingsområdena,
- en snabb utbyggnad skulle ske av öppen psykiatrisk vård samt psykiatriska barn- och vuxenavdelningar vid centrallasaretten,
- antalet provinsialläkare skulle utökas i en enhetlig organisation samt att
- formella möjligheter skulle erbjudas till förebyggande hälsovårdsåtgärder inom den öppna vården.

Utredningens majoritet uttalade sig principiellt för en kostnadsfri samhällsdriven hälso- och sjukvård. Den föreslog också att medicinalstyrelsen skulle ges i uppdrag att upprätta femårsplaner för efterfrågan på läkare och annan sjukvårdspersonal, att en utökning av antalet läkare skulle ske genom ökat intag vid de medicinska fakulteterna och positiv reglering av arbetsmöjligheterna för skandinaviska läkare, samt att viss administration skulle decentraliseras till sex regionala "statskommunala" hälsovårdsstyrelser.

Höjer-utredningen ådrog sig vid remissbehandlingen en delvis häftig kritik. Den föranledde inte någon särskild proposition i ärendet.

Ett steg mot ett samlat landstingskommunalt huvudmannaskap för olika

vårdformer och områden – som efterlysts också i direktiven till 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga – togs år 1951 genom att landstingen fick ansvaret för långtidssjukvården. I 1959 års sjukhuslag utformades närmare detta ansvar liksom vårdorganisationen härför. Genom denna lagstiftning samlades i princip alla landstingens sjukhus under en enhetlig reglering.

Riktlinjer för anstaltsvårdens ordnande på tandvårdssidan utarbetades av 1946 års folktandvårdssakkunniga i deras betänkande (SOU 1948:53). På grund av bristande tillgång på tandläkare kunde riktlinjerna emellertid inte då fullföljas.

År 1954 tillsattes den s. k. ÖHS-kommittén (Kommittén för utredning av öppen hälso- och sjukvård i landstingsområdena) med synnerligen omfattande uppgifter. Till dess uppdrag lades bl. a. "att för landets olika delar trygga en nöjaktig tillgång till effektiv hälso- och sjukvård" samt att "undersöka om icke vissa åtgärder i förebyggande syfte bör kunna inordnas i den allmänna sjukförsäkringen eller eljest stödjas av det allmänna". Kommittén fann det snart nödvändigt att avdela en särskild mentalvårdsdelegation, som arbetade helt självständigt och avgav egna betänkanden.

I ÖHS-kommitténs första och viktigaste betänkande Hälso- och sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15), varnades bl. a. för den ökande tyngden på sjukhusvården. Däri behandlades f. ö. flertalet av de vårdpolitiska frågor som är aktuella även i dag. Betänkandet uppehöll sig till stor del vid den offentligt drivna öppna läkarvården och bland dess direkta förslag ingick att

- landstingen skulle överta huvudmannaskapet för provinsialläkarna och att antalet kommunalanställda läkare skulle öka,
- utbildningen av läkare och annan vårdpersonal skulle utökas,
- en länsläkarorganisation med speciella förutsättningar att tillgodose omgivningshygien skulle inrättas samt att
- förebyggande verksamhet, bl. a. företagshälsovården, skulle stödjas.

Också detta förslag föranledde en tidvis livlig diskussion.

Flertalet av utredningens förslag kom dock att förverkligas genom riksdagsbeslut under de följande åren. Det viktigaste beslutet var därvid landstingens övertagande av provinsialläkarväsendet år 1963.

Ett annat uttryck för det övergripande samhällsengagemanget i hälso- och sjukvården var den år 1956 tillsatta regionsjukvårdsutredningens förslag (SOU 1958:36). Dess uppgift var att organisera den mest specialiserade vården så att den blev tillgänglig för invånarna i alla delar av landet. Den ledde till rikets indelning i regioner med vardera ett regionsjukhus och ett landstingskommunalt samarbete inom dessa regioner. Flertalet regionsjukhus blev också sjukhus för utbildning och klinisk forskning – universitetssjukhus. Föregångaren till socialdepartementets sjukvårdsdelegation, den centrala regionsjukvårdsnämnden, var också ett resultat av detta utredningsarbete.

Mentalsjukvårdsdelegationens överväganden ledde till beslut år 1963 om ett under tiden fram till år 1967 successivt landstingsövertagande av mentalsjukvården.

Läkarprognosutredningen, som tillsattes år 1959, lade år 1961 bl. a. fram ett betänkande om läkarbehov och läkartillgång (SOU 1961:8) som bl. a.

innehöll ett förslag till program för utbyggnad av hälso- och sjukvården under 1960-talet. Denna och andra efterföljande utredningar resulterade i en stark ökning av intagningen av studerande vid de medicinska fakulteterna.

Genom riksdagens beslut år 1969 med anledning av prop. 1969:35 om bl. a. vidareutbildning för läkare, knäslattes principen om att denna skulle utformas som ett led i en strävan efter en balanserad utbyggnad av sjukvården. Denna reglering av vidareutbildningen ledde också till att läkartjänstutredningen samma år tillsattes och år 1971 lade fram förslag i fråga om tjänstekonstruktion och behörighet för läkare (SOU 1971:68). I riksdagsförslaget i ärendet (prop. 1972:104) lades särskild vikt vid att de nya reglerna skulle underlätta en utbyggnad av den decentraliserade öppna sjukvården.

År 1969 beslutades vidare en reform av läkarvårdsersättningen, den s. k. 7-kronorsreformen (prop. 1969:125), som innebar att den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna öppna vården till väsentlig del kunde finansieras av ersättningen från sjukförsäkringen. Denna reform har sedermera (1974) kompletterats med en motsvarande reform vad gäller privatpraktiserande läkare. Ersättningen från sjukförsäkringen har därefter successivt höjts.

När det gällde finansieringen genom statsbidrag sammanfördes under slutet av 1960-talet ett tjugotal drift- och investeringsbidrag för smärre verksamhetsgrenar till ett bidrag för viss hälso- och sjukvård. Detta bidrag inordnades i början av 1970-talet i ersättningarna från sjukförsäkringen till huvudmännen som inrymmer olika bidragsformer i ett totalbelopp enligt årliga överenskommelser med socialdepartementet.

Kvarvarande statsbidrag av ekonomisk betydelse för hälso- och sjukvården är därmed endast bidraget till den psykiatriska vården enligt mentalvårdsavtalen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen och bidragen till landsting med undervisningssjukhus för läkarutbildning och forskning enligt de s. k. LUA-avtalen, vilka båda är bidrag av avtalskaraktär.

Företagshälsovården som hade tillkommit genom samverkan mellan arbetsmarknadsparterna SAF och LO antog år 1942 "Allmänna regler för den lokala säkerhetstjänstens organisation". Som "central instans" tillsattes en gemensam nämnd kallad Arbetarskyddsnämnden. Tillkomsten av 1949 års arbetarskyddslag medförde inte att partssamverkan upphörde. SAF och LO träffade därför år 1951 överenskommelse om nya regler för den lokala skyddsverksamhetens organisation i anslutning till lagstiftningens bestämmelser på området. Samtidigt träffades ett avtal om arbetarskyddsnämnd.

År 1967 antogs en överenskommelse om bl. a. nya allmänna regler för den lokala arbetarskyddsverksamheten samt en överenskommelse om arbetarskyddsnämnd jämte förbundssamverkan och lokalt samråd på arbetarskyddets område. Vidare antogs ett uttalande beträffande utbildning av skyddsombud.

Företagshälsovården har – om man bortser från vissa bestämmelser i lagen om allmän försäkring och i den år 1978 tillkomna arbetsmiljölagen – inte blivit föremål för författningsreglering. Inriktning och utbyggnad av företagshälsovården regleras i avtal mellan arbetsmarknadens parter.

Frivilliga sjukförsäkringsorganisationer hade förekommit sedan början av 1900-talet. De var i allmänhet – efter sedvanligt internationellt mönster

– inriktade på de yrkesarbetande männen och kom aldrig att täcka kostnaderna för alla medborgare. År 1931 blev deras delvis statsunderstödda, men för övrigt avgiftsfinansierade verksamhet reglerad. Samma år tillsattes en utredning med sikte på att sänka läkemedelspriserna. År 1946 beslutade riksdagen om en allmän sjukförsäkring (innefattande även läkemedelskostnader). Den blev av statsfinansiella skäl inte verklighet förrän år 1955. Läkarvårdskostnader liksom avgifter för slutna vård vid landstingens (motsv.) sjukhus ersattes upp till vissa angivna belopp. År 1963 samordnades sjukförsäkringen med den allmänna försäkringen.

Apoteken hade behållit mycket av sin gamla karaktär av privat verksamhet, ehuru noggrant kvalitetskontrollerad. Vissa prisregleringar samt en regleringsfond infördes år 1936. Personliga privilegier för apoteks innehavare fanns kvar till dess apoteksväsendet förstatligades och år 1971 började drivas inom Apoteksbolagets ram.

Apoteken har alltid haft en stor geografisk spridning. Någon koncentration av verksamheten genom minskning av antalet apotek har inte ägt rum. Under 1970-talet har tvärtom antalet apotek ökat med ca 10 % årligen. Lokaliseringen har emellertid ändrats, såtillvida att fler sjukhusapotek tillkommit och nyetableringarna i stigande utsträckning skett i anslutning till vårdcentraler.

3.2 Områdesvis beskrivning av nuvarande verksamhet – utvecklingen 1960–1975 och nuläge

I det följande görs en genomgång av vårdgrenar och verksamheter inom hälso- och sjukvården och därtill gränsande områden utan särskild uppdelning på huvudmän. Redovisningen följer i de flesta fall en disposition med delrubriker för bakgrund, ansvar och uppgifter resp. verksamhetens organisation och omfattning. I flertalet avsnitt anges dessutom pågående och diskuterad utveckling.

3.2.1 *Sluten vård*

Begreppet slutna vård har som tidigare ansetts sin förankring i sjukvårdslagen. Det avser vård som kräver intagning på sjukhus och utnyttjande av sängplatser.

Bakgrund, ansvar, uppgifter

Första gången landstingen i lag förpliktigades att bereda sjukvård var i 1928 års sjukhuslag. Huvudregeln i denna lag var skyldigheten för landstingen att ombesörja "anstaltsvård för sjukdom, skada och kroppsfel och vid barns-börd". Från den allmänna regeln fanns undantag för exempelvis epidemivård och "anstaltsvård för sinnessjuka, sinnesslöa, fallandesjuka, kroniskt kropps-

sjuka och konvalescenter". Dessa undantag har stegvis eliminerats ur lagstiftningen. Efter år 1960 finns särbestämmelser kvar endast i fråga om vården av sinnesslöa, numera benämnda psykiskt utvecklingsstörda.

Lagstiftningen av år 1928 utgjorde grundvalen för sjukhusvårdens organisation under 1930-, 1940- och 1950-talen. Sjukhusvården inom landstingen dominerades då av de s. k. *odelade lasaretten* (sjukhus utan uppdelning i medicinska specialiteter) och *sjukstugorna*. Därutöver fanns olika *specialsjukhus*, bl. a. för epidemivård, tuberkulosvård, förlösningsvård, vård av barn och vård av psykiskt sjuka eller störda. Vården av psykiskt sjuka åvilade enligt särskilda författningar till större delen staten. Vården av kroniskt sjuka ansågs tidigare ingå som ett led i fattigvården och bedrevs då huvudsakligen vid ålderdomshemmen. Efter den reform av ålderdomsvården, som genomfördes år 1952 och som innebar att kronikervården jämfördes med annan kroppssjukvård, påbörjades en uppbyggnad av denna verksamhet i landstingskommunal regi. Den tidigare benämningen "anstalt för kroniskt sjuka" ersattes sedermera med "sjukhem".

Som en följd av den medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen ersattes de odelade lasaretten så småningom av lasarett med både medicinska och kirurgiska kliniker. I ett senare skede tillkom vid dessa röntgenavdelningar och avdelningar för anestesi. Dessa sjukhus benämndes *normallasarett*. Sjukhus med flera än här nämnda specialiteter – vanligtvis ett inom varje landstingsområde – kom vanligen att benämnas *centrallasarett*. I den nu gällande sjukvårdslagen förekommer endast benämningen lasarett. Sjukvårdslagen anger dessutom sjukhus, sjukstuga och sjukhem som beteckningar på vårdinstitutioner för slutna vård.

I socialstyrelsens förslag till principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet (HS 80) har benämningen normallasarett och centrallasarett ersatts med *länsdelssjukhus* resp. *länssjukhus*.

Den allt längre drivna specialiseringen inom kroppssjukvården aktualiserade frågan om koncentration av resurskrävande specialiteter till sjukhus för flera landsting. Förslag till organisation härför framlades av regionsjukvårdsutredningen år 1958. Förslagen lade grunden till nuvarande organisation av *regionsjukvården*.

Regionsjukvården regleras inte i sjukvårdslagstiftningen utan genom avtal mellan landstingen. I några fall är staten engagerad i denna verksamhet. Utredning pågår om att överföra även den statliga sjukvården vid karolinska och akademiska sjukhusen till resp. landsting.

Specialsjukhusen har efter hand avvecklats som fristående enheter och ersatts av kliniker vid lasaretten (infektions-, lung-, kvinno-, barn- och psykiatriska kliniker).

Möjligheter att vid lasaretten även anordna särskilda kliniker för långtidssjuka tillkom genom 1959 års sjukhuslag.

Den vårdgren, som senast inordnats under det landstingskommunala huvudmannaskapet, är den psykiatriska vården. Denna verksamhet överfördes år 1967 från staten till landstingen.

Landstingen bär således numera huvudmannaskapet för i det närmaste all slutna sjukvård i landet.

Sjuk- och vårdhem för somatisk eller psykiatrisk vård drivs dock i betydande omfattning i enskild regi. Det gäller även sjukhus för reumatikervård m. m. såväl under statligt som under enskilt huvudmannaskap.

Organisation och omfattning

Landstingen har i regel länen som verksamhetsområde. Kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland svarar dock själva för den verksamhet som annars lyder under landstingen.

Länssjukhusen var 1975 till antalet 26 med sammanlagt ca 28 200 och genomsnittligt ca 1 100 vårdplatser. Antalet länsdelssjukhus uppgick samma år till 89 med ett vårdplatsantal av ca 28 400. Genomsnittligt hade dessa sjukhus ca 300 vårdplatser. Antalet övriga sjukhus och sjukhem samt genomsnittligt vårdplatsantal framgår av följande tabell.

Tabell 3:4 Sjukhus i Sverige 1975

Sjukhus och sjukhem	Antal sjukhus	Sammanlagt antal vårdplatser	Genomsnittligt antal vårdplatser
Undervisningssjukhus /regionsjukhus	8	12 560	1 570
Länssjukhus	26	28 160	1 083
Länsdelssjukhus	89	28 400	317
Mentalsjukhus	19	15 350	808
Sjukhem för somatisk långtidssjukvård	247	23 220	94
Sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka	88	5 980	68
Enskilda sjukhem	207	5 380	26

Under perioden 1960–1975 ökade det totala antalet vårdplatser i slutenvård med ca 20 procent från 102 000 till 124 000. Den somatiska långtidssjukvården svarar i stort sett ensam för denna ökning. Förändringarna inom den slutna vården framgår av följande tabell. Siffrorna inom parentes anger vårdplatsantalet per 1 000 invånare.

Tabell 3:5 Vårdplatsutvecklingen 1960–1975 (avrundade tal)

	1960	1970	1975
Antal vårdplatser inom			
<i>All slutenvård</i>	102 300	120 100	123 600
per 1 000 inv.	(13,7)	(14,9)	(15,1)
<i>Somatisk akutvård</i>	49 300	49 600	47 200
Per 1 000 inv.	(6,7)	(6,1)	(5,8)
<i>Somatisk långtidssjukvård</i>	18 600	33 600	40 300
Per 1 000 invånare 70 år och äldre	33	47	50
<i>Psykiatrisk vård</i>	34 400	36 900	36 100
Per 1 000 inv.	(4,6)	(4,6)	(4,4)

Av det totala vårdplatsantalet 1975 svarar landstingen för huvuddelen eller ca 112 000, (motsvarande 90 procent). Dessa vårdplatser fördelar sig i sin tur med 37 procent på somatisk korttidsvård, 33 procent på somatisk långtidssjukvård och ca 30 procent på psykiatrisk vård.

För övriga drygt 12 000 vårdplatser (10 procent) står staten, kommunerna, organisationer och enskilda som huvudmän enligt sammanställningen i tabell 3:6.

Tabell 3:6 Vårdinrättningar med annan huvudman än landstingen 1975

Vårdinrättningar	Vårdplatser	
Statliga sjukhus:		
Karolinska sjukhuset	1 766	
Akademiska sjukhuset	1 486	
Riksförsäkringsverkets sjukhus	595	3 847
Andra sjukhus av lasarettskaraktär:		
Reumatikersjukhus m. fl.	709	
Större enskilda vårdhem	707	1 416
Primärkommunala sjukhem för somatisk vård		1 047
Enskilda sjukhem för somatisk vård		2 480
Enskilda sjukhem för psykiatrisk vård		2 934
Summa		11 724

Antalet vårdplatser inom de enskilda sjukhemmen har under 1960- och 1970-talen ökat något. Samtidigt har de kommunala sjukhemmens relativa betydelse minskat kraftigt främst under 1970-talet.

De olika vårdformernas utveckling 1960–1975 kännetecknas av att vårdplatsantalet i stort varit oförändrat för den akuta – såväl somatiska som psykiatriska – sjukvården och ökat i huvudsak endast för den somatiska långtidssjukvården. Medelvårdtiderna inom akutvården har genomgående minskat. Antalet intagningar har därigenom men även av andra skäl kraftigt kunnat utökas. Denna utveckling framgår i viss mån av diagram 3:1.

Pågående och diskuterad utveckling

Den hittillsvarande utvecklingen under 1970-talet inom hälso- och sjukvården har präglats av dels en fortsatt expansion, dels en strävan efter strukturförändringar. I fråga om den slutna vården har i första hand eftersträvat att begränsa den somatiska korttidsvårdens och den psykiatriska vårdens omfattning samt att åstadkomma en utbyggnad av den somatiska långtidssjukvården.

I fråga om hela den slutna vården innebär utvecklingen under perioden 1960–1975, förutom en ökning av det totala antalet vårdplatser, en stark ökning av antalet intagningar (från 998 700 till 1 479 700 eller med 32,5 %). Ser man till den somatiska korttidsvården kan man konstatera en minskning av antalet vårdplatser med ca 2 100 men en ökning av intagningarna med 366 000. Inom den psykiatriska vården har antalet vårdplatser minskat med ca 1 700 samtidigt som intagningarna ökat med 86 000. För den somatiska långtidssjukvården registreras däremot en ökning såväl av vårdplatserna med omkring 22 000 som av intagningarna med ca 29 000.

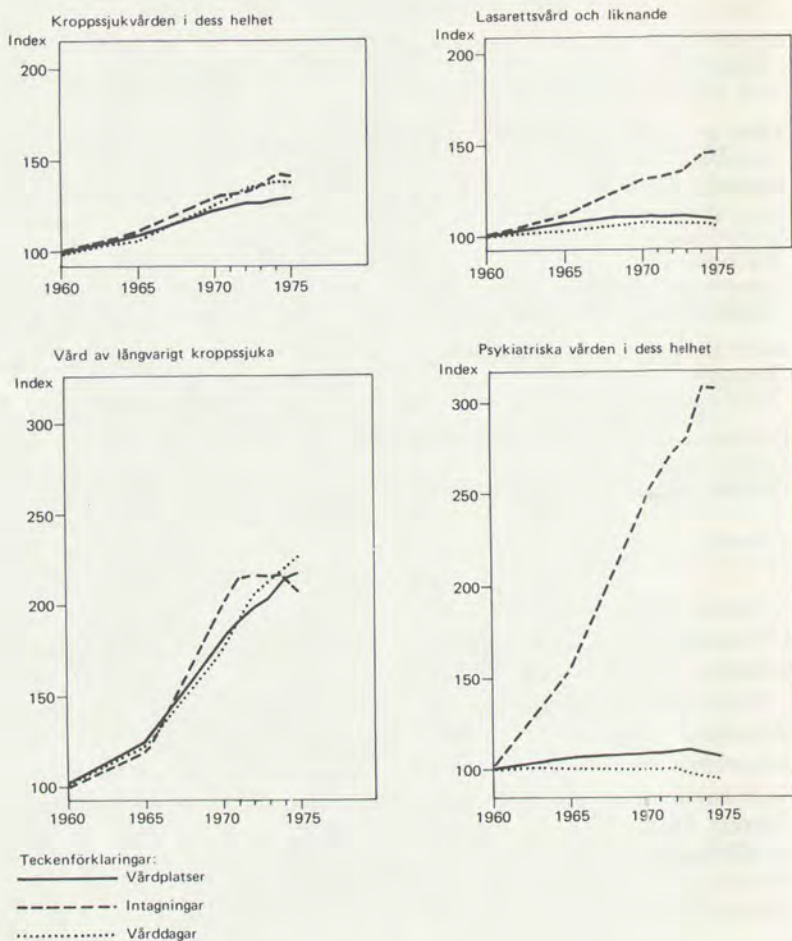


Diagram 3.1 Vårdplatser, intagningar, vård dagar.

Intagningarna för slutna vård ökade under perioden snabbare än antalet vårdplatser. Den årliga procentuella ökningen för vårdplatserna är totalt 1,4 procent och för intagningarna 3,3 procent.

Som framgår av redogörelsen för de offentliga huvudmännens program och planer i kapitel 5 eftersträvas en fortsatt utveckling i här antydd riktning.

Utnyttjandet av vårdplatserna inom regionsjukvården har varit relativt lågt. Genom utbyggnaden av resurserna vid länssjukhusen väntas behovet av regionvårdsplatser ytterligare minska. Bl. a. detta har föranlett diskussioner om regionsjukvårdens framtida utformning. Den statliga regionsjukvårdsutredningen föreslår i sitt betänkande (SOU 1978:70-72) bl. a. en ändring av innebörden av begreppet regionsjukvård samt att antalet regionsjukvårdsområden reduceras från nuvarande sju till sex.

3.2.2 Öppen vård

Öppen vård avser enligt sjukvårdslagen sådan sjukvård som inte kräver intagning på sjukhus. I öppenvårdsverksamheten förekommer även ett omfattande inslag av individinriktad hälsovård, som dock f. n. inte regleras av lagstiftningen. Den offentliga öppenvårdsverksamheten utanför sjukhus ombesörjs främst av distriktsläkare och personal inom distriktsvården. Den enskilda verksamheten omfattar i första hand läkarvård och sjukgymnastisk verksamhet. (Tandvårdsverksamheten redovisas i ett särskilt avsnitt 3.2.16.)

I det följande redovisas den öppna vården under rubrikerna läkarvård, distriktsvård och hemsjukvård.

Läkarvård

Läkarvården omfattar allmänläkarvård vid vårdcentraler och läkarstationer, specialistvård vid sjukhus och vårdcentraler samt privatläkarvård.

Läkarvårdens omfattning

Som kvantitativa mått på läkarverksamheten i öppen vård används som regel totalt antal läkarbesök per år och antal besök per invånare och år. Det totala antalet läkarbesök i landet var år 1976 21 miljoner. I genomsnitt gick svensken då 2,6 gånger till läkare. Motsvarande tal år 1966 var totalt 16,9 miljoner besök och 2,2 besök per invånare och år.

Fördelningen av öppenvårdsverksamheten åren 1966 och 1976 mellan sjukhusläkare, allmänläkare, specialistläkare vid vårdcentraler och privatpraktiserande läkare redovisas i följande tabell.

Tabell 3:7 Läkarbesök 1966 och 1976

Läkarkategori	Läkarbesök 1966		Läkarbesök 1976	
	Antal milj.	Procent	Antal milj.	Procent
Sjukhusläkare	8,4	50	10,6	52
Allmänläkare	4,1	24	6,2	29
Specialistläkare vid vårdcentraler	–	–	0,9	4
Privatpraktiker	4,4	26	3,3	15
Summa	16,9	100	21,0	100

Allmänläkarvård vid vårdcentraler och läkarstationer

Den öppna läkarvården utanför sjukhus ombesörjdes fram till den 1 juli 1963 till största delen av provinsialläkarna med staten som huvudman. Provinsialläkarnas arvoden reglerades i en av Kungl. Maj:t fastställd taxa. Syftet var främst att möjliggöra för befolkningen att till överkomlig kostnad erhålla

behövlig läkarvård. Utöver patientavgifterna erhöll läkarna viss lön från staten.

Städerna, köpingarna och municipalsamhällena anställde och avlönade – utan laglig skyldighet därtill – i viss omfattning egna läkare (stadsläkare, stadsdistriktsläkare, köpings- och municipalläkare).

Överföringen av provinsialläkarväsendet och stadsdistriktsläkarna (och liknande) till landstingen åren 1963 resp. 1968 syftade till en bättre samordning av den slutna och öppna vården. Förändringen får även ses som ett led i åtgärderna för att nå ett enhetligt landstingskommunalt huvudmannskap för all hälso- och sjukvård. Reformen har lett till en alltjämt pågående upprustning av den öppna vården, innefattande bl. a. utbyggnad av läkarstationer och vårdcentraler.

I tabell 3:8 redovisas utbyggnaden av den öppna vården 1965–1978 i avseende på antal tjänster för vidareutbildade läkare (motsvarande). Därvid medtages också prognosuppgifter för år 1983 enligt LKELP 78 (se sid. 216). Utöver vad som anges i tabellen tillkommer för 1978 och 1983 tjänster (AT- och FV-block) för läkare under vidareutbildning.

Tabell 3:8 Antal tjänster för vidareutbildade läkare i öppen vård 1965–1983

	1965	1978	1983 prognos
Öppen vård vid sjukhus	–	621	713
Öppen vård utanför sjukhus	743 ^a	2 413	3 098
– därav allmänläkarvård	743 ^a	1 676	2 133

^a Provinsialläkartjänster.

I samband med sjukförsäkringsreformen år 1970 infördes totallön för samtliga offentligt anställda läkare, däribland distriktsläkarna. Patienterna behövde därmed inte längre förskottera försäkringskassans del av patientarvodet. Patienten kunde också på förhand bedöma sin kostnad för läkarbesöket. Reformen innebar också att öppen och slutna vård kom att tillmätas samma vikt och att tidigare skillnader mellan vårdformerna ifråga om löne- och ersättningssystem för huvudmännens läkarpersonal inte längre gäller.

Till allmänläkarverksamheten hör i första hand den icke specialiserade öppna läkarvården avseende såväl somatisk som psykiatrisk vård. I allmänläkarens uppgifter ingår vanligen också medverkan i olika former av förebyggande vård, såsom exempelvis mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård, läkaruppgifter vid sjukhem samt konsultinsatser inom den primärkommunala socialvården.

Allmänläkarens geografiska arbetsområde benämns läkardistrikt. Sjukvårdsstyrelsen fastställer sedan år 1971 landstingsområdets indelning i sådana distrikt. Läkardistriktens gränser samordnas i ökad utsträckning med primärkommunernas och sammanfaller nu ofta med dessa.

Allmänläkarnas öppenvårdsverksamhet är vanligen förlagd till en-, två- eller treläkarstationer.

En förskjutning pågår från ursprungligen enbart enläkarstationer till stationer med två eller flera läkare. Antalet enläkarstationer minskade under perioden 1964-1975 från 580 till 348, under det att antalet större enheter ökade från 51 till 332.

I utbyggnadsarbetet finns en tydlig strävan att i större utsträckning än tidigare samlokalisera resurserna för den öppna hälso- och sjukvården med primärkommunernas sociala funktioner. Lokalmässig anknötning till de större vårdcentralerna har ofta även sådana verksamheter som aktiviteter för psykiskt utvecklingsstörda, företagshälsovård, arbetsförmedling, försäkringskassa och apotek.

Landstingen har sedan år 1973 getts möjlighet att för administrativ samordning av distriktsläkarvården förordna någon av distriktsläkarna till distriktsöverläkare för geografiskt avgränsade områden, med uppgifter motsvarande dem som åvilar klinikchef vid sjukhus.

Den öppna vården är numera inriktad på ett mera integrerat arbetssätt än tidigare, med möjligheter till samtidiga medicinska och sociala insatser. Det anses väsentligt att verksamheten har starka inslag av uppsökande och förebyggande åtgärder liksom att den beaktar behovet av eftervård och rehabilitering. Därför eftersträvas ett lagarbete där bl. a. läkare, distriktsköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och primärkommunalt anställd personal samverkar för bästa möjliga vårdservice.

Tillgången på allmänläkare har varit och är alltjämt den mest begränsande faktorn för allmänläkarvårdens utbyggnad.

Specialistläkarvård vid sjukhus och vårdcentraler

Sedan länge har även vårdsökande, som inte varit i behov av intagning på sjukhus, kunnat erhålla specialistvård vid sjukhus. Denna öppna vård bedrevs tidigare under 1900-talet i allmänhet i sjukhusläkarnas egen regi vid överläkarmottagningar, jourmottagningar och eftervårdsmottagningar etc. Sjukhusens lokaler, utrustning och personal stod till förfogande även för denna vård. Det förutsattes emellertid att landstingen hade möjlighet att utta ersättning härför av läkarna. Trots att någon skyldighet inte förelåg, vare sig för landstingen att tillhandahålla nämnda nyttigheter eller för sjukhusläkarna att meddela öppen vård vid sjukhusen, fick denna verksamhet stor omfattning och blev av utomordentlig betydelse.

Mot slutet av 1960-talet antogs program bl. a. syftande till att den specialiserade öppna sjukvården i stor utsträckning skulle frigöras från sjukhusen och decentraliseras till vårdenheter utanför dessa. Programmen har i viss utsträckning kommit till genomförande. Numera tillhandahålls således specialistvård både vid sjukhus, större eller mindre vårdcentraler och vid läkarstationer.

Vården vid sjukhusmottagningarna meddelas av sjukhusläkare. Dessa svarar även i viss omfattning för mottagningsverksamhet vid vårdcentraler och läkarstationer. I andra fall fungerar sjukhusläkarna som konsulter vid sådana mottagningar. Den offentliga öppna specialistläkarvården i övrigt ombesörjs av distriktsläkare och överläkare med specialistkompetens.

Privatläkarvård

De privata läkarnas andel av den totala öppenvården är omkring 15 procent. Antalet besök inom privatläkarvården har successivt minskat från ca 4,8 milj. per år i början på 1970-talet till ca 3,2 milj. år 1977. Verksamheten är koncentrerad till storkommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö men förekommer även i övrigt i varierande omfattning främst i de större centralorterna i landet.

Riksförsäkringsverkets statistik över antalet privatpraktiserande läkare och andra privat verksamma är begränsad till antalet försäkringsanslutna. Antalet sådana privatpraktiker i landet var 1 oktober 1976 1 789, innebärande en minskning med ett 90-tal i förhållande till antalet knappt ett år tidigare. Ifråga om läkare med privatpraktik som huvudsaklig sysselsättning minskades antalet från 806 till 746. Av övriga praktiker arbetar ca 600 deltid och ca 450 är s. k. fritidspraktiker (läkare som vid sidan av anställning sysslar med privat praktik).

Av privatläkarna var vid nämnda tidpunkt 30 procent 66 år eller äldre och 23 procent tillhörde åldersgruppen 56–65 år. 22 procent var 45 år eller yngre. Medelåldern för läkarkåren som helhet var då 39 år. Av privatläkarna var 57 procent verksamma som ensampraktiker, 12 procent tjänstgjorde vid grupp-mottagningar och 15 procent var fritidspraktiker.

I LATT 77 (undersökning om läkarnas arbetstider och tjänster) finns en redovisning av privatpraktiserande läkares fördelning på medicinska verksamhetsområden. Redovisningen omfattar ca 850 läkare med privatpraktik som huvudsaklig sysselsättning. Av redovisningen framgår att ca hälften av läkarna är verksamma inom allmänläkarvård och allmän internmedicin. I följande tabell anges för jämförelse motsvarande uppgifter för privatpraktiker år 1970 (socialdepartementets stencil 1973:6).

Tabell 3:9 Privatpraktiserande läkare 1970 och 1977 fördelade på medicinska verksamhetsområden

Mottagningens inriktning	Antal läkare	
	1970	1977
Allmänläkarvård	426	247
Allmän internmedicin	230	152
Gynekologi	89	93
Allmän psykiatri	24	65
Öronsjukdomar	83	53
Ögonsjukdomar	56	47
Allmän kirurgi	87	46
Barnmedicin	51	40
Hudsjukdomar (ingår 1970 i övriga)	—	23
Röntgen	17	22
Övriga	33	60
Summa	1 096	848

För åren 1978 och 1979 är nyetableringen av privatpraktiker med rätt till viss förhöjd taxa maximerad till 60 läkare. Som förutsättning för eta-

blering gäller att denna skall ske utanför de tre storstadsområdena i grupp om två eller flera och tillstyrkas av socialstyrelsen efter samråd med det landsting där etableringen skall ske.

Distriktsvård

Begreppet distriktsvård har av tradition använts för den verksamhet som bedrivs av distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor. På senare tid har även andra personalgrupper erhållit uppgifter inom distriktsvården, exempelvis sjukvårdsbiträden och expeditionsbiträden. Sjukvårdshuvudmännen räknar ibland även sjukgymnastik och arbetsterapeutisk verksamhet till distriktsvården. Någon allmänt vedertagen definition av distriktsvården finns emellertid inte. Detta medför vissa svårigheter, bl. a. i fråga om statistisk redovisning av verksamheten.

Distriktssköterskornas antal har under perioden 1960–1975 ökat från 1 600 till ca 2 000. Barnmorskornas antal i distriktsvård och förebyggande mödrahälsovård uppgick år 1975 till 365 resp. 195.

Distriktsvårdens arbetsuppgifter delas vanligtvis in i hälsovård, sjukvård, socialmedicinska samt administrativa uppgifter. Det direkta vårdarbetet sker dels inom den egna mottagningen, dels vid hembesök. Sjukvårdsverksamheten är den helt dominerande delen. Denna har som framgår av tabell 3:10 ökat kraftigt särskilt när det gäller besök på distriktsvårdens mottagningar. För distriktssköterskorna uppgår denna ökning till drygt 1,3 milj. besök 1960–1975.

Tabell 3:10 Distriktssköterskebesök 1960, 1970 och 1975 (omfattar ej mödra- och barnhälsovård)

Besöksform	Antal besök 1 000-tal		
	1960	1970	1975
Hembesök			
– sjukvård	1 320	1 730	1 810
– hälsovård	490	280	340
Mottagning			
– sjukvård	910	1 600	2 250
– hälsovård	220	570	690
Summa	2 940	4 180	5 090

I distriktsbarnmorskornas verksamhet dominerar besök vid den egna mottagningen. Dessa uppgick år 1975 till ca 768 000. Hembesöken har minskat och uppgick samma år till ca 15 000.

Det totala antalet övervakade barn i åldern 0–7 år inom barnhälsovården har varje år under 1970-talet varit drygt 700 000. Under de första levnadsåren övervakas praktiskt taget samtliga barn. Kontinuiteten i övervakningen är då också störst. Mödrahälsovården och barnhälsovården redovisas under särskilda avsnitt i detta kapitel, 3.2.8 resp. 3.2.9.

Distriktsvården samordnas i ökad utsträckning med annan öppen vård vid vårdcentralerna. Provinsialläkarnas tidigare obligatoriska förmanskap för sjuksköterskor och barnmorskor upphörde år 1973. Då tillkom bestämmelsen att sjukvårdsstyrelsen förordnar särskild läkare som sådan förman. För den medicinska ledningen av mödrahälsovården och barnhälsovården har några landsting förordnat särskilda mödravårds- resp. barnhälsovårdsöverläkare, vilka som regel är knutna till länssjukhusets kliniker inom berörda specialiteter.

Den administrativa ledningen av distriktsvården, som tidigare varit knuten till landstingens kanslier, har i stor utsträckning överförs till lokala sjukvårdsförvaltningar. Detta har bl. a. ansetts öka förutsättningarna för en önskvärd samordning av den slutna och öppna vården.

Distriktsvården har alltid ansetts spela en betydelsefull roll inom den öppna vården. I de nuvarande planerna för landstingens hälso- och sjukvård finns genomgående en tilltro till och en vilja att förstärka denna verksamhet. Ökade uppgifter väntas tillföras den inom såväl sjukvård som hälsovård. En förstärkning av verksamheten med annan personal ingår även i planerna, t. ex. med specialutbildade sjuksköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden och administrativ personal.

Antalet sjukgymnaster och arbetsterapeuter i öppen vård är ännu relativt begränsat. En successiv utökning pågår emellertid. Detsamma gäller även vissa andra personalgrupper såsom psykologer m. fl.

I fråga om lagarbete med deltagande av olika personalkategorier och samverkan med socialvården gäller även för distriktsvården vad tidigare sagts om allmänläkarverksamheten. Utvecklingen går också här mot en samordning av distriktsvården inom områden motsvarande primärkommunerna eller delar av dessa. Det förutsätts ändå vara möjligt att behålla tidigare system med mindre arbetsområden för distriktsköterskor och annan personal än för läkarvården.

Hemsjukvård

Landstingens hemsjukvårdsverksamhet tillkom under 1950-talet främst som ersättning för ett otillräckligt antal långtidssjukvårdsplatser. Verksamheten betraktas numera som en värdefull del av de samlade långtidssjukvårdsresurserna. Hemsjukvården ses också som en vårdmöjlighet även för de icke långtidssjuka.

Från att tidigare ha varit en vårdform som till stor del ombesörjdes av anhöriga till patienter handhas hemsjukvården nu i ökande omfattning av s. k. hemsamariter. Dessa har avtalsenliga löneförmåner med viss utbildning som krav. Även anhöriga har i vissa landsting avtalsenlig ö.n. I andra fall utgår till de anhöriga hemsjukvårdsbidrag med visst månadsbelopp. I viss omfattning utgörs hemsjukvårdspersonalen av landstingsanställda undersköterskor och sjukvårdsbiträden.

Sedan de båda kommunförbunden år 1968 utfärdat en gemensam rekommendation till huvudmännen för hemsjukvård och social hemhjälp skapades viss likformighet när det gällde hemsjukvården och även formerna för samverkan mellan landsting och kommuner.

Hemsjukvårdsverksamheten har under uppbyggnadsskedet genomgående varit knuten till landstingens långtidssjukvårdsorganisation. En långvårdsöverläkare har utöver intagningsrätten till sjukhemsplatserna inom sitt verksamhetsområde även haft rätt att besluta om hemsjukvårdsbidrag och ersättning till kommunerna för vårdade långtidssjuka på ålderdomshem. Den ansvarige överläkaren har på så sätt haft rätt att förfoga över vårdmöjligheterna för varje enskild vårdbehövande. Även andra organisationsformer än den till långvårdsspecialiteten knutna har dock som tidigare nämnts tillämpats.

I arbetet på fältet har hemsjukvården främst kommit att stå under distriktssköterskornas tillsyn och ledning. De administrativa frågorna handhas i stor omfattning av kommunerna enligt träffade avtal. Samverkan om vårdtjänster i hemmen har utvecklats i varierande grad mellan landstingen och kommunerna i landet.

Antalet personer med hemsjukvårdsbidrag uppgick åren 1961, 1971 och 1975 till ca 6 000, 30 000 resp. 36 600.

I den fortsatta utvecklingen av hemsjukvården finns en klar strävan att ge hemsjukvården ett ökat medicinskt innehåll och att vidga insatserna till att omfatta även andra grupper än de långtidssjuka.

Hemsjukvården betraktas numera som en sammanfattande benämning på kort- eller långvariga hälso- och sjukvårdsåtgärder, som meddelas den enskilde i eget eller annans hem. Vården i hemmen skall vara den vårdform, som i första hand tillämpas, om vårdbehovet inte kan tillgodoses i andra former av öppen vård. Mot den bakgrunden har också bedömts att hemsjukvården i framtiden med fördel bör knytas till organisationen för primärvård.

Kravet på ökat medicinskt innehåll i vården leder till ökade behov av anställd personal för uppgifter inom hälso- och sjukvården i hemmen. Planerade hembesök av läkare, sjuksköterska samt efter behov också av sjukgymnast eller arbetsterapeut förutsätts ingå i hemsjukvården.

Vårdinsatser av anhöriga har med hänsyn till tidigare positiva erfarenheter och till det ständigt växande vårdbehovet bedömts nödvändiga även i framtiden. Fortsatta anhöriginnsatser ter sig nödvändiga särskilt med hänsyn till den väntade kraftiga ökningen av äldre med omfattande omvårdnadsbehov. Av undersökningar framgår nämligen att anhöriga i regel vårdar de hemsjukvårdspatienter som har de största behoven av hjälp och omvårdnad.

Ett allmänt accepterat mål är förutsättningar för sjuka, handikappade och äldre att stanna kvar i eller återvända till sitt eget hem och där åtnjuta social och medicinsk trygghet. För att förverkliga detta mål krävs insatser i former av såväl hemsjukvård som social hemhjälp. För hemhjälpen har primärkommunerna ett lagstadgat ansvar. Socialutredningen har föreslagit att primärkommunernas ansvar i detta sammanhang ytterligare skall utökas.

Hemsjukvården och den sociala hemtjänsten har varit och är alljämt både centralt och lokalt föremål för utredningsarbete och försöksverksamhet. Kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri utgav år 1978 inom ramen för ett gemensamt utredningsarbete om primärvård, äldreomsorg och samverkan publikationen "Sjukvård i hemmet - social hemtjänst". Ett syfte var att klarlägga huvudmännens gemensamma förutsättningar och möjligheter att utveckla en samordnad hemsjukvård och social hemtjänst.

3.2.3 *Medicinsk service*

I begreppet medicinsk service kan innefattas

- klinisk kemi
- specialkoagulationslaboratoriernas verksamhet
- blodgruppsserologi och transfusionslära
- klinisk immunologi
- klinisk bakteriologi
- klinisk virologi
- sjukhushygien
- klinisk farmakologi
- klinisk patologi
- klinisk cytologi
- klinisk fysiologi
- klinisk neurofysiologi
- isotopverksamhet
- röntgendiagnostik
- medicinsk teknik
- sjukhusfysik
- anesthesiologi
- klinisk genetik
- radioterapi samt
- klinisk psykologi

Bakgrund och utveckling

Liksom inom sjukvården i övrigt har utvecklingen inom medicinsk service kännetecknats av en fortgående specialisering samt en kvalitativ och kvantitativ expansion. Längre utgjorde vetenskapliga framsteg inom medicinsk och fysiologisk kemi, fysiologi, mikrobiologi och patologisk anatomi den främsta grunden för utvecklingen av laboratorieverksamheten inom sjukvården. Senare har användningen av automatiserad analysapparatur m. m. skapat nya expansionsförutsättningar.

De medicinska serviceavdelningarnas växande betydelse under perioden 1960-1975 avspeglas på flera sätt. Ett sätt är att jämföra fördelningen av ytor i äldre och nyare sjukhus mellan lokaler för egentlig vård och lokaler för medicinsk service, där de sistnämnda tar en allt större andel i de nyare sjukhusen. Ett annat sätt är att jämföra antalet bakteriologiska, patologiska och kliniskt-fysiologiska laboratorier vid länssjukhus vid periodens början och slut. I början av 1960-talet var dessa specialiteter huvudsakligen förlagda till undervisningssjukhusen. I mitten av 1970-talet hade de introducerats vid åtskilliga centralasarett. Samtidigt hade andra servicespecialiteter såsom anesthesiologi, klinisk kemi och röntgendiagnostik byggts ut.

Organisation

Huvuddelen av all laboratorieverksamhet m. m. ombesörjs av landstingen vid sjukhus och övriga vårdinrättningar. En mindre del av laboratorieser-

vicen tillhandahålls av statliga och privata laboratorier. – Verksamheter med staten som huvudman är bl. a. statens bakteriologiska laboratorium, statens strålskyddsinstitut och den arbetsmedicinska avdelningen vid arbetarskyddsstyrelsen.

Allmänna kommentarer och fortsatt utveckling

Mot bakgrunden av den hittillsvarande utvecklingen inom medicinsk service har viss kritik riktats mot att expansionen varit stor och delvis okontrollerad. Av den anledningen har efterlysts medel och metoder att dämpa sjukvårdens konsumtion av medicinsk service. Samtidigt har man kunnat konstatera en "underkonsumtion" av medicinsk service på grund av att dels undersökningsmöjligheter saknas lokalt, dels utredning av patienter i många fall inte varit tillfredsställande anpassad till det aktuella sjukdomsproblem.

Nya metoder och nya hjälpmedel möjliggör snabbare och säkrare diagnostik. Därmed ökar kraven på medicinsk service. Vidare har ansetts att ökade krav på en väl utbyggd medicinsk service följer av den ökade satsningen på öppen vård, inklusive förebyggande vård i form av hälsokontroller, liksom av den pågående utvecklingen mot kortare vårdtider inom den somatiska korttidsvården. Mot denna bakgrund väntas den senaste tidens snabba expansion inte avbrytas utan fortsätta inom samtliga medicinska verksamhetsområden.

Medicinsk service har behandlats inom en av socialstyrelsen år 1975 utgiven publikation inom ramen för den s. k. HS 80-serien (Hälsa- och sjukvård inför 80-talet).

3.2.4 Sjuktransporter och länsalarmeringscentraler

Bakgrund, uppgifter och ansvar

Genom tillägg den 1 januari 1965 till sjukvårdslagen (3 § tredje stycket) ålades landstingen huvudmannaskapet för sjuktransportväsendet. Av förarbetena till denna lagändring framgår, att landstingens ansvar är begränsat till de vägbundna transporterna. Landstingen svarade även tidigare för sjuktransportverksamheten, även om då inget formellt åläggande härom förelåg. Enligt nu gällande bestämmelser skall landstingen tillse att det inom sjukvårdsområdet finns en ändamålsenlig organisation för sjuktransporter till och från sjukhus eller läkare. Lagstiftningen reglerar inte närmare formerna för hur sjuktransportväsendet skall organiseras. Någon skyldighet föreligger således inte för landstingen att organisera en egen sjuktransportorganisation. Huvudmännen kan på annat sätt, exempelvis genom avtal med primärkommuner eller transportföretag (t. ex. taxi), tillse att erforderlig transportberedskap finns. Däremot inbegriper huvudmannaskapet en skyldighet att övervaka att den inom sjukvårdsområdet befintliga ambulansorganisationen är tillfredsställande ordnad i olika avseenden.

Som allmänt mål för sjuktransportväsendets ordnande uttalades vid tillkomsten av lagbestämmelserna att organisationen skulle ha hög insatsberedskap och tillfredsställande transportkapacitet samt att personalen skulle vara välutbildad för sin uppgift och fordonen lämpligt utformade och utrustade.

Stor betydelse för den framtida sjuktransportverksamhetens innehåll och avgränsningen av sjukvårdshuvudmännens ansvar för sjuktransportväsendet har de gällande bestämmelserna om räddningstjänst m. m., varför här lämnas en bakgrund till dessa.

Organisation

Ambulansorganisationen har utformats på olika sätt i landstingen, bl. a. med hänsyn till lokala förutsättningar. Tidigare tillämpades olika system med kostnadstäckning från landstingens sida, exempelvis bidrag till kommunerna för att ordna ambulansverksamheten eller avtal med brandkår, taxi eller annat transportföretag. I takt med brandväsendets uppbyggnad har många landsting valt att samordna ambulansfunktionen med denna verksamhet. Anledningen därtill har främst varit verksamheternas likartade arbetssätt och de höga kraven på beredskap.

Av de 26 sjukvårdshuvudmännen (23 landsting och tre kommuner) hade år 1977 nio (sex landsting och tre primärkommuner) sjuktransportverksamhet i egen regi. Av övriga 17 landsting hade tio i viss utsträckning (upp till 50 procent) egen sjuktransportorganisation.

Landstingskommunerna förlitar sig således i stor utsträckning på andra organisationer såsom primärkommuner och taxi. Inom ett par landsting svarar taxi för all sjuktransportverksamhet.

Som komplement till ambulansorganisationen finns i samtliga län sjukbilar för mindre kvalificerade transporter. I en del landsting ingår sjukbilarna som en del av den organiserade sjuktransportorganisationen. Skillnaden mellan ambulans- och sjukbilstransport ligger främst i bemanningen och utrustningen av fordonen.

Enligt en undersökning som genomfördes av socialstyrelsen våren 1977 uppgick antalet ambulanser till totalt 712, varav drygt 600 ägdes av sjukvårdshuvudmännen. Antalet sjukbilar var 915 och antalet specialfordon för färdtjänst 528. Ambulanspersonalen omfattade ca 3 900 personer, anställda av landsting, kommuner, taxi eller andra enskilda företag.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag år 1976 utrett frågan om ambulanspersonalens sjukvårdsutbildning. Som en följd härav gäller för ambulanspersonalen fr. o. m. 1 juli 1978 krav på sju veckors sjukvårdsutbildning i enlighet med av skolöverstyrelsen fastställd utbildningsplan.

Inom socialstyrelsen pågår för närvarande en utredning om ambulansverksamhetens innehåll. Den är avsedd att efter analyser om arbetskraven och studier om organisation m. m. läggas till grund för en bedömning av utbildningsbehov och önskvärd organisatorisk form för verksamheten.

Jämlikt fordonskungörelsen (SFS 1972:595) har socialstyrelsen att efter samråd med trafiksäkerhetsverket meddela föreskrifter för utrustning av ambulanser. Socialstyrelsen och trafiksäkerhetsverket avser att under 1979 fastställa föreskrifter i detta hänseende. Dessa föreskrifter förväntas i praktiken komma att svara mot de normer, som Spri ställt upp för ambulanserna och deras utrustning.

Det åligger polisen att svara för den med statsmedel finansierade ambulansflygtjänsten, som omfattar transport med beställt luftfartyg till vård av skadad eller sjuk person.

Pågående och diskuterad utveckling

Utvecklingen har på senare tid gått mot att landstingen i allt större utsträckning tar över sjuktransportväsendet i egen regi.

Verksamheten knyts oftast till landstingens sjukhus och vårdcentraler. Den egna organisationen kompletteras ibland genom avtal med taxistationer och primärkommunernas brandförsvär för att täcka områden som saknar sjukhus (främst inom glesbygden).

Socialstyrelsen har principiellt uttalat att sjuktransportorganisationen bör betraktas som en del av sjukvårdsorganisationen.

I ett år 1971 utgivet betänkande (Räddningstjänst SOU 1971:50) föreslog räddningstjänstutredningen att författningsbestämmelser skulle ges om skyldighet för det primärkommunala brandväsendet att svara för sådan räddningstjänst – allmän räddningstjänst – som inte redan var reglerad i författning eller på annat sätt. Utredningen erinrade om att reglerad beredskap fanns för insatser vid brand, atomolycka, sjöolycka, oljeutflöde till sjöss samt nödläge i fjälltrakterna. Till samhällets författningsreglerade beredskap mot olyckor hänförde utredningen också bl. a. sjuk- och olycksfallsvården samt det vägbundna sjuktransportväsendet. Utredningen konstaterade också, att olycksfallsberedskapen därutöver upprätthålls utan stöd av lag eller annan författning av brandkårerna.

Förslaget att särskilt reglera räddningstjänsten i brandlagen godtogs av statsmakterna. I den proposition (1973:185) som låg till grund för riksdagens beslut om ny brandlag framhöll föredraganden att räddningstjänsten skall vara en verksamhet, som syftar till att vid olyckshändelse avvärja eller begränsa skada på människor och egendom. I specialmotiveringen till den föreslagna brandlagen angavs, att begreppet räddningstjänst inte omfattar sjukvård, sjuktransporter eller ambulansflygtjänsten och att lagen alltså inte skall vara tillämplig på dessa verksamheter. Såsom framgått ovan är landstingens ansvar enligt sjukvårdslagen begränsat till vägbundna sjuktransporter.

Av det tidigare anförda framgår att frågor om ansvaret för sjuktransporter och räddningstjänst i övrigt är reglerade i lag men på ett sådant sätt att viss oklarhet råder om gränsdragningen mellan ansvarsområdena. Mot bakgrund bl. a. härav har socialstyrelsen i samråd med landstingsförbundet hos regeringen hemställt att "regeringen måtte klargöra om bestämmelserna i 3 §, tredje stycket, sjukvårdslagen även skall omfatta sådana transporter av sjuka eller skadade, vilka inte är vägbundna, eller om de enligt förarbetena till brandlagen ingår i den allmänna räddningstjänsten och därmed åvilar brandförsvaret".

Genom beslut 1979-02-15 har regeringen överlämnat socialstyrelsens skrivelse till HSU för att beaktas vid fullgörandet av utredningens uppdrag.

Frågan om samhällets räddningstjänst har under de senaste åren även uppmärksammats av riksdagen. På grundval av vissa motioner i ärendet beslöt 1979 års riksdag att föreslå regeringen att förutsättningslöst utreda frågan om huvudmannaskapet för en räddningstjänst med nuvarande och möjliga nya uppgifter. Utredningen förutsattes ha parlamentarisk förankring och bl. a. även omfatta frågan om huvudmannaskapet för sjuktransporter och ambulansverksamhet.

Regeringen har genom tilläggsdirektiv under sommaren 1979 uppdragit åt kommittén för utredning av frågan om ersättning på grund av naturkatastrofer m. m. att verkställa den av riksdagen begärda utredningen.

Länsalarmeringscentraler (LAC)

Sedan år 1974 sker en uppbyggnad av länsalarmeringscentraler i landet i samverkan mellan staten, landstingen och primärkommunerna.

För ändamålet har inrättats ett särskilt aktiebolag, SOS Alarmering AB, med hela landet som verksamhetsområde. Bolaget ägs av televerket och de båda kommunförbunden. Länsalarmeringscentraler finns år 1978 i 13 distrikt (i regel motsvarande länen) och är planerade i ytterligare sju.

Från länsalarmeringscentralerna dirigeras bl. a. samtliga ambulanser och i vissa fall även sjukbilarna. Larmcentralerna har som regel getts befogenheter att självständigt svara för transportfördelningen över landstingsområdet. Ambulanserna har därigenom i princip hela landstingsområdet som arbetsfält. Detta innebär bl. a. vid akuta uppdrag att den ambulans, som finns närmast den aktuella platsen dirigeras dit, oavsett ambulansens normala arbetsområde och stationering.

3.2.5 Försvarets hälso- och sjukvård

Bakgrund, uppgifter, ansvar

Fram till mitten av 1960-talet förutsatte organisationen av förbandssjukvården särskilda läkare både för mottagning av värnpliktiga och för fast anställd militär och civilmilitär personal. Förbandsläkaren förutsattes också vara chef för förbandssjukhus där sådana fanns.

Nu gällande bestämmelser för de värnpliktigas hälso- och sjukvård regleras i värnpliktsförordningen (SFS 1976:1008). För att erhålla fri sjukvård skall den värnpliktige i första hand anlita förbandsläkare. Värnpliktig får söka vård hos annan läkare vid olycksfall, vid akut behov av sjukvård eller efter hänvisning av läkare vid förband.

För anställda inom försvarsmakten gäller samma villkor som för andra statsanställda (AST). Personal, som tjänstgör under påfrestande förhållanden (t. ex. dykare och flygare), är därutöver föremål för särskild hälsotillsyn. Enligt gällande förordning om sjukvård i statligt reglerad anställning (SFS 1976:1060) bör myndighet, bl. a. genom överenskommelse med läkare, försöka tillgodose de anställdas behov av hälso- och sjukvård. Myndigheterna har bl. a. på grund av bristen på läkare uppenbara svårigheter att tillgodose denna service.

Såväl värnpliktiga som anställda inom försvarsmakten har i princip fri hälso- och sjukvård samt fria läkemedel.

Organisation

Förhållandena inom förbandssjukvården behandlades i 1962 års försvars-sjukvårdsutrednings betänkande (SOU 1964:20). Det låg till grund för en

proposition (1965:176) med riktlinjer för förbandssjukvårdens organisation. Riksdagen beslöt i enlighet med dessa riktlinjer.

Vid förband skall normalt finnas förbandsläkare och tjänsteläkare jämte övrig erforderlig sjukvårdspersonal, t. ex. sjuksköterska, undersköterska och sjukvårdsbiträde.

Förbandsläkaren är chef för hälso- och sjukvårdsenheten vid förbandet och lyder som sådan direkt under förbandschefen. Han ingår dessutom som stabsmedlem i den sektion inom förbandet som bl. a. svarar för hälso- och sjukvården.

Förbandsläkaren kan ibland tjänstgöra både som förbandsläkare och tjänsteläkare.

Omkring mitten av 1960-talet fanns inom förbanden 84 regementsläkare/bataljonsläkare, 13 marinläkare och 21 flygläkare. På grund av omfattande läkarvakanser framför allt inom armén har hälso- och sjukvården vid förbanden i betydande omfattning ombesörjts av värnpliktiga läkare. Många läkaruppgifter har därigenom helt eller delvis varit försummade eller fullgjorts av annan personal.

En stor del av försvarets förband saknar fortfarande läkare helt eller delvis eller har måst tillgripa kortsiktiga provisoriska lösningar. För 69 förband, som skall ha förbands- och tjänsteläkare, saknades 24 innehavare på dessa befattningar under april 1977. Ett förband saknade enbart förbandsläkare och sex förband saknade enbart tjänsteläkare. Av sju förband som enbart skall ha tjänsteläkare saknade fem sådan innehavare.

Pågående och diskuterad utveckling

Problemet inom försvarets hälso- och sjukvård är främst bristen på läkare.

Enligt försvarsmaktens egna bedömningar väntas svårigheterna att rekrytera hel- och deltidsanställda läkare till förbandssjukvården komma att bestå. Med de villkor och förutsättningar som gäller i dag bedöms läkarna i första hand välja den civila sjukvården och företagshälsovården. Alternativet till egen rekrytering av läkare är enligt försvarsmaktens bedömning att överenskommelser träffas med sjukvårdshuvudmännen om läkarmedverkan i den egna sjukvårdsorganisationen. Situationen kan också påverkas genom ändringar i värnpliktsförmånskungörelsen och värnpliktsförfattningarna i övrigt.

Tillgången på sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal inom försvarsmakten bedöms vara god. Personalen kan dock inte alltid utnyttjas rationellt med hänsyn till bristen på läkare.

Riksdagen fattade 1978 beslut om försvarsmaktens hälso- och sjukvård i fred på grundval av förslag i proposition 1978:197. Beslutet utgår från att hälso- och sjukvården för de anställda inom försvarsmakten organiseras på samma sätt som för övriga statsanställda. Försvarsmakten förutsätts alltså ha ansvar och resurser för de värnpliktigas hälso- och sjukvård, medicinsk rådgivning till förbandschef samt medicinsk medverkan i mobiliserings- och krigsförberedelsearbete och utbildning.

3.2.6 *Hälso- och sjukvård i krig*

Bakgrund, uppgifter och ansvar

Den civila hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och förvaltning i krig samt planläggningen härför under fredstid regleras i 1953 års krigssjukvårdslag och 1955 års krigssjukvårdskungörelse. Denna krigssjukvårdslagstiftning gäller alltjämt och med i huvudsak oförändrad lydelse.

Hälso- och sjukvård skall i krig bedrivas inom tre organisationer: den civila hälso- och sjukvården, civilförsvaret och försvarsmakten. Såväl den civila hälso- och sjukvården som länets civilförsvaret leds av länsstyrelsen. Försvarsområdesbefälhavaren disponerar de sjukvårds- och sjuktransportresurser inom länet som militärbefälhavaren tilldelar honom.

Organisation

Länsstyrelsen är enligt sin krigsinstruktion (1975:1004) högsta civila totalförsvarsmyndighet inom länet och skall verka för att största möjliga försvareffekt uppnås. I sin ledning av hälso- och sjukvården i krig äger länsstyrelsen rätt att bl. a. fatta beslut om utnyttjande av vårdplatser inom länet, omflyttning av medicinalpersonal, omfördelning av läkemedel och andra förnödenheter för sjukvården samt i övrigt bestämma om utnyttjandet av länets sjukvårdsresurser. I länsstyrelsens krigsorganisation handläggs ärenden om den civila hälso- och sjukvården inom sektion B. Denna sektionens ansvarsområde omfattar även allmän hälsovård, epizootibekämpning och annan djursjukvård, livsmedelskontroll samt åtgärder till skydd mot biologisk krigföring. Tidigare var som regel länsläkaren chef för sektion B. Under 1970-talet har ledande sjukvårdsadministratörer från landstingen i stor utsträckning övertagit denna uppgift. Även annan landstingspersonal har i ökad omfattning krigsplacerats vid nämnda sektion.

Omställningen av den civila hälso- och sjukvården till krig och planeringen härför åvilar landstingen. Landstingen svarar också för driften och förvaltningen av hälso- och sjukvården i krig under länsstyrelsens ledning. Vid utnyttjandet av hälso- och sjukvårdsresurserna skall länsstyrelsen samverka med försvarsområdesbefälhavaren. Försvarsmaktens hälso- och sjukvård handläggs inom försvarsområdesstabens hälso- och sjukvårdsavdelning (sektion 2).

På den högre regionala nivån leder civilbefälhavaren (CB) det civila totalförsvaret. Till CB utses en av landshövdingarna inom civilområdet. CB har samma befogenheter som på central nivå ålagts socialstyrelsen. För samverkan i krig om sjukvård skall CB samarbeta med militärbefälhavaren (MB) i ett särskilt samarbetsorgan, regionala sjukvårdsledningen (RSL).

Centralt leds den civila hälso- och sjukvården i krig under regeringen av socialstyrelsen. Socialstyrelsen har befogenhet att besluta om förflyttning av medicinalpersonal, omfördelning av läkemedel eller andra förnödenheter, förflyttning av krigsskadade och sjuka m. m. För samverkan mellan berörda myndigheter på det centrala planet skall i likhet med vad som gäller för den regionala nivån finnas ett särskilt samarbetsorgan, centrala sjukvårdsledningen (CSL).

Pågående och diskuterad utveckling

Frågan om ansvar för och ledning av hälso- och sjukvården i krig samt därmed sammanhängande frågor har varit föremål för särskild utredning. Utredningen avgav i slutet av år 1978 betänkandet Sjukvården i krig (SOU 1978:83). Detta har nyligen remissbehandlats.

Enligt utredningens förslag får landstingen ett väsentligt utökat ansvar för hälso- och sjukvården i krig och för förberedelserna för denna uppgift. Ledningen av hälso- och sjukvården inom landstingsområdet i krig kommer enligt förslaget att överföras från länsstyrelserna till landstingen. De fasta militära krigssjukhusen tillförs den civila hälso- och sjukvården. Frågan huruvida civilförsvarets ansvar, uppgifter och resurser för räddningstjänst och sjuktransporter på sikt skall överföras till kommuner och landsting förutsätts bli prövad i särskild ordning. Därvid avses också utredas i vad mån på sikt ansvaret för sjuktransporterna i en krigssituation skall åvila landstingen. Förslagen grundar sig på den s. k. ansvarsprincipen, som innebär att ansvaret i fred för en viss verksamhet skall följas av ansvar att förbereda, genomföra och leda samma verksamhet i krig.

Samarbetet på det lokala, regionala och centrala planet förutsätts i framtiden vara organiserat i samarbetsorgan/beredningsorgan benämnda länsjukvårdsberedningen (LSB), regionala sjukvårdsberedningen (RSB) och centrala sjukvårdsberedningen (CSB).

3.2.7 Allmän hälsovård

Definition

Begreppet *allmän hälsovård* är grundläggande i hälsovårdsstadgan (SFS 1958:663). Det är dock inte definierat eller avgränsat i lagtexten. Det är heller inte möjligt att kortfattat definiera begreppet. I proposition 1958:137 angavs att begreppet nära ansluter sig till vad som betecknas som omgivningshygien.

Omgivningshygien kan beskrivas som läran om de yttre faktorer i människans av natur och kultur betingade miljö som inverkar på det allmänna hälsotillståndet, och om de åtgärder som kan vidtas för att förbättra miljön i detta avseende.

Ordet *hälsovård* i hälsovårdsnämndernas arbete skall inte förväxlas med den individuellt inriktade förebyggande hälsovård som landstingen bedriver. Hälsovårdsstadgeutredningen föreslår i sitt betänkande (SOU 1978:44) ett begrepp som ersätter allmän hälsovård, nämligen *allmänt hälsoskydd*, som knyter an till begreppet skydd i miljöskyddslagen. Härigenom elimineras risken för sammanblandning av begreppen. I detta avsnitt används dock den tidigare benämningen.

Allmänt syfte

Den allmänna hälsovården har i princip ett generellt syfte, nämligen att tillgodose hela befolkningens behov.

Syftet är vidare inte att vårda utan att skydda människor mot hälsofarliga faktorer, väsentligen i den fysiska miljön.

Det hälsoskydd som den allmänna hälsovården vill tillförsäkra har ansetts så betydelsefullt att i princip alla bör få del av detta, oberoende av möjligheterna och förmågan till direkt personligt engagemang i sina hälsoanlägenheter.

Bakgrund och ansvar

Den allmänna hälsovården har länge ansetts som en av samhällets uppgifter. Närmast regleras åtgärderna från samhällets sida i hälsovårdsstadgan och lokala hälsovårdsordningar.

Utöver hälsovårdsstadgan finns ett flertal lagar och förordningar på hälso- och miljövårdsområdet. Hälsovårdsstadgan kan sägas vara i första hand inriktad på att direkt skydda människans hälsa genom ett ingripande med stöd av stadgan för att förhindra eller undanröja "sanitär olägenhet".

Vissa andra författningar har också i första hand syftet att skydda människans hälsa. Hit hör bl. a. livsmedelslagen, arbetsmiljölagen och smittskyddslagen.

Andra författningar har ett vidare syfte, nämligen att även skydda naturmiljön, exempelvis lagen om hälso- och miljöfarliga varor, miljöskyddslagen och den kommunala renhållningslagen.

Organisation

Högsta tillsynen över den *allmänna hälsovården i riket* utövas av socialstyrelsen och livsmedelsverket. Fördelningen av ansvaret regleras i de båda ämbetsverkens instruktioner. Verken meddelar råd och anvisningar rörande den allmänna hälsovården.

Vidgas området till att även gälla miljövård berörs som centrala tillsynsmyndigheter även statens naturvårdsverk, arbetarskyddsstyrelsen och lantbruksstyrelsen.

Länsstyrelsen skall vaka över den *allmänna hälsovården i länet*. Om länsstyrelsen får kännedom om missförhållanden i hälsovårdshänseende skall den se till att erforderliga åtgärder vidtas för att undanröja dessa missförhållanden.

Det närmaste överinseendet över den *allmänna hälsovården på kommunnivå* åvilar hälsovårdsnämnden.

Socialstyrelsen har till sitt förfogande för bl. a. allmän hälsovård en på länsnivå uppbyggd länsläkarorganisation. I fråga om den allmänna hälsovården åligger det organisationen särskilt att bl. a. följa det av olika organ bedrivna hälsovårdsarbetet, vaka över att gällande föreskrifter iakttas, att verka för god planering inom den allmänna hälsovårdens olika grenar och för samordning av hälsovårdsuppgifter som ombesörjs av skilda organ, att verka för att medicinska och hygieniska synpunkter beaktas inom nativård och miljöskydd, att stå kommuner och sammanslutningar till tjäns med råd i frågor om den allmänna hälsovården samt att utöva upplysningsverksamhet.

Beträffande sjukvård skall organisationen i första hand ägna uppmärksamhet åt bekämpandet av de i smittskyddslagen angivna sjukdonarna.

Organisationen omfattar länsläkare, biträdande länsläkare och länshälsovårdskonsulenter till det antal som regeringen bestämmer.

3.2.8 Mödrahälsovård

Bakgrund, uppgifter och ansvar

Organiserad förebyggande mödravård började byggas upp i landet efter ett riksdagsbeslut år 1937 om statsunderstödd mödrahälsovård.

Distriktsbarnmorskeorganisationens ursprungliga uppgift var att medverka i den öppna förlossningsvården. Efter introduktionen av den förebyggande mödravården har organisationens uppgifter i huvudsak omfattat förebyggande åtgärder.

Alltjämt föreligger dock enligt sjukvårdslagen en skyldighet för sjukvårdshuvudmannen att ombesörja såväl sluten som öppen förlossningsvård. Enligt reglementet för barnmorskor skall barnmorska vid hemförlossning i förväg försäkra sig om att läkare kan medverka, om så skulle visa sig erforderligt.

Andelen hemförlossningar som år 1920 uppgick till omkring 90 procent av totala antalet förlossningar i landet, har senare minskat starkt. Antalet var ca 20 per år vid 1970-talets början.

Benämningen förebyggande mödravård ändrades till mödrahälsovård år 1969 då socialstyrelsen utfärdade normalreglemente för mödra- och barnhälsovården. Enligt normalreglementet för mödrahälsovården skall denna omfatta förvård, eftervård och preventivmedelsrådgivning samt behandling av sjukdomar, som föranletts av graviditeten eller förlossningen och som inte kräver vård på sjukhus.

Förvården omfattar graviditetsdiagnostik, medicinska undersökningar för att upptäcka och förebygga graviditetskomplikationer eller andra sjukdomar, som kan inverka på graviditetsförloppet, behandling av sjukdomstillstånd under graviditet, mödraundervisning och förlossningsförberedelse samt hjälp i personliga och sociala frågor. Under förvården gör den gravida kvinnan normalt 10–12 besök hos barnmorska och minst tre besök hos läkare.

Eftervården består främst av en medicinsk uppföljning efter förlossningen. Kontroll sker att förloppet efter förlossningen är normalt. Mödrahälsovården svarar för behandling av föreliggande smärre avvikelser. Övriga fall remitteras vid behov för sjukvård.

Preventivmedelsrådgivningen kan ingå som en del i eftervården eller vara en fristående verksamhet inom mödrahälsovården. Den nya abortlagen, som började tillämpas den 1 januari 1976, kombinerades med bestämmelser om ekonomiskt stöd för en utökad preventivmedelsrådgivning. I propositionen med förslaget till abortlagen betonas att abortfrågan måste ses som en del av den större frågan om födelsekontroll. I förarbetena till denna lag understryks att abort inte får betraktas som en metod för födelsekontroll. När det gäller att komma till rätta med inte önskade graviditeter, bör åtgärderna främst avse förebyggande insatser.

Under senare år har i mödraförberedelserna införts åtgärder av psykologisk och social natur. Psykoprofylax och hypnos har prövats som en åtgärd för att minska förlossningssmärtan och förlossningens längd samt om möjligt också riskerna för komplikationer.

Organisation

Mödrahälsovården bedrivs vid mödravårdscentraler av två typer. Den ena betjänas av gynekologer och den andra av allmänläkare. Vid bägge typerna medverkar dessutom barnmorska eller distriktssköterska med barnmorskeutbildning samt biträdespersonal. I viss utsträckning har sjukgymnaster, kuratorer, psykologer, dietister, tandläkare och tandhygienister engagerats i verksamheten.

Gynekologisk hälsokontroll för tidig upptäckt av livmoderhalscancer sker som regel inom mödrahälsovården och därutöver vid särskilda mottagningar, ibland kombinerade med preventivmedelsrådgivning.

Omfattning

Redan i mitten av 1940-talet hade den förebyggande mödravården fått en sådan omfattning att huvudparten av mödrarna hade tillgång till sådan vård. Den utbyggda mödrahälsovården når även i dag i stort sett alla mödrar med någon form av graviditetsvård. Innehållet i mödrahälsovården varierar med tillgången på personella resurser.

Antalet födda barn per år har i genomsnitt under 1960- och 1970-talen uppgått till 117 000. Under de senaste åren noteras en kraftig nedgång av dessa tal. De har åren 1976 och 1977 uppgått till 98 000 resp 96 000.

Antalet barnmorskor med heltidstjänst på mödravårdscentral, distriktsbarnmorskor och mödravårdsutbildade distriktssköterskor uppgår fn till drygt 500.

Pågående och diskuterad utveckling

Genom bl. a. mödrahälsovården har riskerna under havandeskap och förlossning i stor utsträckning kunnat elimineras. Spädbarnsdödligheten (uttryckt i antal döda under första levnadsåret av 1 000 levande födda) har fortsatt att minska från 16,6 år 1960 till 8,3 år 1976, varav i senare fallet för pojkar 9,1 och för flickor 7,5. Under femårsperioden före genomförandet av den förebyggande mödra- och barnavården (1931–1935) var dödligheten genomsnittligt 50,1. Utvecklingen därefter beskriver en långsam men kontinuerlig nedgång av dödligheten. Huvudparten av den samlade spädbarnsdödligheten (63 procent) drabbar barn under första levnadsveckan.

Havandeskapets sjukdomar förorsakar numera sällan död hos mödrarna i Sverige. Antalet fall år 1975 var två. Under första hälften av 1970-talet registrerades genomsnittligt åtta sådana fall per år. Som orsaker har angetts komplikationer under graviditeten, vid abort, under barnsängstiden och vid förlossningen.

Förändringar i samhälls- och familjestrukturen har skapat andra krav och behov än tidigare. Så är också fallet beträffande mödrahälsovården. Genom forskning och praktiska erfarenheter har kunskaperna ökat om hur blivande föräldrar reagerar på de omställningar, som en graviditet innebär, hur man löser psykiska konflikter och hur man anpassar sig till rollen som blivande föräldrar. Det anses av den anledningen angeläget att mödrahälsovården inte enbart koncentrerar sig på den blivande modern utan även ägnar sig

åt båda föräldrarna samt åt barnets fysiska och psykiska hälsa och sociala situation. En ökad samverkan har också kommit till stånd med andra samhällsorgan. Mödrahälsovården får därigenom en delvis förändrad inriktning och därmed också ett förändrat innehåll jämfört med tidigare.

Verksamheten kompletteras med resurser för psykosocialt förebyggande åtgärder och systematiserad undervisning kring föräldrarollen och även barnens behov.

Inom socialstyrelsen utarbetades år 1978 ett förslag till principprogram för den framtida mödra- och barnhälsovården. Principprogrammet innehåller en målformulering för denna med primärvården samordnade verksamhet. I utredningsarbetet har man utgått från två perspektiv på den framtida utvecklingen, dels ett socialpolitiskt/familjepolitiskt, dels ett hälsopolitiskt/medicinskt. Verksamheten har därvid inriktats på att söka minska dödlighet, sjuklighet och handikapp hos blivande och nyblivna mödrar och barn, att söka minska skadlig påfrestning för föräldrar och barn samt att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och att härigenom skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn. Den framtida verksamheten omfattar hälsoövervakning, rådgivning om födelsekontroll, gynekologisk hälsoundersökning, hälsoupplysning och hälsovård i förskolan.

Förslaget till principprogram för mödra- och barnhälsovården har remissbehandlats. Socialstyrelsens eget ställningstagande i ärendet avvaktas.

3.2.9 Barnhälsovård

Bakgrund, uppgifter och ansvar

Liksom den förebyggande mödravården tillkom barnhälsovården i en mer organiserad form år 1938. Verksamheten är således en etablerad hälsovårdsform inom landstingen.

I barnhälsovårdens uppgifter ingår sedan den 1 januari 1978 även hälsovård i förskolan och vid vissa institutioner inom den primärkommunala barnomsorgen.

Barnhälsovården utvecklades snabbt under 1940-talet och har sedan dess kontinuerligt tillförts ökade resurser. Verksamheten har därigenom förbättrats både kvalitativt och kvantitativt.

Barnhälsovården är främst inriktad på förebyggande åtgärder. En viss sjukvårdsverksamhet förekommer dock samtidigt med dessa åtgärder, främst när det gäller de allra minsta barnen. Verksamheten har hittills omfattat alla barn från födelsen till skolåldern. Den är kostnadsfri.

I den hälsoövervakande och handikappuppspårande verksamheten ingår förutom att förebygga sjukdom även att tidigt upptäcka rubbningar i barnens fysiska och psykiska utveckling samt tillstånd och sjukdomar som kan medföra handikapp. De konkreta åtgärderna består bl. a. i kontinuerligt återkommande kontroller och aktiva profylaktiska insatser, t. ex. vaccinationer. Härtill kan föras under senare år ökade insatser för tandhälsovård, innefattande råd om kost och munhygien.

Barnhälsovården har utvecklats mot en helhetssyn som omfattar alla aspekter på barnets hälsa. Den år 1968 införda fyraårskontrollen var ett steg i den riktningen. I denna kontroll ingår förutom funktionskontroller

av syn, hörsel och tal även utvecklingsbedömning och samtal med föräldrarna om barnets utveckling och beteenden med särskild hänsyn till eventuella problem. Barnhälsovården svarar för att konstaterade avvikelser blir föremål för adekvata medicinska och sociala åtgärder och att föräldrarna informeras i frågor av betydelse för barnens vård och fostran.

Organisation

Barnhälsovården bedrivs i första hand vid barnvårdscentraler men även vid förskolor och vissa andra skolor.

Barnvårdscentraler finns av två typer. Typ 1 förestås av barnläkare och typ 2 av allmänläkare. I det senare fallet har allmänläkaren, förutom barnet, också ibland hand om den övriga delen av familjen i egenskap av distriktsläkare och skolläkare. Samma personunion kan också gälla distriktsköterskan i vissa fall.

Barnvårdscentralerna underrättas automatiskt om förändringarna i personregistret beträffande barn under 7 år. På så sätt kan centralerna nå samtliga barn inom sitt geografiska verksamhetsområde.

Förutom läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden medverkar vid barnvårdscentralerna i varierande omfattning tandläkare, psykologer, kuratorer och dietister m. fl.

I samband med fyraårskontrollens tillkomst inrättades barnhälsovårdsöverläkartjänster i flertalet landsting med medicinska och organisatoriska ledningsuppgifter av övergripande natur för hela barnhälsovården. I uppgiften ingår att utöva tillsyn över verksamheten, att samordna denna med barnsjukvården, socialvården och skolhälsovården, att svara för mottagning av remissfall, framförallt från fyraårskontrollen, och att även övervaka att kontrollfallen följs upp vid olika kliniker m. m.

Funktionen som barnhälsovårdsöverläkare har i vissa fall generellt ålagts barnkliniken vid länssjukhuset. I de flesta har den dock knutits till en bestämd läkartjänst vid en sådan klinik.

Omfattning

Praktiskt taget samtliga barn i de lägsta åldrarna är föremål för barnvårdscentralernas övervakning. Enligt normalreglementet för barnhälsovården beräknas fyra till sju besök hos läkare under det första levnadsåret, två besök under det andra året och sedan ett varje år i efterföljande åldrar.

Enligt tidigare befolkningsframskrivningar i början av 1970-talet förutsattes inga större förändringar av barnantalet i åldersgrupperna 0-6 år. En ganska konstant utveckling av årskullarna med 115 000-117 000 förutsågs. Den faktiska utvecklingen har dock under de senaste åren blivit en helt annan. Såsom tidigare nämnts understiger antalet nyfödda de senaste åren 100 000 per år.

Pågående och diskuterad utveckling

Barnhälsovården anses ha stor betydelse för barnens hälsa och utveckling. I dag har vi ett mycket gott hälsotillstånd hos barnen, framförallt när det gäller deras fysiska hälsa. Utvecklingen går nu mot att alltmer se barnet och dess familj utifrån en helhetssyn, som omfattar alla aspekter på barnens hälsa. Företrädare för barnhälsovården framhåller framförallt tre problemområden som därvid bör beaktas, nämligen nutritions- (näringss-), olycksfalls- och psykiska problem. Barnolyckorna betraktas som ett betydande samhällsmedicinskt problem. Från ettårsåldern och uppåt är olycksfallen alltjämt den vanligaste dödsorsaken bland barn – i vissa åldersgrupper vanligare än alla andra dödsorsaker tillsammans. Många barn får svåra skador med livslånga handikapp som följd.

I samband med införandet av den ovannämnda fyraårskontrollen uppmärksammades många problem, som tidigare inte beaktats inom barnhälsovården. Detta gäller främst barnens beteende och sociala anpassning samt föräldrarnas problemupplevelser och uppfostringsmetoder. Då dessa förhållanden först uppmärksammades, saknades i stor utsträckning tillgång till lämpliga stödinsatser. Under senare år har ett samarbete med den primärkommunala socialvården utvecklats. Vissa brister finns alltjämt i detta avseende.

Som tidigare angetts i avsnitt 3.2.8 har inom socialstyrelsen genomförts en utredning om mödra- och barnhälsovården. I föregående avsnitt lämnas en kort redogörelse för utredningens förslag och huvudmålen för en med primärvården samordnad mödra- och barnhälsovård. Utredningsförslagen avser att skapa förbättrade möjligheter att komma till rätta med ovan berörda problem.

3.2.10 *Skolhälsovård*

Bakgrund, uppgifter och ansvar

Skolhälsovården har organisatoriskt varit i stort sett oförändrad under drygt 30 års tid. Innehållet och omfattningen har dock delvis påverkats av den allmänna samhällsutvecklingen samt av förändringar i skolans organisation och inre arbete.

Skolhälsovården har den dubbla uppgiften att vara en del dels av elevvården, dels av samhällets totala omsorg om barn och ungdom. Syftet med skolhälsovården är att bevara och förbättra elevernas fysiska och psykiska hälsa, att förebygga och uppsåra sjukdom och handikapp samt att verka för sunda levnadsvanor. Verksamheten är främst av förebyggande natur och omfattar som regel inte sjukvård. Skolhälsovården skall tillsammans med elever, föräldrar och skolans personal verka för att bevara och förbättra elevernas hälsa, såväl i ett kortare som i ett längre perspektiv.

Huvudmannskapet för skolhälsovården är idag knutet till skolhuvudmannskapet. Som en följd härav är primärkommunerna ansvariga för skolhälsovården i grundskolan och i huvuddelen av gymnasieskolan samt landstingen för den del av gymnasieskolan, som ligger under landstingskommunalt huvudmannskap. Främst landstingen och folkrörelserna är huvud-

män för skolhälsovården i folkhögskolorna. Landstingen är dessutom ansvariga för den vård som ges vid skolor inom omsorgsverksamheten. Staten är huvudman för specialskolor för barn, som på grund av syn-, hörsel- eller talskada ej kan följa undervisningen i grundskolan, och således även huvudman för den skolhälsovård som bedrivs vid dessa skolor.

Organisation

Skolhälsovårdens organisation är inte enhetligt utformad i landet. På de större skolorterna har kommunerna som regel en särskild skolhälsovårdsorganisation med ett varierande inslag av köpta tjänster. På övriga orter tillgodoses skolhälsovården genom avtal med landstingen om distriktssköterskors medverkan och genom överenskommelser med distriktsläkare. Organisationen och omfattningen av skolhälsovården är i hög grad beroende av möjligheterna att knyta personal till verksamheten. På senare år har en förstärkning av resurserna för psykisk hälsovård, rådgivning och kurativ verksamhet varit möjlig. Därmed har också annan personal än läkare och sjuksköterskor successivt tillförts verksamheten. På några platser i landet har skolhälsovården kompletterats med från denna fristående s. k. ungdomsmottagningar för allmänna ungdomsproblem, preventivmedelsrådgivning m. m.

Skolhälsovården bedrivs i samverkan med annan elevvårdande verksamhet i skolan, med föräldrarna, med kommunernas sociala organ och med övrig hälso- och sjukvård. Skolhälsovården bedrivs således i stor utsträckning såsom ett lagarbete.

Utöver klassundersökningar hålls regelbundna mottagningar för enskilda besök främst hos skolsköterska. Där läkare kunnat engageras för skolhälsovård, deltar även denne i mån av tid i mottagningsverksamheten.

Omfattning

Grundskolan omfattar med få undantag alla barn och ungdomar i åldrarna 7-16 år. Ungefär 85 procent av årskullen 16-åringar påbörjar antingen direkt efter grundskolan eller senare en ett- till fyraårig utbildning i gymnasieskolan.

Särskolor inom omsorgsverksamheten finns i nära hälften av landets kommuner. Skolhälsovården vid särskolor har samma mål som grundskolans hälsovård men har innehållsmässigt en något större omfattning.

Specialskolor för barn med syn-, hörsel- eller talskada finns på åtta å nio orter i landet. I stigande omfattning inrättas externa klasser i kommunerna och sker individuell integration av specialskoleelever i grundskolan.

Vid folkhögskolor är skolhälsovård anordnad endast vid kurser på minst 21 veckor (vinterkurserna). Inom landet finns drygt 100 folkhögskolor med ca 50 000 elever. Härav omfattas ca 12 000 av ett sådant ansvar.

Enligt en enkät år 1974 saknade 5,5 procent (66 000) av eleverna i grund- eller gymnasieskolan skolläkare. Motsvarande andel var år 1972 ca 7 procent (85 000). Så gott som samtliga elever har dock tillgång till skolsköterska.

Av skolläkarna är 93 procent landstingsanställda. Dessa svarar för 40

procent av den totala läkarinsatsen inom skolhälsovården. Av 825 anställda läkare inom skolhälsovården år 1974 var 777 arvoderade för någon eller några timmar i veckan. Endast 16 var anställda på heltid och 32 på deltid.

Personalsituationen är gynnsammare på skolsköterskesidan än på läkar- sidan. Ca 40 procent av kommunerna tillgodoser behovet av skolsköterskor genom avtal med landstingen. Detta gäller främst glesbygdskommunerna. Fram till år 1972 hade distriktssköterskorna denna uppgift i kommuner med högst 20 000 invånare utan ersättning härför till landstingen. Anställda skolsköterskor inom primärkommunerna var år 1974 totalt ca 1 700.

Drygt 70 procent av eleverna vid folkhögskolorna har tillgång till skol- läkare. Huvudparten saknar dock regelbunden skolhälsovård.

Såväl anställda skolläkare som skolsköterskor har minskat i antal under de senaste åren samtidigt som tjänstgöringstiden ökat för var och en av dessa befattningshavare.

Pågående och diskuterad utveckling

Skolhälsovården är som tidigare angivits inte enhetligt uppbyggd i landet. Skillnaden grundar sig främst på personaltillgången som också påverkar in- nehållet och omfattningen av skolhälsovården. De större kommunerna har utöver skolläkare och skolsköterska som regel också tillgång till särskilda tjänster såsom skolkurator och skolpsykolog. I mindre kommuner saknas dessa resurser. Skolhälsovården ombesörjs vanligtvis av distriktssköterskan och distriktsläkaren på platsen. Antalsmässigt dominerar dessa två perso- nalgrupper dagens skolhälsovård i Sverige.

Skolhälsovården har i många fall betraktats som mycket rutinbetonad samt har ansetts vara summarisk och opreciserad till sitt innehåll. Innehållet har i hög grad varit beroende av den tid som sjuksköterskor och läkare, utöver sina ordinarie uppgifter inom sjukvården, kunnat ägna åt skolhäl- sovården. På senare år har resurserna för skolhälsovården förstärkts och samordnats i de nybildade storkommunerna. Personalresurser har tillförts för ökad rådgivning och kurativ verksamhet samt även för psykisk hälsovård. Skolhälsovården anses därmed ha fått en mer preciserad funktion som en del av elevvården.

Frågan om skolhälsovårdens framtida innehåll, organisation och huvud- mannaskap har behandlats av 1974 års skolhälsovårdsutredning (SOU 1976:46).

Utredningen föreslog en ändring av nuvarande mål för skolhälsovården från "att bevara elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem" till "att följa elevernas utveckling, bevara och för- bättra elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnads- vanor hos dem".

Skolhälsovården bör enligt utredningen liksom hittills även i framtiden främst vara av förebyggande karaktär, men därutöver även innehålla ett visst inslag av enklare sjukvård. Skolhälsovården bör anpassas till de för- ändringar och den utveckling som sker i samhället, inom skolan och inom den allmänna hälso- och sjukvården. Skolhälsovården skall i sina åtgärder beakta elevens totala situation. För detta erfordras att hälsovårdspersonalen har god kännedom, inte bara om elevens hälsotillstånd, utan även om där-

med sammanhängande faktorer av psykisk och social art samt att samverkan sker med övriga berörda inom och utanför skolan.

Utredningen föreslog också att skolhälsovården vid folkhögskolorna skall omfatta samtliga elever och att underlaget för skolskötersketjänst skall grunda sig på den totala undervisningsvolymen och inte som hittills på kursernas längd.

Enligt utredningen bör skolhuvudmannen även i fortsättningen vara huvudman också för skolhälsovården. Såväl inom utredningen som inom remissinstanserna har dock funnits delade meningar i huvudmannaskapsfrågan.

På grundval av skolhälsovårdsutredningens överväganden och på förslag i prop. 1977/78:85 har riksdagen fattat beslut om skolhälsovården. Några ändringar av tidigare huvudmannaskapsregler har därvid inte – i avvaktan på hälso- och sjukvårdsutredningens prövning i ärendet – genomförts. Förredragande statsrådet fann i propositionen inte anledning att föreslå några sådana. Statsrådet betonade dock att några hinder inte föreligger mot att kommuner och landsting träffar överenskommelse om att skolhälsovårdsuppgifterna fullgörs av landstingskommunerna. Riksdagens beslut har förantlett tillägg till skollagen.

3.2.11 *Studerandehälsovård*

Bakgrund, uppgifter och ansvar

Huvudmannaskapet för studerandehälsovården vilar på särskilda kårortsnämnder som inrättats av de studerande genom deras organisationer. Vid varje kår förutsätts därvid finnas vissa grundläggande resurser med kurator, sjuksköterska samt läkare för somatiska, psykiska och psykosomatiska sjukdomar. De studerande förutsätts för somatisk vård i första hand vända sig till den offentliga sjukvården.

Statsbidrag utgår för särskild hälsovård för studerande vid universitet och högskolor m. fl. utbildningsanstalter. Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för verksamheten.

Studerandehälsovårdens syfte är att vara hälsovårdande i psykiskt och fysiskt hänseende. Den skall försöka förebygga uppkomsten av sjukdomar och insufficiensstillstånd bland de studerande. Därvid skall särskilt beaktas deras speciella miljö- och arbetsförhållanden. Verksamheten skall framförallt inriktas på behandling och vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar samt på hälsobefordrande och förebyggande åtgärder.

Omfattning

Studerandehälsovården gäller idag ca 150 000 studerande, fördelade vid rikets universitetskommuner och därtill anknutna fyra filialorter. Utöver universitet och högskolor omfattar studerandehälsovården även studerande vid vissa närstående utbildningsanstalter, exempelvis socialhögskolor och gymnastikhögskolor.

Organisation

Kårortsnämnderna har lämnats frihet att själva bestämma över den egna organisationen och studerandehälsovårdens reella innehåll. Några särskilda föreskrifter, exempelvis om lämplig dimensionering av läkararbetskraften i förhållande till antalet studerande har inte givits.

Trots inriktningen på psykiska och psykosomatiska sjukdomar domineras studerandehälsovården av somatisk vård. Enligt två enkäter åren 1971 resp 1973 framgår att ca 80 procent av studerandehälsovården avsåg somatisk vård.

Statsbidrag utgår till kårortsnämnderna med för läsåret 1969/80 21 kronor per studerande upp till 10 000 elever och 14 kronor för varje ytterligare elev. Övriga kostnader för studerandehälsovården täcks av de studerande själva, genom ersättning från den allmänna försäkringen för sjukvård samt bidrag från annat håll.

Pågående och diskuterad utveckling

I utredningen "Framtida studerandehälsovård" (SOU 1975:7) har bl. a. föreslagits att den offentliga hälso- och sjukvården successivt bör överta ansvaret för de studerandes behov av såväl akut som icke akut somatisk och psykiatrisk sjukvård och att denna sjukvård bör finansieras på samma sätt som övrig offentlig sjukvård.

Resurser bör enligt utredningen dock även i fortsättningen ställas till förfogande för hälsovårdsaktiviteter anslutna till läroanstalterna. Studerandehälsovården bör främst inriktas på förebyggande av sådana sociala störningar och uppkomst av sådana psykiska sjukdomar som är relaterade till studerandemiljön. Utredningen har även föreslagit att studerandehälsovården på lång sikt finansieras genom direkta behovsrelaterade statsbidrag. Utredningens betänkande har remissbehandlats.

Frågan om studerandehälsovårdens framtida ställning har ansetts vara avhängig av frågan om det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar och därmed sammanhängande problem. Denna senare fråga har varit föremål för översyn. I 1978/79 års budgetproposition har anmälts att en ny särskild arbetsgrupp skall tillsättas med uppgift att utifrån hittills gjorda utredningar framlägga förslag om hur studerandehälsovården skall fungera i ett system med fortsatt obligatorium för flertalet studerande inom högskolan.

3.2.12 Företagshälsovård

Bakgrund, uppgifter och ansvar

Grundsynen på företagshälsovård baserar sig på en rekommendation av internationella arbetsorganisationen (ILO) år 1959 till medlemsländernas regeringar.

Enligt rekommendationen bör företagshälsovården huvudsakligen vara av förebyggande natur och bedrivs på eller i närheten av arbetsplatsen.

För Sveriges del utvecklades dessa grundsatser närmare av företagshäl-

sovårdsutredningen i betänkandet "Företagshälsovård" (SOU 1968:44). Utredningsförslaget jämte socialstyrelsens betänkande "Företagshälsovårdens läkarresurser m. m." (S 1970:4) samt arbetsmedicinska institutets betänkande "Utbildning i företagshälsovård m. m." (maj 1970) låg i sin tur till grund för 1971 års riksdagsbeslut om företagshälsovården (prop 1971:23). Detta beslut utgör alltså basen för företagshälsovårdens utbyggnad i vårt land.

Huvudfrågan om lagstiftning eller andra former för reglering av företagshälsovårdens utveckling i landet hade då delvis föregripits av de två stora arbetsmarknadsorganisationerna Svenska arbetsgivareföreningen (SAF) och Landsorganisationen (LO) genom en överenskommelse i maj 1967 om riktlinjerna för företagshälsovård. Företagshälsovården betraktas i överenskommelsen som en integrerad del av det interna arbetarskyddet och som ett instrument i arbetet på att förbättra arbetsmiljön.

Parterna var överens om att riktlinjerna i överenskommelsen bör vara grunden för en fortsatt utbyggnad av företagshälsovården och att denna utbyggnad skall ske i samråd mellan arbetsgivaren och arbetstagarerna i företaget.

Den medicinska delen av företagshälsovården finansieras i viss utsträckning av samhället genom den allmänna försäkringen.

Organisation

Företagshälsovården betraktas som en viktig del av arbetarskyddet och har liksom arbetarskyddet i övrigt till syfte att förbättra arbetsmiljön.

Enligt lagstiftningen på arbetarskyddsområdet skall arbetsgivarna tillhandahålla de resurser, som behövs för att värna de anställdas säkerhet och hälsa i arbetet. En del av dessa resurser är företagshälsovården.

Företagshälsovården är inte författningsreglerad, om man bortser från en bestämmelse i lagen om allmän försäkring, enligt vilken statlig ersättning i begränsad utsträckning kan utgå till arbetsgivare, som anordnar företagshälsovård, samt den bestämmelse i arbetsmiljölagen, som stadgar att skyddskommitté skall behandla frågor om företagshälsovård.

Utbyggnaden av företagshälsovården regleras i avtal mellan arbetsmarknadens parter. Målet för utbyggnaden är företagshälsovård för alla yrkesverksamma. Takten i utbyggnaden bestäms av arbetsgivarna och arbetstagarerna bl. a. mot bakgrund av vilka resurser man är beredd att sätta av respektive har möjlighet att skaffa fram (personal, kunnande genom arbetsmedicinsk forskning, laboratorieservice etc.).

Företagshälsovården skall enligt avtalen och riktlinjerna ta initiativ när det gäller företagshälsovård och arbetarskydd, göra utredningar och på alla sätt medverka till att få fram underlag för de beslut som krävs för arbetsmiljö- och anpassningsbefrämjande åtgärder på arbetsplatser.

Arbetsmarknadsparterna är överens om att företagshälsovården i princip skall organiseras på något av följande sätt:

- Stora arbetsplatser bör inrätta egen företagshälsovård, s. k. inbyggd företagshälsovård.

- Små och medelstora företag (motsvarande) bör ansluta sig till en företagshälsovård, som företagen gemensamt inrättar.
- För vissa branscher kan s. k. branschhälsovård inrättas.
- Som andra lösningar framhålls att små och spridda företag (motsvarande) som inte har möjlighet att i samverkan med andra ordna företagshälsovård bör erbjudas företagshälsovård inom den allmänna hälso- och sjukvård, som landstingen tillhandahåller (principuttalande i riksdagen). På initiativ och med stöd av Arbetarskyddsfonden bedrivs f. n. försöksverksamhet inom några landsting om formerna härför. Vissa svårigheter har förelegat att genomföra denna försöksverksamhet.

Företagshälsovården leds vanligtvis av en skyddskommitté eller en företagshälsovårdskommitté.

På arbetsplatsen är skyddskommittén det centrala organet för frågor om arbetsmiljö och företagshälsovård. Arbetsgivaren och arbetstagarna samverkar i denna. Arbetstagarna har därvid majoritet. För företagshälsovårdscentralerna finns som regel en företagshälsovårdskommitté.

På det statliga området har tillskapats regionala och lokala hälsoråd med de anställda i majoritet. Enligt beslut av 1978/79 års riksmöte skall emellertid företagshälsovården för de statsanställda fr. o. m. 1980-07-01 omorganiseras och ledas av en fristående stiftelse – Statshälsan.

Företagshälsovårdsdelegationen, knuten till arbetarskyddsstyrelsen, är ett centralt kontakt- och samrådsorgan. I denna ingår parterna på arbetsmarknaden, arbetarskyddsstyrelsen, socialstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen. Regionalt samverkar parterna också i yrkesinspektionsnämnder.

Omfattning

Av totalt ca 4 milj arbetstagare i landet anses närmare 2 milj för närvarande ha tillgång till någon form av företagshälsovård.

Företag med mer än 1 000 anställda kan som regel erbjuda de anställda företagshälsovård. I de flesta fall är denna företagshälsovård organiserad inom företagen.

De mindre och medelstora företagen får som regel sin företagshälsovård via företagshälsovårdscentraler. Dessa centraler uppgår idag till ca 230 och torde omfatta över 650 000 arbetstagare.

Den branschvis organiserade hälsovården (bygghälsan, jordbrukshälsan m. fl.) anses täcka omkring 300 000 anställda.

De små företagen med under 100 anställda har i regel ingen organiserad företagshälsovård och i många fall inte heller någon fullständig inre skyddstjänst på arbetsplatserna.

Den offentliga förvaltningens företagshälsovård har tidigare varit av begränsad omfattning men redovisar nu planer på en omfattande utbyggnad. Samtliga landsting uppger att de har en organiserad företagshälsovård för sina ca 320 000 anställda. Primärkommunerna anser att de kan tillgodose 3/4 av ca 529 000 anställda med företagshälsovård. Erfarenheterna talar dock för stora brister i den redovisade offentliga företagshälsovården på grund av otillräckligt antal läkare och annan personal för denna verksamhet.

Enligt en undersökning i mars 1977 var närmare 4 000 personer sysselsatta

inom företagshälsovård (varav 1 800 på deltid). Av dessa var ca 800 läkare (400 på deltid), ca 1 200 sjuksköterskor (600 på deltid), 200 sjukgymnaster (130 på deltid) och 450 tekniker (50 på deltid).

Krav på speciell utbildning för anställning inom företagshälsovård finns inte. Av företagshälsovårdsdelegationen utfärdade rekommendationer har dock blivit vägledande. Specialutbildning för anställda inom företagshälsovården anordnas i huvudsak av arbetarskyddsstyrelsen. Följande utbildningar tillhandahålles:

- Skyddsingenjörer 16 veckor + 6 mån praktik
- Företagsläkare 8 veckor + 6 mån praktik
- Företagssköterskor 8 veckor + 12 veckors praktik
- Företagsgymnaster 4 veckor (av SAF)

Härtill kommer kortare fortbildningskurser.

Pågående och diskuterad utveckling

Företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad kommer främst att gälla de mindre och medelstora företagen samt offentlig förvaltning. Liksom hittills kommer tillgången på personal och då främst läkare och sjuksköterskor att vara av avgörande betydelse för denna utbyggnad.

Enligt en bedömning av 1976 års företagshälsovårdsutredning kan läkarbehovet år 1985 för företagshälsovård uppskattas till omkring 1 500 tjänster. Nuvarande antal verksamma företagsläkare uppges vara ca 800. Enligt läkarfördelningsprogrammet – LP 82 – kan totalt 45 läkare per år tillföras företagshälsovården utöver 45 läkare för offentlig företagshälsovård. Detta innebär att läkarbehovet för företagshälsovård teoretiskt skulle kunna vara tillgodosett efter år 1985.

I direktiven till företagshälsovårdsutredningen har bl. a. angetts att målet för utbyggnaden av företagshälsovården bör vara att alla löntagare skall ha tillgång till företagshälsovård. Det ankommer på arbetsmarknadens parter att bestämma i vilken takt detta mål skall förverkligas. Därvid måste utbyggnadstakten anpassas till vilka resurser som kan ställas till förfogande. En analys bör enligt direktiven vidare göras av de hinder som uppstått i anslutning till den hittillsvarande utbyggnaden av företagshälsovården. En trång sektor har varit tillgången på läkare. Därför bör läkarfördelningsfrågan beaktas.

Beträffande behovet av samplanering mellan företagshälsovård och övrig hälso- och sjukvård framhålles i nämnda direktiv att det här gäller att bl. a. bedöma i vilken utsträckning man kan föra över den rent sjukvårdande verksamheten – som idag torde svara mot ca 50 % av företagsläkarnas arbetstid – till den offentliga hälso- och sjukvården för att skapa utrymme för förebyggande åtgärder inom företagshälsovården. I direktiven anförs också att behovet av sjukvård i största möjliga utsträckning bör tillgodoses inom den offentliga primärvården.

De regler som nu tillämpas för viss ersättning från staten till dem som anordnar företagshälsovård anses stimulera till sjukvård inom denna vård. Förslag finns men beslut har ännu ej fattats om regler som skulle kunna medföra ökad inriktning på hälsovård.

Utbyggnaden av företagshälsovården förutsätts även i fortsättningen ske på frivillighetens väg och frågor om innehåll m. m. regleras genom avtal och överenskommelser.

Personalens utbildning kommer, betonas i direktiven, att ha stor betydelse för företagshälsovårdens utveckling.

Slutligen framhålls i företagshälsovårdsutredningens direktiv att företagshälsovårdens fältarbete för att klara de alltmer komplicerade arbetsmiljöproblemen är i stort behov av möjligheter att vända sig till kvalificerad medicinsk expertis och vid behov få tillgång till utredningsresurser som de inte själva kan ha tillgång till. Detta behov är påtagligt när det exempelvis gäller att utröna om kemiska ämnen kan vara hälsovådliga eller kan ha samband med inträffade sjukdomsfall och miljön på arbetsplatsen. Starka krav framförs därför på en utbyggnad av den yrkesmedicinska verksamheten utöver de sex enheter som redan finns i Örebro, Stockholm (2), Lund, Göteborg och Linköping.

3.2.13 Hälsoundersökningar

Bakgrund, uppgifter och hittillsvarande verksamhet

Landstingens traditionella hälsokontroller och hälsovård för mödrar och barn har icke haft någon naturlig fortsättning för den vuxna befolkningen.

Hälsoundersökningar i mera fristående form har i sitt tidigaste skede under 1940-talet främst varit begränsade till skärmbildsundersökningar för spårning av tuberkulos. Detta blev möjligt när skärmbildstekniken gjorde massröntgenundersökningar av lungor praktiskt genomförbara. På senare år har denna verksamhet ändrat karaktär. På 1950- och 1960-talen började skärmbildsundersökningarna kombineras med analyser av blod, urin, blodtryck, ekg m. m.

De hälsoundersökningar som genomförts har varit ojämnt fördelade över landet och beroende av initiativ från bl. a. företag och anställda, enskilda landsting, institutioner, forskare m. fl. Den förvärvsarbetande delen av befolkningen har undersökts i betydligt större omfattning än den del som står utanför arbetslivet. En del av dessa undersökningar har genomförts inom företagshälsovården. De har då ofta betingats av riskmoment i arbetsmiljön eller för bedömning av arbetsanpassning och prestationsförmåga. Även för jämförbara grupper av anställda har skillnader förelegat beträffande frekvens, omfattning och kvalitet av hälsoundersökningarna.

Under 1960-talet planlade en grupp inom dåvarande medicinalstyrelsen en landsomfattande gynekologisk hälsokontroll för tidig upptäckt av livmoderhalscancer. År 1967 omsattes rekommendationerna från arbetsgruppen i organiserade allmänna gynekologiska hälsokontroller i ett antal län. Först år 1973 hade verksamheten dock nått praktiskt taget alla rikets kvinnor i de rekommenderade åldersgrupperna.

Ytterligare en riksomfattande hälsokontroll lanserades av socialstyrelsen 1968, då den ovan nämnda särskilda fyraårskontrollen infördes inom barnhälsovården med ett mera utvidgat program än tidigare. Programmet är grundat på en helhetssyn omfattande alla aspekter på barnets hälsa.

Socialstyrelsen har under 1960- och 1970-talen initierat och i samverkan med landstingen i Värmlands och Gävleborgs län genomfört försök med hälsoundersökningar för att bl. a. studera tekniken för sådana undersökningar och utbytet av olika medicinska undersökningsprogram. (Värmlandsundersökningen 1962–1965, Gävle-undersökningen 1969–1970 med uppföljning 1971–1973.)

Ett flertal andra hälsoundersökningar har också bedrivits i landet i varierande omfattning och med varierande innehåll. Dessa påbörjades i mitten av 1950-talet men har främst utvecklats efter år 1965 med successivt ökad omfattning därefter.

Flera landsting har bedrivit allmänna hälsoundersökningar. Dessa har som regel varit fristående från den fast etablerade hälso- och sjukvården. Undersökningarna har för det mesta genomförts som engångsföreteelser med långa intervaller mellan varje undersökningsomgång. Undersökningarna har brustit i kontinuitet, uppföljning och utvärdering. Detta gäller både undersökningarna som sådana och de undersökta.

Av landstingstäckande hälsoundersökningar som publicerats under senare år kan nämnas Hälsokontrollen av 16-åringar och äldre i Uppsala län och Hälsokontrollen av 25-åringar och äldre i Kopparbergs län.

I det följande redovisas några ytterligare genomförda och publicerade hälsoundersökningar.

	Tid
Stockholms stads hälsoundersökning	1954 och 1962
Diabetesundersökning i Malmöhus län	1962–1965
1913 års män i Göteborg	1963, 1967 och 1973
Eskilstunaundersökningen	1964 och 1969
Hälsoundersökningar av 66-åringar i Stockholm	1971 upprepad 1974
Hälsoundersökning av 70-åringar i Göteborg	1971–1972
Länstäckande bröstcancerundersökning i Gävleborgs län sedan 1974	1974-
Inskrivningsundersökning av värnpliktiga	
Bygghälsans hälsoundersökningar	
Bröstcancerundersökning (studie) i Kopparbergs och Östergötlands län	1977-

Hälsokontrollutredningen (Socialstyrelsen redovisar 1978:6)

Regeringen uppdrog år 1968 åt socialstyrelsen att genomföra en översiktlig kartläggning av pågående och genomförda hälsoundersökningar. I en år 1977 redovisad rapport (Socialstyrelsen redovisar 1978:6) framhöll den särskilt tillkallade hälsokontrollutredningen att kunskaperna är bristfälliga om sjukdomar och deras naturalhistoria samt om vad som är möjligt att förebygga respektive tidigt upptäcka och bota. Betydande insatser krävs därför för kunskapsuppbyggande forskning på detta område.

Hälsokontrollutredningen har i sitt arbete tagit ställning till vissa metodologiska frågor i anslutning till genomförda försök med hälsokontroller inom landet, värderat förutsättningar med främsta syftet att få korrekt diagnos, tidigt kunna inleda adekvat behandling och i förekommande fall förebygga i första hand återinsjuknande. I detta arbete har utredningen inte funnit stöd för optimism när det gäller möjligheterna att tidigt upptäcka och åtgärda sjukliga förändringar samt att verkligen förebygga sjukdom. Utredningen anser att förutsättningar saknas för allmänna hälsokontroller men att vissa screeningaktiviteter riktade mot bestämda sjukdomstillstånd framstår som befogade.

Förväntningar ställs i vårt samhälle på att förebyggande åtgärder skall medföra betydande välfärdsvinster för den enskilde medborgaren och för samhället som helhet liksom på att förebyggande åtgärder på lång sikt skall kunna minska efterfrågan på medicinsk vård.

Det arbete som påbörjats på lokal och regional nivå med vårdprogram bedöms skapa gynnsamma förutsättningar för utveckling inte bara av effektiva metoder för diagnos och behandling utan även för förebyggande åtgärder.

Genom samverkan mellan primärvården, läns- och regionsjukvården samt socialvården bör omhändertagandet av särskilda riskgrupper kunna förbättras. Hälsokontrollutredningen förordar särskild observans av hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och grön starr samt en bättre samordning av insatserna för tidig upptäckt av livmoderhalscancer.

Utredningen anser att hälsoundersökningar är motiverade endast i den mån det kan visas, att åtgärderna på ett gynnsamt sätt påverkar dödlighet, sjuklighet och/eller livskvalitet avseende medborgarnas förmåga att uppleva en meningsfull tillvaro i samhället.

Vid överväganden om förebyggande åtgärder bör enligt utredningen hälsokontroller och förebyggande insatser företas i den utsträckning som kan vara motiverad vid en kritisk avvägning mellan nytta och kostnad.

Hälsokontroller och annan sjukdomsförebyggande verksamhet – innefattande hälsoupplýsning – har förutsatts i första hand vara förankrad inom primärvården och utbyggas i den takt behov uppstår och i den utsträckning som resurser för övervakning, behandling och vård medger.

Varje sjukvårdshuvudman har alltjämt enligt hälsokontrollutredningen själv att bestämma om inriktning, metoder och organisation för sin hälsokontrollverksamhet. Utredningen föreslår ett hälsokontrollprogram för vuxna som inleds vid 18 års ålder, upprepas vid 25 års ålder och därefter med 5 års intervall. Programmet baserar sig på ett frågeformulär inriktat på vissa sjukdomar samt undersökning av syn (begränsat till åldern 45–60 år), blodtryck, socker i urin och vaginalsekret (kvinnor 18–50 år).

Socialstyrelsen har i likhet med hälsokontrollutredningen föreslagit att utredningen med tillhörande bilagematerial överlämnas till HSU för beaktande. Socialstyrelsen tar inte ställning till detaljerna i hälsokontrollutredningens förslag. Styrelsen konstaterar dock att förslagen står i överensstämmelse med styrelsens tidigare uttalanden och den allmänna inriktningen i dess principprogram "Hälsa- och sjukvård inför 80-talet" (HS 80).

Utvecklingen av hälsokontroller och förebyggande åtgärder bör enligt socialstyrelsen förankras i en central utrednings- och informationsfunktion

under styrelsens ledning. En central utvecklings- och servicefunktion bör också tillskapas i de enskilda landstingen som stöd åt den inom primärvården förankrade hälsovårdsverksamheten. Funktionerna skall bl. a. verka för att kommande forskningsrön avseende hälsokontroll, tidig diagnostik och sjukdomsprofylax görs praktiskt tillgängliga.

Den allmänna försäkringen förutsätts av socialstyrelsen lämna ersättning för hälsokontroller på samma sätt som gäller för sjukvårdande åtgärder.

Hälsokontrollutredningens rapport har varit föremål för remissbehandling. Såväl utredningen som remissvaren har överlämnats till oss för kännedom och beaktande.

3.2.14 *Vaccinationer*

Bakgrund, uppgifter och rekommendationer

Användandet av vaccin bygger på kännedom om att människan bildar antikroppar, att redan existerande immunkropps försvar kan ökas med vaccin och immunglobulin samt att vaccin framkallar immunitet genom aktiv stimulering av de antikroppsbyggande cellerna i kroppen.

Vid ställningstagande till om vaccin skall användas eller inte tar man bl. a. hänsyn till sjukdomens spontana förlopp, riskerna för komplikationer, vaccinets effektivitet och biverkningar.

Socialstyrelsen har utfärdat rekommendationer för ympning av barn i tidig ålder mot tuberkulos, smittkoppor, kikhosta, difteri, stelkramp, mässling och polio. År 1976 rekommenderade styrelsen att allmän ympning mot tuberkulos och smittkoppor temporärt skulle upphöra.

Socialstyrelsen har även utfärdat vaccinationsrekommendationer för vissa riskgrupper i samband med influensaepidemier, för skolflickor i årskurs 6 i grundskolan och för kvinnor avseende röda hund samt för vissa yrkeskategorier med större smittorisk, framförallt sjukvårdspersonal, renhållningsarbetare och personal som handhar infektiöst material.

Den enda vaccination som idag rekommenderas för samtliga vuxna är vaccination mot polio. Övriga rekommenderade vaccinationer är sådana som avser barn, blivande mödrar och vissa yrkesgrupper samt vaccinationer som grundar sig på medicinska indikationer eller bör anbefallas vid utlandsresor.

Organisation

Vaccination ombesörjs på flera platser inom den offentliga sjukvården och även i privat regi. Vid sjukhusen sker detta främst inom förlossningsavdelningar, akutmottagningar och infektionskliniker. I den öppna vården svarar mödrahälsovården, barnhälsovården och distriktsläkarna för en omfattande del. Vaccinationer sker även inom skolhälsovård, försvarets hälso- och sjukvård, företagshälsovård och genom enskild verksamhet.

3.2.15 Hälsouppllysning

Central och regional hälsouppllysning

Centralt bedriven hälsouppllysning i bred skala har förekommit under ca 10 års tid. Tidigare bedrevs informationen inom sådana avgränsade områden som exempelvis tandhälsovård, tuberkulosprofylax och veneriska sjukdomar.

En särskild delegation, hälsovårdsuppllysningsdelegationen (HVUD) inrättades år 1958 med anknytning till socialstyrelsen.

Delegationen ersattes år 1973 av en särskild nämnd för hälsouppllysning (h-nämnden). H-nämnden har till uppgift att planera, leda och samordna socialstyrelsens hälsouppllysningsverksamhet samt att verka för regional och lokal verksamhet på detta område. Nämnden skall uppmärksamt följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården så att hälsouppllysning i första hand kan bedrivas inom de områden, som från samhällets synpunkt är de viktigaste.

Den centrala hälsouppllysningsverksamheten kompletteras av en regional verksamhet knuten till landstingen. Samordningen av hälsouppllysningsverksamheten på länsplanet sker i regel inom speciella kommittéer med företrädare för landstingen, kommunerna och länsläkarorganisationen. En del landsting har knutit sitt hälsouppllysningsansvar direkt till sjukvårdsstyrelsen.

Hälsouppllysningsens innehåll

Hälsouppllysningen ingår som en del i åtgärder för att bibehålla och befrämja hälsan, förebygga sjukdom samt öka välbefinnandet. Hälsouppllysningen är en del av de förebyggande insatser för en god bostads- och arbetsmiljö, trafikmiljö, hälsokontroller och vaccinationer som samhället svarar för. Hälsouppllysningsarbetet baserar sig på samverkan mellan olika samhällsorgan och tar sikte på aktiva åtgärder i olika former.

Hälsouppllysningen har i centrala och lokala planer syftet

- att öka enskilda individers och hela gruppers faktiska kunskaper på hälsoområdet,
- att utveckla ett ökat hälsomedvetande,
- att ge vägledning för den enskildes handlande samt
- att klargöra hälsofrågornas direkta samband med samhälls- och miljöförhållanden.

Områden för hälsouppllysning

Hälsouppllysningen har hittills inriktats främst på kost och motion, tandhälsovård, bekämpning av beroendeframkallande medel (alkohol, narkotika, tobak, läkemedel och lösningsmedel för sniffning), hygien, olycksfallsförebyggande verksamhet (särskilt barn- och trafikolycksfall), mödra- och barnhälsovård, mentalhygien, sexualhygien samt förebyggande av smittsamma sjukdomar.

Särskilda informationsåtgärder planeras och pågår i viss utsträckning med inriktning på dels förskolan, dels sjukhus och andra vårdanstalter.

Medel och metoder

Medlen för hälsoinformation växlar med hänsyn till aktuellt område och målgrupper. Hälsoupplýsningen sprids i stor utsträckning genom tryckt material, genom filmer och liknande hjälpmedel. För mer direkt påverkan arrangeras kurser och konferenser i stor omfattning. Samverkan sker ofta med massmedia via radio, TV och tidningar.

Aktiviteterna på såväl riks-, regional som lokal nivå förbereds i regel inom tillfälliga eller permanenta projekt och referensgrupper.

Effekten av hälsoupplýsning

Det har ansetts önskvärt att så bra som möjligt kunna bedöma hälsoupplýsningens effekt, bl. a. för inriktningen av fortsatta åtgärder. Erfarenheterna har dock visat att de mätinstrument man f. n. har endast i begränsad omfattning kan ge en uppfattning om hälsoupplýsningens verkningsgrad. Frågan om hälsoupplýsningen ger någon effekt är således svår att entydigt besvara. Uppföljningar av genomförda aktiviteter pekar enligt vad som inhämtats från h-nämnden på en del påtagliga resultat. Mätningar efter den s. k. Börja dagen bättre-kampanjen åren 1973–1974 visade klart positiva förändringar av människors frukostvanor. Tydliga kunskaps- och beteendeförändringar har kunnat påvisas efter den brödkampanj år 1976, som ingick i kost- och motions-aktiviteten "Lev väl". Kampanjeffekterna är dock svåra att särskilja från effekter av annan påverkan. Det syns också vara svårt att i förväg konstatera om effekterna blir bestående eller om de endast är av kortvarig art.

Under åren 1973–1976 genomfördes på Gotland i abortförebyggande syfte ett projekt inom området sex och samlevnad. Samtidigt byggde man upp en intensifierad rådgivningsverksamhet i abortfrågor. Vid en jämförelse mellan förändringar i abortfrekvensen på Gotland och övriga landet räknat för första halvåret 1976 i förhållande till första halvåret 1975 uppvisar Gotland i motsats till övriga landet en klar nedgång. Samma effekt har erhållits på andra platser i landet med förstärkt preventivmedels- och abortrådgivning.

Effekterna av aktiviteterna mot tobak uppvisar ingen klar bild. Tobaksrökningen har minskat bland männen. Samtidigt har den dock ökat för kvinnor och ungdomar.

Inom alkohol- och narkotikaområdet anses det vara särskilt svårt att fastställa effekterna av information och undervisningsåtgärder.

Hälsokontrollutredningen konstaterar att information och undervisning i hälsofrågor har sin givna, odiskutabla roll i de flesta sammanhang som knyter an till hälsa och sjukdom. Den mer precisa rollen varierar emellertid starkt från fall till fall samt från situation till situation. Den måste utrönas genom förprovningar och metodstudier, innan insatserna sätts in. Sådana studier och undersökningar sker fortlöpande inom socialstyrelsens h-nämnd.

3.2.16 Tandvård

Folktandvård och privattandvård

Tandvård meddelas i vårt land av folktandvården och av privatpraktiserande tandläkare. Folktandvården tillkom genom riksdagsbeslut år 1938. Den började byggas ut i landet under 1940-talet. Av totalt ca 8 000 tandläkare idag fördelar sig ungefär hälften på folktandvård resp privattandvård. Knappt 500 nya tandläkare examineras varje år.

Folktandvård

Uppgifter och ansvar

Folktandvårdens förstahandsuppgift har tidigare varit att tillgodose tandvårdsbehovet för barn i skolåldern. Tandläkartjänster har inrättats av landstingen på grundval av antalet sådana barn inom resp tandvårdsdistrikt. Vuxentandvården inom folktandvården har varit av begränsad omfattning och har som regel inte överstigit 45 % av tandläkarnas arbetstid.

Sedan år 1974 gäller en särskild lag och en särskild kungörelse som reglerar folktandvårdens verksamhet. Enligt folktandvårdslagen skall landstingen svara dels för tandvård för barn och ungdomar till och med 19 års ålder (övergångsvis fram till 1980 t. o. m. 16 år), dels för all specialisttandvård. Härutöver förutsätts folktandvården också tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning.

Samtidigt med den nya folktandvårdslagen infördes även en allmän tandvårdsförsäkring. Försäkringen omfattar alla försäkrade över 19 år (övergångsvis även 17–19 år) och gäller alla former av tandvård.

Organisation

Ledningen av folktandvården utövas enligt folktandvårdskungörelsen av en tandvårdsnämnd. Annan nämnd eller sjukvårdsstyrelse kan utgöra tandvårdsnämnd. Närmast under sjukvårdsstyrelsen svarar en tandvårdschef för folktandvårdens ledning.

Landstingskommunen skall vara indelad i tandvårdsdistrikt. Plan skall upprättas för folktandvårdsverksamheten. Denna fastställdes tidigare av socialstyrelsen. Numera fastställer landstingen själva sin tandvårdsplan. Av denna plan skall framgå tandvårdsdistriktens omfattning, tandpolikliniker-
nas art, antal och belägenhet samt antalet tandläkartjänster.

Verksamhetens är förlagd till olika slag av kliniker. I tabell 3:11 redovisas de olika formerna av folktandvårdens verksamhet och även tandpolikliniker-
nernas antal åren 1971 och 1976.

Varje tandpoliklinik sysselsätter mellan 1 och 15 tandläkare. Av distrikts-
tandpolitikliniker-
na var år 1971 ca 215 enmanskliniker och ca 280 kliniker för 2 å 3 tandläkare. Motsvarande antal var år 1977 180 resp 290.

Omfattning

År 1967 svarade folktandvården för ca 17 procent av vuxentandvården. På grundval av uppgifter om arbetad tid kan andelen i mitten av år 1976 beräknas till 20 procent. Härtill kommer barn- och ungdomstandvården samt specialisttandvården. I samband med införandet av den nya lagstift-

Tabell 3:11 Folk tandvårdens tandpolikliniker 1971 och 1976

Tandpolikliniker	Antal kliniker	
	1971	1976
Distrikts- inkl annex	947	1 026
Anstalts-	99	132
Specialist-		
barntandvård	9	21
tandreglering	59	69
tandlossningssjukdomar	9	28
oral kirurgi	33	35
rotbehandling		6
Special-		
tandhälsövård	5	
protetik	4	32
röntgendiagnostik	2	
Summa	1 167	1 349

ningen för tandvården förutsattes att folk tandvården skulle byggas ut så att den år 1980 kunde bereda alla barn och ungdomar t. o. m. 19 år organiserad tandvård. Samtidigt skulle tandvården för vuxna byggas ut så att 30–35 procent av denna vård meddelades inom folk tandvården.

Kostnaderna för folk tandvårdens utbyggnad fram till år 1980 skall i huvudsak falla på den allmän försäkringen.

Verksamheten inom folk tandvården är numera starkt inriktad på tandhälsövårdande åtgärder. Detta har medfört ett ökat behov av tandhygienister och annan profylaxpersonal.

Pågående och diskuterad utveckling

Utbyggnaden av folk tandvården har t. o. m. år 1978 gått olika långt i skilda landsting. De uppställda målen för folk tandvårdens tillväxt har i princip uppnåtts för den del av barn- och ungdomst andvården, som gäller personer i åldrarna 6–16 år, men inte för övrig folk tandvård och särskilt inte vuxent andvården. Folk tandvården bedöms, enligt vad som anges av 1978 års tandvårdsutredning (TU 78) i dess delbetänkande "Tandvården i början av 80-talet" (SOU 1979:7), först under perioden 1982–1984 kunna bli utbyggd i den omfattning som angivits i 1973 års riksdagsbeslut.

Folk tandvårdens speciella problem har tidigare varit och är alltjämt framförallt rekryteringen av tandläkare. Förhållandena har dock förbättrats under slutet av 1970-talet. Inom landet råder en mycket ojämn fördelning av tandläkare. Framförallt är glesbygdsområdena missgynnade. Anledningarna här till är framförallt bristen på privatpraktiserande tandläkare inom dessa områden och formerna för kvotering av tandläkartjänster till folk tandvården. Ett annat problem är också de långa väntetiderna för vuxna patienter, bl. a. beroende på att huvudvikten lagts vid barnt andvården.

Under våren 1979 har riksdagen godkänt ett förslag till reformering av tandläkarnas utbildning m. m. (prop. 1978/79:41, UbU:23, rskr:205) som även kommer att få stor betydelse för folk tandvården. Därvid skall den

allmänna utbildningslinjen för utbildning till tandläkare moderniseras och förkortas från tio till nio terminer fr. o. m. läsåret 1979/80. Vidare skall en ettårig allmäntjänstgöring för tandläkarna införas den 1 januari 1984. Allmäntjänstgöringen förläggs till folktandvården och blir ett krav för legitimation som tandläkare.

Riksdagen har också på grundval av förslag i propositionen fattat principbeslut om att den tandvård som staten bedriver i anslutning till odontologisk utbildning och forskning skall föras över till landstingskommunalt – i förekommande fall primärkommunalt – huvudmannaskap. Vidare skall en ny specialistutbildning för tandläkare införas. Specialistutbildningen, som innebär dels tjänstgöring, dels systematisk kursundervisning, förutsätts därvid komma att införas, när huvudmannaskapet för tandvården i anslutning till odontologisk utbildning och forskning förs över till folktandvårdshuvudmännen.

I TU 78:s uppdrag ingår bl. a. att göra en översyn av den allmänna tandvårdsförsäkringen m. m. I dess första tidigare omnämnda delbetänkande har utredningen föreslagit att den av 1973 års riksdag angivna målsättningen för utbyggnaden av den organiserade barn- och ungdomstandvården skall ligga fast även efter år 1979 samt att statsmakernas nu gällande beslut om medel för att underlätta utbyggnaden av folktandvården skall förlängas att gälla till utgången av år 1982. Dessa medel är bl. a. etableringsbegränsning för privatpraktiserande tandläkare och kvotering av tandläkarresurser inom folktandvården. TU 78 räknar med att kunna framlägga ett slutbetänkande med förslag om bl. a. tandvårdsförsäkringens framtida utformning i sådan tid att statsmakerna skall kunna hinna ta ställning i ärendet före 1982.

Arbetet inom TU 78 har bedrivits i nära samverkan med en inom socialstyrelsen pågående utredning om tandvårdspersonalen (TPU), som bl. a. har att överväga den lämpliga fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika kategorier av tandvårdspersonal samt behovet av tandvårdspersonal på längre sikt. TPU har i juni 1979 redovisat resultaten av sitt arbete. TPU föreslår bl. a. att den nuvarande utbildningen av tandläkare begränsas (från intagning av 500 till 400 studerande per år) samtidigt med att utbildningen av framför allt tandhygienister kraftigt utökas.

Privatpraktiserande tandläkare

De privatpraktiserande tandläkarna tillhandahåller i sin verksamhet huvudsakligen vuxentandvård. De tillgodoser också den större delen av den totala efterfrågan av sådan vård eller närmare ca 80 procent. Privatpraktikerkåren omfattar, som redan nämnts, drygt 4 000 tandläkare. Av dessa är ett hundratal inte anslutna till tandvårdsförsäkringen.

Till följd bl. a. av etableringskontrollen har privattandläkarkårens numerär varit i stort sett oförändrad sedan år 1975.

Flertalet av de privatpraktiserande tandläkarna bedriver sin verksamhet i s. k. enmanspraktiker. Grupp-mottagningar med två eller flera tandläkare förekommer också men i begränsad omfattning. Allmänt sett är en förstärkning av främst personal för tandhälsovården, främst tandsköterskor och tandhygienister, att vänta de närmaste åren. En särskild tandvårdspers-

sonalutredning (TPU) har som nämnts bedömt den väntade efterfrågan på personal inom tandvården.

Övrig tandvård (särtandvård eller institutionstandvård)

Tandvård för patienter vid vårdinrättningar m. fl. bedrivs i relativt stor omfattning vid olika sjukhus och anstalter som exempelvis sjukhem, vårdhem och reumatikersjukhus samt inom kriminalvården. Den tandvård som där erbjuds omfattar både akuttandvård och fullständig behandling.

Institutionstandvården ombesörjs i huvudsak av folkstandvården.

Förbandstandvård bedrivs i regel vid militära tandpolikliniker. Redogörelse för förbandstandvården lämnas i följande avsnitt.

3.2.17 *Försvarets tandvård*

Bakgrund, uppgifter och ansvar

Föreskrifter om försvarets tandvård i fredstid finns i provisoriska bestämmelser av Kungl. Maj:t den 29 juni 1945. Föreskrifterna grundar sig på ett betänkande av försvarsväsendets tandvårdsutredning (SOU 1944:61).

För tandbehandling av dykande och flygande personal finns särskilda anvisningar utfärdade den 28 november 1966 av dåvarande medicinalstyrelsen.

Försvarsmaktens ansvar för tandvård gäller såväl värnpliktiga som anställda. För värnpliktiga omfattar detta ansvar akut tandvård och olycksfallstandvård samt konserverande tandvård inom ramen för tillgängliga resurser. För anställd personal omfattar ansvaret akut- och olycksfallstandvård.

Organisation

Ledningen av försvarstandvården utövas av försvarets sjukvårdsstyrelse.

På förbandsnivå leds det direkta tandvårdsarbetet av en försvarstandläkare som organisatoriskt är underställd förbandsläkaren.

Försvarstandläkaren förestår förbandets tandläkarmottagning. Övervägande antalet av dessa mottagningar är inrymda i och integrerade med förbandens sjukvårdsavdelningar.

För försvarstandvårdsuppgifter finns dels anställda ordinarie och extra tandläkare och tandsköterskor, dels inkallade värnpliktiga tandläkare och dels remisstandläkare. Omfattningen redovisas i det följande.

Omfattning

För försvarstandvårdsuppgifter fanns under 1973/1974 39 försvarstandläkare, 1 flygspecialtandläkare, 20 arvodesanställda extra tandläkare (30 dag/år), 30–35 remisstandläkare (max 12 tim/vecka) och ett antal inkallade värnpliktiga tandläkare med tillsammans ca 70 000 tjänstgöringstimmar per år. Den samlade kapaciteten motsvarade totalt ca 145 000 tandläkartimmar.

Enligt Kungl. Maj:ts förordnande bör de värnpliktigas behov av tandvård omfatta denna nivå. Sjukvårdsstyrelsens önskemål ligger dock högre och motsvarar ca 250 000 timmar per år.

Pågående och diskuterad utveckling

I samtliga utredningar som berört försvarets framtida tandvård föreslås en överföring av verksamheten till folktandvården. På Kungl. Maj:ts uppdrag utsåg överbefälhavaren en arbetsgrupp, som år 1975 närmare preciserade en sådan organisationsförändring. Arbetsgruppens förslag innebär att övergången till ny huvudman bör ske i samband med att 19-åringarna inordnas i folktandvården. Enligt framlagt förslag anses detta kunna ske vid årsskiftet 1982/83.

Försvarets tandvård skall enligt förslaget dimensioneras för att i första hand tillgodose tandvårdsbehovet för värnpliktiga under grundutbildning. I det föreslagna vårdsystemet påbörjas behandlingen på hemorten före inryckningen till grundutbildning. Värnpliktsverket underrättar landstingen om vilka som inkallats. Därefter kallar folktandvården de värnpliktiga för tandvård. Under grundutbildningen ges därefter enbart akut- och olycksfallstandvård samt viss revisions- och stödtandvård.

Värnpliktig erhåller tandvård i första hand inom förbandet och i andra hand vid annan tandläkarmottagning. För personal under krigsförbandsövning sker akutvård vid närmaste klinik. För dykande och flygande personal sker undersökning och vård enligt nu gällande bestämmelser.

Försvarets tandvårdspersonal förutsätts enligt förslaget få anställning inom folktandvården. Landstingen övertar befintlig utrustning och materiel. Försvaret ansvarar efter överenskommelse med landstingen för lokaler i de fall klinik skall finnas vid förbanden. En år 1978 tillsatt arbetsgrupp, benämnd Fredstandvård 80, utreder f. n. erforderliga praktiska åtgärder för försvarstandvårdens överförande till folktandvården.

Under övergångstiden bedöms nuvarande organisation och provisoriska bestämmelser vara tillräckliga för försvarstandvården. En viss förstärkning av vårdkapaciteten är dock önskvärd.

För närvarande pågår förhandlingar mellan staten och landstingen om landstingens övertagande av förbandstandvården.

3.3 Personal och utbildning

3.3.1 *Antal yrkesverksamma*

Av landets drygt 4 milj. yrkesverksamma är idag ca 1,1 milj. sysselsatta inom offentlig förvaltning. Av dessa är i sin tur ca 350 000 anställda inom hälso- och sjukvården. Omvandlat till heltidstjänster motsvarar detta ca 235 000 sådana tjänster.

Personalökningen har under 1960-talet och fram till år 1975 varit ungefär 6 procent per år. Antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården har under denna period ungefär tredubblats från drygt 100 000 till ca 320 000 (ta-

bell 3:12). Landstingens planer för tiden efter år 1975 innebär en något lägre takt i personalutvecklingen. Den fortsatta ökningen beräknas till 4,5 procent, vilket motsvarar ca 8 000 nya heltidstjänster eller 12 000 nya arbetstillfällen per år.

Tabell 3:12 Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvården 1960, 1970 och 1977

År	Antal syssel- satta	Procent av totalantalet sysselsatta i landet
1960	114 700	3,0
1970	215 400	
1977	320 000	7,2

Under åren 1970–1977 har totalt i landet tillkommit 228 000 arbetstillfällen. Därav svarar hälso- och sjukvården för ungefär hälften eller drygt 100 000. Personalökningen från 1960 uppdelad i femårsintervall, framgår av tabell 3:13.

Tabell 3:13 Nya arbetstillfällen inom hälso- och sjukvården 1960–1975

Tidsperiod	Antal nya arbets- tillfällen
1960–1965	34 000
1966–1970	66 000
1971–1975	80 000

Som framgår av redovisningen har personalutökningen inom hälso- och sjukvården skett i både snabb och för varje år accelererande takt. Av ökningen under 1970-talet har dock endast ca 25 procent tillförts de prioriterade områdena decentraliserad öppen vård, psykiatri och långtidssjukvård. Övervägande delen eller resterande 75 procent har i huvudsak tillförts verksamheter vid kroppssjukhus för akut vård.

3.3.2 Anställda inom landstingen och hälso- och sjukvården

Av de år 1977 ca 320 000 sysselsatta inom hälso- och sjukvården var den helt övervägande delen – omkring 260 000 – anställda av landstingen. Av den totala landstingspersonalen arbetade hela 87 procent inom hälso- och sjukvården. Av dessa var 85 procent kvinnor. Hälso- och sjukvården har således en stark dominans av kvinnlig arbetskraft. Kön- och åldersfördelningen liksom verksamhetsgraden i heltid och deltid framgår av diagram 3:2.

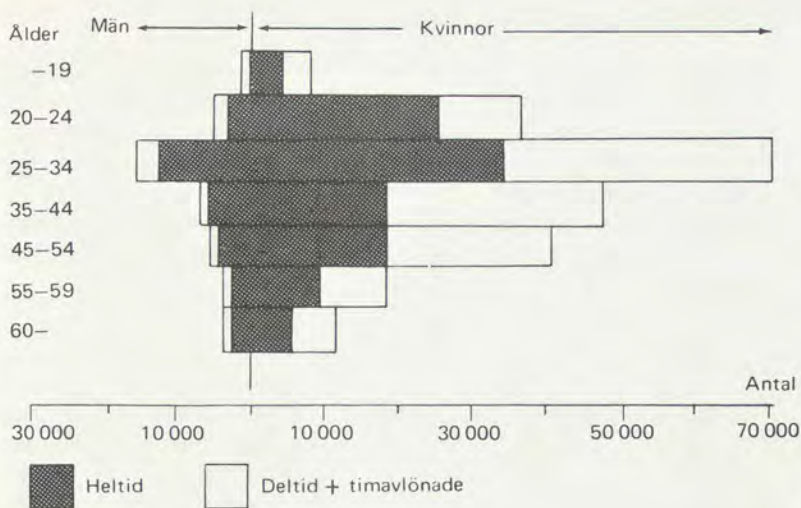


Diagram 3:2 Köns- och åldersfördelning samt verksamhetsgrad för landstingspersonalen inom hälso- och sjukvården 1975

Hälso- och sjukvårdspersonalen domineras i antal främst av sjukvårdsbiträden, sjuksköterskor, skötare inom mentalvården, assistenter och undersköterskor. För att spegla dessa gruppers inbördes storleksförhållanden och utvecklingen under de senaste tre åren av redovisningsperioden 1960–1975 återges här i tabellform tjänsteutvecklingen för vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

Tabell 3:14 Tjänster för vissa personalkategorier inom hälso- och sjukvården 1973 – 1975

	1973	1974	1975
Läkare med vidareutb.	5 385	6 656	7 335
Sjuksköterskor	25 361	26 363	27 710
Assistenter	4 230	4 415	4 342
Undersköterskor	10 955	11 384	11 817
Sjukvårdsbiträden m. m.	45 563	48 132	50 046
Psykologer/bitr. psykologer	457	612	699
Kuratorer	1 207	1 463	1 619
Skötare i psykiatrivård	13 280	13 411	14 164
Tandläkare	3 028	3 257	3 558
Tandtekniker	598	601	619
Sjuktymnaster	1 795	1 941	2 216
Arbets terapeuter	1 502	1 618	1 809

3.3.3 Brist på personal inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens utbyggnad har hittills begränsats av brist på utbildad personal. Denna brist har framförallt gällt läkare, tandläkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster men även annan personal. Inom vissa medicinska verksamhetsområden och på vissa platser i landet har dessa brister varit särskilt påtagliga. I den följande redovisningen behandlas närmare utvecklingen när det gäller läkare, tandläkare och viss annan tandvårdspersonal, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Läkare

Landstingen har saknat läkare främst inom allmänläkarvård, långvård och psykiatri samt till tjänster vid de mindre sjukhusen. Samma förhållande gäller vissa av de mindre specialiteterna – och då framförallt laboratorie-specialiteterna – inom i stort sett samtliga sjukhusformer. Läkartillgången kännetecknas också av en regional snedfördelning med betydligt större brist inom glesbygdslandsting än inom framförallt landsting med undervisnings-sjukhus.

En viss förbättring har dock skett under senare år även om brister allttjämt råder speciellt inom de prioriterade områdena öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri. Utbildningen inom allmänläkarvård pekar på en väsentlig långsiktig förbättring för distriktsläkarväsendet. En motsvarande positiv utveckling finns tyvärr inte för långtidssjukvård och psykiatri.

För att skapa erforderlig tillgång till läkare har läkarutbildningen kraftigt förstärkts under senare år. Intagningen till denna utbildning uppgår f. n. till drygt 1 000 per år. Hittills har Sverige också kunnat rekrytera ett stort antal läkare från utlandet.

Läkartillgången 1960, 1970 och 1977 återges i tabell 3:15.

Tabell 3:15 Tillgång till läkare 1960, 1970 och 1977

År	Antal läkare
1960	6 800
1970	10 500
1977	17 020

Läkartillgången väntas ytterligare öka med knappt 1 000 per år enligt ovan angiven utbildningstakt. Antalet läkare beräknas år 1985 uppgå till 26 500 och år 1990 till drygt 30 000.

Totala antalet tjänster för vidareutbildade läkare i huvudsakligen slutna vård var år 1977 5 119. Av dessa var 9 procent helt vakanta.

För de prioriterade verksamhetsområdena allmän psykiatri och långvård var andelen helt vakanta tjänster nästan dubbelt så stor, drygt 16 procent.

Antalet tjänster för allmänläkare var år 1977 1 532. För specialiserad öppen vård tillkommer 911 tjänster. För dessa prioriterade områden uppgår de helt vakanta tjänsterna till 16,0 resp. 17,3 procent (se tabell 10:4).

För att komma tillrätta med vakanssituationen och därmed förbättra bemanningen på de prioriterade läkartjänsterna krävs att en ökande andel av läkarna under utbildning väljer dessa områden för sin specialistutbildning. Så har också skett beträffande *allmänläkarutbildningen*. Andelen läkare under vidareutbildning som valde allmänläkarvård ökade från 6,9 procent 1972 till 21,5 procent år 1977. Bland de yngsta läkarna var denna andel ännu högre nämligen 27,3 procent. Målsättningen för antalet allmänläkare år 1985 är 3 030 jämfört med 1 532 år 1977.

Till båda de övriga prioriterade verksamhetsområdena *långvårdsmedicin* och *allmän psykiatri* föreligger betydande rekryteringssvårigheter. Andelen läkare under vidareutbildning, som uppgett utbildningsmålet långvårdsmedicin, har t. o. m. under tiden från 1972 till 1977 minskat från 3 till 2 procent. Av inrättade block 1976/1977 för långvårdsmedicin kunde merparten eller närmare bestämt 66 procent inte besättas. För samtliga block var andelen obesatta block 22 procent och för allmän psykiatri 42,4 procent.

Reglering av läkartjänster m. m.

Vi har bedömt det angeläget att redovisa regleringen av läkartjänster förhållandevis utförligt.

Enligt SjuL (31 §) fordras *medgivande av socialstyrelsen för att inrätta i princip alla läkartjänster* inom offentlig hälso- och sjukvård (landsting och primärkommuner). Prövning om tillstånd regleras i SjuK (16–18 §§). I 16 § berörs underläkartjänster för allmäntjänstgöring och i 17 § övriga läkartjänster för sjukvård. I 18 § preciseras vilka läkartjänster, som får inrättas utan styrelsens medgivande (bl. a. tjänst som stads-läkare, tjänst som omfattar kortare arbetstid än 15 timmar per vecka samt tjänst som extra läkare).

Socialstyrelsens prövning om inrättande av tjänst för läkare skall enligt 17 § SjuK "ske på grundval av ett för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation". Läkarfördelningsprogrammet (LP), som vanligtvis omfattar en period av fem år, revideras och fastställs i princip vart annat år av sjukvårdsdelegationen. Förslag om LP utarbetas av socialstyrelsen i samråd med UHÄ, landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund.

LP är utformat *dels* som ett *planeringsinstrument* för fördelning av nytillkommande läkarresurser, dvs. främst nyexaminerade läkare, på olika vidareutbildningsområden (verksamhetsområden) i enlighet med långsiktiga sjukvårdspolitiska mål, *dels* som ett *ransoneringsinstrument* för fördelning av tjänster för vidareutbildade läkare mellan olika verksamhetsområden (specialiteter, motsvarande) och verksamhetsfält (enbart öppen somatisk vård, huvudsakligen slutet somatisk vård, psykiatri och långvård /rehabilitering). Båda instrumenten fördelar läkarna resp. tjänsterna mellan olika geografiska områden (landsting).

Systemet med LP började i princip tillämpas redan 1969 i samband med riksdagens beslut om att reformera läkarutbildningen och att föra in en systematiserad vidareutbildning (prop. 1969:35). Denna består huvudsakligen av tjänstgöring som läkare i underordnad ställning (dvs. som underläkare). Varje läkare har först att passera allmäntjänstgöring (AT om 21 månader), som är gemensam för alla läkare, samt därefter fortsatt vidareutbildning (FV om 4–6 år) enligt en för varje utbildningslinje fastställd tjänstgöringsgång. Tjänstgöringarna under både AT och FV förutsätts svara mot sjukvårdsbehovet.

Vidareutbildningsreformen bars upp av grundtanken att läkarnas vidareutbildning skall inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen. Läkarnas vidareutbildning skall därvid utformas som ett led i strävandena efter en balanserad expansion av sjukvårdens olika delar.

Genom riksdagens beslut 1972 (prop. 1972:104) anpassades konstruktionen av läkartjänster till bl. a. de krav som vidareutbildningen av läkare förde med sig. I enlighet härmed och jämlikt 19 § SjkV är samtliga underläkartjänster inom sjukvården förbehållna läkare under vidareutbildning. Dessa tjänster får inte heller (jämlikt 24 §) SjkV uppehållas under längre tid än vederbörande läkare behöver för att genomgå föreskriven utbildning. Totalantalet underläkartjänster (motsvarande) har förutsatts bli anpassat till vad som erfordras för både allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning.

I LP presenteras programmet för läkare under vidareutbildning i form av ett delprogram för blockförordnanden under allmäntjänstgöring (s. k. AT-block) och ett delprogram för blockförordnanden för fortsatt vidareutbildning (s. k. FV-block). Blocksystemet innebär därvid att vederbörande läkare förordnas som underläkare med skyldighet att tjänstgöra vid de kliniker (motsvarande) och under de tider, som svarar mot vidareutbildningskraven (AT och FV). Programmet för vidareutbildade läkare avser nya tjänster för specialistkompetenta läkare eller läkare med allmänläkarkompetens (läkartjänsteprogram).

En utgångspunkt för fördelningen av AT- och FV-block är beräkningar om tillgången på läkare, som skall fullfölja tjänstgöringen inom dessa vidareutbildningsdelar, samt – för FV-block – bedömningar om den önskvärda fördelningen av vidareutbildade läkare i ett mer långsiktigt perspektiv (hittills fram till 1985). Dessa senare analyser baseras bl. a. på det sjukvårdsplanematerial, som är tillgängligt. Hänsyn tas också till fastställda sjukvårdspolitiska prioriteringar. För närvarande har öppen vård utanför sjukhus, långtidssjukvård och psykiatri förtur framför andra områden.

LP-programmet för vidareutbildade läkare baseras på beräkningar om tillgång på sådana läkare för olika verksamheter samt på vissa antaganden om vakansavveckling och avgång till andra verksamhetsfält, såsom utbildning, forskning och privat verksamhet.

Enligt de riktlinjer, som angivits i LP, har socialstyrelsen att fördela nya block för läkare under vidareutbildning samt nya tjänster för vidareutbildade läkare mellan olika sjukvårdsområden. Landstingen har sedan att placera in blocken respektive tjänsterna på sjukhus eller andra vårdinrättningar. För de olika formerna av block respektive tjänster tillämpas *följande system för tillståndsgivning*.

När fråga är om AT-block beslutar socialstyrelsen – jämlikt SjkV 16 § – om blockfördelningen mellan olika sjukvårdsområden. Sådant beslut föregås dock alltid av en remissomgång med sjukvårdshuvudmännen samt av samråd med i första hand landstingsförbundet.

Förslag om fördelning av FV-block på olika landstingsområden utarbetas – på grundval av fastställt LP – av socialstyrelsen i samråd med de i LP-arbetet deltagande övriga parterna. Yttranden över förslaget inhämtas av sjukvårdshuvudmännen. Där efter beslutar socialstyrelsen om fördelningen. Sjukvårdshuvudmännen inrättar sedan nya FV-block inom den sålunda föreskrivna fördelningsramen.

När det gäller tillståndsprövningen med avseende på tjänster för vidareutbildade läkare – dvs. läkare med specialist- eller allmänkompetens – tillämpas ett förfarande med ansökan från sjukvårdshuvudmännen med precisering av varje särskild tjänst. Socialstyrelsens beslut om medgivande att inrätta sådana tjänster inom ramen för LP är begränsat till antal tjänster per huvudman inom de olika medicinska verksamhetsområdena men utan angivande av tjänstgöringsplats eller tjänstenivå. Sjukvårdshuvudmännen har möjlighet att själva fördela dessa tjänster på bl. a. olika tjänstekategorier (öl, bøl, och al) och olika sjukvårdsenheter med hänsyn till de sjukvårdsorganisatoriska förhållanden som föreligger.

Det finns en klar strävan att inrikta den centrala fördelningen av vidareutbildningsblock – i första hand FV-block men även AT-block – på regionsjukvårdsområden i stället för på sjukvårdsområden. Utgångspunkten är därvid att det skall ankomma på huvudmännen att själva genomföra den inomregionala blockfördelningen med

beaktande av bl. a. olika utbildningsmässiga och sjukvårdsorganisatoriska förutsättningar. Vid tillståndsprövningen av tjänster för vidareutbildade läkare försöker socialstyrelsen också beakta sjukvårdsmässiga regionala samordningssträvanden.

Den statliga fördelningen av vidareutbildningsblock för läkare (AT och FV) och av tjänster för vidareutbildade läkare på grundval av LP betraktas som ett styrinstrument för att dels påverka hälso- och sjukvårdens fortsatta inriktning, dels fördela den begränsade läkartillgången med syfte att uppnå en så rimlig balans som möjligt mellan olika geografiska områden, verksamhetsområden (specialiteter, motsvarande) och verksamhetsfält (öppen och sluten vård m. m.).

Tandläkare och viss annan tandvårdspersonal

Antalet tandläkare har ökat kraftigt i Sverige under de senaste decennierna. Ökningen har varit särskilt markant inom folktandvården sedan denna vårdverksamhet inrättades i början av 1940-talet. Utvecklingen redovisas i följande tabell.

Tabell 3:16 Antal tandläkare i Sverige 1940–1977 totalt och yrkesverksamma inom folktandvården

Vid utgången av år	Totalt	Därav inom folktandvården
1940	2 347	53 (2 %)
1960	5 298	1 648 (31 %)
1965	6 465	1 854 (30 %)
1970	7 458	2 548 (38 %)
1977 (30/6)	7 879	3 594 (45,5 %)

Den årliga intagningen av studerande vid tandläkarhögskolorna var år 1977 totalt 500, varav i Stockholm 220, Göteborg 120, Malmö 100 och Umeå 60.

Trots den kraftiga ökningen av antalet tandläkare inom folktandvården har rekryteringen varit och är fortfarande otillräcklig för att folktandvårdens primära målsättning, dvs. att sörja för barnens och ungdomarnas tandvårdsbehov, skall kunna uppfyllas. Inte heller för vuxentandvården finns tillräckligt med tandläkarresurser. Den totala tandvårdsverksamheten är således beroende av ett ökat tandläkartillskott. Ett tillskott av andra personalkategorier, främst tandsköterskor, är också angeläget. Utvecklingen av tandläkare- och tandsköterskeresurserna står i direkt förhållande till och är direkt beroende av varandra. Flera utredningar har också genomförts för att belysa folktandvårdens problem och föreslå åtgärder, som tillförsäkrar erforderliga resurser för det i gällande tandvårdslag reglerade ansvaret.

Fördelningen av tandläkare över landet är mycket ojämn. För vuxentandvården hade Malmö år 1976 den största tätheten med 1,83 tandläkartimmar per försäkrad och år samt Kalmar och Norrbotten den lägsta med 0,84 timmar per försäkrad och år. Genomsnittet i landet var då 1,17 tandläkartimmar per försäkrad och år.

I tandvårdspersonalutredningens rapport nr 1 redovisas en tillgångsprognos över antalet personalkategorier inom tandvården under åren 1975–2000 med från idag oförändrad utbildning. Denna sammanfattas i tabell 3:17.

Tabell 3:17 Prognos över tillgången på tandvårdspersonal 1975–2000

Personalkategorier	1975	1980	1985	1990	2000
Tandläkare	7 055	8 640	10 225	11 550	14 000
Tandhygienister	160	670	1 500	2 350	3 900
Tandsköterskor	9 111	11 480	14 050	16 450	20 800
Tandtekniker	1 743	2 090	2 350	2 600	3 000

Sjuksköterskor

Antalet legitimerade *sjuksköterskor* inkl. barnmorskor har under perioden 1960–1975 i stort sett fördubblats. Det uppgick år 1975 till totalt 60 400. Fram till år 1977 hade detta antal ökat till 65 500. Av dessa var ca 48 000 yrkesverksamma. Sjuksköterskeantalet beräknas år 1990 överstiga 90 000.

Avgörande för sjukvårdshuvudmännens möjligheter att få sina sjukskötersketjänster besatta är bl. a. omfattningen av sjuksköterskeutbildningen samt sjuksköterskornas yrkesverksamhets- och sysselsättningsgrad. Under 1970-talet har knappt 3 000 nya sjuksköterskor examinerats per år. Yrkesverksamheten har ökat påtagligt under senare år. Däremot uppvisar sysselsättningsgraden endast en begränsad stegring. Under perioden 1965–1975 har antalet årsverken per 100 sjuksköterskor stigit från 48,6 till 52,4. Antalet deltidstjänster har starkt ökat i omfattning under denna period.

Antalet *tjänster för sjuksköterskor* har under de senaste fem åren 1973–1977 ökat från 25 361 till 29 172. I mars 1977 var 4,1 procent av dessa helt vakanta. Motsvarande andel för långtidssjukvården var 4,9 procent. Vakanssiffrorna kan synas vara relativt låga. Situationen är emellertid i många fall betydligt besvärligare än vakanssituationen anger främst på grund av tjänstledigheter av olika slag. Dessa ledigheter har starkt ökat under senare år. Under sommartid är situationen särskilt besvärande med bl. a. omfattande vårdavdelningsstängningar som följd. Sådana stängningar tenderar av samma skäl att bli vanliga även under andra delar av året.

Obalansen mellan behov av och tillgång på sjuksköterskor har ökat. En åtgärd för att öka utbildningen av sjuksköterskor har varit att utöka tertiärutbildningen på femterminsutbildningens bekostnad. Antalet elever i den kortare utbildningen har från 1971/72 till 1977/78 ökat från ca 10 till ca 62 procent av det totala elevantalet.

Undersköterskor och sjukvårdsbiträden

Enligt landstingens och primärkommunernas statistik fanns år 1976 sammanlagt ca 85 000 personer anställda som sjukvårdsbiträden inom landstings- och primärkommunal verksamhet. Härav var ca 40 procent heltidsanställda. Ungefär 20 000 uppskattas arbeta inom långtidssjukvården.

Tillgången på sjukvårdsbiträden varierar i olika delar av landet och sammanhänger med bl. a. det allmänna sysselsättningsläget. Många av de anställda – särskilt i storstadsområdena – saknar för verksamheten föreskriven utbildning. På andra platser har däremot de flesta den föreskrivna sjukvårdsbiträdesutbildningen.

Enligt socialstyrelsens personalstatistik har antalet utbildade med undersköterskekompetens ökat från 9 800 till 27 500 under perioden 1970–1976. Enligt årlig anmälan var av de utbildade 70 procent yrkesverksamma som undersköterskor under år 1976. Under september månad samma år tjänstgjorde ca 3 100 undersköterskor på sjukvårdsbiträdestjänster eller på motsvarande tjänster. Tillgången på utbildade undersköterskor överstiger således antalet inrättade tjänster. Utvecklingen pekar mot en kraftig förstärkning av detta förhållande såvida inte undersköterskornas arbetsområde förändras. Utbildningstillskottet överstiger nämligen vida landstingens planer på att inrätta tjänster.

Sjukgymnaster

Enligt socialstyrelsens statistik finns knappt 6 000 legitimerade sjukgymnaster i landet. Drygt 600 av dessa är över 65 år. Ca 4 000 är verksamma inom yrket.

Av de yrkesverksamma sjukgymnasterna har flertalet eller ca 3 000 anställning i offentlig tjänst. Ca 1 400 bedriver privatpraktik, varav ca 600 inom Stockholms län. De flesta av privatpraktikerna arbetar deltid, ofta i kombination med offentlig tjänst. En arbetstid mellan 10 och 30 timmar per vecka dominerar. Antalet behandlingar av privatpraktiserande sjukgymnaster uppgår till ca 1,1 miljon per år.

Den renodlade privata sjukgymnastverksamheten omfattade år 1976 560 yrkesverksamma sjukgymnaster.

Det årliga tillskottet av legitimerade sjukgymnaster under de senaste åren är drygt 300. Utbildningen sker i Stockholm, Lund, Göteborg, Umeå och Uppsala.

I april 1976 redovisades totalt 250 (13 procent) helt vakanta sjukgymnasttjänster (omräknade till heltid) inom den offentliga vården.

Arbetsterapeuter

Det finns f. n. inte uppgifter som på ett tillfredsställande sätt belyser arbetsterapeuternas yrkesverksamhetsförhållanden.

Socialstyrelsen genomförde i januari 1974 en utredning om arbetsterapeuterna och deras utbildning m. m. I utredningen konstaterades att drygt 2 500 personer var verksamma som arbetsterapeuter vid landsting, primärkommuner, ungdomsvårdskolor, allmänna och enskilda vårdanstalter för alkoholmissbrukare samt vid enskilda vård- och ålderdomshem. En tredjedel hade 1–3-årig svensk utbildning medan övriga hade utbildning som terapibiträden, sysselsättningssamariter och sysselsättningshandledare.

Sedan den ovannämnda utredningen genomfördes har tillskottet av utbildade arbetsterapeuter varit relativt stort. Merparten av de idag yrkesverksamma arbetsterapeuterna inom hälso- och sjukvården har därigenom en adekvat utbildning. Det årliga tillskottet av utbildade arbetsterapeuter under de senaste åren är knappt 300. Utbildning av arbetsterapeuter sker i Stockholm, Göteborg, Lund, Linköping, Jönköping, Örebro och Umeå. Sådan utbildning planeras också bli inrättad i bl. a. Sundsvall och Uppsala.

3.4 Kostnader och finansiering

3.4.1 Totala kostnaderna för hälso- och sjukvården

Kostnaderna för hela den offentliga hälso- och sjukvården har under perioden 1960–1975 tiodubblats från ca 2 miljarder till ca 19 miljarder. Inkluderas den privata konsumtionen av hälso- och sjukvård med ca 5 miljarder uppgår hälso- och sjukvårdens kostnader år 1975 totalt till ca 24 miljarder. Denna kostnad hade två år senare ökat med ytterligare ca 9 miljarder till 33,5 miljarder.

Kostnadsökningen inom hela den offentliga hälso- och sjukvården beräknas under tioårsperioden 1965–1975 till i genomsnitt 16,2 procent i löpande priser per år. Av dessa beräknas 10,3 procent avse pris- och löneförändringar och 5,4 procent utbyggd verksamhet. Volymökningen har varit mycket ojämnt fördelad med 7–8 procent under 60-talet och med 3–4 procent under 70-talet. På grund av den kraftiga pris- och löneutvecklingen under 70-talet har dock den totala ökningstakten under tioårsperioden varit förhållandevis jämn.

Kostnaderna för hälso- och sjukvården faller i huvudsak på landstingen. Av primärkommunernas samlade verksamhet svarar hälso- och sjukvården för bara ca 5 procent. Av landstingsverksamheten utgör hälso- och sjukvården den helt dominerande delen, 75–80 procent.

3.4.2 Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP)

Hälso- och sjukvårdens utveckling är i likhet med vad som även gäller för annan offentlig verksamhet beroende av den allmänna utvecklingen i landet och olika förhållanden i omvärlden. Denna utveckling brukar främst speglas genom en redovisning av bruttonationalprodukten (BNP) och dess förändring samt de olika samhällssektorernas och den enskilda konsumtionens andel härav. BNP:s och hälso- och sjukvårdens utveckling under tioårsperioden 1967–1976 kan illustreras genom sammanställningen i tabell 3:18.

Tabell 3:18 BNP och hälso- och sjukvårdens kostnader 1967–1976

År	BNP	Hälso- och sjukvården totalt		Varav privat hälso- och sjukvård
		Milj. kr	% av BNP	
1967	133 575	8 755	6,6	2 202
1968	141 867	10 034	7,1	2 483
1969	153 709	10 948	7,1	2 698
1970	170 734	12 618	7,4	2 867
1971	182 682	14 421	7,9	3 170
1972	198 243	15 788	8,0	3 402
1973	219 093	17 055	7,8	3 948
1974	248 593	20 047	8,1	4 511
1975	287 078	24 371	8,5	5 251
1976	322 407	28 343	8,8	6 385

Som framgår av tabellen har hälso- och sjukvårdens kostnader under den redovisade perioden mer än tredubblats från 8,7 till 28,3 miljarder. BNP uppvisar ungefär samma utvecklingstakt och har ökat från 133,5 till 322,4 miljarder. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP uppgick år 1976 till 8,8 procent. År 1977 beräknas denna andel uppgå till 9,5 procent. Som jämförelse kan nämnas att hela den offentliga förvaltningens andel av BNP år 1976 uppgick till 30,5 procent.

3.4.3 Kostnadernas relativa fördelning på vårdområden

Hälso- och sjukvården har hittills främst varit inriktad på sjukhusvård. Ansträngningarna för att bl. a. åstadkomma en utökad fristående öppenvård har gett vissa önskvärda resultat och väntas i fortsättningen ytterligare förstärkas. Den i tabell 3:19 redovisade jämförelsen mellan åren 1970 och 1976 ger en översiktlig bild av vårdområdenas inbördes storlek och andel av den totala hälso- och sjukvården.

Tabell 3:19 Ungefärlig kostnadsfördelning mellan de olika vårdområden inom landstingen 1970 och 1976

Vårdområde	1970, procent	1976, procent
Somatisk korttidsvård	60	52
Somatisk långtidssjukvård	17	21
Psykiatri	17	15
Fristående öppen vård	6	12
	100	100

Landstingens utgifter domineras av personalkostnaderna. Inom samtliga landstingsverksamheter utgör personalkostnadernas andel idag drygt 55 procent och för hälso- och sjukvården ca 75 procent.

3.4.4 Finansiering

Kommunalskatten är den viktigaste inkomstkällan för både landstingen och primärkommunerna. Detta är också den enda inkomst av betydelse som landsting och kommuner direkt kan påverka. Den svarar för nära 60 procent av landstingens och drygt 40 procent av kommunernas inkomster. Övriga finansieringsposter inom landstingen överstiger var och en för sig i regel inte 15 procent. De är i vissa fall också betydligt lägre. Följande schematiska sammandrag av intäktsposterna år 1976 kan spegla deras inbördes storlek och betydelse för finansieringen av hälso- och sjukvården.

Tabell 3:20 Fördelningen av landstingens intäkter i procent

	%	%
Landstingsskatten inkl. skattebortfallsbidrag	59	
Skatteutjämningsbidrag	4	63
Statsbidrag		14
Ersättning från allmänna försäkringen	7	
Patientavgifter	2	
Ersättning från andra huvudmän	4	13
Diverse inkomster	7	
Nya lån	3	10
		100

Skatt, allmänna statliga bidrag

Med allmänna statliga bidrag avses

- skatteutjämningsbidrag
- skattebortfallsbidrag
- extra bidrag, enligt särskilda överenskommelser.

Skatteutjämningsbidrag utgick år 1977 med ca 1100 milj. kronor. Systemet innebär att staten garanterar landstingen (liksom kommunerna) viss skattekraft, som ställs i relation till medelskattekraften i landet. Garantins nivå varierar med hänsyn till geografisk belägenhet. Den lägsta garantin gäller i södra och mellersta Sverige (95 procent av medelskattekraften). Garantinivån är högst för de nordligaste landstingen (högst 130 procent av medelskattekraften).

Skattebortfallsbidrag utgår som kompensation för skatteomläggningar som negativt påverkat landstingens skatteunderlag. För år 1977 uppgick dessa bidrag till 200 milj. kronor. Betydelsen av dessa bidrag förväntas komma att minska i framtiden.

Extra bidrag har utgått till landstingen i samband med de överenskommelser, som träffats mellan regeringen och kommunförbunden under senare år om begränsningar i utdebiteringshöjningar.

Statsbidrag.

Speciella statsbidrag för att stimulera olika verksamheter har för närvarande en mycket begränsad omfattning inom den traditionella hälso- och sjukvården. De bidrag av denna typ, som tidigare förekommit har till största delen avvecklats i samband med bl. a. utbyggnaden av ersättningssystemet genom sjukförsäkringen.

I regeringens proposition 1978/79:95 har på grundval av kommunal-ekonomiska utredningen (KEU 76) föreslagits överförande av ett antal specialdestinerade bidrag till ett reformerat skatteutjämningsystem från år 1980. Riksdagen har i huvudsak beslutat i enlighet härmed.

Inom omsorgsverksamheten förekommer dock fortfarande riktade statsbidrag. Sålunda utgår statsbidrag för bl. a. driften av särskolor (1977: 185 miljoner) samt investeringsbidrag för anordnande av vissa institutioner för psykiskt utvecklingsstörda (45 miljoner).

Den statsbidragsform, som numera dominerar inom hälso- och sjukvården är de s. k. avtalsersättningarna. Dessa spelar en relativt stor roll för finansieringen av hälso- och sjukvården. Hit hör mentalvårdsbidraget (2100 miljoner kronor år 1977) som tillkom när landstingen från staten övertog huvudmannaskapet för vården av psykiskt sjuka (1967) samt det s. k. LUA-bidraget (ca 200 miljoner kr år 1977) som utgår till landsting med undervisningssjukhus för att täcka kostnaderna för läkarutbildning och forskning.

Försäkringsersättning

Ersättning utgår från sjukförsäkringen till landstingen för bl. a. meddelad sjukhusvård, konvalescentvård, läkarvård, tandvård, preventivmedelsrådgivning, sjukgymnastisk behandling och vissa andra behandlingar, sjukresor och handikaphjälpmedel samt läkemedel. Landstingens ersättning är i huvudsak prestationsbaserad, dvs. den beräknas per vårddag, läkarbesök etc. Ersättningen är bl. a. utformad för att stimulera vissa verksamheter, särskilt öppen vård. Försäkringsersättningen har en central roll som finansieringskälla för den öppna vården.

Patientavgifter

Sådana spelar en obetydlig roll som inkomstkälla för landstingen. Det finns en klar strävan att hålla patientavgifterna på en låg nivå. Patientavgifter i öppen vård uppgår t. ex. år 1978 till 20 kr. per besök. De flesta sjukvårdshuvudmän har dessutom infört ett s. k. högkostnadsskydd, som innebär att besöken blir avgiftsfria efter ett visst antal besök/behandlingar per år.

I den slutna vården är det enbart s. k. utförsäkrade patienter (ålderspensionärer samt förtidspensionärer med en sjukhushjälptid på mer än 365 dagar) som själva betalar patientavgift (30 kr. per vårddag). För den som är försäkrad ersätts den fastställda vårdavgiften av försäkringskassan, som i sin tur enligt vissa regler gör avdrag från sjukpenningen.

Kommunalekonomiska utredningen har föreslagit att frågan om att införa differentierade vårdavgifter för utförsäkrade inom långtidssjukvården skall utredas särskilt. En sådan förändring har från finansieringssynpunkt begränsad betydelse men skulle innebära att man närmar sig de avgiftsprinciper som för närvarande gäller inom den primärkommunala äldreomsorgen.

Övriga intäkter

Dessa avser hyror och ersättning för egna produkter, tvätt, städning m. m., och är av underordnad betydelse som inkomstkälla.

Formerna för finansieringen av landstingens verksamheter har inte genomgått några genomgripande förändringar. De väsentligaste förändringarna är tillkomsten av skatteutjämningsbidragen, sjukronorsreformens genomförande år 1970 och därefter genomförda kompletteringar med ekonomiskt stöd till landstingen via den allmänna sjukförsäkringen, genom bidrag för exempelvis sjukhusvård, läkarvård, annan sjukvårdande behandling, sjuktransporter, hjälpmedelsförsörjning etc.

Landstingen fastställer årligen den utdebitering av landstingsskatten som skall gälla för efterföljande år med visst belopp per 100 kronor beskattningsbar inkomst. Medelutdebiteringen i landstingen har under åren 1960–1978 ökat

från 4:38 till 12:46. Utdebiteringen varierar i storlek mellan de olika landstingen och var år 1978 lägst 10:75 och högst 14:-.

3.5 Den allmänna försäkringen

3.5.1 Den allmänna försäkringens omfattning

Lagen om allmän försäkring trädde i kraft år 1963. Försäkringen omfattar sjukförsäkring, folkpension och allmän tilläggspension. Med allmän försäkring samadministreras arbetsskadeförsäkring, delpensionsförsäkring, allmänna barnbidrag och bidragsförskott, ersättning åt smittbärare samt utbetalningen av vissa andra sociala förmåner. Den allmänna försäkringen kan kompletteras med frivilliga försäkringar.

3.5.2 Sjukförsäkringens syfte

Sjukförsäkringen är främst ett *social-ekonomiskt utjämningsinstrument*. Av betydelse för hälso- och sjukvården är inom den allmänna försäkringen främst sjukförsäkringen, som ger möjlighet för personer med svag ekonomisk bakgrund och personer med omfattande sjukvårdsbehov att på lika villkor som andra utnyttja hälso- och sjukvårdens tjänster. Systemet med låga fasta patientavgifter har därvid stor betydelse. Försäkringen ersätter också inkomstbortfall vid sjukdom genom sjukpenning. Dagens sjukvårdserättning fungerar dock inte fullt ut som utjämningsinstrument. Vi har t. ex. tidigare noterat att flertalet landsting har infört s. k. högkostnadsskydd.

Försäkringen fungerar vidare som *finansieringsinstrument* genom att den till en del bekostar hälso- och sjukvården.

Försäkringen är slutligen också ett *styrinstrument*. Dagens sjukvårdserättning har utformats så att den stimulerar till viss inriktning av sjukvårdsinsatserna, t. ex. öppen vård.

3.5.3 Förmåner vid sjukdom och förlossning

De förmåner som utgår under sjukdom kan delas upp i två grupper, nämligen sjukvårdserättning och sjukpenning.

Sjukvårdserättningens omfattning har tidigare redovisats (3.4). När det gäller öppen läkarvård, tandvård samt i viss utsträckning även annan vård eller behandling betalar den försäkrade endast en viss patientavgift. Återstoden av kostnaden betalas av försäkringskassan direkt till den som meddelat vården. Detta gäller även när vården meddelats av privatpraktiserande läkare under förutsättning att denne är ansluten till sjukförsäkringen (dvs. är uppförd på förteckning hos försäkringskassa). Sjukhusvård liksom dag-sjukvård, nattsjukvård och femdagarsvård är i allmänhet helt utan kostnad för den försäkrade. I stort sett svarar landstinget för kostnaderna, men försäkringskassan bidrar med viss del.

I sjukvårdserättningen ingår som förut nämnts *ersättning för tandvård*. Försäkringen i denna del innebär bl. a.

- att tandvårdstaxa fastställs av regeringen efter förslag av riksförsäkringsverket,
- att av behandlingskostnaderna patient och försäkring i regel står för hälften vardera,
- att om arvodena under en behandlingsomgång överstiger 1 500 kronor försäkringskassan betalar 75 procent av överskjutande belopp och patienten 25 procent samt
- att en etableringsregel begränsar anslutningen av nya privatpraktiserande tandläkare till försäkringen.

En utredning för översyn av bl. a. tandvårdsförsäkringen (TU 78) tillsattes år 1977. Ett första delbetänkande rörande vissa prioriterade frågor har som tidigare nämnts i avsnittet om tandvård (3.2.16) avlämnats under våren 1979.

Den som är inskriven hos allmän försäkringskassa och har en sjukpenninggrundande inkomst som uppgår till minst 4 500 kronor per år är vid sjukdom berättigad till *sjukpenning*. Sjukpenning utgår med i princip 90 procent av lönen upp till en viss nivå. För att sjukpenning skall utgå krävs att sjukdomen skall förorsaka nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften.

I samband med barns födelse har försäkrad förälder rätt till *föräldrapenning*.

3.5.4 *Förmåner vid ålderdom*

Svensk medborgare som är bosatt i riket eller som varit mantalsskriven här före det år då han fyllt 62 år och för de fem åren närmast dessförinnan är berättigad till *ålderspension* från folkpensioneringen. Den allmänna pensionsåldern är numera 65 år. Det är dock möjligt att välja pensionsålder mellan 60 och 70 år.

Ålderspension kan även utgå i form av delpension och förtidspension.

Tillägg till ålderspensionen kan utgå i form av inkomstprövat kommunalt bostadstillägg och statskommunalt bostadsbidrag.

Tilläggspension (ATP) avser att bereda ett skydd vid ålderdom som – i motsats till vad fallet är inom folkpensioneringen – står i visst förhållande till de inkomster av förvärvsarbete som den försäkrade haft under sin aktiva tid.

3.5.5 *Finansiering*

Sjukförsäkringen finansieras genom statsbidrag, arbetsgivaravgifter och genom egenavgifter från egna företagare. Staten betalar 25 procent och arbetsgivarna och de försäkrade återstoden av kostnaderna för sjukförsäkringen.

Kostnaderna för *folkpensioneringen* betalas genom statsmedel. Som bidrag till kostnaderna betalar arbetsgivarna och de egna företagarna socialförsäkringsavgifter.

De kommunala bostadstilläggen bekostas helt av kommunerna.

För *tilläggspensioneringen* betalar arbetsgivarna avgifter med viss procent på utbetald lön till de anställda.

Uppgiften att beräkna och debitera arbetsgivaravgifter åligger riks-försäkringsverket. Debitering och uppbörd ankommer däremot på riksskatteverket och länsstyrelserna. Det totala avgiftsuttaget ligger f. n. på 25–30 procent räknat på den totala lönesumman.

3.5.6 *Administration*

Den allmänna försäkringen administreras huvudsakligen av riks-försäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna. För avgörande respektive prövning av vissa pensionsärenden finns inom försäkringskassorna inrättade särskilda pensionsdelegationer respektive försäkringsnämnder.

Riksförsäkringsverket har hand om huvudparten av den svenska socialförsäkringen. Verket sammanställer och bearbetar statistiska uppgifter bl. a. avseende obligatorisk och frivillig sjukförsäkring, föräldraförsäkring och folkpensionering. Under den senaste tioårsperioden har verket bl. a. publicerat sammanställningar över sjukdomsorsaker inom den allmänna försäkringen, redogörelser för yrkesskador, statistiska undersökningar rörande utgifter för läkarvård och kvittoundersökningar avseende privatläkarvård.

I anslutning till sina centrala uppgifter på försäkringsområdet har riks-försäkringsverket av statsmakterna erhållit uppdrag att följa effekterna av nya försäkringsreformer. I samband med införandet av den allmänna tandvårdsförsäkringen förutsattes sålunda (i prop. 1973:45) att riks-försäkringsverket, landstingsförbundet och de enskilda landstingen med uppmärksamhet skall följa försäkringens effekter särskilt i inledningsskedet. Rapporter förutsattes inhämtas från försäkringskassorna och folktandvårdens huvudmän om anslutningen av privatpraktiker och tillgången på tjänstetandläkare inom varje landstingskommun.

I proposition med förslag om nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen för läkarvård hos privatpraktiserande läkare uttalades också önskemålet att riks-försäkringsverket noga följer läkarnas anslutning till försäkringen, den nya läkarvårdstaxans effekter och utvecklingen beträffande offentligt anställda läkare som vid sidan härom bedriver privatpraktik.

Likalydande uttalanden har gjorts vid införandet av nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen vid sjukvårdande behandling som lämnas av privatpraktiserande sjukgymnaster m. fl. Det åligger således riks-försäkringsverket att ta ställning till frågan om särskilda etableringsregler bör införas för att förhindra obalans mellan den offentliga och den privata vården när det gäller tillgången på sjukgymnaster.

De allmänna försäkringskassornas verksamhetsområden utgörs av Göteborg, Malmö och Gotland samt de 23 länen utom nämnda kommuner. Kassorna, som är självständiga juridiska enheter, står under tillsyn av riks-försäkringsverket. De har att sköta den direkta kontakten med de försäkrade i landets olika delar. I varje försäkringskassa med län som verksamhetsområde finns ett antal lokalkontor, dit de försäkrade i första hand har att vända sig för sjukanmälan, erhållande av ersättning o. d. Antalet lokalkontor i landet uppgick den 31 december 1977 till 420.

Av andra institutioner som i olika avseenden sysslar med den allmänna försäkringen kan förutom socialdepartementet nämnas försäkringsdomsto-

len, de lokala skattemyndigheterna, försäkringskassförbundet och allmänna pensionsfonden.

3.5.7 *Arbetsskadeförsäkring*

Alla förvärvsarbetande – arbetstagare och egna företagare – samt med dem jämställda uppdragstagare och elever i yrkesutbildning omfattas automatiskt av särskild försäkring för arbetsskada. Den gäller för vårdkostnad och inkomstförlust till följd av olycksfallsskador och sjukdomar som uppstått i arbetet då dessa varat längre än 90 dagar.

3.5.8 *Frivilliga försäkringar*

Frivillig sjukpenningförsäkring kan tecknas bl. a. av den som är obligatoriskt försäkrad som hemmamake/maka med viss högsta sjukpenning. Frivillig pensionsförsäkring för temporär eller livsvarig ålderspension kan tecknas i riksförsäkringsverket.

3.6 Vissa till hälso- och sjukvården angränsande områden

Inom framförallt statlig och kommunal förvaltning finns verksamheter som till sitt innehåll nära gränsar till och även omfattar viss hälso- och sjukvård. Vi redovisar av den anledningen följande verksamheter efter i huvudsak samma modell som de områdesvisa beskrivningarna av sjukvård, hälsovård och tandvård under avsnitt 3.2. Vissa av verksamheterna bedrivs i landstingens regi.

3.6.1 *Läkemedelsförsörjning*

Apoteksväsendet drevs länge till största delen av apoteksinnehavare, som av Kungl. Maj:t tillagts personligt privilegium på respektive apotek. Verksamheten var dock i stor utsträckning statsreglerad, bl. a. genom kontroll av prissättning, etablering och service.

Vid 1970 års riksdag beslöts att apoteksväsendet skulle förstatligas och därvid omorganiseras. Till grund för beslutet låg en strävan att göra läkemedelsförsörjningen till en mer integrerad del av hälso- och sjukvården och att öka samhällets inflytande över verksamheten.

Ett apoteksbolag med statlig styrelsemajoritet bildades år 1971. Det övertog de tidigare privatägda apoteken. I lag fastslogs att staten har ensamrätt att driva detaljhandel med läkemedel. Apoteksbolagets verksamhet regleras genom avtal mellan staten och bolaget.

I samband med förstatligandet övertog Apoteksbolaget också en betydande del av partihandeln. Av den samlade läkemedelsvolym som distribueras till apoteken går ca 70 procent genom Apoteksbolagets droghandel.

Organisation

Som apotek räknas allmänna försäljningsställen för läkemedel, där det finns farmaceutisk personal. I hela landet finns ca 700 apotek med försäljning till allmänheten. Av dessa är 70 st förlagda till sjukhus. Dessutom finns ca 1 500 s. k. apoteksombud. Apoteksbolaget beslutar i samråd med landsting och kommuner var apotek skall finnas. Apoteken förläggs numera i stor utsträckning i anslutning till vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar.

Vid lasarett och större sjukvårdsinrättningar finns i regel sjukhusapotek. Sjukhusapotek kan drivas antingen av sjukvårdshuvudmannen eller av Apoteksbolaget. I flertalet fall har Apoteksbolaget övertagit driften. För olika frågor som rör sjukhusens läkemedelsförsörjning m. m. finns en samarbetsnämnd för sjukhusapoteken, i vilken Apoteksbolaget, landstingsförbundet och kommunförbundet är representerade.

En speciell ställning intar de s. k. naturmedlen, som tidigare vanligen saluförts genom hälsokostbutiker etc. Ändrade bestämmelser möjliggör numera att naturmedel också kan tillhandahållas på apotek.

Omfattning

Antalet apotek, registrerade farmaceutiska specialiteter, försäljningen av läkemedel, samt läkemedelskonsumtionen framgår av följande sammanställning.

Tabell 3:20 Antal apotek och registrerade farmaceutiska specialiteter m. m.

År	1960	1965	1970	1975
Antal apotek	558	594	623	702
Antal registrerade farmaceutiska specialiteter	2 488	2 966	2 844	2 615
Försäljning av läkemedel, milj. kr	380	650	1 140	2 218
Antal recipe, milj. st.	25	32	37	42
Läkemedelskonsumtion per inv., kronor	67	84	142	299

Det har beräknats att apoteken varje år har mer än 50 miljoner kundkontakter. Apoteken expedierar ca 40 miljoner recept per år. Varje läkarbesök i öppen vård resulterar i genomsnitt i förskrivning av två läkemedel. Läkemedelskonsumtionen i öppen vård per hushåll beräknas uppgå till 750 kronor per hushåll och år.

Ungefär hälften av kunderna köper läkemedel för att bota eller lindra tillfälliga åkommor utan att först ha besökt läkare. Någon form av information till kunden ges också vid ungefär 50 procent av kontakterna.

Läkemedelskontroll

Socialstyrelsens läkemedelsavdelning kontrollerar läkemedlens ändamålsenlighet, kvalitet m. m. Avdelningen svarar för registrering av farmaceutiska specialiteter och kontroll av marknadsförda läkemedel. Vidare handlägger

avdelningen bl. a. frågor om val av läkemedel och standardisering, samt medverkar i internationellt samarbete. Inom avdelningen bedrivs forskning inom läkemedelsområdet. Avdelningen utför också inspektioner av läkemedelsstillverkare, grossisthandeln med läkemedel, apotek och sjukhusapotek.

Läkemedelsinformation

Läkemedelsinformation och rådgivning för adekvat medicinering m. m. har på senare år kommit i förgrunden för samhällets hälsoupplysningsverksamhet.

Området för hälsoupplysning är omfattande. Ett stort antal myndigheter, organisationer och institutioner bedriver informationsverksamhet, i allmänhet inom avgränsade fackområden.

Socialstyrelsen har viktiga uppgifter inom läkemedelsinformationens område. Inom styrelsen finns en kommitté för läkemedelsinformation, som utger en skriftserie om läkemedel med objektiv och jämförande information om läkemedels medicinska ändamålsenlighet. Läkemedelsavdelningen inom socialstyrelsen ger ut en periodisk skrift med information om nya terapeutiska rön, händelser på läkemedelsområdet, preparatbeskrivningar m. m. Avdelningen ger också ut ett särskilt meddelande som återspeglar verksamheten inom läkemedelsbiverkningskommittén.

Även socialstyrelsens h-nämnd har tagit upp läkemedelsfrågor i sin information.

I planeringen av åtgärder har socialstyrelsen bedömt det angeläget att dels ge information till läkare m. fl. för att åstadkomma ett riktigt läkemedelsanvändande eller för att påtala problemet med alltför generös förskrivning, dels också ge förbrukaren motsvarande direkt information via inköpsstället.

Apoteken spelar liksom sjukvårdspersonalen en betydelsefull roll vid förmedling av läkemedelsinformation och övrig hälsoupplysning. Organisationen för läkemedelsförsörjningen liksom välutbildad farmaceutisk personal vid apoteken har skapat förutsättningar för ökad inriktning på hälsoupplysning i samband med utlämning av medicin och för ett ökat samspel mellan sjukvårdsinrättningar och apotek.

Författningsreglering, tillsyn

Föreskrifter beträffande läkemedel och hanteringen därav har givits i en från 1 januari 1964 gällande läkemedelsförordning. Där klargörs vad som menas med läkemedel liksom ansvarsförhållandena vid handhavande och hantering av läkemedel.

1970 års kungörelse om läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningarna ger socialstyrelsen rätt att meddela bestämmelser om tillsyn över och kontroll av läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningar och om läkemedelshanteringen. Sådana föreskrifter har också utfärdats av socialstyrelsen. I styrelsens Råd och anvisningar har sålunda givits föreskrifter om den slutna vårdens, den icke sjukhusanslutna vårdens, tandvårdens och

de olika sociala institutionernas läkemedelsförsörjning. Kriminalvårdsstyrelsen har utfärdat liknande bestämmelser om läkemedelshandlingen inom kriminalvården.

Viss tillsyn över läkemedelsförskrivningen utövas regionalt av länsläkarna.

Pågående och diskuterad utveckling

Läkemedelsfrågorna har på senaste tiden rönt stor uppmärksamhet i den allmänna hälso- och sjukvårdsdebatten. Flera utredningar inom socialdepartementets ansvarsområde har också arbetat med problemen. Under år 1978 har avlämnats betänkandena Pillerpriser (DsS 1978:11), Den statliga läkemedelskontrollen (DsS 1978:12) och Läkemedelsinformationen I och II (DsS 1978:13 och 14). Betänkandena har remissbehandlats. I proposition våren 1979 har föreslagit vissa åtgärder för att göra läkemedelskontrollen effektivare (prop. 1978/79:118).

3.6.2 Socialvård och viss övrig primärkommunal verksamhet

Huvudmannskapet för *socialvården* ankommer enligt gällande lagstiftning på primärkommunerna. Socialvården är en del av samhällets socialpolitik och omfattar huvudsakligen barna- och ungdomsvård, nykterhetsvård, socialhjälp och äldreomsorg. Vi har inte funnit skäl att lämna någon utförligare redovisning av socialvården utan berör dess olika verksamheter främst med hänsyn till den nära angränsningen till hälso- och sjukvården. Socialvården har sedan många år varit föremål för omfattande utredningar. Socialutredningens förslag har nyligen resulterat i en proposition (prop. 1979/80:1) med förslag till ny socialtjänstlag.

Den nya lagen, socialtjänstlagen, har enligt förslaget karaktär av ramlag. Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Kommunen får det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Det innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på huvudman för annat vårdområde, men kommunen har skyldighet att informera invånarna och vid behov förmedla kontakt med annan huvudmans område.

Den enskilde föreslås få rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt, om hans behov ej kan tillgodoses på annat sätt. Biståndet skall utformas så att det stärker den enskildes resurser för ett självständigt liv.

Socialnämnden föreslås få till uppgift att bedriva uppsökande verksamhet, tillsammans med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar, medverka vid samhällsplaneringen, verka för allas rätt till arbete, bostad och utbildning, informera om socialtjänsten i kommunen samt svara för omsorger och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

Behovet av samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, skola, arbetsmarknadsorgan, försäkringskassa m. fl. understryks i propositionen.

Det framhålls att en samordnad planering mellan hälso- och sjukvård och socialvård är angelägen framför allt när det gäller äldreomsorgen, eftersom primärkommunala och landstingskommunala resurser måste komplettera varandra. Samverkan förutsätts även äga rum om medverkan i samhällsplaneringen och i det individinriktade arbetet. Socialstyrelsen föreslås få till uppgift att följa den primär- och landstingskommunala planeringen, tillhandahålla planeringsunderlag och medverka till att klarlägga huvudmannaskapsfrågor och former för samverkan mellan de sociala och medicinska sektorerna. Förutsättningar skulle då skapas för gemensamma riktlinjer för samverkan.

I propositionen konstateras att det finns starka sociala inslag i den behandling som bedrivs inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, av skolkuratorer och skolpsykologer och inom familjerådgivningen. Vidare framhålls att man bör undvika kompetensproblem, samverkansproblem och en splittring av vårdinsatserna. Föredraganden anmäler i propositionen sin avsikt att föreslå regeringen att en särskild parlamentariskt sammansatt kommitté skall tillkallas för att utreda frågan om huvudmannaskap för BUP/PBU samt för skolkuratorer/psykologer. Vid överväganden av olika organisatoriska lösningar bör kommittén undersöka förutsättningar – både i kort och långt perspektiv – för såväl en mer självständig organisation av nämnda verksamheter och familjerådgivningen inom socialtjänsten som för en integrering med socialtjänsten.

En särskild lag med bestämmelser om vård av unga föreslås i socialtjänstpropositionen (LVU). Enligt förslaget kan vård utan samtycke beredas den unge på grund av brister i omsorgen om honom eller på grund av att han utsätter sin hälsa eller utveckling för allvarlig fara genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller annat därmed jämförbart beteende.

Däremot bör inte socialnämnden enligt förslaget kunna vidta åtgärder utan samtycke när det gäller vuxna personer. De bestämmelser som gäller tvångsvård av alkoholmissbrukare inom socialvården utgår således. Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) föreslås ändras och förtydligas beträffande vård vid missbruk. Lagen föreslås också få ny rubrik – lag om psykiatrisk vård i vissa fall – LPV.

I propositionen konstateras att tillämpningen av LSPV tidigare varierat. Den som är beroende av alkohol eller narkotika och till följd härav är i trängande behov av avgiftning och annan psykiatrisk vård i samband med denna föreslås oberoende av eget samtycke få beredas vård med stöd av LPV om utebliven vård innebär allvarlig fara för hans hälsa eller liv eller för annans personliga säkerhet eller hälsa. Vården förutsätts dock i dessa fall bli begränsad till fyra veckor. Överläkaren eller den som han har bemyndigat skall utan dröjsmål underrätta socialnämnden om patient som omhändertagits på grund av missbruk, om denne behöver stöd och hjälp genom socialtjänsten. Socialnämnden skall senast inom en vecka från underrättelsen efter samråd med läkaren och tillsammans med patienten upprätta en plan för den eftervård som bedöms nödvändig.

Med anledning av vad som anförts i propositionen föreslås också vissa konsekvensändringar i bl. a. sjukvårdslagen (24 och 27 §§) och lagen om allmän försäkring.

Föredraganden anmäler i propositionen sin avsikt att föreslå regeringen att tillsätta en kommitté med parlamentarisk sammansättning för att fortsätta översynen av lagstiftningen om vård mot den enskildes vilja.

Kommunernas socialvård och skolverksamhet har i varierande omfattning behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Sådana insatser görs exempelvis inom skolhälsovården och vid socialvårdens institutioner och barnstugor. Hälsokontroll av barn vid barnstugor/förskolor har fr. o. m. år 1978 författningsmässigt ålagts landstingen.

När det gäller *vården av alkohol- eller narkotikaskadade* är arbetsområdena i stor utsträckning gemensamma för kommunerna och landstingen. Kommunernas insatser består bl. a. i öppen vård vid socialbyråer/sociala servicecentraler, alkoholpolikliniker och rådgivningsbyråer och halvöppen vård i form av behandlings- och inackorderingshem. De båda verksamhetsområdena berörs närmare i avsnitten 3.6.3 och 3.6.4.

Kommunernas ansvar för *äldreomsorgen* medför behov av läkartillsyn vid ålderdomshem och pensionärshem. Detta behov tillgodoses vanligen genom arvodesanställning av landstingsanställda eller privatpraktiserande läkare. I vissa fall regleras tillsynen inom äldrevården genom samarbetsavtal mellan kommuner och landsting.

Stommen i den sociala äldreomsorgen utanför institutioner är den *sociala hemhjälpen*. Denna kombineras ofta med andra aktiviteter som färdtjänst, fotvård, matservice etc. Personer med behov av social hemhjälp har ofta även behov av hemsjukvård. En stor del av landstingens hemsjukvård ombesörjs i enlighet med träffade överenskommelser mellan landsting och kommuner av personal som är anställd hos kommunen.

Kommunens *barna- och ungdomsvård* har till syfte att främja en gynnsam utveckling av de unga och goda uppväxtförhållanden. Såväl förebyggande som behandlande verksamhet bedrivs och familje- och gruppinriktat behandlingsarbete blir allt vanligare. Ansvarsfördelningen mellan å ena sidan socialvården och å andra sidan hälso- och sjukvården när det gäller familjebehandling och annan behandling av barn och ungdomar varierar över landet och styrs bl. a. av tillgången på resurser, geografisk tillgänglighet och familjernas motivation för behandling. Socialvården har dock sistahandsansvaret för att åtgärder vidtas t. ex. när barn och ungdomar far illa eller missbrukar alkohol, narkotika eller begått brott. I vissa fall används personal inom barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten som konsulter till den primärkommunala socialvården.

Barn- och ungdomshem sorterar vanligen under landstingen. Den somatiska sjukvården på hemmen sköts i allmänhet av arvodesanställda läkare, medan den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten medverkar i varierande omfattning i diagnostisering och behandling.

Ungdomsvårdsskolorna har staten (socialstyrelsen) som huvudman, men förhandlingar om annan huvudman pågår för närvarande. Den somatiska sjukvården på skolorna handhas av arvodesanställda läkare (skolläkare) medan översköterskor är fast anställda vid respektive skola. Möjligheterna till psykiatrisk konsultation varierar inom landet och saknas helt på vissa skolor.

Vissa större kommuner har egna *socialläkare* anställda för här redovisade vårdbehov. En del kommuner erbjuder sina egna anställda *personalhälsovård*

genom primärkommunalt anställda läkare eller deltidsengagerade privatpraktiserande läkare.

3.6.3 *Vård av alkoholmissbrukare*

Ansvar, uppgifter och organisation

Vården av alkoholmissbrukare regleras genom nykterhetsvårdslagen. Alkoholmissbrukarnas behov av somatisk och/eller psykiatrisk vård regleras i sjukvårdslagen och LSPV. Nykterhetsvården har en förebyggande och rehabiliterande inriktning och bygger till stor del på frivillighet, markerad genom förekomsten av s. k. hjälpåtgärder. Om alkoholmissbruk och vissa andra i lagen angivna indikationer föreligger kan tvångsåtgärder tillgripas. Tvångsåtgärderna kan vara av två slag, anstaltsvård med resolutionsförfarande och övervakning.

Ansvar för nykterhetsvården åvilar huvudsakligen primärkommunernas sociala nämnder. Huvudmannaskapet för institutionsvården – vid statliga eller av staten erkända (*allmänna*) samt *enskilda vårdanstalter* – är emellertid fördelat mellan många huvudmän. Det sammanlagda antalet vårdplatser vid nykterhetsvårdens institutioner uppgick år 1977 till ca 2 400 fördelade på fyra statliga, 20 allmänna och ca 27 enskilda anstalter.

På de allmänna anstalterna finns både personer som intagits med tvång och sådana som är frivilligt intagna. Andelen tvångsintagna har minskat starkt under senare år. De enskilda anstalterna bedriver enbart frivillig vård.

Det finns också mellanformer – inackorderingshem, övergångshem etc. – mellan rent medicinsk vård av alkoholmissbrukare samt social och socialmedicinsk vård, avsedda att hjälpa den alkoholskadade att på sikt komma ifrån sitt alkoholberoende.

Inackorderingshemmen drivs i allmänhet av primärkommuner. År 1977 fanns det ca 100 sådana hem, med sammanlagt drygt 1 500 platser. Utbyggnaden av denna vårdform har skett i snabb takt. Av nu befintliga platser har ca 1 200 tillkommit sedan mitten av 1960-talet.

I landet finns vidare 13 *enskilda vårdhem* med 190 platser, avsedda för missbrukare av alkohol och andra medel, samt 14 hem med ca 600 platser för s. k. störande vårdtagare på ålderdomshem, i flertalet fall alkoholmissbrukare. De senare hemmen föreskrivs i socialhjälpslagen tillhöra landstingens ansvarsområde.

Vårdresurserna år 1977 vid institutioner för alkoholmissbrukare summeras i tabell 3:22.

Öppna mottagningar för människor med alkoholproblem, s. k. *alkoholpolikliniker*, drivs av primärkommunerna. Till verksamheten utgår statsbidrag och ofta även ekonomiskt stöd av landsting. Antalet alkoholpolikliniker i landet uppgick år 1977 till ca 140.

Vid sidan av här redovisade resurser för förebyggande och rehabiliterande behandling finns vissa resurser för *medicinsk behandling av alkoholskadade*. Också denna vård är oenhetligt uppbyggd och spridd på många olika huvudmän. Vårdresurserna är mera sällan speciellt inrättade för de alkohol-

Tabell 3:22 Institutioner för alkoholmissbrukare

Allmänna vårdanstalter	1 566
Enskilda vårdanstalter	880
Inackorderingshem	1 541
Vårdhem enligt socialhjälpslagen	616
Vissa enskilda vårdhem	185
Vissa specialinstitutioner (rehabiliteringsinstitutioner, ålderdomshem för missbrukare, behandlingshem m. fl.)	997
	<hr/> 5 785
Platser vid tillfälliga login (ungkarlshotell m. fl.)	3 200
Totalt	<hr/> 8 985

skadades behov. Vårdmöjligheterna finns till större delen inom den psykiatriska verksamheten. Vården av alkoholskadade bedrivs där antingen inom ramen för övrig verksamhet eller vid särskilda kliniker eller avdelningar. Av de inom den psykiatriska vården intagna alkoholmissbrukarna beräknas ca 30 procent erhålla vård vid särskilda enheter.

Enligt vissa undersökningar avser ca en tredjedel av alla utskrivningar från psykiatrisk vård diagnoserna alkoholism och alkoholpsykos. Alkoholskadade har emellertid genomsnittligt betydligt kortade vårdtider än övriga patienter, varför andelen alkoholskadade bland inläggande patienter representerar en mindre andel, ca 10 procent. Andelen anses dock ha kraftigt ökat de allra senaste åren och uppgår vid vissa psykiatriska kliniker enligt inventeringar till ca 50 procent.

Speciella kliniker eller poliklinker med inläggningsresurser för alkoholmissbrukare finns på olika håll i landet, bl. a. i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Många religiösa och andra frivilliga organisationer bedriver en omfattande verksamhet för alkoholskadade. Dessa organisationer driver såväl vårdinstitutioner av olika slag som öppen rådgivnings- och kontaktverksamhet.

De frivilliga organisationerna utgör ett viktigt komplement till samhällets vårdorganisation. Inte minst länskrörelsen och andra sammanslutningar av människor med egen missbrukserfarenhet spelar en betydelsefull roll.

Omfattningen av alkoholskadade

Det har beräknats att antalet personer i landet med allvarliga alkoholproblem uppgår till mellan 200 000 och 300 000.

Enligt statistiken för den kommunala nykterhetsvården registrerades år 1976 ca 57 000 personer för åtgärder enligt nykterhetsvårdslagen. Många alkoholskadade är emellertid inte kända för nykterhetsvården. Antalet aktuella fall vid alkoholpoliklinikerna är sedan flera år tillbaka i storleksordningen 50 000.

Pågående och diskuterad utveckling

En liten del av befolkningen svarar för en stor andel av alkoholkonsumtionen. Det har beräknats att inemot 50 procent av konsumtionen faller på de 10 procent som har den största förbrukningen.

Olika uppgifter tyder på en uppåtgående tendens bland kvinnor och ungdom. Debutåldern för starkspritkonsumtion sjunker. Från olika vårdområden rapporteras ett ökande antal kvinnliga missbrukare och missbrukare i yngre åldrar.

Mot denna bakgrund har bl. a. olika förslag av den alkoholpolitiska utredningen antagits av riksdagen i syfte att komma till rätta med missbruksfrågorna. Sedan 1978 har socialstyrelsen ålagts ansvaret för samordningen och verkställandet av statsmakternas alkoholpolitik. Till socialstyrelsen finns knuten en särskild nämnd för alkoholfrågor.

Den 1 januari 1977 trädde lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB) i kraft. Genom lagen har fylleriet avkriminaliserats. Enligt lagens intentioner skall berusade personer omhändertas under medicinskt betryggande former. Lagen ställer krav på insatser från både kommunernas och landstingens sida. Varken kommunerna eller landstingen förfogar ännu över resurser för det förutsatta omhändertagandet. Inom landstingen har därför diskuterats att inrätta särskilda tillnyktringsenheter, där berusade personer vid intagning kan avgiftas samt i övrigt beredas lämplig medicinsk behandling. Sådana enheter har på försök inrättats med såväl landstingskommunal som primärkommunal huvudman.

Förhandlingar pågår om att överföra huvudmannaskapet för de allmänna nykterhetsvårdsanstalterna från staten till landstingen.

3.6.4 Narkomanvård

Uppgifter och ansvar

Åtgärder mot narkotikamissbruk ankommer på många olika organ i samhället, i första hand primärkommuner, landsting, tull, polis och kriminalvård. Sådana åtgärder som avser vård och behandling utgår från den lagstiftning som reglerar sjukvård och socialvård.

Den sociala omvårdnaden och den uppsökande verksamheten ankommer enligt sociallagstiftningen på primärkommunerna. Från denna lagstiftning utgår också de åtgärder som avser vård och behandling. En översiktlig beskrivning av organisationen härför lämnas här nedan.

Organisation

Vårdorganisationen omfattar, förutom den sociala omvårdnaden och uppsökande verksamhet, öppen och sluten vård samt eftervård.

Öppen vård och behandling av narkotikamissbrukare ges till en del inom den reguljära vården vid *läkarmottagningar* och *alkoholpolikliniker*. Särskilda vårdcentraler för narkotikamissbrukare med specialiserad öppen vård i primärkommunal regi med uppsökande, rådgivande, informerande och behandlande funktioner har numera också vuxit fram. I behandlingsteam ingår främst socialarbetare, läkare och psykologer. I januari 1978 fanns 17 statsbidragsberättigade sådana vårdcentraler, flertalet i de större kommunerna. Speciella narkomanvårdsteam har också etablerats inom kriminalvården.

En viktig resurs inom den öppna vården är de s. k. *ungdomsmottagningsarna*. År 1978 fanns sådana på 23 platser.

Sluten vård bedrivs i olika former, bl. a. vid behandlingshem, inom den psykiatriska vårdorganisationen och vid ungdomsvårdsskolor.

Behandlingshemmen, som i många fall drivs av landsting, är avsedda att förstärka den ordinarie sjukvårdsorganisationen och att för narkotikamissbrukare fungera som en sluss tillbaka till samhället. Vid hemmen ges i regel såväl individuell terapi som olika former av gruppterapi. En del hem är organiserade som terapeutiska samhällen. I början av år 1978 fanns 18 behandlingshem med 182 statsbidragsberättigade och ca 60 icke statsbidragsberättigade platser.

Inom den psykiatriska verksamheten existerar i viss utsträckning *särskilda kliniker eller avdelningar* för narkoman- eller toxikomanvård. Platsantalet vid de särskilda avdelningarna är i hela landet ca 470. Flertalet narkotikamissbrukare vårdas emellertid tillsammans med andra patientgrupper inom den slutna psykiatriska vården.

Vid *ungdomsvårdsskolor, barn- och ungdomshem samt barn- och ungdomspsykiatriska kliniker* vårdas narkotikamissbrukare, som inte fyllt 20 år. I nuläget finns 18 ungdomsvårdsskolor med tillsammans ca 500 platser.

Vid sidan av dessa vårdinsatser förekommer även *familjevård*, innebärande att missbrukaren av huvudmannen placeras för vård i enskilt hem. År 1978 fanns ungefär 200 familjevårdsplatser för missbrukare av alkohol och narkotika.

Eftervård erhålles i anslutning till vård vid öppenvårdsenheter och behandlingshem och utgör ett led i den långsiktiga kontakten med missbrukarna. Öppenvårdsenheterna utgör ofta basen för de eftervårdande åtgärderna. Eftervården är framför allt inriktad på att lösa problem rörande utbildning, arbete och bostad efter utskrivning från institution.

Sådan vård bedrivs också i mycket stor omfattning av frivilliga organisationer, t. ex. Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk (RFMA) och Föräldraföreningen mot narkotika. När det gäller olika typer av eftervårdande insatser kan även fackföreningar, klientorganisationer och övrigt föreningsliv spela en betydelsefull roll.

Omfattningen av narkotikamissbruk

Omfattningen av det tunga narkotikamissbruket är svår att bedöma. Några säkra uppgifter om detta finns inte. Efter mycket schematiska skattningar har det aktuella antalet injektionsmissbrukare angetts till mellan 10 000 och 15 000. Mycket tyder på att man inom socialvården och sjukvården får kontakt endast med en ringa del av dessa.

Inom socialdepartementet pågår en utredning om narkotikamissbrukets omfattning i landet. Denna förväntas ge en klarare bild av narkotikasituationen än den som kunnat erhållas genom hittillsvarande uppskattningar av missbrukets omfattning och utbredning. Utredningen beräknas vara klar under hösten 1979.

Pågående och diskuterad utveckling

En livlig debatt pågår om utformningen av narkomanvården. En arbetsgrupp inom socialdepartementet, den s. k. ledningsgruppen för narkotikafrågor, framlade år 1978 ett förslag till aktionsprogram.

I en proposition till riksdagen med anledning av förslaget (prop. 1977/78:105) föreslogs bl. a. utökade statsbidrag till kommuner och organisationer för vårdutbyggnad, medel för förebyggande arbete i skolor, ökad forskning och utvärdering av nuvarande behandlingsformer, särskild utbildning för behandlingspersonal och åtgärder för att förbättra missbrukarnas arbetsmarknadssituation m. m. Riksdagen beslöt enligt propositionen.

3.6.5 Handikappvård inkl. omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda

Definition av handikapp, ansvar och gemensamma mål

Många människor har begränsningar av fysisk, psykisk och intellektuell art och/eller en svag social ställning. Gemensamt för personer med sådana begränsningar är att de har ständiga eller ofta återkommande svårigheter att utan särskilda åtgärder klara sin dagliga livsföring. Det får emellertid betraktas som mer eller mindre omöjligt att närmare ange hur många som är handikappade, eftersom bl. a. utformningen av miljön och samhällets service kan avgöra om ett funktionshinder skall betraktas som handikapp.

Som exempel på omfattningen av handikapp kan nämnas att ca 8 000 är döva, och ca 150 000 är i behov av hörapparat, ca 10 000 är registrerade som synskadade och kända hos läkare och synkonsulenter. Av dessa är ett mindre antal blinda. De flesta har svårigheter att läsa. Ca 800 000 har rörelsehinder. Upp emot en halv procent av befolkningen anses vara utvecklingsstörda (36 000 är registrerade, varav 23 800 vuxna).

Omsorgerna om de handikappade engagerar många olika samhällsorgan. Primärkommunerna bär ansvaret för den uppsökande verksamheten och den sociala omvårdnaden. Kommunerna utger också bostadsbidrag till handikappade. Den ekonomiska tryggheten tillgodoses genom socialförsäkringen. Möjligheter till sysselsättning skapas bl. a. genom statliga utbildnings- och arbetsmarknadsåtgärder. För rehabilitering, habilitering, vård, behandling och handikapphjälpmedel svarar landstingen genom hälso- och sjukvården. Rekreations- och rehabiliteringsverksamhet, konvalescenthem, reumatikersjukhus etc. drivs även som framgår i avsnitt 3.6.12 i viss utsträckning av handikapporganisationer. Dessa bedriver också en omfattande informations-, utbildnings- och konsulentverksamhet m. m.

Målet för insatserna på handikappområdet är att handikappade skall ingå i samhällets gemenskap och få livsvillkor som gör dem likvärdiga med andra. Detta innebär bl. a.

- ekonomisk trygghet,
- till handikappet anpassad bostad,
- tillfredsställande sysselsättning, inkl. lämplig utbildning,
- funktionsförbättrande och funktionsuppehållande medicinsk behandling,
- godtagbara kommunikationsmöjligheter för vistelse utom det egna hemmet och förflyttning till utbildnings- eller arbetsplats etc. samt
- bästa möjliga fysiska och psykiska miljöförhållanden.

Denna inriktning gäller i skiftande kombinationer och med växlande betoning av enskilda delar vården för samtliga grupper handikappade. Vissa handikappgrupper faller dock delvis utanför det mönster som tidigare beskrivits för olika omsorger. Detta gäller främst personer med nedsatt hörsel eller upphävd hörsel eller syn, i vissa fall med båda dessa handikapp i kombination, samt vissa psykiskt utvecklingsstörda.

Den medicinska vård som ingår i handikappomsorgerna omfattar förutom slutna vård – vanligen i form av återkommande korta vårdperioder – en fortlöpande vård vid öppenvårdsmottagningar och behandlingscentraler, knutna till sjukhus eller vårdcentraler.

Från år 1976 har landstingen hela ansvaret för försörjningen med tekniska hjälpmedel åt handikappade. De erhåller statsbidrag för detta ändamål beräknat på grundval av befolkningsunderlaget. Denna verksamhet är inom landstingen knuten till s. k. *hjälpmedelscentraler*.

Hörselvård

Hörselvården har såväl medicinska, tekniska som pedagogiska och rehabiliterande inslag. Inom varje landstingsområde finns hörcentraler, i regel knutna till sjukhusens öronkliniker. Vid hörcentralerna sker utprovning av hörapparater och andra tekniska hjälpmedel för döva och hörselskadade. Hörcentralerna, som år 1975 uppgick till ett 70-tal, handhar också hjälpmedelsservice åt dessa grupper.

Den pedagogiska verksamheten bedrivs bl. a. i form av förskoleundervisning och hemundervisning samt informations- och kursverksamheter. För ledningen av denna verksamhet finns i varje landsting hörselvärdskonsulenter.

Grundskoleundervisning för hörselskadade elever ges dels vid statens skolor för hörselskadade (specialskolor i Härnösand, Stockholm, Örebro, Vänersborg och Lund), dels i form av specialundervisning i den kommunala grundskolan. Därtill kommer en specialskola för elever med komplicerande handikapp (Gnesta). Särskild gymnasial utbildning och folkhögskoleundervisning finns också på några platser i landet.

Vård av synskadade

Åtgärderna avseende synskadade (blinda och synsvaga) är liksom hörselvärdens av medicinsk, teknisk, pedagogisk och rehabiliterande natur.

Den s. k. optiska rehabiliteringen har på senare tid ägnats ökad uppmärksamhet. Optisk rehabilitering innebär att man bl. a. genom optiska hjälpmedel och synträning försöker ta tillvara de synrester som finns kvar hos den synsvaga. Denna rehabilitering bedrivs i allt fler landsting vid särskilda syntekniska avdelningar, *syncentraler*, i regel knutna till länsjukhusens ögonkliniker.

Den pedagogiska verksamheten inom synvården bedrivs främst i form av statlig stödverksamhet för förskolebarn, integrerad undervisning i grundskolan samt undervisning vid statliga specialskolor (Tomtebodaskolan i Solna och Ekeskolan i Örebro). Vidare anordnas i statlig regi anpassnings- och omskolningskurser samt yrkesundervisning för vuxna synskadade.

Omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda

Den s. k. omsorgslagen, som ersatte tidigare lag om psykiskt efterblivna, trädde i kraft år 1968.

Enligt omsorgslagen åvilar ansvaret för vård och undervisning landstingen vad avser individer som företer hämmad förståndsutveckling och som för sin utbildning eller anpassning i samhället eller i övrigt behöver särskilda omsorger (psykiskt utvecklingsstörda).

Landstingen har enligt lagen att upprätta en plan för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. Planen skall uppta skolor och vårdanstalter av olika typer med angivande av antal platser samt organ för öppen vård. Omsorgslagen föreskriver också att i varje landsting skall finnas en *omsorgsstyrelse*.

Undervisning och övriga omsorger om psykiskt utvecklingsstörda har utvecklats kraftigt sedan den nuvarande omsorgslagen trädde i kraft. Omsorgerna har alltmer inriktats på integration och normalisering i såväl undervisning som boende och verksamhet.

Utvecklingen inom särskolan präglas av en väsentlig omdaning. Antal elever som får undervisning och träning i särskolan har under 10-årsperioden efter 1968 mer än fördubblats.

Eleverna i särskolan bor i ökad utsträckning hemma eller i mindre elevhem som är fristående från skolorna. Nya särskolor byggs integrerat med andra skolformer. Särskolans förskola integreras alltmer med den ordinarie förskolan.

Undervisningsverksamheten står under tillsyn av skolöverstyrelsen. Socialstyrelsen har högsta tillsynen över medicinsk vård, vårdhem, daghem, dagcenter, inackorderingshem etc.

För vuxna utvecklingsstörda har under de senaste åren ett betydande antal inackorderingshem tillkommit. Många utvecklingsstörda har efter en tid i inackorderingshem kunnat flytta ut i eget boende.

Mer än hälften av de psykiskt utvecklingsstörda bor nu i föräldrahemmet, i annat enskilt hem eller i egen bostad. Den öppna dagcenterverksamheten har också kraftigt byggts ut.

Av vuxna utvecklingsstörda har drygt 15 procent (ca 3 600) ett ordnat arbete, ungefär hälften på den öppna marknaden och den återstående hälften på skyddade verkstäder.

Utbyggnaden av omsorgsverksamheten belyses av landstingens samlade utgifter på området. År 1968 uppgick dessa till ca 300 milj. kronor och år 1977 till 1 500 milj. kronor.

En översyn av omsorgsfrågorna pågår inom ramen för den av regeringen tillsatta utredningen avseende omsorgerna för psykiskt utvecklingsstörda, psykotiska barn och flerhandikappade.

Pågående och diskuterad utveckling inom hela handikappområdet

Samhällets insatser på handikappområdet – som radikalt förändrat de handikappades situation – är vittomfattande och i kostnadshänseende ökande år från år. Nya åtaganden av samhället tillkommer ständigt i takt med den allmänna utvecklingen. I hög grad har handikappstödet karaktär av statsbidrag till samhällsorgan, handikapporganisationer och enskilda för särskilda

ändamål. Samordningen av de olika omsorgerna om de handikappade åligger primärkommunerna enligt socialhjälpslagen.

I den debatt som förts om handikappfrågorna har integrering och normalisering fastslagits som de vägledande grundsatserna. Mot bakgrund härav har bl. a. i direktiven till ovannämnda utredning om bl. a. omsorgerna om de psykiskt utvecklingsstörda ifrågasatts huruvida det även i fortsättningen skall finnas särregler som markerar vissa handikappade som särskilda grupper i samhället.

Förslag om sysselsättning för handikappade har nyligen framlagts i ett delbetänkande från sysselsättningsutredningen, *Arbete åt handikappade* (SOU 1978:14).

3.6.6 *Familjerådgivning*

Ansvar och uppgifter

Allmän familjerådgivning infördes efter förslag av 1955 års familjerådgivningskommitté (SOU 1957:33, prop. 1960:135).

Familjerådgivningsverksamheten regleras genom kungörelsen (SFS 1960:710) om statsbidrag till försöksvis anordnad familjerådgivning. Enligt denna omfattar verksamheten "rådgivning och behandling i samband med konfliktsituationer i äktenskap och familj samt upplysningsverksamhet om samlevnadsproblem". Familjerådgivningen får även omfatta stöd och rådgivning åt abortsökande kvinnor.

Familjerådgivningens uppgift är i dag framförallt att tillhandahålla samtalsbehandling för bearbetning av konflikter mellan två eller flera individer i en familjegemenskap.

Berättigade till statsbidrag är landsting och primärkommuner som inte tillhör landsting. Dåvarande medicinalstyrelsen utfärdade genom cirkulär år 1962 bl. a. anvisningar för den statsunderstödda familjerådgivningsverksamheten. Här angavs att rådgivningen kan organiseras enligt olika alternativ – som fristående byråer eller byråer förlagda till sjukhus, under ledning av läkare, kurator eller båda dessa personalkategorier gemensamt.

Organisation och omfattning

Antalet familjerådgivningsbyråer uppgick år 1978 till 45. Till byråerna kan vara knutna filialer, som betjänas av personal från byråerna. Av byråerna lyder 35 under landsting och 10 under primärkommuner. Endast två landstingsområden saknar av landsting drivna familjerådgivningsbyråer.

Flertalet byråer sorterar inom landstingen under social nämnd. Endast i några enstaka fall lyder verksamheten under en organisation för hälso- och sjukvård.

Familjerådgivning bedrivs även i viss utsträckning av kyrkliga och eumeniska föreningar.

Pågående och diskuterad utveckling

Familjerådgivningsverksamheten bedöms ännu inte vara tillräckligt känd och utnyttjad av allmänheten. Ett latent icke tillgodosett behov anses fö-

religga. Uppgifterna har ökat till följd av dels den obligatoriska medlingens avskaffande, dels sloandet av barnavårdsmannainstitutionen.

Socialutredningen har i sitt betänkande Socialvården, mål och medel (SOU 1974:39) föreslagit att familjerådgivningen görs till en i lag reglerad uppgift. Detta skulle bl. a. medverka till en för allmänheten ökad kännedom om denna verksamhet.

Beträffande huvudmannaskapet har socialutredningen funnit övervägande skäl tala för att familjerådgivningen knyts till primärkommunerna. Bidrag till byråer drivna av annan än offentlig huvudman har förutsatts kunna utgå även i fortsättningen.

I regeringens proposition 1979/80:1 om socialtjänsten framhåller föredragande statsrådet att enligt hans mening starka skäl talar för att familjerådgivningen får primärkommunalt huvudmannaskap och att kommunerna själva får bestämma över verksamhetens organisation. Frågorna om familjerådgivning bör emellertid, anser han, belysas av en ytterligare utredning, bl. a. med hänsyn till deras nära samband med den psykiska barn- och ungdomsvården.

3.6.7 Arbetarskydd

Verksamheten inom arbetarskyddet avser åtgärder som erfordras för att förebygga att arbetstagare ådrager sig ohälsa eller drabbas av olycksfall genom arbetet. En del av arbetarskyddet utgörs av företagshälsovården, som tidigare behandlats i särskilt avsnitt 3.2.12.

Ansvar, organisation

Efter förslag av 1970 års arbetsmiljöutredning (SOU 1976:1) fattade riksdagen beslut om en arbetsmiljölag, gällande fr. o. m. den 1 juli 1978.

Lagen är i princip allmängiltig och omfattar all verksamhet, i vilken arbetstagare utför arbete för arbetsgivares räkning. Den gäller således även för statlig och kommunal verksamhet, t. ex. allmän förvaltning, skolväsende och arbete inom hälso- och sjukvården. Lagen innehåller – förutom vissa allmänna föreskrifter om åtgärder till förebyggande av ohälsa och olycksfall – särskilda bestämmelser om arbetstidens förläggning, bestämmelser om minderårigas arbete samt samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare, tillsyn av lagen och ansvarsförhållanden.

När det gäller samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare föreskrivs att *skyddsombud* skall finnas på alla arbetsställen med minst fem arbetstagare, men även på mindre om förhållandena så kräver. Vid arbetsställe med mer än ett skyddsombud skall dessutom finnas *huvudskyddsombud*.

Skyddskommittéer med representanter för både arbetsgivare och arbetstagare skall finnas vid arbetsställen med minst 50 arbetstagare. Sådan kommitté kan inrättas även vid arbetsställen med ett mindre antal anställda, om detta begärs av arbetstagarna.

Den centrala ledningen och förvaltningen på området liksom tillsynen över arbetsmiljölagens efterlevnad handhas av *arbetarskyddsstyrelsen*. Tillsynen utövas närmast av *yrkesinspektionen* och *kommunala tillsynsmän*. Yrkesinspektionens verksamhet är uppdelad i 19 distrikt, som dock alla har gränser som sammanfaller med länsgränserna.

Förvaltnings- och tillsynsuppgifter åvilar härutöver vissa myndigheter för

speciella områden, t. ex. statens industriverk, statens livsmedelsverk, statens naturvårdsverk och särskilda tillsynsorgan för statlig verksamhet.

Arbetsmiljölagen utgår från de förändringar inom olika yrkesmiljöer som följer av den tekniska utvecklingen. Nya kunskaper och värderingar har påverkat synen på arbetslivets villkor. Rätten till ett så riskfritt och meningsfullt arbete som möjligt anses vara av grundläggande betydelse. Arbetsförhållandena skall anpassas till människans förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Huvudansvaret för arbetsmiljön skall liksom tidigare ligga på arbetsgivaren. Arbetstagarna förutsätts dock få ökat inflytande genom avtal och skyddskommittéer.

3.6.8 Arbetsvård

Med arbetsvård avses alla de arbets- och yrkesinriktade åtgärder som är nödvändiga för att ge handikappade möjligheter till ett friare yrkesval och ge dem bästa möjliga trygghet och anpassning i arbetslivet. Med handikappad avses i detta sammanhang den som på grund av fysiskt, psykiskt, intellektuellt eller socialt arbetshinder har eller väntas komma att få svårigheter att få eller behålla ett arbete. Verksamheten är statlig eller statsunderstödd.

Centralt organ för arbetsvården är arbetsmarknadsstyrelsen (AMS).

Det statliga organet på det lokala planet är länsarbetsnämnden. Nämnden handhar arbetsförmedling, yrkesvägledning, ungdomsförmedling, arbetsvårdsexpedition för placering, omskolning eller andra särskilda åtgärder för arbetshandikappade.

Andra institutioner för arbetsvård är arbetsvårdsinstitut, tränings- och provningsverkstäder samt skyddade verkstäder. Dessa drivs av landsting eller primärkommuner. Vid instituten och vid tränings- och provningsverkstäderna tränas och prövas klienterna, innan de placeras i arbete på öppna marknaden. Om placering på arbetsmarknaden inte är möjlig kan övervägas placering vid skyddad verkstad. Detta innebär i många fall en stadigvarande placering i ett arbete, som inte arrangerats i vinstgivande syfte och som kan anpassas till den handikappades arbetsförmåga.

Antalet sökande med arbetshandikapp har under senaste åren beräknats till omkring 65 000. Fortfarande föreligger stora svårigheter att bereda arbete åt handikappade på den öppna arbetsmarknaden.

Pågående och planerad utveckling

I december 1977 fattade riksdagen beslut om ny organisation för det *skyddade arbetet* och för den *yrkesinriktade rehabiliteringen* inom arbetsvården. Avsikten är att den nya organisationen skall kunna träda i kraft den 1 januari 1980. Organisationen kommer att ge sysselsättning för 30 000 personer inkl. arbetsledarna. Riksdagens beslut innebär kortfattat följande:

I varje län bildas en regional *stiftelse* för skyddat arbete. Inom dessa stiftelser har staten och landstingen ett gemensamt ansvar för den skyddade verksamheten. Staten skall dock svara för samtliga kostnader. De regionala stiftelserna övertar allt ansvar för drift av verkstäder för skyddat arbete, kontorsarbetscentraler, industriella beredskapsarbeten och hemarbete.

För samordning, marknadsföring m. m. bildas en central stiftelse, *Stiftelsen Samhällsföretag*. Denna övertar till stor del de uppgifter inom området, som nu ankommer på AMS och kommunförbunden.

Arbetsprövning, arbetsträning, omställnings- och träningskurser (OT-kurser) och kurserna Arbetsliv och utbildning (ALU) samordnas i en gemensam organisation under statligt huvudmannaskap. I denna organisation inordnas även den arbetspsykologiska verksamhet, som nu handhas av fristående institut.

Ett fristående institut för forskning och metodutveckling skall vidare enligt principbeslut av riksdagen inrättas.

3.6.9 Kriminalvård

Olika statliga utredningar har på senare tid granskat förhållandena inom kriminalvården. Från den 1 jan. 1974 gäller ny lag om kriminalvård i anstalt (SFS 1974:203).

Den centrala ledningen av kriminalvården, som är statlig, utövas av kriminalvårdsstyrelsen.

Den *anstaltsorganisation*, som f. n. är under uppbyggnad, skiljer i princip på två typer av anstalter, rixanstalter och lokalanstalter. På rixanstalter placeras framför allt intagna med mycket långa strafftider, där säkerhetsaspekter och samhällsskyddet väger tyngst. Rixanstalterna är direkt underställda kriminalvårdsstyrelsen. På lokalanstalter placeras intagna, vilkas strafftid är ett år eller mindre. Meningen är att den intagne under anstaltstiden skall vara placerad så nära sin hemort som möjligt för att kunna hålla kontakt med anhöriga och sociala organ som arbetsförmedling etc.

År 1976 fanns i landet 22 rix- och 50 lokalanstalter med sammanlagt 4 300 platser. Antalet intagna uppgick 1975-04-01 till ungefär 3 300.

Kriminalvården i frihet handhas av en skyddskonsulentorganisation, som år 1976 omfattade 46 skyddskonsulentdistrikt. En ökning av antalet distrikt förutses. Denna organisation handhar framförallt övervakningen av frivårds-klientel.

Antalet personer under övervakning inom frivården utgjorde 1 april 1975 ca 17 000.

Kroppssjukvård vid kriminalvårdsanstalterna ombesörjs av arvodesanställda läkare. De större anstalterna har särskilda avdelningar för kroppssjukvård och psykiatrisk verksamhet. Avsikten är dock inte att kriminalvården skall bygga upp en egen avancerad sjukvårdsorganisation. Intagna som är i behov av mera kvalificerad sjukvård skall ha möjlighet att erhålla denna vård vid sjukhus (motsvarande).

Särskilda problem erbjuder vården av narkotikamissbrukare på anstalt. Av alla intagna på kriminalvårdsanstalterna åren 1974-1975 utgjordes 25 procent av missbrukare. Motsvarande andel inom frivården var ca 14 procent. Resurser för att mera långsiktigt behandla de psykologiska och sociala problem som ligger bakom narkotikamissbruket har hittills saknats. Speciella behandlingsteam har numera tillkommit för att i samarbete med samhällets övriga vårdresurser söka erbjuda hjälp åt kriminalvårdens narkotikamissbrukare.

Pågående och diskuterad utveckling

De senaste årens reformering av kriminalvården har inneburit en kraftig satsning på vård utom anstalt. Innebörden härav är en resursmässig förstärkning, såväl kvantitativt som kvalitativt. Verksamheten har tillförts ökade personella resurser liksom platser vid frivårdshotell, inackorderingshem, behandlingshem o. d. Kvalitativa förbättringar har skett genom ökade resurser för socialmedicinsk och psykiatrisk verksamhet.

En viktig princip som ligger till grund för kriminalvårdspolitiken är att alla de resurser i form av socialvård, sjukvård, utbildning och arbete, som står medborgarna till buds också skall vara öppna för kriminalvårdsklientelet.

3.6.10 Rättsmedicin

Med rättsmedicinska undersökningar avses bl. a. rättsmedicinska obduktioner, rättsmedicinska laboratorieundersökningar och rättsmedicinska undersökningar av levande personer. De flesta undersökningarna kan räknas till kategorin dödsorsaksundersökningar.

Uppgifter

Rättsväsendets behov av rättsmedicinsk service tillgodoses genom statens rättsläkarstationer och – när det gäller levandeundersökningar – främst genom den reguljära sjukvårdsorganisationen. Viss del – framförallt dödsorsaksundersökningar – görs av annan läkare än rättsläkare. Rättsläkarna utför de svårare och mer tidskrävande undersökningarna.

Den rättsmedicinska verksamheten regleras i första hand av instruktionen för statens rättsläkarstationer (SFS 1974:594). Av betydelse för verksamheten är även den allmänna läkarinstruktionen, folkbokföringsförordningen, begravningskungörelsen samt olika föreskrifter om dödsbevis och obduktion m. m.

Rättsläkarstationernas huvudsakliga uppgift är enligt instruktioner att utföra rättsmedicinska undersökningar och härvid biträda de rättsvårdande myndigheterna med av dem begärda undersökningar och utlåtanden.

Organisation

Chefsmyndighet för rättsläkarstationerna är socialstyrelsen. I landet finns för närvarande sammanlagt sex rättsläkarstationer. Av dessa är tre anknutna till universiteten i Uppsala, Lund resp. Stockholm (Karolinska institutet). De övriga tre stationerna i Linköping, Göteborg och Umeå är samlokaliserade med sjukhus på platsen utan organisatorisk koppling till dessa. Organisationen förfogade år 1973 över sammanlagt 12,5 rättsläkartjänster.

Socialstyrelsen är också chefsmyndighet för statens rättskemiska laboratorium, som bl. a. har till uppgift att utföra undersökningar av rättsmedicinsk och blodgruppserologisk art. Laboratoriet är placerat i Linköping.

Omfattning

Antalet rättsmedicinska undersökningar vid statens rättsläkarstationer uppgick för hela landet år 1960 till knappt 2 000, 1970 till ca 7 500 och år 1978 till drygt 12 000. Den tidigare kraftiga ökningen av s. k. enkla dödsorsaksundersökningar har numera avstannat.

Pågående och diskuterad utveckling

Den rättsmedicinska verksamheten har under de senaste åren varit föremål för granskning i olika sammanhang. Bl. a. har en sådan översyn genomförts av riksrevisionsverket. På grundval härav har en rad åtgärder vidtagits för att effektivisera det rättsmedicinska undersökningsväsendet. Därvid har rikspolisstyrelsen infört ett nytt blankettsystem, som gör det möjligt att förlöpande följa den totala efterfrågan på rättsmedicinsk service i landet. Vidare har inom statens rättsläkarstationer genomförts ett arbete i avsikt att kontinuerligt erhålla en erfarenhetsåterföring inom det löpande arbetet.

Den rättsmedicinska organisationen har vidare behandlats av den beredningsgrupp inom socialdepartementet, som sett över socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation m. m. (SoS-gruppen). På grundval härav anmäler föredragande statsrådet i prop. 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. sin avsikt att föreslå regeringen att tillkalla en särskild utredningsman med uppgift att skyndsamt kartlägga behovet och omfattningen av rättsmedicinsk service samt närmare utreda i vilka organisatoriska former denna service skall tillhandahållas. Därvid bör, framhåller föredraganden, särskilt belysas förutsättningarna för att föra över det rättsmedicinska undersökningsväsendet till sjukvårdshuvudmännen. Om förutsättningar föreligger för ett ändrat huvudmannaskap bör, framhålls i propositionen, utredningsresultaten läggas till grund för förhandlingar med berörda landstingskommuner om ett övertagande av huvudmannaskapet för den rättsmedicinska verksamheten.

I propositionen framhålls också att organisationen och administrationen av det rättskemiska laboratoriet bör ses över. Socialstyrelsen bör enligt föredraganden fortfarande vara chefmyndighet för laboratoriet men vissa administrativa funktioner bör kunna knytas till universitetet i Linköping. Utredningsuppdraget kan enligt föredragandens mening läggas på den utredningsman, som enligt det föregående bör tillkallas för att se över den rättsmedicinska organisationen.

3.6.11 Rättspsykiatri

Uppgifter

Rättspsykiatrisk undersökning utföres efter beslut av domstol, när någon som begått brott misstänkes vara psykiskt sjuk. Utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning skall innehålla dels uttalande om förutsättningar att bereda den misstänkte vård med stöd av LSPV eller vård i specialsjukhus med stöd av omsorgslagen, dels om den misstänktes sinnesbeskaffenhet

vid gärningens begående. Även annan åtgärd än slutna psykiatrisk vård kan rekommenderas i utlåtandet.

Organisation

Staten är med socialstyrelsen som chefmyndighet för närvarande huvudman för den rättspsykiatriska organisationen. Vid de rättspsykiatriska stationerna utförs undersökningar av personer som inte är häktade. Motsvarande undersökningar av häktade personer utförs på rättspsykiatrisk klinik. För närvarande finns fem stationer och fyra kliniker med en sammanlagd personalstyrka av ca 250 personer (läkare, psykologer och kuratorer, vårdpersonal). – Kliniker finns i Uppsala, Lund och Göteborg samt Stockholm. Vidare kommer den rättspsykiatriska station som för närvarande finns i Umeå att omvandlas till rättspsykiatrisk klinik, vilken också avses komma att bedriva psykiatrisk vårdverksamhet.

Diskuterad utveckling

I Betänkandet "Psykiskt störda lagöverträdare" (SOU 1977:23) har en särskilt tillkallad utredning (den s. k. Bexeliusutredningen) framlagt vissa förslag till ändringar i påföljderna för dessa lagöverträdare. Därvid har också föreslagits vissa åtgärder för att avhjälpa brister i det rättspsykiatriska undersökningsväsendet. I förslag till principprogram för psykiatri (Socialstyrelsen redovisar 1978:5) och i Regionsjukvårdsutredningens betänkande föreslås att rättspsykiatrin i framtiden närmas allmänpsykiatrin och ges ett vårdansvar för särskilt vårdkrävande patienter. Det föreslås tillskapas en regional organisation inom varje sjukvårdsregion för dessa uppgifter. På sikt innebär detta att de nuvarande RPK-stationerna avvecklas liksom nuvarande riksenheter för särskilt vårdkrävande patienter. Inom socialstyrelsen har en särskild arbetsgrupp tillsatts för att närmare utreda förutsättningarna för och förbereda en sådan utveckling.

Resursansvaret för den rättspsykiatriska organisationen föreslås även i fortsättningen åvila staten. Detta innebär att staten planerar och bestämmer vilka resurser organisationen skall ha och erlägger full ersättning för de faktiska kostnaderna. Driftansvaret föreslås däremot bli överfört till landstingen. Den sålunda föreslagna ordningen förutsätter givetvis förhandlingar mellan staten och berörda landsting.

Den rättspsykiatriska verksamheten har även behandlats av den beredningsgrupp inom socialdepartementet, som sett över socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. (SoS-gruppen). På grundval härav anser föredragande statsrådet i prop. 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m., att starka skäl talar för en bättre integrering av rättspsykiatrin med den allmänpsykiatriska vården. Denna integrering bör bäst kunna uppnås, framhåller föredraganden, om hela huvudmannaskapet läggs över på landstingen. Statens förhandlingsnämnd bör därför få i uppdrag att ta upp förhandlingar med berörda landstingskommuner om ett överförande av huvudmannaskapet för den rättspsykiatriska verksamheten. Här-

vid bör hänsyn tas till ett eventuellt upprättande av särskilda vårdresurser inom den rättspsykiatriska vårdorganisationen för vissa grupper inom kriminalvården samt behoven av en gemensam vårdorganisation för rättspsykiatri och särskilt vårdkrävande patienter. Frågan om hur existerande resurser skall användas för detta ändamål bör också särskilt beaktas.

3.6.12 *Konvalescentvård, rekreation och rehabilitering*

Rehabiliterande och hälsobefrämjande verksamhet bedrivs i en del fall av stat och landsting men oftast av enskilda huvudmän.

Riksförsäkringsverkets sjukhus har inriktning på kvalificerad medicinsk vård och rehabilitering. Sjukhusen, som är belägna i Nynäshamn och Tranås, ägs av folkpensioneringsfonden och drivs av AB Kurortsverksamheten. Sammanlagt uppgår platsantalet till ca 500.

Till en början mottog de tre sjukhusen huvudsakligen patienter som led av reumatiska sjukdomar, nervösa åkommor eller astma. Dessa diagnosgrupper dominerar alltjämt. Flera nya grupper har emellertid tillkommit. Vården är numera mera rehabiliteringsinriktad än tidigare. Sjukhusen har bl. a. erhållit röntgenavdelningar och annan utrustning för kvalificerad diagnostik, t. ex. klinisk fysiologi.

Ett flertal *handikapporganisationer* äger och driver rekreations- och rehabiliteringsanläggningar av olika slag. Det förekommer också att organisationer utnyttjar anläggningar med annan huvudman för liknande verksamhet.

Enligt en år 1975 genomförd inventering fanns i landet 53 anläggningar, avsedda för handikappade, där olika aktiviteter förekom som kursverksamhet, semester- och lägervistelse samt rehabilitering.

Bland de större anläggningarna kan nämnas Tranåsbaden, stiftelsen Sommarsol, friluftsgården Dellenborg och hotell Årevidden, vilka ägs av De handikappades riksförbund (DHR), stiftelsen aktiveringshemmet Mälargården, som ägs av Riksförbundet för trafik- och polioskadade (RTP), Diabetesgården Nordanede (Diabetesförbundet) stiftelsen Almåsa (Synskadades riksförbund) och Humlegården i Sigtuna, som ägs av Neurologiskt handikappades riksförbund (tidigare MS-förbundet).

För rehabiliteringsinriktad och hälsofrämjande verksamhet finns också *hälsobrunnar* eller *kurorter* med gamla anor. De äldsta är Medevi, Loka, Sättra och Söderköpings brunn. Dessa kurorter har en starkt säsongbunden verksamhet. Några kurorter är öppna året om.

Målet för vården har angivits vara "att ge en kvalificerad medicinsk vård och skapa en rofylld atmosfär utan hets och effektivitetsjakt".

Vid kurorterna mottas reumatiker, hjärtsjuka, rörelsehindrade, polioskadade och patienter med multipel skleros (MS) m. fl.

Vissa av kurorterna har godkänts som enskilda vårdhem.

Vissa behandlingshem kan inrymmas under den mer moderna beteckningen *hälsohem*. Vid sådana mottas såväl patienter med eller utan läkarremiss som sådana som mera allmänt vill förbättra sin hälsa. Hemmen inbjuder också till bantningskurer, fasta eller allmän motionsträning etc.

En del av hälsohemmen går mer eller mindre konsekvent in för en vegetarisk kosthållning.

Hälsohemmen finns i ett relativt stort antal i landet. Som exempel på hälsohem kan nämnas Tallmogården i Sunnansjö och Alfta kurhem i Alfta, vilka är godkända som enskilda vårdhem.

Inom socialstyrelsen har påbörjats en utredning om hälsohemmens verksamhet m. m. Arbetet har inriktats på att i första hand skapa en grund för socialstyrelsens mer långsiktiga engagemang när det gäller att stödja utvecklingen av ifrågavarande verksamhet.

3.7 Huvudmannaskap

Med *huvudmannaskap* avses som regel ett lagstadgat ansvar för att olika slag av tjänster tillhandahålls. Detta ansvar behöver inte innebära skyldighet att själv svara för driften av verksamheten. Även frivilliga åtaganden kan i detta sammanhang jämföras med huvudmannaskap.

De *offentliga huvudmännen* för hälso- och sjukvård utgörs av landstingen och de landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland (i utredningen likställda med landstingen) samt i viss mån även staten och primärkommunerna.

Landstingens samlade huvudmannaskap regleras ytterst av den för landsting och primärkommunerna gemensamma kommunallagen som trädde i kraft den 1 juli 1977. Den grundläggande lagbestämmelsen om landstingens kompetens fastslår att landstingskommun får själv vårda sina angelägenheter. När det gäller sjukvården är åläggandena och huvudmannaskapet främst knutet till det ansvar som sjukvårdslagen anger. Landstingens ansvar för tandvården regleras i en särskild folktandvårdslag. För den individinriktade hälsovården finns inget särskilt reglerat ansvar i lagstiftningen. Sådan vård under frivilligt åtagande förekommer dock i stor omfattning som en följd av det landstingskommunala huvudmannaskapet för sjukvården. En redogörelse för kommunallag, sjukvårdslag och folktandvårdslag m. m. har lämnats i kapitel 2.

Statens huvudmannaskap är liksom primärkommunernas relativt begränsat när det gäller hälso- och sjukvården. Huvudmannaskapet omfattar två undervisningssjukhus (karolinska och akademiska sjukhusen), viss reumatiker- och förbandssjukvård och -tandvård, viss skolhälsovård, rättsmedicinska och rättspsykiatriska institutioner samt några laboratorier.

Primärkommunernas huvudmannaskap inom den egentliga hälso- och sjukvårdssektorn är, om man frånsäger de landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland, i stort sett begränsat till viss socialläkarverksamhet, skolhälsovård, företagshälsovård för den egna personalen samt viss medicinsk vård och tillsyn på ålderdomshem. Primärkommunerna svarar däremot för den allmänna hälsovården enligt bl. a. hälsovårdsstadgan.

Vid sidan av den offentliga hälso- och sjukvården erbjuds vård även genom *enskilda vårdgivare*. Dessa vårdgivare svarar i första hand för tandvård, öppen sjukvård, företagshälsovård och sjukhemsvård. Den enskilda tandvården är därvid av stor omfattning. I avseende på antalet tandläkare är denna jämförbar med folktandvården.

Till hälso- och sjukvården gränsar, som framhållits i avsnitt 3.6, ett stort antal *andra verksamheter*, som till stor del lyder under andra huvudmän än landstingen. De flesta åvilar staten, primärkommunerna, vissa intresseorganisationer och företag.

Vi begränsar vår redovisning i övrigt av huvudmannaskapsförhållandena till en schablonmässig uppställning i följande tablå. Redovisningen gör inte anspråk på att vara fullständig. Den bör ändå översiktligt spegla fördelningen av ansvaret för hälso- och sjukvården samt vissa därtill angränsande verksamheter. Kaitalets tidigare innehåll har i vissa avseenden givit kompletterande information om dessa förhållanden.

Huvudmannaskap för hälso- och sjukvården och angränsande verksamheter

Vårdområde	Huvudman			
	Landsting	Staten	Primärkommuner	Organisationer, företag och enskilda
Sluten sjukvård	Somatisk korttidsvård Somatisk långtidsvård Psykiatrisk vård	Karoliska sjukhuset (KS) Akademiska sjukhuset (UAS) Viss reumatiker- vård (riksförsäkringsverket)		Enskilda sjukhem Viss reumatisk vård m. m.
Öppen hälso- och sjukvård	Öppenvård vid sjukhus Öppen specialistvård utanför sjukhus Allmänläkarvård Distriktsvård	Motsvarande vid KS och UAS		Öppen specialistvård och allmänläkarvård (allmän praktik) Sjukgymnastisk verksamhet
Medicinsk service	Medicinsk service vid främst sjukhus	Med. service vid KS, UAS och vissa centrala laboratorier		Röntgen och viss laboratorieservice
Sjuktransporter	Sjuktransporter (vägbundna)	Flyg Helikopter	Räddningstjänst	Taxi (på uppdrag)
Tandvård	Tandvård 0–19 år Viss vuxentandvård Specialisttandvård inom folktandvården	Vid vissa odontologiska fakulteter		Övergångsvis ungdomstandvård 17–19 år Vuxentandvård
Förbandssjukvård Förbandstandvård		Förbandssjukvård och viss tandvård		
Skolhälsovård (knuten till skolhuvudmannaskapet)	Del av gymnasieskolan Vissa folkhögskolor Särskolor	Specialskolor för vissa handikappade	Grundskola och gymnasieskola	Vissa folkhögskolor

Studierandehälsövård				Studierandehälsövård (kårsortsnamnder)
Företagshälsövård	För egen personal	För egen personal	För egen personal	Företagshälsövård för anställda
Annan förebyggande verksamhet	Förebyggande verksamhet i form av hälsokontroller, vaccinationer, specialmottagningar	Förebyggande verksamhet i olika former		Förebyggande verksamhet i olika former
Allmän hälsövård		Länsstyrelse och länsläkarorganisationer	Allmän hälsövård	
Socialvård Barna- och ungdomsvård		Ungdomsvårdsskolor	Socialvård	
Vård av alkoholskadade	Institutionsvård Halvöppna vårdformer Medicinsk vård av alkoholister	Nykterhetsvårdsanstalter Institutionsvård Alkoholpolikliniker	Institutionsvård Halvöppna vårdformer Vissa läkarmottagningar Alkoholpolikliniker Förebyggande verksamhet	Institutionsvård Halvöppna vårdformer Läkarmottagningar
Narkomanvård	Öppen vård och sjukhusvård	Ungdomsvårdsskolor m. m.	Förebyggande och uppsökande verksamhet Öppen vård Behandlingshem Familjevård	Behandlingshem och andra verksamheter
Handikappvård	Medicinsk vård och behandling Hjälpmiddelscentraler Hörcentraler Pedagogisk hörselvård Synhjälpcentraler Omsorgsverksamhet	Utbildning Sysselsättning Specialskolor	Uppsökande verksamhet Social omvårdnad Undervisning	Rekreations- och rehabiliteringsverksamhet Informations-, utbildnings- och konsulentverksamhet m. m.
Familjerådgivning	Familjerådgivning		Familjerådgivning	
Arbetarskydd		Arbetarskyddsstyrelsen Yrkesinspektionen		Arbetarskyddet i företagen
Arbetsvård	Arbetsvårdsinstitutioner etc. Skyddade verkstäder	Arbetsvård	Skyddade verkstäder	

Kriminalvård		Kriminalvård
Rättspsykiatri		Rättspsykiatri
Rättsmedicin		Rättsmedicin ^a
Konvalescenthem m. m.	Konvalescent- hem, rekreations- hem, rehabilite- ringsinstitutioner	Konvalescenthem, hälso- hem, rekreationshem, rehabiliteringsinstitutio- ner

^a Vissa av undersökningarna sker inom landstingens reguljära sjukvårdsorganisation.

3.8 Landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation

3.8.1 Politisk organisation

Landstingens politiska organisation regleras dels i kommunallagen, dels i sjukvårdslagen.

Det högsta beslutande organet inom landstingskommunen är *landstinget*. Förvaltning och verkställighet ankommer på *förvaltningsutskottet och övriga nämnder*.

Ledningen av den sjukvårdande verksamheten utövas av en *sjukvårdsstyrelse*. Förvaltningsutskottet kan utgöra sjukvårdsstyrelse. En sådan samordning av funktionerna tillämpades år 1977 i åtta av landets landsting.

Närmast under sjukvårdsstyrelsen kan tillsynen vid och ansvaret för förvaltningen av sjukhus och annan sjukvårdande verksamhet utövas av en *direktion*. I fem landsting fungerade år 1977 sjukvårdsstyrelsen som *direktion*. Antalet direktioner inom varje landstingsområde kan variera. Vanligtvis uppgår antalet till mellan tre och fem.

Under senare år har landstingsverksamheten fått en sådan omfattning att förtroendemän engagerats på heltid eller deltid både centralt och lokalt inom landstingen. Politikerna har engagerats på förtroendemannaposter som *landstingsråd* eller *heltids- eller deltidsanställda ordförande*. För oppositionspartierna har tillkommit förtroendemannaposter som *oppositionsråd/ minoritetsföreträdare*.

3.8.2 Administrativ organisation

Den administrativa organisationen är som regel anpassad till den politiska organisationens uppbyggnad med en central förvaltning och ett varierande antal lokala förvaltningar.

Vid *centralförvaltningen* administreras hälso- och sjukvårdsfrågorna av ett gemensamt kansli med funktioner/avdelningar för exempelvis planerings-, organisations-, byggnads-, drift-, personal-, utbildnings- och ekonomifrågor. Avdelningarna kan vara administrativt samordnade under en landstingsdirektör eller annan motsvarande cheftjänsteman. För den administrativa ledningen av den samlade hälso- och sjukvården har i många fall inrättats tjänster som sjukvårdsdirektör.

För den lokala ledningen av sjukhus och de *lokala förvaltningarna* anger

sjukvårdslagen två möjligheter. Den ena möjligheten är att tillsätta en sjukhusdirektör som chef, den andra är att någon av läkarna förordnas som styresman. I de fall sjukhusdirektören inte är läkare skall denne i medicinska frågor biträdas av en läkare, som förordnas som chefsläkare. I takt med att de lokala uppgifterna koncentrerats och även av andra skäl väsentligt ökats, har landstingen i de flesta fall valt organisationsmodellen med sjukhusdirektör/chefsläkare. Lokalförvaltningarna följer i övrigt till stor del de centrala förvaltningarnas organisationsstruktur med olika funktioner/avdelningar. Administrativa uppgifter har även i ökad omfattning ålagts läkare som chefsläkare, blockchefer, distriktsöverläkare, klinikchefer m. m. De formella möjligheterna härtill har tidigare redovisats i kapitel 2.

3.9 Vårdstruktur

Med vårdstruktur avses enligt socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80) sambanden och relationerna mellan ett hälso- och sjukvårdssystem's olika beståndsdelar. Dessa delar består av kombinationer av personella och materiella resurser.

I nuvarande sjukvårdslag finns med syftning på hälso- och sjukvårdens huvudstruktur begreppen *öppen vård* och *sluten vård*. Dessa begrepp används alltjämt för beskrivning av hälso- och sjukvårdens funktioner i olika sammanhang. I den praktiska tillämpningen förekommer dock andra vårdformer än strikt sluten och öppen vård, t. ex. dagsjukvård och konvalescentvård m. m. Dessa vårdformer brukar gemensamt betecknas som *halvöppna former*.

Förändringar i sjukdomspanoramat och växande kunskaper om diagnostik och behandlingsmöjligheter har i kombination med den medicinsk-tekniska utvecklingen, den starka centreringen till sjukhus och den snabba kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården medfört krav på en ändrad vårdstruktur. Avsikten har därvid varit att ge de olika delfunktionerna i verksamheten en klart definierad inriktning och en därtill anpassad dimensionering och utrustning samt att skapa bättre förutsättningar för samordning av olika funktioner.

Socialstyrelsen har i sitt år 1973 framlagda förslag till principprogram för "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (HS 80) föreslagit en strukturmodell med tre olika funktionsformer benämnda *primärvård*, *länssjukvård* och *regionsjukvård*. Sjukvårdshuvudmännen har i stort anslutit sig till principerna i detta förslag. Verksamhetsplaneringen tar i stor utsträckning hänsyn till dessa begrepp. Principprogrammet har senare fastställts av socialstyrelsen (SoS anser 1976:1).

3.10 Centrala organ

3.10.1 Statliga organ

Den statliga hälso- och sjukvårdspolitiken fastställs av *regering och riksdag*, som också beslutar om fördelning av resurser mellan olika samhällssektorer.

Inom regeringen beredes och verkställs regeringsärenden rörande bl. a. hälso- och sjukvården i socialdepartementet.

De centrala ämbetsverken har främst att sköta planerings-, tillsyns- och förvaltningsuppgifter på riksplanet. Ämbetsverken lyder direkt under regeringen men är i sin ämbetsutövning självständiga.

Socialdepartementet och socialdepartementets sjukvårdsdelegation

Inom *socialdepartementet* utarbetas bl. a. riktlinjer för hur hälso-, sjuk- och socialvården i stort skall fungera. Dessa riktlinjer ges i allmänhet formen av förslag till lagar och förordningar. Departementet svarar även för det statliga budgetarbetet, avseende t. ex. statsbidrag för verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Vissa riksplaneringsfrågor inom hälso- och sjukvårdssektorn behandlas av *socialdepartementets sjukvårdsdelegation*, sammansatt av företrädare för vissa berörda departement och ämbetsverk, landstingsförbundet samt vissa fackliga organisationer. Delegationen, som bl. a. övertagit den tidigare centrala regionsjukvårdsnämndens uppgifter, tillkom år 1965 och har till uppgift att följa utbyggnaden av vårdresurserna i landet samt att verka för en samordning av hälso- och sjukvårdsplaneringen. Den har formellt karaktären av en av regeringen tillsatt kommitté. Delegationen initierade för några år sedan ett system för enhetlig sjukvårdsplanering i landet. Arbetet i enlighet med detta system har därefter påbörjats i alla landsting.

En annan viktig uppgift för delegationen har varit prioritering av byggnadsverksamheten inom hälso- och sjukvården genom förslag till regeringen om allmänna riktlinjer.

Inom delegationen har vidare behandlats olika frågor angående vårdpersonalprogram avseende bl. a. sjuksköterskor och undersköterskor.

Som en väsentlig uppgift har delegationen att fastställa program för fördelning av läkartjänster (läkarfördelningsprogram – LP). Förslag till sådant program upprättas av socialstyrelsen i samråd med universitets- och högskoleämbetet, landstingsförbundet och läkarförbundet. Tjänsterna fördelas därefter av socialstyrelsen bl. a. på ansökan av de enskilda landstingen. Riktlinjer har också angivits av delegationen för ett påbörjat förstudiearbete med inriktning på nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på 1990–2000 (HS 90).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för ärenden som rör socialvården, hälso- och sjukvården, omsorgsverksamheten samt läkemedelsförsörjningen, i den mån det inte ankommer på annan statlig myndighet att handlägga sådana ärenden. Dess verksamhet regleras i första hand av instruktionen för styrelsen (SFS 1967:606).

Socialstyrelsen fick sin nuvarande utformning 1 januari 1968 genom sammanslagning av dåvarande medicinalstyrelsen, medicinalstyrelsens sjukvårdsberedskapsnämnd och dåvarande socialstyrelsen. Med denna åtgärd markerades det nära sambandet mellan medicinska och sociala problem.

Styrelsen har särskilt att handlägga frågor om riksplanering av de under styrelsen lydande verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad med beaktande av såväl de enskildas behov av vård som

behovet av samordning av landets vårdresurser och tillgången på utbildad arbetskraft samt att följa och stödja den regionala och lokala planeringen.

Socialstyrelsen handlägger vidare ärenden om social omvårdnad såsom vård av barn och ungdomar, äldre och handikappade, alkohol- och läkemedelsmissbrukare m. fl.

Socialstyrelsen har en omfattande tillsynsfunktion vad gäller allmän hälsovård och hälso- och sjukvård, samt handlägger olika ärenden rörande nykterhetsvård, socialvård, barnvård och läkemedelsförsörjning m. m. Den bedriver vidare upplysningsverksamhet inom styrelsens verksamhetsområden. Till uppgifterna hör även legitimering av läkare, sjuksköterskor, barnmorskor m. fl.

I fråga om krigsorganisationen för socialvården samt hälso- och sjukvården har styrelsen särskilt att leda, övervaka och samordna den regionala och lokala planläggningen. Under krig leder socialstyrelsen den civila hälso- och sjukvården.

I en proposition till 1979/80 års riksdag (prop. 1979/80:6) har regeringen framlagt förslag till förändringar av socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. Förslaget bygger på en omfattande översyn av styrelsens verksamhet, som genomförts dels av styrelsen själv (ÖSoS) och dels av en till socialdepartementet knuten beredningsgrupp (den s. k. SoS-gruppen). Enligt propositionen skall socialstyrelsen även i fortsättningen svara för tillsynen över bl. a. hälso- och sjukvården samt ha preciserade planeringsuppgifter. Förslaget går emellertid ut på att begränsa styrelsens detaljerade kontroll samt att förstärka dess möjligheter att arbeta med kunskapsutveckling och allmänna råd. I propositionen föreslås att antalet anställda inom socialstyrelsen reduceras samt att dess regionala organisationer i stor utsträckning avvecklas eller överförs till annan huvudman.

Vissa andra centrala ämbetsverk

Andra centrala ämbetsverk med anknytning till hälso- och sjukvården är riks försäkringsverket (RFV), arbetarskyddsstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium (SBL).

Riksförsäkringsverket är central förvaltningsmyndighet för den allmänna försäkringen, dvs. sjukförsäkring (inkl. tandvårdsförsäkring), folkpensionering och tilläggs pensionering liksom ärenden som rör allmänna barnbidrag. Verket bedriver vidare försäkringsverksamhet enligt yrkesskadeförsäkringslagen m. m. I uppgifterna ingår även att fungera som tillsynsmyndighet för de allmänna försäkringskassorna.

Arbetarskyddsstyrelsen är central myndighet för arbetarskydds- och artets-tidsfrågor, däri inbegripna arbetsmedicinska frågor och frågor om den centrala tillsynen på arbetsplatserna.

Statens bakteriologiska laboratorium har till uppgift att inom humanmedicinens mikrobiologiska och epidemiologiska områden utföra praktisk-vetenskapliga undersökningar, framställa och tillhandahålla sera, ympännen och andra bakteriologiska preparat, följa det epidemiska läget och vidta eller föreslå erforderliga åtgärder, bedriva vetenskaplig forskning samt undervisning och utbildning.

Bland övriga centrala ämbetsverk och myndigheter kan nämnas: försvarets sjukvårdsstyrelse, statens naturvårdsverk, livsmedelsverket, kriminalvårdsstyrelsen och civilförsvaret.

Andra statliga organ

Vissa råd, nämnder och kommittéer har på olika sätt anknytning till socialstyrelsen. Som exempel på dessa kan nämnas nämnden för läkares vidareutbildning (NLV), som har en självständig ställning, samt socialstyrelsens nämnd för hälsouppllysning (h-nämnden) och medicinalväsendets ansvarsnämnd.

Nämnden för läkares vidareutbildning svarar för frågor som sammanhänger med läkares vidareutbildning, vari ingår bl. a. att planera och anordna prov för läkare som fullgör allmäntjänstgöring samt att anordna undervisning med prov för läkare, som genomgår specialistutbildning eller utbildning för allmänläkarkompetens. Nämnden utfärdar även bevis om specialist- och allmänläkarkompetens.

Socialstyrelsens h-nämnd har till uppgift att genom information och andra åtgärder på hälso- och sjukvårdens område bidra till att förbättra hälso-tillståndet i landet. Bland de områden där nämnden bedriver informationsverksamhet märks kost och motion, beroendeframkallande medel samt sex- och samlevnadsfrågor. Nämnden förutsätts också stimulera hälso- och upplysningsverksamhet på regional och lokal nivå.

Medicinalväsendets ansvarsnämnd behandlar bl. a. ärenden angående disciplinär bestraffning och åtalsanmälan mot medicinalpersonal, deslegitimering och inskränkningar i receptförskrivningsrätt.

Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) har bl. a. att följa planeringen och samordna den fortsatta utbyggnaden av de kommunala undervisningssjukhusen. Nämnden svarar för granskning av ritningar och utrustningsförslag till kliniker och anläggningar, till vilkas uppförande statlig investeringsärsättning utgår.

3.10.2 *Landstingsförbundet*

Landstingsförbundet är sjukvårdshuvudmännens intresseorganisation och skall tillvarata deras gemensamma intressen.

Förbundets ställning i förhållande till landstingen är rådgivande, informerande och stödjande. Landstingsförbundet är framför allt inriktat på frågor som berör målformulering, personalförsörjning, utbildning, ekonomi och information.

I likhet med andra intresseorganisationer är landstingsförbundet en privaträttslig sammanslutning. Förbundet träffar avtal med offentliga myndigheter med i praktiken bindande verkan för landstingen. En annan av förbundets uppgifter är att fungera som central arbetsgivarorganisation för landstingen och som sådan förhandla och sluta avtal med de landstingsanställdas fackliga organisationer.

3.10.3 Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)

Spri, som inrättades år 1968, är ett av staten och sjukvårdshuvudmännen, genom landstingsförbundet, gemensamt ägt utvecklingsinstitut för hälso- och sjukvården. Statens andel i ägande, finansiering och styrelse är en tredjedel och sjukvårdshuvudmännens två tredjedelar.

Spris uppgift är att på olika sätt ge sjukvårdshuvudmännen råd samt främja, samordna och medverka i planerings- och rationaliseringsarbetet. Spris arbete omfattar i huvudsak utvecklingsfrågor inom sjukvården beträffande vårdarbete, vårdstruktur och vårdorganisation, planering, administration, försörjning, byggnader och utrustning.

En viktig uppgift för Spri är att förmedla information i utvecklingsfrågor till och mellan sjukvårdshuvudmännen.

3.10.4 Handikappinstitutet

Handikappinstitutet tillkom efter ett riksdagsbeslut år 1969. Dess verksamhet grundades ursprungligen på ett avtal mellan staten och Svenska Centralkommittén för Rehabilitering (SVCR). Fr. o. m. 1 januari 1978 drivs institutet av staten och sjukvårdshuvudmännen genom landstingsförbundet.

Handikappinstitutet verkar för bättre hjälpmedel för daglig livsföring, arbete och studier m. m. samt för att en bättre funktionellt utformad byggnads- och samhällsmiljö skall komma de handikappade till del.

Verksamheten finansieras fr. o. m. 1 januari 1978 genom hjälpmedelsersättningen inom den allmänna försäkringen. I institutets ökade ansvar på hjälpmedelsområdet ingår bl. a. att utforma och fortlöpande föra en hjälpmedelsförteckning, som utgör underlag för landstingens verksamhet med tekniska hjälpmedel.

3.11 Några internationella jämförelser

3.11.0 Inledning

Organisationen av hälso- och sjukvård växlar avsevärt mellan olika länder. Det finns ingen självklar modell att utgå ifrån i en jämförande beskrivning och heller ingen samlad information. När det gäller lagstiftning och annan reglering gäller att olikheterna är än större och grundade på varje lands rättstradition och system som ofta är mycket speciella. Därför är det inte särskilt givande – ofta inte ens meningsfullt – att jämföra de olika ländernas lagstiftning.

För att ge en begriplig och användbar beskrivning av olika länders förhållanden krävs en mycket utförlig genomgång och analys. En sådan skulle få ett omfång som blir avsevärt större än vad som vore rimligt. Vi avstår därför från en sådan redovisning.

Emellertid har vi tyckt att man vid granskningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i Sverige ändå bör ha en viss uppfattning om hur denna ter sig i ett internationellt perspektiv. I det följande görs därför ett försök

till jämförande redovisning i mera övergripande avseenden. I vissa fall anges något eller några särskilda länder men utan anspråk på att redovisa förhållandena uttömmande. Redovisningen bygger på flera olika källor och i viss utsträckning på direkta kontakter som några av experterna och sekretariatet haft.

3.11.1 Exempel på olika system

I den dokumentation som finns om olika länders hälso- och sjukvård används olika slag av systematisering. I fråga om *planering* skiljs ibland på tre system: De socialistiska länderna har vanligen ett helt normerande system. Många länder har vissa i lag eller på liknande sätt angivna allmänna normer utfärdade av staten, t. ex. de skandinaviska länderna och många europeiska länder. Bland länder där av samhället angivna normer till en mycket begränsad del ligger till grund för planering, utbyggnad och drift brukar USA vanligen nämnas som exempel.

I beskrivningar som främst avser *huvudmannaskap* skiljer man ofta mellan länder där det allmänna (centralt eller regionalt) driver, dvs. är huvudman för, vårdorganisationen i dess helhet, och sådana där enskilda är det. Öppen vård utanför sjukhus bedrivs i alla länder utom i de socialistiska av enskilda vårdgivare. Det svenska systemet, där på läkarsidan blott en mindre del är fria företagare, är här ett undantag. I Storbritannien, vars hälso- och sjukvård nationaliserades 1946, är såväl allmänpraktiker som specialister (i sin verksamhet utanför sjukhusen) enskilda företagare. Också jämfört med de nordiska länderna – som annars tillsammans representerar ett system som vanligen presenteras som enhetligt – är andelen privatpraktiserande läkare påfallande liten i Sverige. Hela den danska allmänläkarorganisationen är uppbyggd av enskilda företagare och även i Norge och Finland är andelen privatpraktiker större. På tandläkarsidan är förhållandena i Sverige mer lika dem som råder i andra länder.

Den normala organisationen i västvärlden och större delen av tredje världen vad gäller öppen vård utanför sjukhus är alltså att denna betraktas som en form av tjänster, vilka erbjuds på marknaden på i princip samma sätt som andra slags tjänster. Yrkesutövarna erbjuder dem individuellt och mot ersättning. I många av systemen följer den privatpraktiserande läkaren med sin patient in på sjukhuset och ansvarar även där för vården.

Huvudmannaskapet för den slutna vården är ofta blandat. Också i länder där öppenvården i huvudsak ligger under enskilt huvudmannaskap kan slutenvårdsinrättningarna till större eller mindre del vara en uppgift för det allmänna. Sjukhus under annat huvudmannaskap än samhällets är ibland vinstdrivande men vanligen en verksamhet som religiösa eller andra ideella huvudmän står för. I många länder är det olika slags sjukförsäkringsorganisationer som driver slutenvårdsinrättningarna.

Organisationen kan också beskrivas från *ekonomiska* utgångspunkter. I de fall sjukhus drivs av det allmänna ingår skattemedel vanligen i finansieringen. Där det allmänna inte är huvudman för vården spelar olika slags försäkringssystem en viktig, vanligen avgörande roll för finansieringen, också i de fall försäkringsorganisationen inte är huvudman. Det kan röra sig

om en allmän försäkring, som i de nordiska länderna och på många andra håll. Ofta rör det sig om sjukförsäkringssystem som – åtminstone till en början – syftat till att tillgodose anställdas behov av trygghet och byggt ut till att avse även dessas familjemedlemmar. I sådana fall kan delar av befolkningen falla utanför. Att tillgodose deras behov kräver därför en särskild reglering och organisation. Detta gäller t. ex. USA och flertalet latinamerikanska länder.

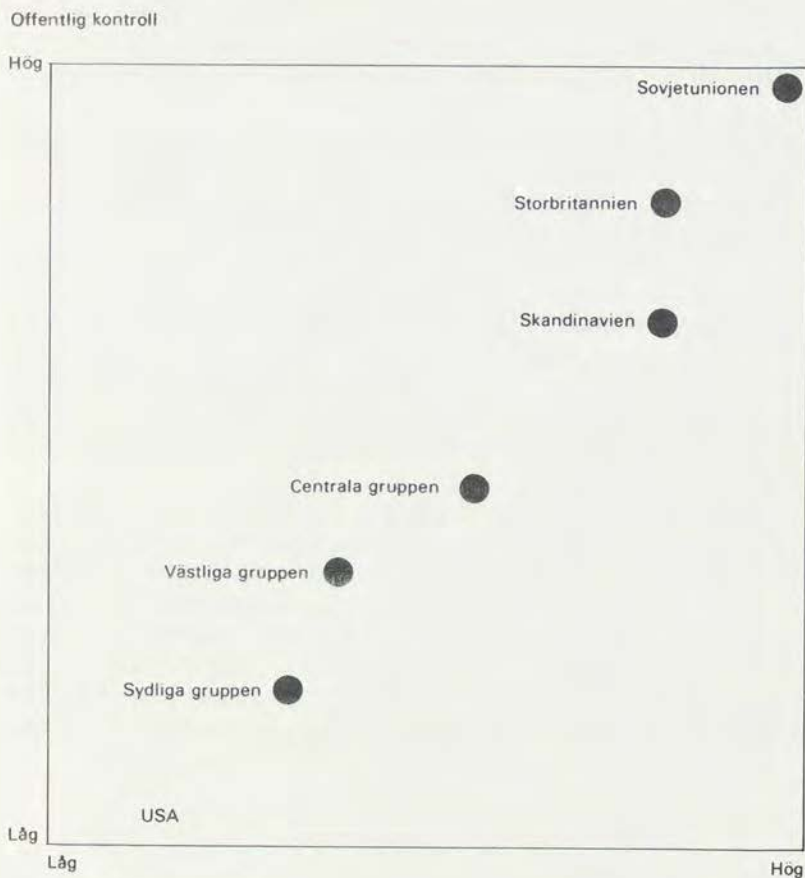
I många länder tillerkänns i princip alla medborgare en laglig rätt till sjukvård. Dit hör Sverige och övriga nordiska länder, Storbritannien och de socialistiska länderna m. fl. Den kan t. ex. vara uttryckt som skyldighet för vårdgivare såsom enligt nuvarande svenska regler. Rent formellt är rätten konstruerad på många olika sätt. Ofta föreskrivs t. ex. att försäkringsförmåner avseende olika slags vård skall stå till förfogande. Detta gäller bl. a. Danmark.

Administrativt är så gott som alla system organiserade på tre nivåer den centrala statliga, den regionala, den lokala. Den avgörande skillnaden ligger i var den faktiska beslutanderätten finns, vilket är mycket svårt att avgöra på ett entydigt sätt. De skandinaviska länderna betraktas allmänt som typexempel på en regionaliserad/decentraliserad organisationsform. Det brittiska systemet är typexempel på en centralt styrd (och finansierad) organisation. Det nordamerikanska systemet kallas ofta för pluralistiskt. Det typiska för detta brukar anges vara att den centrala statsmakten inte har någon beslutanderätt. Inte heller delstatliga instanser anses ha någon bestämmanderätt i princip. Å andra sidan får många slutenvårdsinrättningar bidrag från den federala regeringen som knyter villkor direkt till dessa, dvs. i viss mening styr både planering och drift. Både sjukhusbyggnad, bekämpande av särskilda sjukdomar (cancer, hjärt- kärlsjukdomar m. m.) och tillgodoseende av särskilda vårdtagargrupper (t. ex. äldre, fattiga, indianer) finansieras delvis på detta sätt.

I vissa fall ger den federala regeringen bidrag bl. a. via delstaternas administration, på vissa villkor som skall iakttas av dessa gentemot de vårdgivare som får bidrag genom dem. Dessutom beskärs friheten till planering och drift för de enskilda inrättningarna också genom samordningsverksamhet på nationell nivå. För att sjukhus skall få rätt att vidareutbilda läkare, att ingå i vissa försäkrings- eller finansieringssystem, (t. ex. Blue Cross, Blue Shield, Medicaid osv.) krävs t. ex. att de uppfyller vissa normer. Den frihet från centralistisk styrning som det pluralistiska systemet företer vid en första anblick innebär alltså inte helt igenom den skillnad från andra system som kunde förmodas.

Skillnaden mellan vissa länder vad gäller centralisering har i den engelska hälso- och sjukvårdsutredningens material beskrivits på följande sätt, figur 3:1.

Kvantitativa jämförelser mellan olika länder är svåra att göra. När det gäller resurser, inriktning, uppbyggnad osv. finns visserligen ett mycket stort internationellt material. För att jämförelser skall bli rättvisande krävs emellertid en kompletterande analys som gör redovisningen svåröverskådlig. Vi har inte ansett att detta bör tynga denna redogörelse som inte gör anspråk på annat än att ge en mycket översiktlig bild. Det kan vara tillräckligt att notera att Sverige jämfört med andra länder har en ovanligt stor andel slutenvårdsplatser per invånare. Samtidigt har vi jämförelsevis få läkarbesök



Figur 3:1 Offentligt finansierande och offentlig kontroll av sjukvårdsinrättningar.

Offentligt finansierande

Definitionerna. Från Bauhofer (WHO) i Krankenhaus Umschau 1977:5.

Sydliga gruppen: Italien, Spanien, Portugal.

Västliga gruppen: Nederländerna, Belgien, Luxemburg, Frankrike.

Centrala gruppen: Österrike, Tyskland, Schweiz.

Källa: International comparisons of health needs and health services. McKinsey & Co Inc.

Stencil, London 1978.

i öppen vård per invånare och år. Den andel av bruttonationalprodukten som gäller hälso- och sjukvård och dess utveckling under de senaste decennierna är dock förhållandevis lik den för industriländer genomsnittliga.

3.11.2 Patienträtt, patientmedverkan m. m.

Regleringen av patienters rättigheter tar sig många uttryck i de olika systemen. Enligt ett synsätt hör de olika reglerna för auktorisering av läkare och anna vårdpersonal hit, eftersom de tjänar till att garantera kvalitet i vården. Eftersom detta är en syn som visserligen inte avviker från den

svenska i grunden, men tar sig andra formella uttryck, lämnar vi den utan närmare redovisning här. Likaså förbigår vi de resonemang och regleringar som går ut på att representanter för befolkningen bör få inflytande på lednings- och planeringsorgan, eftersom det svenska systemet bygger på att valda politiska representanter oinskränkt (med undantag för vad som gäller om medicinskt ledningsansvar) har den yttersta beslutanderätten. Lokal representation i planeringsorgan är annars ett betydelsefullt inslag i den vårdpolitiska debatten, t. ex. i USA och Storbritannien.

Patientinflytandet i själva vårdarbetet har under senare år fått ökad uppmärksamhet. I de system som bygger på kontraktsförhållanden mellan vårdgivare och vård sökande har patientens medgivande till olika åtgärder vid behandling och utredning, till form och innehåll (t. ex. s. k. upplyst medgivande) ursprungligen byggts på allmänna civilrättsliga och skadeståndsrättsliga grunder. Numera har man t. ex. i USA:s delstater ofta en särskild lagreglering av detta slags kontraktsförhållande, där särskild hänsyn tas till den vård sökandes ställning.

Också på andra sätt uppmärksammas i ökande grad de vård sökandes krav på information och möjlighet att medverka i den vård som rör dem själva. Dessa frågor har behandlats av medicinalansvarskommittén. Vi hänvisar till dess redogörelse i SOU 1977:66, *Patienten i sjukvården – kontakt och information* (s. 54 f.). Där behandlas bl. a. förslag i Nordiska rådet om patientombudsmannainstitution i de nordiska länderna, en fransk lag 1974 om rättigheter och skyldigheter för patienter samt lagstiftning i USA 1976 som bl. a. rör olika slag av information i hälso- och sjukvården, American Hospital Association's rättighetsförklaring för patienter m. m.

3.11.3 *Hälso- och sjukvårdspolitisk debatt*

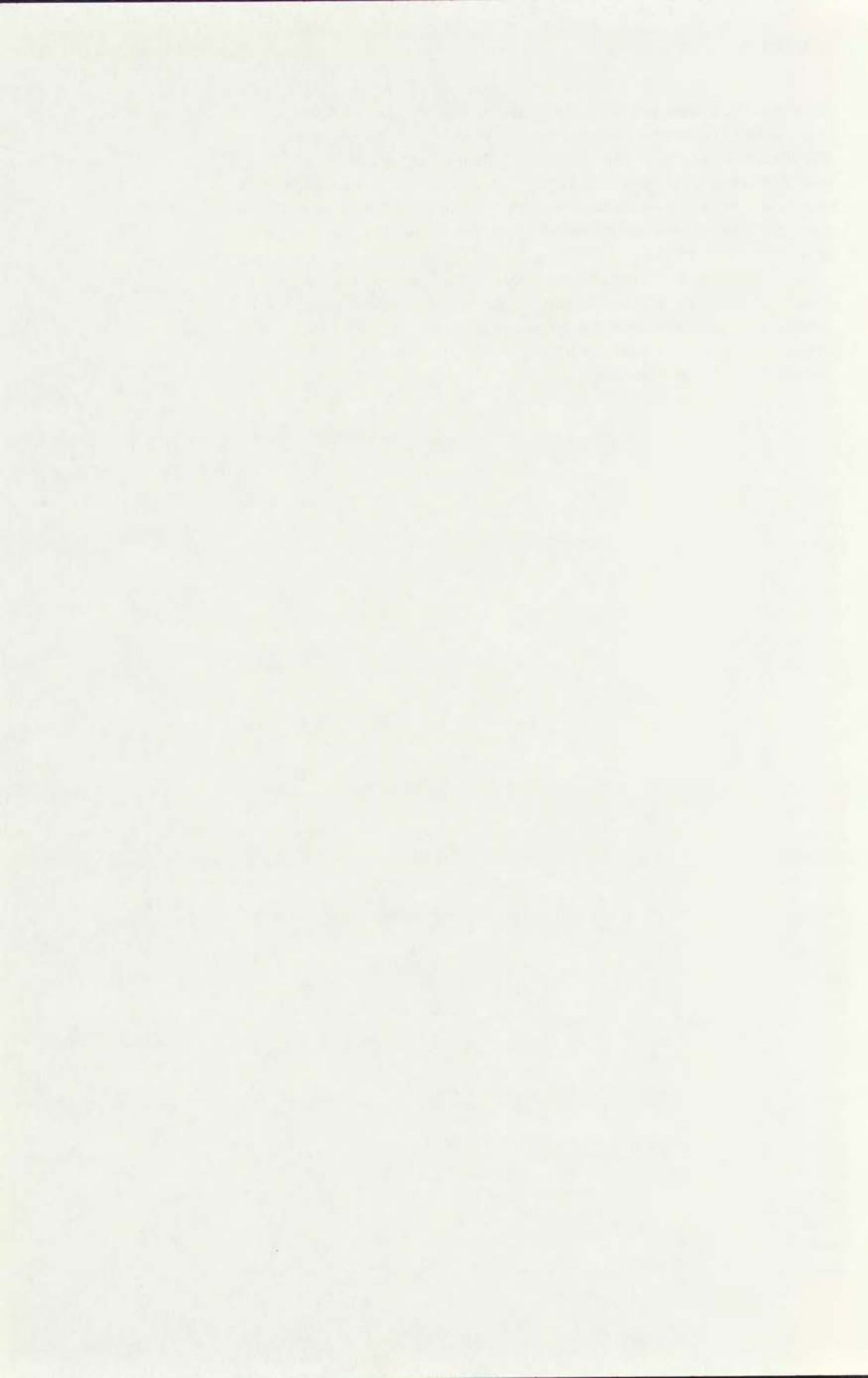
Vid kontakten med den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten i andra industrialiserade länder kan man finna att flera frågeställningar återkommer ofta. Vi har bl. a. fått del av vad som övervägs i den brittiska Royal Commission on the National Health Service och andra nationella utredningar med uppdrag som liknar vårt. Trots de organisatoriska och politiska skillnaderna – översiktligt redovisade i det föregående – är problemen likartade. Den relativt sett snabba kostnadsökningen är ett exempel, liksom de olika försöken att hejda den. Decentralisering av administrativa och andra funktioner är här något som inte bara diskuterats utan också genomförts på olika vis. Satsningen på primärvårdsfunktionerna spelar därvid en mycket stor roll och har varit aktuell länge både i olika länder och i Världshälsoorganisationens arbete.

Också problemen att fördela resurserna så att inte den akuta slutna kroppsjukvårdens tunga krav får alltför stort genomslag uttrycks i de flesta industrialiserade länders sjukvårdspolitiska debatt. Detta kunde annars tyckas mer oväntat, med tanke på de ibland stora organisatoriska skillnaderna mellan länderna som behandlats tidigare. Behovet av och strävan efter att ändra vårdens inriktning från botande/lindrande behandling till förebyggande verksamhet har vidare länge varit uppmärksammat i många länder. Geografiskt sett finns stora skillnader mellan frekvensen av olika sjukdomar, t. ex. hjärt/kärlsjukdomar och cancer. Det inses allt klarare att levnads-

förhållanden, livsstil och omgivning spelar stor roll för vårdbehoven.

En annan faktor som liksom i Sverige ökar kraven på och behovet av primärvårdsfunktioner – över hela vårdområdet – är de ökande kraven på omhändertagande av gamla. Sveriges problem är dock här speciellt stora. Andelen äldre är här förhållandevis större samtidigt som de kategorier som i andra länder ofta stannar hemma för att vårda anförvanter hos oss i högre grad är yrkesarbetande.

Stora överensstämmelser mellan länderna kan man finna i problemen med personalförsörjningen. Obalansen i läkartätheten mellan större städer och landsbygd, mellan centrala och avlägsna områden finns både i länder med huvudsakligen enskilda vårdgivare och i länder med en helt annan marknads- och tjänstestruktur.



4 Samhällsförändringar m. m. av betydelse för hälso- och sjukvården

4.1 Kapitlets syfte och innehåll

Kapitlet avser att – utan att vara uttömmande – spegla vissa samhällsförändringar m. m. av betydelse för hälso- och sjukvården. Avsikten är närmast att peka på sådana förhållanden som påverkar vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion.

Kapitlet inleds med en redovisning av sjukdomspanoramats (sjukdomsförekomstens) utveckling, främst grundad på statistik om dödlighet, sjuklighet, sjukförsäkringsersättning och förtidspensionering (4.2). Till inledningen och den översiktliga delen av kapitlet får även hänföras avsnittet om vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion (4.3). Som upplysning kan här nämnas att begreppen hälsa och sjukdom närmare penetreras i kapitel 6.

En för hälso- och sjukvården betydelsefull faktor är befolkningsutvecklingen. Av särskild betydelse är därvid befolkningens åldersmässiga sammansättning. Dessa olika förhållanden redovisas översiktligt i avsnitt 4.4.

Betydelsen av sociala förhållanden och miljöfaktorer speglas i ett särskilt avsnitt (4.5), liksom trygghetspolitiken och demokratiseringsprocessen (4.6 resp. 4.7).

4.2 Sjukdomspanoramats

4.2.1 Utveckling

Olika sätt finns att spegla sjukdomspanoramats i ett land, inom ett mindre geografiskt område eller i en befolkningsgrupp. Någon enhetlig och systematisk översikt av sjukdomspanoramats och dess förändringar är dock svårt att ge. Man får än så länge nöja sig med den tämligen begränsade information om vissa sjukdomar som man kan få ur olika källor.

I Sverige bygger speglingen av sjukdomspanoramats oftast på studier av dödlighet, sjuklighet (sluten och öppen vård) samt statistik från sjukförsäkringen (sjukpenningstatistik) och om förtidspensionering.

I utvecklingen under 1900-talet framstår förändringarna av medellivslängd och dödlighet samt det nästan fullständiga försvinnandet av infektionssjukdomar som dödsorsak som mest påtagliga.

Antalet döda per 100 000 invånare sjönk med ungefär hälften från år

1911 till år 1974. För männen var nedgången från 1 528 till 872 och för kvinnorna från 1 332 till 536. Minskad frekvens av infektiösa sjukdomar har varit den främsta orsaken till denna förändring.

Utvecklingen belyses också av den minskade förekomsten av tuberkulos. Dess tillbakagång har gått snabbast bland de yngre. Ungdomstuberkulosen har nästan helt försvunnit. För ett begränsat antal äldre utgör dock sjukdomen alltså ett problem. Det är särskilt äldre män i storstäderna som insjuknar och avlider i tuberkulos. Problemet sammanhänger bl. a. med alkoholism, näringsbrist, ohygieniska bostadsförhållanden och svårigheter att nå dessa personer för hälso- och sjukvård. Även invandrare från länder, där tuberkulosen är vanlig, har hög insjuknandefrekvens. Erfarenheter från bl. a. de båda världskrigen har visat att tuberkulossjukligheten snabbt kan öka om de yttre förhållandena i tillvaron försämras.

De flesta andra huvudgrupperna av sjukdomar har också minskat i frekvens, t. ex. sjukdomar inklusive missbildningar bland spädbarn. Av barnens infektionssjukdomar har difteri, som tidigare hade stor utbredning i vårt land, numera helt försvunnit. Mässling, scharlakansfeber, kikhosta, påssjuka och vattkoppor är däremot alltså vanliga barnsjukdomar, dock med starkt reducerad dödlighet eller ingen dödlighet alls.

Förklaringar till förändringarna kan bl. a. sökas i sanitära förbättringar, medicinska framsteg, förändringar i patogenerna (bakterier och virus), som gör sjukdomen mer godartad, samt ökad motståndskraft och mindre smittorisk genom förbättrad föda, högre bostadsstandard och andra förbättringar i miljön.

Ett motsatt förhållande, mer eller mindre stark ökning, uppvisar tumör-sjukdomarna och cirkulationsorganens sjukdomar. Andra sjukdomar som också ökat är nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar, allergiska, endokrina och ämnesomsättningssjukdomar samt skador och yttre våld. Situationen är i stort sett densamma i Sverige som i andra utvecklade länder.

4.2.2 *Dödlighetstal och dödsorsaker*

Dödlighetsstatistiken anses vara ett viktigt instrument för att bedöma sjukdomspanoramata. I denna statistik finns dock många felkällor. Förändringar av dödsorsakerna ger inte en fullständig bild av det pågående skeendet. Dödlighetsstatistiken har dock stor internationell användning, bl. a. som mått på resp. lands hälsostandard. Därvid brukas särskilt sådana uppgifter som barnadödlighet, mödradödlighet och förväntad medellivslängd. I alla dessa sammanhang ger uppgifterna från Sverige bilden av en från internationell jämförelsesynpunkt mycket god hälsosituation.

Utvecklingen beträffande barnadödlighet och mödradödlighet i Sverige har redovisats i kapitel 3. Tabell 4:1 återger förändringarna i den sannolika återstående livslängden i antal år vid födelsen.

Utvecklingen av dödligheten under de senaste åren har särskilt intresse bl. a. för bedömningen av den fortsatta utvecklingen. Därvid kan konstateras att det allmänna dödstalet (antal döda per 1 000 invånare inom resp. grupp) stigit beroende på en fortsatt förskjutning i befolkningen mot fler äldre. De s. k. åldersstandardiserade dödstalen visar för männen en begränsad och

Tabell 4:1 Utvecklingen betr. den sannolika återstående livslängden i antal år vid födelsen

År	Män	Kvinnor
1751-90	31,6	37,4
1851-60	46,4	53,2
1901-10	65,0	68,2
1951-60	75,2	77,8
1971-75	75,5	80,8
1970	75,8	80,5
1975	75,5	81,0
1976	75,4	81,1
1977	75,6	81,6

för kvinnorna en ganska kraftig nedgång. Medellivslängden ökar dock inte längre som tidigare. För männen har medellivslängdens ökning inom vissa åldersklasser i stort sett avstannat.

Granskningen av dödlighetsstatistiken i Sverige under senare år visar att det framför allt är i medelåldern som dödligheten inte längre minskar. I åldersgrupperna 30-54 år har sedan början av 1960-talet till och med skett en lätt stegring för männens del. Det gäller också för kvinnor i åldrarna 35-44 år. En liknande utveckling har registrerats i flera andra industriländer.

Antalet döda per 100 000 invånare av medelfolkmängden i Sverige år 1972 framgår av tabell 4:2.

Tabell 4:2 Antalet döda per 100 000 invånare år 1972

Ålder	-1 år	1-14 år	14-44 år	45-69 år	70 >
Män	1 264	40	149	1 292	8 465
Kvinnor	881	30	74	722	6 395

Tabellen visar att fler män än kvinnor dör i alla åldersgrupper. Denna skillnad finns från befruktningssögonblicket (spontanaborter), över nyföddhetsperioden (förlossningskomplikationer, medfödda missbildningar och infektioner), barnaåren (trafikolyckor), tidig vuxenålder (självmord) till medelåldern (cancersjukdomar och hjärtinfarkt) och även vid hög ålder. Det finns av den anledningen i dag mer än dubbelt så många 95-åriga kvinnor som män i samma ålder.

Dödlighetstalen ställda i relation till folkmängden belyser en sjukdoms relativa betydelse som dödsorsak. Dödsorsaksmonstret varierar i olika åldrar och även mellan män och kvinnor.

Som tidigare angetts var de stora dödsorsakerna vid seklets början ålderdomssjukdomar, infektioner, cirkulationsorganens sjukdomar, respirationsorganens sjukdomar, tumörer och yttre våld. De orsaker som nu dominerar till ca 2/3 bland både män och kvinnor är cirkulationsorganens sjukdomar och tumörer. Yttre våld och olycksfall är utöver dessa de enda större dödsorsakerna.

Under de senaste 20 åren har, om man studerar dödligheten, några större förskjutningar inte skett mellan olika diagnoser. Över 50 % av dödligheten

beror på sjukdomar i cirkulationsorganen, ca 20 % på tumörer och 6–7 % på skador genom yttre våld eller förgiftningar. Dessa tre dödsorsaker svarar för över 80 % av den totala dödligheten. Antalet döda p. g. a. sjukdomar i cirkulationsorganen ökade under perioden 1955–1974 från ca 35 300 till ca 45 900. Dödsfallen p. g. a. tumörer ökade under samma tid från ca 12 500 till 19 400. Dessa ökningar av cirkulationssjukdomarnas och tumörernas andel måste bl. a. ses mot bakgrund av att de äldres andel av befolkningen ökat.

Som dödsorsak har även självmord en stor betydelse, framförallt bland yngre och medelålders män.

4.2.3 *Sjuklighetsstatistik*

Inom Uppsala regionsjukvårdsområde förs utförlig patientstatistik över den slutna kroppssjukvården. Av denna har man bl. a. kunnat få fram orsakerna till slutna somatisk vård. De tre vanligaste diagnosgrupperna är därvid

- cerebrovasculära sjukdomar (hjärnblödningar och liknande),
- elakartade tumörer och
- hjärtinfarkter.

Underlag saknas för en mera samlad redovisning av sjukdomsorsakerna i öppen vård. Enstaka försök har gjorts till sådana redovisningar på olika platser i landet. Av dessa kan man utläsa att de tre största diagnosgrupperna är:

- cirkulationsorganens sjukdomar (10–25 %)
- andningsorganens sjukdomar (10–14 %)
- led- och ryggsjukdomar (9–12 %)

4.2.4 *Sjukskrivning och förtidspensioneringar*

Under början av 1970-talet har de främsta anledningarna till sjukskrivning varit följande:

- led- och ryggsjukdomar 21 %
- förkylningar och influensa 14 %
- mentala sjukdomar 11 %

I statistiken över antalet förtidspensioneringar vid samma tidpunkt (totalt ca 51 500 år 1972) är huvudgrupperna följande:

- led- och ryggsjukdomar 31 %
- cirkulationsorganens sjukdomar 22 %
- mentala sjukdomar 18 %

4.2.5 *Sammanfattning*

Bland de somatiska sjukdomar som orsakar död, konsumtion av slutna och öppna vård, sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige dominerar

följande diagnosgrupper:

- tumörer
- cirkulationsorganens sjukdomar
- vissa skador och olycksfall
- andningsorganens sjukdomar och
- rörelseorganens sjukdomar.

4.2.6 Sjukdomspanoramat i framtiden

Många faktorer kommer att ändra sjukdomsförekomsten i framtiden. Nya sjukdomsalstrande faktorer uppträder och förändringar sker av de redan kända sjukdomsorsakerna. Många av dessa faktorer kommer att vara direkta resultat av samhällsutvecklingen med påverkan på människans levnadsvillkor och miljö i vidaste mening. Andra förändringar kommer sannolikt att te sig mera gåtfulla och motsvara de spontana och svårförklarliga ändringar av olika sjukdomars uppträdande och karaktär som vi sett exempel på i gången tid. Några dramatiska förändringar torde dock inte vara att förvänta inom överskådlig tid. De tunga sjukdomsgrupperna kommer även i fortsättningen att vara cirkulationsorganens sjukdomar, tumörer, skador och olycksfall, andningsorganens sjukdomar samt led- och ryggsjukdomar. Utvecklingen kommer att präglas av att antalet åldringar ökar. Förändringarna kommer i ökad utsträckning att påverkas av psykiska faktorer. Av betydelse blir också förändringar av sjukdomsbegreppets innebörd och praktiska tillämpning.

Sjukdomspanoramat på lång sikt påverkas också i hög grad av möjligheterna att förebygga redan kända sjukdomsrisker och utvecklingen av nya medicinska behandlingsmetoder. När det t. ex. gäller en av de stora dödsorsakerna, hjärt- och kärlsjukdomar, har förebyggandet till mycket stor del att göra med möjligheterna att påverka människornas livsvanor och beteenden. Nyttan av att äta näringsriktig kost, undvika övervikt, motionera och att inte röka är numera allmänt uppmärksammat. Mot bakgrund av alkoholens sjukdomsframkallande effekter och dess skadeverkningar i övrigt ter det sig också som en angelägen åtgärd att söka begränsa alkoholkonsumtionen. Till de stora dödsorsakerna hör som nämnts olyckor och våldsam död. Detta fäster uppmärksamheten på förebyggande åtgärder även i samhällsmiljön och inom t. ex. arbetslivet. Alkoholens roll som bidragande eller utlösande faktor även inom gruppen olycksfall etc. måste noga beaktas.

Avgörande för den effekt som ännu ej kända sjukdomsframkallande faktorer kommer att få för befolkningens hälsa är självfallet i vad mån förebyggande åtgärder kan balansera eller minska de ökande riskerna.

4.3 Vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion

Vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion är olika, i bl. a. hälso- och sjukvårdsplaneringen ofta förekommande begrepp. Deras innebörd kan i vissa fall synas sammanfalla, men skiljer sig i princip från varandra. Alla

vårdbehov tar sig nämligen inte uttryck i vårdefterfrågan och all vårdefterfrågan leder inte till vårdkonsumtion. Det kan t. ex. finnas ett dolt vårdbehov, som inte manifesterar sig, därför att den sjuke inte är medveten om sin sjukdom. Det kan vidare finnas en otillfredsställd efterfrågan som återspeglar sig i väntetider och köproblem men inte leder till vårdkonsumtion.

4.3.1 *Vårdbehov*

Vårdbehov är ett i hög grad relativt begrepp. Graden och arten av befolkningens sjuklighet är i hög grad bestämmande för vårdbehovet. Detta kan dock inte entydigt definieras på medicinska eller andra grunder. Endast i ett fåtal fall är behovet av vård absolut eller ovillkorligt. I övrigt är den enskildes förhållanden och hans upplevelse av sin sjukdom avgörande för vårdbehovet. Dessa faktorer påverkas i sin tur av kvaliteten och den allmänna standarden på den vård som erbjuds, tillgången på vårdresurser, exempelvis i form av vårdplatser, den egna sociala situationen liksom av miljö, kommunikationer, levnadsmönster och attityder samt ökade krav på omhändertagande etc.

4.3.2 *Vårdefterfrågan*

I vad mån vårdbehoven kommer till uttryck som vårdefterfrågan påverkas bl. a. av individens uppmärksamhet på sin egen situation, upplevelserna av symtom samt värderingarna av den egna hälsan.

Av betydelse är också den allmänna attityden till sjukvården, kunskaperna om behandlingsmöjligheterna och tilltron till behandling.

Flera faktorer har bidragit till att efterfrågan på både sjukvård och hälsovård ökat. En av dessa faktorer är det växande antalet äldre som närmare kommer att redovisas i avsnitt 4.4. Andra faktorer som påverkat efterfrågan är bättre utbildning och därmed ökade kunskaper, stigande standard och genomförda trygghetsreformer samt bättre och vidgade vårdmöjligheter. Efterfrågan på hälso- och sjukvård uppstår inte längre bara vid akuta tillstånd utan även på grund av önskemål om att bevara och befrämja hälsan samt också för att om möjligt förebygga ohälsa.

4.3.3 *Vårdkonsumtion*

Det vårdmättningsbegrepp som inom hälso- och sjukvården främst kommer till användning är vårdkonsumtionen. Därvid studeras konsumtionen av slutna vård (vårdtillfällen, intagningar och vård dagar) och av öppen vård (besök hos läkare eller annan vårdpersonal) samt av dagvård, nattvård och hemvård etc.

Vårdkonsumtionen studeras vidare bl. a. med avseende på

- demografiska variabler som ålder, kön m. m.,
- sociala faktorer som utbildning, ekonomi m. m. samt
- sjukvårdssystemets organisation, struktur, tillgänglighet och resurser m. m.

Enligt internationella jämförelser verkar sjukvårdskonsumenterna överallt utgöra ungefär samma grupp av människor. De omfattar också i olika utvecklingsländer ungefär samma andel av totalbefolkningen. Vanligen rör det sig om gamla människor. Flertalet sjukvårdskonsumenter upplever sig som långtidssjuka.

Vårdkonsumtionen är minst hos de äldre barnen och ökar sedan med stigande ålder. I de allra högsta åldrarna minskar vanligtvis besöken i öppen vård, bl. a. beroende på att många av de äldsta vistas på institution.

Kvinnorna utnyttjar sjukvården mer än männen. Historiskt sett har det funnits en skillnad även i konsumtionen mellan olika yrkesgrupper. Vidare har högre socialgrupper konsumerat mera sjukvård än lägre. Detta verkar att ha utjämnats i vår tid. Förhållandet i dag är snarare det motsatta. En central betydelse för användningen av hälso- och sjukvårdssystemet har läkaren, eftersom remisser och återbesök planeras under dennes ansvar.

Om man ser det hela i stort har i Sverige under ett år ungefär tre fjärdedelar av befolkningen konsumerat sjukvård. Hälften har sökt läkare p. g. a. sjukdomar och besvär, en fjärdedel för friskintyg och liknande. Ungefär en fjärdedel av befolkningen har vidare sökt vård enbart vid sjukhus, en fjärdedel har sökt läkare utanför sjukhus och en fjärdedel läkare både vid och utanför sjukhus. En tiondel av befolkningen har varit inlagd på sjukhus.

Vårdkonsumtionen är starkt beroende av vårdutbudet. Ibland hävdas det att det är främst vårdutbudets storlek, tillgänglighet och omfattning som man återger, när man i undersökningar försöker fastställa vårdbehov och vårdefterfrågan. Den allmänna tillgången på sjukvårdsservice, avstånden till och kommunikationsmöjligheterna för att nå denna service är således väsentliga faktorer i detta sammanhang. Bestämmande för vårdutbudet är också väntetider, kostnader, medicinsk kunskapsnivå, tillgängliga behandlingsmetoder, utbyggnad av vårdverksamheter som exempelvis företagshälsovård samt förmåner, såsom exempelvis ersättning för handikapphjälpmedel m. m.

I ett senare avsnitt tar vi upp förändringar i samhället som kan påverka vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion inom hälso- och sjukvården.

4.4 Befolkningsutvecklingen

4.4.1 Den totala befolkningen

Befolkningen totalt, dess sammansättning och geografiska fördelning är viktiga faktorer för hälso- och sjukvårdens utformning och organisation. Av bl. a. den anledningen är det av intresse att spegla befolkningsutvecklingen, framför allt under den närmaste framtiden. Vårdbehovens variation med hänsyn till åldern gör det särskilt angeläget att redovisa prognoserna för den framtida befolkningens åldersmässiga sammansättning.

Den totala befolkningen i Sverige har under perioden 1960–1975 ökat med drygt 710 000 invånare från i runda tal 7,5 till 8,2 milj. invånare. Detta motsvarar en ökning med drygt 47 000 invånare per år. Ökningstakten var under 1960-talet ca 60 000 invånare per år men under 1970-talet väsentligt lägre eller ca 26 000 invånare per år.

Totalbefolkningens utveckling redovisas i diagram 4:1.

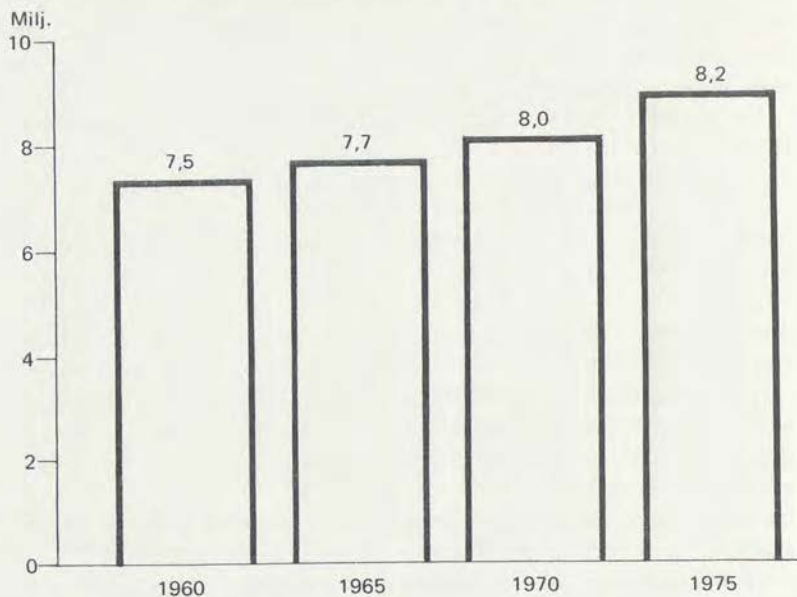


Diagram 4:1. Befolkningen i Sverige per 31 december åren 1960–1975 (antal milj. inv. i avrundade tal).

Efter år 2000 beräknas totalbefolkningen minska och understiga 8 milj. invånare. Beroende på vilket fruktsamhetstal som används varierar den beräknade befolkningsminskningen under de närmast förestående femtio åren (1975–2025) med mellan 9 och 19 procent. Befolkningstalet kan således beräknas till 7,7 resp. 6,7 milj. invånare år 2025. I beräkningarna, som gjorts av statistiska centralbyrån, förutsätts ingen nettoimmigration fr. o. m. år 1985. Sysselsättningsutredningen antar i sina beräkningar en nettoimmigration på 10 000 per år.

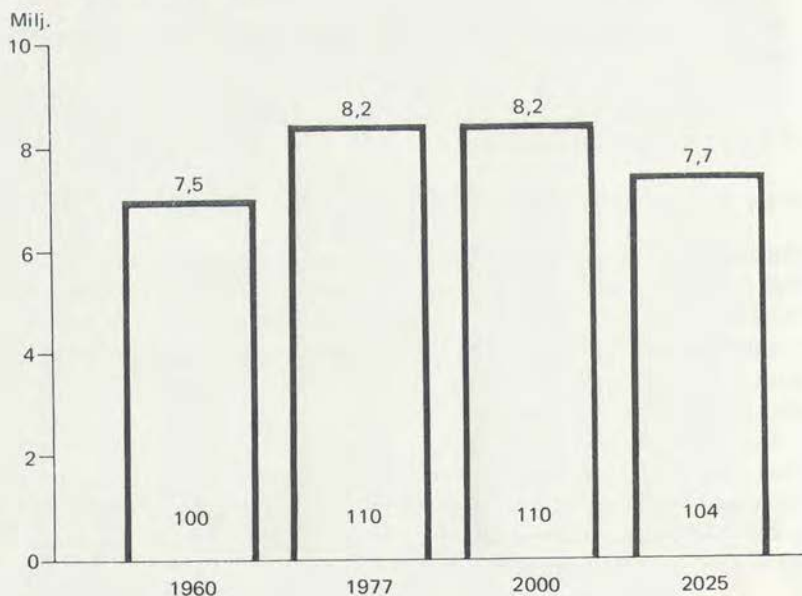


Diagram 4:2. Befolkningen i Sverige 1969–2025 (milj. inv. samt index).

Med dagens fruktsamhetstal på 1,8 och utan inflyttningsöverskott efter år 1985 beräknas befolkningen få den framtida utveckling som framgår av diagram 4:2 (SCB:s prognos-kalkyl november 1978).

4.4.1.1 Födelseetal

Antalet födda barn i Sverige uppgick under 1960-talet och under den första hälften av 1970-talet till i genomsnitt 117 000 per år. Utvecklingen av årskullarna var således ganska konstant. Enligt tidigare befolkningsprognoser förutsattes inte heller några större framtida förändringar av barnantalet i åldersgrupperna 0–6 år. Den faktiska utvecklingen har dock under senare år blivit en helt annan. Födelseetalen understiger numera 100 000 per år. De uppgick under åren 1976, 1977 och 1978 till i avrundade siffror 98 000, 96 000 resp. 93 000.

4.4.1.2 Dödstal

Antalet döda per år har successivt ökat under 1960- och 1970-talen med undantag för åren 1970 och 1971, då en viss nedgång skedde. Ökningen av det allmänna dödstalet beror främst på förskjutningen inom befolkningen mot allt fler äldre. Antalet döda per år har från år 1960 till 1976 ökat från 75 100 till 90 700. Denna ökning beräknas fortsätta.

4.4.1.3 Födelseöverskott

Skillnaden mellan antalet levande födda och antalet döda utgör födelseöverskottet. Detta tal motsvarar den naturliga folkökningen, om någon hänsyn inte tas till immigration eller emigration. Om antalet födda är lägre än antalet döda, får man en negativ befolkningsutveckling (folkminskning). Trots de periodvis låga födelseetalen under senare år samt att nettoreproduktionstalet¹ tidvis understigit 1 har befolkningen hela tiden ökat i Sverige. Denna ökning har dock varit ojämn.

4.4.1.4 Inflyttningsöverskott

Utöver födelseöverskott påverkas folkökningen av immigrationsöverskott. Sistnämnda överskott har under senare år fått ökad betydelse. Andelen utländska medborgare i Sverige har från år 1960 till 1975 ökat från 190 600 till 409 900 personer. Ytterligare drygt 8 000 tillkom under år 1976. Denna andel av befolkningen uppgick således i slutet av detta år till ca 420 000.

Inflyttningsöverskottets ökade betydelse för den totala folkökningen speglas i den redovisning för åren 1973–1976 som framgår av diagram 4:3.

¹ Nettoreproduktionstal:
1 = stationär befolkning
< 1 = folkminskning på längre sikt.
> 1 = folkökning på längre sikt.

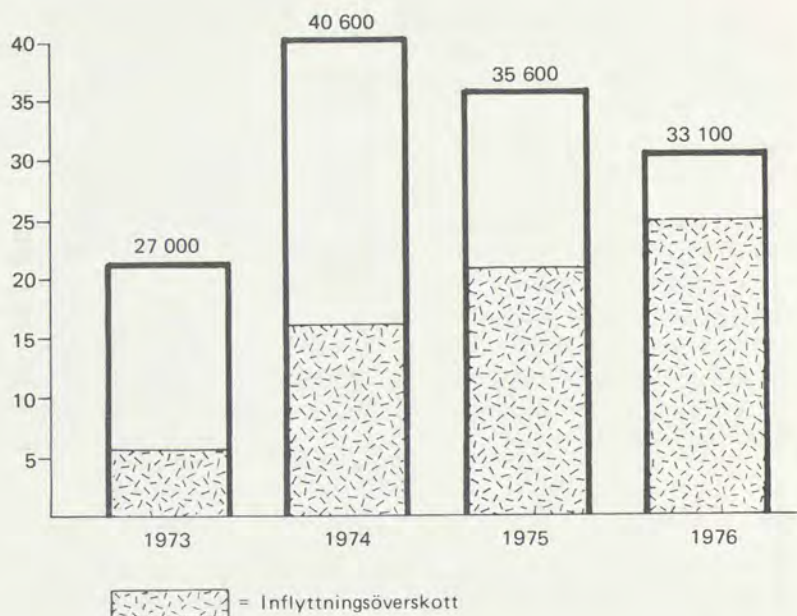


Diagram 4:3. Folkökningen 1973–1976 (avrundade tal).

4.4.1.5 Könsfördelning

Alltsedan folkräkningens början omkring år 1750 har antalet kvinnor varit högre än antalet män, trots att det föds fler pojkar (52 %). I Sverige fanns år 1972 25 000 fler kvinnor än män. År 1990 beräknas motsvarande siffra vara ca 50 000. Denna skillnad har bl. a. betydelse för efterfrågan på sjukvård. Detta har tidigare belysts i avsnittet om vårdkonsumtion (4.3).

4.4.2 Den äldre befolkningen

Befolkningsutvecklingen har under lång tid främst kännetecknats av att andelen äldre ökat. Särskilt gäller detta under de senaste åren de allra äldsta i samhället. Befolkningen under 65 år har samtidigt minskat. Denna utveckling har stor betydelse för hälso- och sjukvården när det gäller dels behov och efterfrågan på hälso- och sjukvårdens tjänster, dels tillgång på personal för att kunna tillgodose denna efterfrågan.

Utvecklingen beträffande antalet 65-åringar och äldre i absoluta och relativa tal samt förhållandet till antalet personer i s. k. produktiv ålder kan åskådliggöras på sätt som framgår av tabell 4:3 (SCB:s bedömning november 1978).

Tabell 4:3 Antalet 65-åringar och äldre 1960, 1977, 2000 och 2025 (1 000-tal) samt relationen 20-64-åringar till nämnda tal

	1960	1977	2000	2025
65 år och äldre	888	1 301	1 357	1 560
Index	100	147	153	176
Relationen 20-64-åringar i förhållande till 65-åringar och äldre				
	4,9	3,7	3,6	2,9

Då antalet äldre ökar samtidigt som antalet personer i s. k. produktiv ålder minskar uppstår följande relativa tal.

Relationen 20-64-åringar i förhållande till 65-åringar och äldre

4,9 3,7 3,6 2,9

Vid planeringen av långtidssjukvården har hittills genomgående som befolkningstal använts antalet 70-åringar och äldre. Hur denna grupp har förändrats under åren 1960-1976 framgår av diagram 4:4.

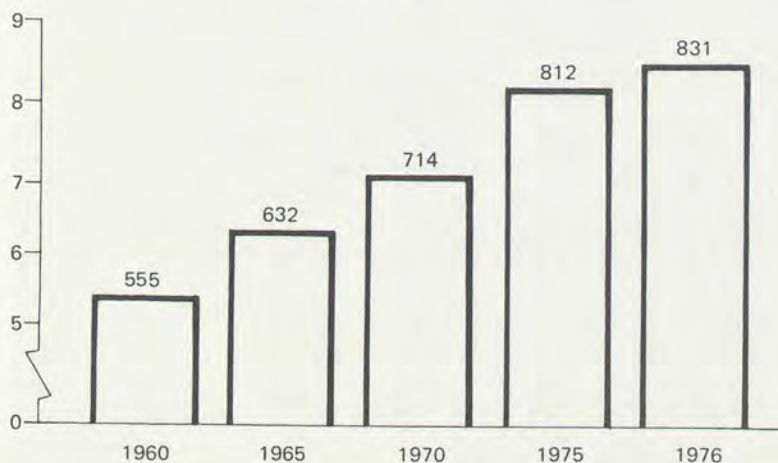


Diagram 4:4. Antal 70-åringar och äldre 1960-1976 (1 000-tal).

Antalet 70-åringar och äldre har som framgår av diagrammet ökat från 555 000 till ca 831 000 dvs. med 49 %. Under samma tid har antalet 80-åringar och äldre ökat från ca 141 000 till ca 231 000 (63 %). Denna ökning fortsätter de närmaste femton åren. År 2000 beräknas således antalet personer inom de båda angivna åldersgrupperna uppgå till 1 010 000 (+ 21,5 %) resp. 373 000 (+ 61,5 %).

Av olika skäl har det på senare tid ansetts angeläget att differentiera beräkningarna av antalet äldre och att därvid särredovisa olika åldersgrupper. Bl. a. har betonats angelägenheten av att i fortsättningen använda antalet 80-åringar och äldre som underlag för planeringen av långtidssjukvården. Som motiv härför anförs bl. a. att medelåldern för de långtidssjuka är ca 80 år och att den fortsatta befolkningsförändringen främst berör de allra äldsta åldersgrupperna. Som framgår av tabell 4:4 kommer bl. a. 90-åringarna och äldre att i stort sett tredubblas fram till år 2000.

Tabell 4:4 Beräknad befolkningsutveckling för äldre över 80 år fram till år 2000. (Antal personer i 1 000-tal)

Åldersgrupp	1975	1980	1985	2000	Ökning 1975- 2000 i %
80-w	224,6	264,0	306,2	373,2	66,16
90-94	18,0	26,3	32,9	51,6	186,67
95-w	3,0	3,7	4,7	8,5	183,33

4.4.2.1 Könsfördelningen bland äldre

Andelen kvinnor överväger i de äldsta åldersgrupperna. Av antalet 67-åringar och äldre år 1975 utgjorde kvinnorna 57 procent. Motsvarande andel av 80-åringar och äldre var 62 procent. Andelen kvinnor var år 1975 större än år 1960 beroende på att dödligheten bland kvinnor minskat mer än bland män.

4.4.2.2 Den geografiska fördelningen av äldre

Den geografiska fördelningen av äldre varierar mellan tätort (samhällen med över 200 invånare) och glesbygd samt mellan olika platser i landet. Av 67-åringar och äldre bodde år 1960 2/3 i tätort och 1/3 i glesbygd. Denna fördelning hade år 1975 ändrats till 3/4 i tätort och knappt 1/4 i glesbygd. De äldres relativa storlek är dock betydligt större i glesbygd. Av hela befolkningen utgjorde 67-åringarna och äldre år 1960 9 procent i tätort och 13 procent i glesbygd. År 1975 var motsvarande siffror 12 resp. 18 procent. Inflyttningen till tätorter berör i huvudsak endast de yngre åldersklasserna.

Andelen äldre i olika län varierar starkt. Av 70-åringar och äldre per 1 000 invånare uppvisar Jämtland den högsta andelen (122) och Norrbotten den lägsta (77). Av län som uppvisar en stor andel äldre kan nämnas Kalmar (116), Värmland (114), Gävleborg (111), Kopparberg (110), Skaraborg (111) och Kronoberg (113).

4.5 De sociala förhållandena och miljöfaktorerna

4.5.1 *Studerade förhållanden och anslutande kommentarer*

Sambanden mellan människornas levnadsförhållanden samt deras behov av och efterfrågan på vårdinsatser tilldrar sig alltmer uppmärksamhet. En stor del av intresset koncentreras kring medicinska, sociala och psykologiska, ofta samverkande faktorer i samhället och i den enskildes närmiljö.

Flera undersökningar som rör sambandet mellan levnadsförhållanden och hälsa har genomförts i Sverige. Av dessa kan som exempel nämnas levnadsnivåundersökningen år 1968 (låginkomstutredningen) och dess upprepning år 1974 av socialforskningsinstitutet (SOFI), statistiska centralbyråns löpande undersökningar sedan år 1974 om levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna), statistiska centralbyråns undersökning år 1975 om pen-

sionärernas levnadsförhållanden samt olika socialmedicinska undersökningar och forskningsrapporter av motsvarande slag.

En särskild bearbetning av 1975 års ULF-material har gjorts av Spri. Därvid har hälsokomponenten ställts mot vissa uppgifter om boende, sysselsättning, ekonomi, utbildning, familjesituation och nationalitet.

Vid redovisningar av sociala förhållanden utgår man i statistikmaterialet ifrån sådana variabler som ålder, kön, civilstånd, social nivå (t. ex. socialgrupper), social rörlighet och bosättningsort.

Som nämnts är de översiktliga undersökningarna, t. ex. ULF-undersökningarna, inriktade på att studera sambanden mellan sammansatta sociala faktorer och miljöfaktorer. Den fortsatta framställningen här utgår från en sådan strukturering av diskussionen.

Det betyder inte att kunskapen är stor när det gäller konkretisering och påverkan av de sammansatta miljöfaktorerna och att det ansetts möjligt att isolera dessa olika faktorer betydelse från varandra. Tvärtom är många delfaktorer och sambandet mellan dessa liksom deras effekter idag ofullständigt kända. Utvecklingen torde ha kommit längre när det gäller att lokalisera och avgränsa mer specifika miljöbetingelser, som förekomst av farliga ämnen i arbetsmiljön och dylikt.

Det finns många förklaringar till det ännu dåliga greppet om miljöeffekterna. Ett fenomen som kan vara svårt att kontrollera är miljörörligheten. Hälsa eller ohälsa kan vara resultat av en lång rad miljöimpulser under mycket lång tid som inte låter sig fångas in vid de undersökningar som görs om det aktuella läget. Till detta skall också läggas svårigheterna att göra åtskillnad mellan s. k. subjektiv resp. objektiv hälsa. En annan svårighet ligger i problemet att skilja miljöpåverkan från effekterna av människans eget beteende, livsstilen. Vidare är det i många fall svårt att avgöra skillnaden mellan orsak och verkan. Exempel på detta kan man finna när man studerar sambandet mellan sjukdom och inkomst.

Den fortsatta forskningen har således väsentliga problem att lösa. Hitillsvarande forskning om hälsans grundbetingelser måste fortsätta och breddas till att även omfatta samhällsvetenskapliga studier. Det är önskvärt att finna metoder för attityd- och beteendepåverkan.

Den följande redovisningen begränsar sig till några av de sociala förhållanden och miljöfaktorer, som kan tänkas påverka hälsotillståndet och som det av den anledningen finns starka skäl att försöka påverka i förebyggande syfte.

4.5.2 Bostadsförhållanden och hälsa

Olika undersökningar har påvisat samband mellan bostadsförhållanden, sjukvårdskonsumtion och sjukdom. Sambanden mellan bostad och sjukdom förklaras främst som effekter av förslumning och segregation (boendepuppelning). Även om bostadsproblemen i Sverige ibland redovisas som allvarliga är dessa till sin art och omfattning små i jämförelse med motsvarande problem i andra länder.

Av betydelse är i detta sammanhang i vilken mån dåliga bostadsförhållanden direkt medverkar till insjuknande, olycksfall och försämring av häl-

sotillståndet m. m. Viktigt är också på vilket sätt bostadsmiljön gör det möjligt för exempelvis handikappade att klara sig själva med och utan hjälp samt för äldre att kunna bo kvar i sina hem, även när vårdbehov i olika former uppstår.

Frågan om bostadsmiljöns betydelse för hälsan är svår att entydigt besvara, eftersom bostadsförhållandena så intimt sammanhänger med andra sociala förhållanden som ekonomi, bristfällig hygien och förutsättningar för medicinsk vård m. m. Med allmänt höjd levnadsstandard och därmed också allmänt förhöjd bostadsstandard har påvisbara samband mellan bostadsförhållanden och hälsotillstånd blivit mindre framträdande. Tidigare vanliga sjukdomar och dödlighet i tbc och vissa barnsjukdomar pekar på ett direkt samband med slumbildning, trångboddhet, allmän boendetäthet och kvalitativa brister i bostäderna. Detta sammanhänger också med uppvärmning, ventilation, belysning, fukt, kyla och drag m. m.

Sambandet mellan psykisk ohälsa och bristfälliga bostäder är svårt att påvisa. Det är känt att personer med beteendevikelser ofta kommer från fattiga familjer med trånga och bristfälliga bostäder. Sådana bostäder kan också bidra till psykiska besvär.

I WHO-studier har man funnit ökad frekvens av vantrivsel, irritation, sömnrubbningar och nervösa störningar i trångbodda familjer. Psykiskt välbalanserade och känslomässigt stabila personer klarar påfrestningarna vid trångboddhet bättre än andra.

Av olycksfallen inträffar en stor del i bostäder. Framför allt drabbas barn och äldre personer. Omkring hälften av olyckorna inträffar genom fall. Sådana torde kunna förebyggas genom lämplig utformning och utrustning av bostaden. Dåliga och bristfälligt utrustade bostäder gör det också svårare att ta hand om sjuka på lämpligt sätt liksom för handikappade att klara sig själva. Ökad satsning på öppna och halvöppna vårdformer förutsätter att bostäderna för handikappade är anpassade till de särskilda behoven.

Över 20 procent av alla olycksfall sker genom att förgiftning och brand inträffar i hemmen. Orsakande faktorer är därvid bland andra alkohol och rökning i sängen.

4.5.3 *Kost- och näringsförhållanden*

Kostens betydelse för hälsan i industriländerna har under senare år väckt stor uppmärksamhet. Kostvanorna har i hälsodebatten ofta sammankopplats med frågan om fysisk aktivitet i olika former.

Åtgärderna när det gäller kost och motion har utgått från att rubbningar i hälsotillståndet åtminstone delvis är betingade av olämplig kost, felaktiga kostvanor och bristande fysisk aktivitet.

Följderna av ett felaktigt kostintag och låg fysisk aktivitet har i sjukvårdssammanhang allmänt betecknats som vällevnadssjukdomar. Därvid har främst uppmärksamats överkonsumtion av fett och socker men även bristtillstånd p. g. a. en felaktig kostsammansättning.

Övervikt medför normalt minskad rörlighet och därmed också försämrad kondition med risk för trötthet och andfåddhet. Övervikten ökar slitaget på knän, rygg och cirkulationsorgan. Överviktiga människor löper ökad risk för sjukdom och därmed också för ett förkortat liv.

Enligt låginkomstutredningen år 1970 led 7 procent av männen och 13 procent av kvinnorna av övervikt. Enligt samma undersökning var övervikt vanligast i lägre inkomstgrupper.

Även om klara samband mellan kost, hälsa och sjukdom i övrigt inte finns närmare dokumenterade kan konstateras vissa samband mellan befolkningens kostvanor och exempelvis anemi, karies, hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i gallvägarna, sockersjuka och reumatiska sjukdomar m. fl. Särskilt intresse har i detta sammanhang riktats mot överkonsumtion av bl. a. fett och kolhydrater.

Inom vissa befolkningsgrupper har konstaterats stora brister i kaloriintaget. Detta gäller bl. a. äldre och missbrukare av alkohol och narkotika. Brist på B-vitaminer hos alkoholmissbrukarna är så vanlig att vitamintillskott ingår som en rutin i behandlingen. Även i övrigt är näringstillståndet hos alkohol- och narkotikamissbrukare ofta otillfredsställande.

4.5.4 Utbildningsnivån

Utbildningsnivån kan i viss utsträckning påverka vårdbehov och efterfrågan på vård samt vilka former av vård som efterfrågas. Anledningen anses ibland vara att utbildningsnivån påverkar värderingarna av och attityderna till hälso- och sjukvården. Högre utbildning innebär större kunskaper om sjukdomar, bättre kännedom om behandlingsmöjligheter samt också om sättet att skaffa sig vård. Sannolikt söker också denna grupp viss typ av vård tidigare än grupper med lägre utbildning.

SCB har år 1975 redovisat förekomsten av långvarig sjukdom och tandhälsa i relation till bl. a. utbildningsnivån. Av denna redovisning framgår att personer med lägre utbildning i något högre utsträckning än andra anser sig vara långvarigt sjuka. De har även sämre tandstatus. Här inverkar naturligtvis även andra orsaker än just utbildning, t. ex. ekonomi, boende- och arbetsförhållanden. Av samma undersökning framgår att personer med låg utbildning inte besöker läkare, inte utnyttjar tandvården och inte vårdas i slutna vård i samma utsträckning som övriga grupper.

Även av andra undersökningar framgår att högre utbildning medför större efterfrågan på vård. Särskilt markant är skillnaden mellan olika utbildningsnivåer när det gäller utnyttjandet av tandvård.

En del undersökningar kan tydas så att vårdbehovet i grupper med högre utbildningsnivå i större utsträckning än i övriga grupper tillgodoses i öppen vård. I dessa grupper kan motivationen och möjligheterna vara större att i första hand utnyttja vård i hemmet eller övrig öppen vård.

4.5.5 Arbete och arbetsförhållanden

Arbete innebär förutom utkomst åt människorna skapande, delaktighet och gemenskap i en arbetssituation och i en gemensam produktion. Arbete och sysselsättning är därför av grundläggande betydelse för den enskildes hälsotillstånd och allmänna välbefinnande. Arbete eller meningsfull sysselsättning kan inte i ovannämnda avseende kompenseras av exempelvis ökad fritid och ökad fritidssysselsättning. Avsaknad av stimulans genom arbete kan också leda till en utarmad fritid.

Arbetslöshet och undersysselsättning tillhör de stora problemen i samhället med omfattande skadeverkningar, inte minst vad gäller hälsa och välbefinnande. Av en redovisning framgår att arbetslösa män i åldrarna 25–64 år besöker läkare i större omfattning än andra grupper. De är också långvarigt sjuka i mycket hög utsträckning.

Den totala sysselsättningen har under perioden 1969–1972 hållit sig tämligen konstant. Bland män har förvärvsfrekvensen sjunkit något under det att kvinnornas deltagande i förvärvslivet ökar. Det belyses av tabell 4:5.

Tabell 4:5 Relativa arbetskraftstal för män och kvinnor

Kön	1965	1970	1976
Män	83,9	80,6	79,5
Kvinnor	48,7	52,8	60,0
Totalt	66,3	66,7	69,8

Den ökade kvinnliga förvärvsfrekvensen kan sägas ha varit en förutsättning för den snabba kommunala expansion som ägt rum. Antalet sysselsatta inom primärkommuner och landsting har mer än fördubblats från år 1960 till 1970. Detta hade inte varit möjligt utan det ökade antalet förvärsarbetande kvinnor.

Från social synpunkt är ungdomsarbetslösheten och utslagningen på arbetsmarknaden särskilt allvarliga. Dessa företeelser kan indirekt också få återverkningar för hälso- och sjukvården.

Antalet arbetslösa ungdomar har under 1970-talet ökat kraftigt. Olika åtgärder har vidtagits från statens, landstingens och kommunernas sida för att begränsa ungdomsarbetslösheten. Den är trots detta besvärande. Utvecklingen av ungdomsarbetslösheten redovisas i följande tabell.

Tabell 4:6 Ungdomsarbetslösheten 1965–1978. (Enl. SCB:s arbetskraftsundersökning, avrundade 1 000-tal). Antal arbetslösa

År	16–19 år	20–24 år	Totalt
1965	9	8	17
1970	10	10	20
1975	14	12	26
1976	14	12	26
1977	16	14	30
1978	19	19	38

Strukturförändringar och produktivitetsökning inom företagen har bl. a. lett till att det blivit svårare att få anställning och att arbetstakten ökat. De "enklare" och fysiskt mindre tunga jobben finns inte längre. Framför allt äldre och partiellt arbetsföra har till följd därav fått en försvärad arbetssituation.

Under perioden 1961–1975/76 ökade antalet arbetsvårdsansökningar från 33 500 till 86 400. Det däri ingående antalet personer i skyddat arbete ökade samtidigt från 2 000 till nära 15 500. Brist på sysselsättning genom arbets-

vården gör att många möjliga fall för arbetsvård registreras som sjukskrivna.

Spegelbilden av sysselsättningsutvecklingen för män finns i statistiken över förtidspensionerade. År 1966 uppgick antalet sådana till 161 000. Den egentliga ökningen är ännu större, om man tar hänsyn till att pensionsåldern sänkts under denna tidsperiod. Utvecklingen sammanhänger delvis med ändrad lagstiftning, som bl. a. innebär att inte längre enbart medicinska orsaker är pensionsgrundande utan även problem till följd av strukturomvandling och tekniska förändringar i arbetslivet. Antalet ansökningar om förtidspension var år 1970 16 200. Från en språngvis ökning år 1972 har antalet ansökningar under senare delen av 1970-talet legat på omkring 47 000 per år med en topp år 1973 på 50 200 ansökningar.

Utslagningen på arbetsmarknaden drabbar i stor utsträckning extremt lågavlönade samt ensamstående män. Dessa grupper är känsligare än andra för förändringar på arbetsmarknaden. Utslagningen sker ofta i samband med driftinskränkningar och genom att vissa anställda, ofta äldre eller arbetshandikappade, inte återanställs efter en period av lågkonjunktur, även om sysselsättningen totalt sett åter ökar. En tes är också att ökningen av förtidspensioneringen är en effekt av den solidariska lönepolitiken som gjort ett växande antal personer företagsekonomiskt olönsamma. Rationalisering och brister i arbetsmiljön, inte minst de psykologiska och sociala inslagen i denna, torde vara andra, mer påtagliga orsaker till utslagningstendenserna.

Sysselsättningsutredningen har i sitt delbetänkande *Arbete åt handikappade* (SOU 1978:14) uppmärksammat utslagningsproblematiken. I betänkandet har bl. a. föreslagits i ökad utsträckning samhällsekonomiska bedömningar vid företagsnedläggelser, ökad satsning på företagshälsovård och på anpassningsgruppernas verksamhet samt förstärkning av vissa personalresurser på arbetsplatserna – allt i syfte att bekämpa utslagningen.

4.5.5.1 Förändringar i arbetslivet

Utvecklingen av svenskt arbetsliv under senare år har drivits på inte minst genom nya organisationsformer med strängare krav på planering och kontroll. På den tekniska sidan har utvecklingen inneburit stark mekanisering och ofta automatisering av arbetet. Mekanisering och automatisering har ofta inträffat samtidigt med en omfattande strukturrationalisering. Den tidigare utvecklingen från basnäringar till tillverkningsindustri avlöstes från 1950-talet av en ökad tjänste- och serviceverksamhet. Arbetsmiljön har härigenom ändrat karaktär. Dagens miljöproblem är inte desamma som gårdagens. Samtidigt som arbetet i regel blivit lättare rent fysiskt har andra krav tillkommit.

Många tunga, förslitande och ofta starkt olycksfallsbelastade arbeten har försvunnit. Man kan här bara erinra om t. ex. de tidigare formerna av skogsavverkning etc. Samtidigt har dock tillkommit ett flertal andra risker i arbetsmiljön. De kan t. ex. gälla arbetsställning, olycksfallsrisker, siktförhållanden, buller osv.

Kemiska produkter och processer har liksom arbetsmetoder som utnyttjar teknisk fysik mer och mer vunnit insteg inom industrin. Bland industrisektorer med särskilt stark utveckling kan nämnas kraftindustri och verkstadsindustri samt industrier för plasttillverkning, elektronik och metallurgi.

En negativ effekt av mekanisering och automatisering i vissa former är vidare att arbetstagaren binds vid arbetet i uppgifter som splittrats upp i korta arbetscykler eller i rena övervakningsuppgifter. Även i övrigt är många maskiner dåligt anpassade till människans naturliga förutsättningar i arbetet. Detta gäller fortfarande en betydande del av nyproduktionen. En vanlig följd av mekanisering är att arbetstagaren pressas till en hög arbetstakt för att följa maskinens tempo och utnyttja dess möjligheter.

En av utgångspunkterna för den nya arbetsmiljölagen från år 1978 har varit önskemålet att mer än tidigare anpassa arbetet till människans förutsättningar och till sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa i fysiskt, psykiskt och socialt avseende.

Arbetslivets villkor formas genom samtidig inverkan av olika miljöfaktorer. I vissa sammanhang brukar dessa indelas i fysikaliska, kemiska, biologiska, psykiska och sociala arbetsmiljöfaktorer. Samtliga dessa har stor betydelse för behovet av hälso- och sjukvård över huvud taget och av insatser inom företagshälsovården. Arbetsmiljöfrågorna förtjänar därför en relativt ingående behandling.

4.5.5.2 Den fysiska arbetsmiljön

Riskerna och störningarna inom arbetslivet kan bl. a. belysas genom statistik över arbetsolycksfall, yrkessjukdomar, färdolycksfall och frånvaro från arbetet.

Arbetsolycksfall

Ca 85–90 procent av yrkesskadorna utgörs av olycksfall. Arbetsolycksfallens omfattning framgår av den officiella yrkesskadestatistiken sådan den återges i riksförsäkringsverkets publikation *Yrkesskador*. Statistiken är inte frekvensrelaterad och ger således inte någon ledning vad gäller antalet skador och olyckor i förhållande till antalet maskiner etc. i bruk. I tabell 4:7 anges antalet arbetsolycksfall enligt statistiken fr. o. m. år 1960.

Tabell 4:7 Antal arbetsolycksfall 1960–1975

År	Arbetsolycksfall		
	Antal totalt	Därav	
		Invaliditetsfall	Dödsfall
1960	115 525	1 974	365
1965	116 029	1 880	317
1970	121 824	1 926	272
1972	107 220	1 723	238
1973	106 689	1 600	180
1974	115 722	1 746	223
1975	115 423	1 642	190

Det totala antalet olycksfall har som framgår av tabellen hållit sig på en tämligen konstant nivå med viss nedgång åren 1972–1973. Antalet svårare olyckor har däremot minskat under 1970-talet jämfört med 1960-talet.

Olycksfallsfrekvensen är störst inom stuveribranschen. Andra näringsgrenar med särskilt hög olycksfrekvens är gjuteriindustrin, slakteri- och charkuteribranschen, skogsbruksnäringen, varvsindustrin och sågverksindustrin.

Underlaget för bedömning av omfattningen av yrkesskador orsakade av farliga ämnen och luftföroreningar är bristfälligt. Orsakssammanhangen mellan kontakt med farligt ämne och ådragen skada är synnerligen svårångade. Kroniska effekter måste kartläggas i särskilt upplagda projekt. Skador på grund av farliga ämnen torde hittills i stor utsträckning ha blivit oregistrerade i yrkesskadestatistiken.

I riksförsäkringsverkets publikation Yrkesskador anges som en av olycksfallsorsakerna giftigt eller frätande ämne. Antalet arbetsolycksfall åren 1972 och 1975 med nämnda orsak uppges där till 1 054 resp. 1 488, varav 8 resp. 20 invaliditets- och dödsfall.

Enligt SCB:s s k. ULF-studier år 1975 anser 17 procent av samtliga anställda att de har arbeten som är riskabla eller mycket riskabla med tanke på risken för olycksfall. I absoluta tal motsvarar detta av ungefär 580 000 anställda i den vuxna befolkningen. Andelen är högre bland män än bland kvinnor. För både grupperna upplevs riskerna vara störst bland de yngre.

Yrkessjukdom

Med utgångspunkt i den nya yrkesskadeförsäkringen kan yrkessjukdom definieras som sjukdom genom inverkan i arbetet av ämne eller strålenergi samt hälsorubbningar genom mekaniska inverkningar, vibrationer och buller etc.

Yrkessjukdom uppstår således genom skadlig inverkan i arbetet, dvs. genom arbetsmiljöförhållanden, som kan påverka den fysiska eller psykiska hälsan ogynnsamt. Av yrkessjukdomarna återspeglas endast en liten del i yrkesskadestatistiken. Den ger således endast en mera begränsad bild av riskerna i arbetsmiljön. Det totala antalet nyanmälda fall av yrkessjukdom visar under perioden 1960–1975 en nedgång t. o. m. år 1967 men därefter en tydlig ökning till ett större antal årliga anmälningar än år 1960. I fråga om antal registrerade invalidiserande eller dödsfallsorsakande yrkessjukdomsfall konstateras en kraftig ökning under hela perioden 1960–1975, från sammanlagt 164 till 1 159 sjukdomar.

Sedan en systematisk kartläggning av riskerna, särskilt förekomsten av skadliga ämnen, inom arbetsmiljön numera kommit till stånd väntas antalet nyanmälda yrkessjukdomar öka.

I många fall är sambandet mellan orsak och sjukdom svårt att påvisa. Detta gäller särskilt sjukdomar med smygande förlopp. Exempel på sådana är cancer, silikos och asbestos. Hörselskador uppträder först så småningom. Den höga ljudnivåns skadliga verkan har dock sedan länge varit känd.

Ett par särskilda riskområden förtjänar särskilda kommentarer, nämligen arbetsmiljö med bullerproblem och den kemiska arbetsmiljön.

Buller och hörselskador har uppmärksamrats som allvarliga hälsoproblem inom arbetslivet. Enligt SCB:s undersökningar uppgår 39 procent (drygt 1,5 milj.) av de sysselsatta i landet, att det bullrar där de arbetar. Omkring 12 procent (ca 490 000) arbetar under ständigt öronbedövande buller. Ständigt öronbedövande buller är allra vanligast bland produktions- och distributionsanställda m. fl. inom gruvor och tillverkningsindustri m. m. samt även inom exempelvis jordbruk och skogsbruk. Det finns stora skillnader mellan olika arbetsställen. Vanligast är det ständigt öronbedövande bullret på de större arbetsplatserna. Det är främst männen som utsätts för buller och bullerskador.

Enligt undersökningar inom byggnadsindustrin är betongarbetarna hörselskadade till ca 75 procent, träarbetarna till 70 procent, murarna till 66 procent och målarna till 48 procent. Endast 27 procent av byggnadsarbetarna har konstaterats ha normal hörsel. Även bland skogsarbetarna är andelen hörselskadade mycket hög.

Flera och större maskiner och högre hastigheter har tenderat att successivt öka bullernivån. Medvetenheten om riskerna på detta område har medfört kraftiga ansträngningar att minska bullret vid källan.

Det är sedan länge känt att de som under en längre tid arbetar i en bullrig miljö kan få hörselskador. På senare år har det också blivit klarlagt att buller även kan orsaka andra skadeverkningar. Vetenskapliga undersökningar har bekräftat att buller, som uttryck för kroppens stressreaktioner, kan förorsaka försämringar i blodkärl och cirkulationsorgan. Många upplever även effekter av bullret efter arbetsdagens slut, bl. a. i form av sömnsvärigheter och nervösa besvär.

Den *kemiska arbetsmiljön* är ett annat riskområde som på senare tid kommit särskilt i förgrunden. Oro och osäkerhet har uppstått på många arbetsplatser där man handskas med nya ämnen. Mängden kemiska ämnen och preparat som kan förorsaka miljöproblem är nästan oöverskådlig. Varje år tillkommer ett stort antal. Kontroll saknas i stor utsträckning över de kemiska riskerna. Forskningen härom är i första hand bl. a. inriktad på olika typer av damm, metaller, industriella oljor, gaser eller ångor och allergena ämnen, samt deras inverkan på fosterutvecklingen, cancerutvecklingen och på arvsmassan.

För att reducera riskerna för olika ämnen har arbetarskyddsstyrelsen utfärdat en lista med hygieniska gränsvärden för bl. a. de luftföroreningar som får förekomma på arbetsplatserna. Förnyade provningar av värdena skall göras efter hand. Genom de omfattande mätningar som detta arbete kräver öppnas också möjligheterna till en mera systematisk epidemiologisk forskning om orsakssammanhangen mellan arbetsmiljön och yrkesskador.

Färdolycksfall

Till yrkesskadorna räknas i försäkringshänseende även olycksfall som inträffar vid färd till och från arbetet, om färden föranleds av eller står i nära samband med arbetsanställning. Färdolycksfallen utgör genomsnittligt knappt 10 procent av alla yrkesskador. De leder betydligt oftare än arbetsolycksfallen till invaliditet och död. Såväl det totala antalet olycksfall som antalet färdolycksfall med invalidiserande eller dödlig utgång har hållit sig relativt konstant under den senaste 15-årsperioden.

Frånvaro från arbete

Ett symtom på brister i arbetsmiljön kan många gånger vara frånvaro från arbetet. Långtidsfrånvaro beror särskilt ofta på sjukdomar, orsakade av brister i arbetsmiljön. Ifråga om korttidsfrånvaro är sambandet svårare att fastställa.

Om man speciellt studerar industriarbetarna, kan konstateras en sedan 1940-talet stigande frånvarofrekvens. Även bland tjänstemännen har frånvaron ökat. Tjänstemän har dock i regel lägre frånvaro än arbetare.

Till andra faktorer än sjukdom, som påverkar frånvaron, hör sysselsättningsläget, sjukersättningen, arbetskraftens ålder och avstånd till arbetet. Klart är också att frånvaron i hög grad hänger samman med arbetets art, arbetstillfredsställelsen, graden av ansvar och frihet i arbetet samt upplevelsen av lojalitet och samhörighet på arbetsplatsen. Olika yttre förhållanden, t. ex. arbetstider och möjligheter till barntillsyn m. m., kan också påverka frånvarofrekvensen.

Enligt en undersökning av riksförsäkringsverket under perioden 1973–1976 ökade sjukfrånvaron markant inom stora företag (mer än 1 000 anställda). Inom de små företagen var frånvaron i stort sett oförändrad. Ett stort företag med många små arbetsplatser hade likaledes låg sjukfrånvaro på dessa. Den genomsnittliga årsfrånvaron per anställd uppgick vid de stora arbetsplatserna till 32 dagar mot 13,5 för de små företagen. Under den angivna perioden ökade sjukfrånvaron på de större arbetsplatserna med ca 50 procent, medan den på de små minskade med 5,6 procent. Korttidsfrånvaron ökade vid de stora arbetsplatserna under perioden med 75 procent.

Ser man till sjukfrånvarons utveckling inom olika grupper anställda kan relativt stora olikheter konstateras. Exempelvis ökade långtidsfrånvaron bland arbetare under perioden 1973–1976 med 27 procent. För privat tjänstemän var den däremot oförändrad. För statstjänstemän ökade den med 38 procent. Ifråga om landstings- och primärkommunalanställda tjänstemän redovisades 17 resp. 30 procents ökning.

Riktlinjer för den fysiska arbetsmiljöns utformning

Arbetsmiljölagen från år 1978 fastslår att arbetet skall utföras i en sund och säker miljö. Lagen ger allmänna föreskrifter om vilka olika krav, som skall beaktas, t. ex. om luft-, ljud- och ljusförhållanden, skyddsåtgärder samt beskaffenheten av maskiner och andra tekniska anordningar.

Ämne som kan föranleda ohälsa eller olycksfall i arbetet får användas endast under förhållanden som ger betryggande säkerhet.

4.5.5.3 Psykiska, sociala och organisatoriska faktorer

Intresset för arbetarskyddsfrågor är numera inte enbart koncentrerat kring skadliga förhållanden i den fysiska arbetsmiljön och hur dessa förhållanden skall undanröjas. Synen på arbetsmiljöproblemen har vidgats så tillvida att man även börjat uppmärksamma organisatoriska och sociala förhållanden på arbetsplatserna som har betydelse för den enskildes arbetssituation och trivsel i arbetet. Hit hör exempelvis frågor om arbetsuppgifternas innehåll och möjligheterna till kontakt, samarbete, inflytande och personlig utveckling.

I olika sammanhang används i fråga om arbetsmiljön begreppet psykosociala faktorer. Dessa utgör inte någon särskild grupp av miljöfaktorer. Psykosociala faktorer framkommer genom att arbetsmiljön med däri inrymda fysiska miljöfaktorer samt organisatoriska och sociala förhållanden betraktas från ett psykologiskt och sociologiskt perspektiv. Begreppet förmedlar således snarare ett synsätt än att det anger någon särskild grupp av miljöfaktorer.

Det är svårt att dra en klar gräns mellan fysiska och organisatoriska/sociala faktorer i arbetsmiljön. Den fysiska miljön ger ramen för de organisatoriska och sociala faktorerna. Samtidigt påverkas den fysiska miljön av värderingar och anspråk hos dem som arbetar där. De olika miljöfaktorerna påverkar således varandra ömsesidigt.

Man kan inte heller klart skilja på fysiska och organisatoriska aspekter på miljön när det gäller den upplevelsemässiga värderingen av arbetet. Det är i stället kombinationen av alla dessa faktorer som tillsammans utgör helheten och som påverkar människans fysiska och psykiska reaktioner på sin arbetssituation. Man vet i dag att en kombination av dåliga fysiska miljöfaktorer samt organisatoriska och sociala faktorer tillsammans kan få svåra konsekvenser för många arbetande människor med avseende på såväl fysisk som psykisk hälsa.

Först på senare tid har man mera allmänt börjat ägna uppmärksamhet åt de psykologiska och sociala aspekterna på arbetsmiljön. Några gränser, inom vilka den fysiska miljön måste hållas för att skadliga effekter av psykologisk och social natur ej skall uppstå, har dock inte kunnat fastställas. I stället har en stor del av resurserna inom det psykologiska och sociala verksamhetsfältet kommit att inriktas på att hjälpa eller rehabilitera människor, som fått psykiska skador delvis till följd av den miljö och de arbetsförhållanden de haft att verka i. Endast en ringa del av dessa resurser har ägnats åt att påverka utformningen av miljön i syfte att förebygga att dessa skador uppkommer.

Förekomst av psykiska problem i arbetslivet

Att objektivt mäta förekomsten av psykisk ohälsa beroende på arbetsmiljön är svårt. Forskningsresultat och olika undersökningar ger emellertid vid handen att det hos många människor finns en stor oro för de psykiska och psykosociala förhållandena i arbetsmiljön och de konsekvenser dessa kan ha för den enskilde.

I låginkomstutredningen studerades sambandet mellan nedsatt hälsa och vad som betecknades psykiskt mycket tungt, tungt resp. psykiskt icke tungt arbete. Av samtliga arbeten karakteriserades 8 procent som mycket tunga, 60 procent som tunga och resterande arbeten som icke psykiskt tunga. Stora skillnader visade sig föreligga vad hälsotillståndet beträffar mellan dessa olika grupper.

I en LO-undersökning år 1971 omfattande ca 4 000 arbetare undersöktes orsakerna till psykiska påfrestningar i arbetet. Den största betydelsen tillmättes därvid hårt uppskruvad arbetstakt. Som viktiga orsaker utpekades även klimatfaktorer och luftföroreningar, buller, fysiska påfrestningar och lönesättning.

För tjänstemän är påfrestningarna delvis av annan karaktär än för arbetare. För tjänstemännen spelar t. ex. utsikterna till befordran i allmänhet större roll liksom konflikter av olika slag.

En förbättrad kunskap om de organisatoriska och sociala faktorernas betydelse i arbetsmiljön håller på att byggas upp. Den nya lagstiftningen på arbetsmiljöområdet baserar sig också – som tidigare antytts – på en annan medvetenhet än tidigare om sambanden mellan arbete och hälsa.

Samtidigt som ökade kunskaper och värderingar medfört ökade kvalitativa krav på arbetsmiljön har begreppet hälsa givits en vidgad betydelse. Hälsobegreppet innebär enligt de utgångspunkter för den nya lagstiftningen för hälso- och sjukvård, som kommer att redovisas i det följande (kap. 6), ett hänsynstagande inte enbart till de fysiska utan även till de psykiska och sociala förhållandena.

I det psykosociala betraktelsesätt som därmed blivit mera vedertaget är utgångspunkten människans egna upplevelser och bedömningar. Detta innebär att den fysiska miljön och organisationen etc. måste anpassas till dessa behov.

Arbetet förutsätts ha ett sådant innehåll att det dels undanröjer eller begränsar de betingelser i arbetsmiljön, som har skadlig inverkan på den psykiska hälsan, dels främjar möjligheten till arbetstillfredsställelse.

Detta delvis förändrade synsätt innebär också att människan mer än tidigare förutsätts kunna påverka sin egen arbetssituation och ha ett medansvar för förhållandena på sin arbetsplats.

4.5.5.4 Avlöningssystem, arbetstider och skiftarbete

Förändringarna inom arbetsmarknaden och uppmärksammandet av riskerna i arbetslivet har medfört väsentligt ändrade arbetsförhållanden. Samtidigt har avlöningssystemet, arbetstiderna och skiftarbetandet i tilltagande grad ställts under debatt.

Frågan om *avlöningssystemet* har framför allt gällt ackordslönen. I ökad omfattning har ställts kravet att ackorden skall avskaffas. Som motiv har anförts att tempoarbetet utgör en av de svåraste stressfaktorerna i arbetslivet och att de medicinska skälen därför talar för ett avskaffande av systemet. Riksförsäkringsverkets undersökningar påvisar emellertid inte något klart samband mellan ackordsarbete och sjukfrånvaro. Enligt undersökningar vid företag som övergått till fast lön förbättras i regel det psykiska arbetsklimatet på arbetsplatsen till följd av denna åtgärd. Entydiga resultat när det gäller riskerna för yrkesskador har däremot inte erhållits.

För att kunna lösa vissa arbetstidsproblem har sedan länge funnits en lagstiftning om *arbetstiden*, som till största delen gått ut på att begränsa arbetstidens längd. I bakgrunden har funnits önskemålet att av hälsoskäl skydda arbetstagarna från överutnyttjande. 40-timmarsveckan har numera kommit att utgöra en grundläggande norm.

För att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet har tidigare också funnits lagbestämmelser om arbetstidsförläggningen och ledighetsförhållandena. Utvecklingen med ökade effektivitetskrav m. m. har inneburit att på senare tid särskilt den psykiska arbetsbelastningen kommit i blickpunkten. Behovet av vissa begränsningar i friheten att fördela arbetstiden framstår därför som

oförminskat. Detaljbestämmelser härom har dock ej intagits i den nya arbetsmiljölagen utan har förutsatts bli utformade genom kollektivavtal.

I hälso- och sjukvårdens intresse ligger att olika former av extra arbete inte förekommer i sådan omfattning att det försakar hälsoproblem.

Ett inom vissa yrkesgrupper förekommande problem är *skiftarbete*. Fler-talet skiftarbetare är negativt inställda till den förläggning av arbetstiden, som därvid förekommer. Enligt aktuella undersökningar vill 75 procent av dem som arbetar treskift och fyrskift byta arbetstider. Dygnsrytmen rubbas med skiftarbete och det uppstår ofta sömnproblem och andra problem. Skiftarbetare företer i större utsträckning än andra nervösa besvär, oro, retlighet och trötthet. Däremot har icke påvisats större avvikelser i fråga om olycksfrekvens, sjukfrånvaro och dödlighet. Enligt erfarenheterna försvinner eller minskar de fysiska, psykiska och sociala besvären vid återgång till dagarbete.

Enligt ULF-undersökningarna har 7 procent av befolkningen skiftarbete. 4 procent arbetar kvälls- eller natttid, 6 procent har annan, ej regelbunden arbetstid. De som arbetar skift är oftast män (75 %). Drygt 1/5 av skiftarbetarna har barn under 7 år.

4.5.6 *Skolmiljön*

Som framgått av den senaste tidens skoldebatt och som även framgått av skolhälsovårdsutredningen är skolmiljön av mycket stor betydelse för elevernas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande.

Den enskilde elevens hälsosituation kan påverkas av såväl den fysiska som den psykiska skolmiljön. Förhållanden rörande den fysiska skolmiljön kan t. ex. gälla skolanläggningens placering från trafiksynpunkt, skolbyggnadens utformning och placering på skoltomten, utemiljön, handikappanpassning och arbetshygieniska förhållanden.

Psykiska problem bland eleverna kan uppkomma t. ex. på grund av sådana förhållanden som otrygghet i skolsituationen, isolering, avvikande beteende samt sociala problem av skilda slag.

Hälsoproblemen hos elever i skolan hänförs sig dock oftast inte enbart till brister i skolmiljön utan har i allmänhet ett starkt samband med familjeförhållanden och andra sociala förhållanden.

4.5.7 *Den psykiska miljön*

Människans önskemål i fråga om livsstil och personlighetsutveckling kommer ibland i motsatsförhållande till samhällets krav på produktivitet, effektivitet och lönsamhet. Denna motsättning ger sig tillkänna t. ex. i arbetsliv och olika offentliga miljöer. Skolan kritiseras ofta för prestationskrav och betygshets.

Psykisk belastning i form av stress, ångest, oro och nedstämdhet har ansetts vara det pris som fått betalas för höjningen av den materiella standarden. Svårare konsekvenser kan sedan följa i form av ökat risktagande, alkohol- och narkotikaproblem, psykisk sjukdom och självmord.

I arbetslivet, som mer och mer präglas av omflyttningar och omställningar, kan de personliga påfrestningarna för den enskilda människan bli mycket

stora. Visserligen ägnar man numera med fullt berättigande stor uppmärksamhet åt riskerna för fysiska skador i arbetslivet och åt miljöfarliga ämnen. Det är dock nödvändigt att i framtiden fästa större avseenden än tidigare vid psykiska och psykosociala förhållanden.

I arbetsmiljöutredningens betänkande (SOU 1976:1), som ligger till grund för den nya lagstiftningen om arbetsmiljön, fastslås att det psykiska klimatet på en arbetsplats ytterst bestäms av de relationer, som råder mellan de anställda och arbetsgivaren och mellan de anställda inbördes. Den nya lagstiftningen eftersträvar en bättre anpassning än tidigare av arbetet till människans förutsättningar. I den mån arbetet kan tänkas ge skador i kroppsligt eller psykiskt avseende anses ingripande från arbetarskyddssynpunkt kunna motiveras. I den nya lagen betonas således den totala hälsoaspekten.

Förutom psykosociala problem i arbetslivet har samhällsforskningen pekat på flera andra företeelser med negativa effekter på den psykiska miljön i samhället:

- ensamhet, kontaktlöshet och anonymitet,
- enformighet, tristess och bristande möjligheter till aktivitet samt
- långa tröttande arbetsresor, svårigheter att få förkortad arbetstid eller arbete över huvud taget.

Dagens forskning om den psykiska miljön är inriktad på att kartlägga högriskgrupper – personer som är speciellt sårbara – och högrisksituationer, dvs. situationer som särskilt kan framkalla psykisk ohälsa. Intresset riktas vidare på de social- och miljöpolitiska åtgärderna samt utvärderingen av dessa. Till frågeställningarna hör slutligen hur den mänskliga miljön påverkas av olika samhälls- och strukturförändringar, t. ex. arbetslöshet, isolering av äldre samt fysiska och kemiska påverkningar.

Frågor av detta slag har inom socialstyrelsen varit föremål för särskild utredning. En rapport i ärendet, *Psykisk hälsovård I* (LiberFörlag), har nyligen framlagts.

4.5.8 *Fritiden, dess användning och betydelse för hälso- och sjukvården*

I takt med den stegvis genomförda arbetstidsförkortningen har fritiden ökat. I olika utredningar har man räknat med en fortsatt arbetstidsförkortning under 1980-talet. Arbetstidsförkortningen kommer att tas ut i olika former, bl. a. som kortare arbetsdag, längre semester och sänkt pensionsålder m. m. Oavsett hur uttaget sker torde man generellt sett kunna räkna med fortsatt ökad fritid.

Mera fritid påverkar hälso- och sjukvården på många olika sätt. Personalbehovet inom hälso- och sjukvården ökar och därmed också utbildningsbehoven. Problem uppstår även när det gäller att upprätthålla en tillfredsställande kontinuitet i vårdarbetet. Vårdresursernas utnyttjande under olika delar av dygnet kan också förändras.

Det finns också vissa problem i samband med fritidens utnyttjande som indirekt får konsekvenser för hälsotillstånd och vårdbehov. Alla har inte lika lång fritid eller har inte samma möjligheter att utnyttja fritiden. Detta kan t. ex. gälla dubbelarbetande familjeförsörjare och ensamstående föräldrar

med barn. Långa restider till och från arbetet inkräktar vidare på fritiden. En ökad andel skiftarbetande och ett större antal människor i serviceyrken medför ökad spridning av arbetstiden. Härigenom blir även fritiden mer splittrad och svårare att utnyttja. Vidare kan man peka på de varierande möjligheterna att utnyttja olika fritidsaktiviteter och serviceanläggningar, även om en utjämning skett härvidlag. (Exempelvis ökade antalet hushåll som kontinuerligt hade tillgång till fritidsbostad under perioden 1959-1967 från ca 200 000 till ca 420 000.)

Av stor betydelse från hälsosynpunkt är den enskildes ambitioner att ge fritiden ett meningsfullt innehåll. Social isolering, bristande fritidssysselsättning och för mycket slentrianmässigt TV-tittande osv. kan inverka negativt på välbefinnande och hälsotillstånd, såväl fysiskt som psykiskt. Medvetandet om detta är en av anledningarna till de senare årens kampanjer, bl. a. för fysisk aktivitet.

Fritiden kan också vara direkt problemalstrande, såsom t. ex. för människor med psykiska besvär, nedsatt rörelseförmåga och hörselnedsättning. Den lediga tiden och en ökning därav kan för dessa många gånger ytterligare öka den sociala isoleringen och förstärka upplevelsen av handikapp eller andra besvär.

4.5.9 *Samhällsservice och kommersiell service*

Tillgången på kommersiell, social och kulturell service är faktorer av stor betydelse för den enskildes välbefinnande. Brister i denna service kan indirekt skapa problem, som belastar hälso- och sjukvården. Omvänt är en tillfredsställande allmän service och service från andra samhällsorgan en förutsättning för att vårdorganisationen skall kunna fungera tillfredsställande.

Behovet av offentlig service i olika former omfattar med varierande styrka alla åldersgrupper men berör i särskild grad de äldre i samhället. Sambanden mellan denna service samt vårdbehov och vårdorganisation är skiftande. De kan här endast antydast.

Ungdomarnas specifika behov av samhällsservice hänför sig till olika typer av fritids- och serviceanläggningar men även till rådgivning och hjälp för bearbetning av relationsstörningar av skilda slag. Bristande sociala resurser för förebyggande rehabiliterande åtgärder avseende ungdoms- och missbruksproblem innebär risker för att problemen förvärras och att behov av sjukvård så småningom uppstår. Behandling och rehabilitering av alkohol- och narkotikamissbrukare ställer särskilda krav.

Barnomsorgen har tidigare främst ansetts vara ett tillsynsproblem och en fråga om *barnfamiljers* möjligheter till valfrihet. Den är dock i hög grad också en fråga om barnens utveckling. Otillfredsställande barnomsorg kan grunda framtida vårdbehov. Problem med barntillsyn och barnuppfostran kan påverka hela familjens sociala situation. Barnomsorgsfrågan har samtidigt för landstingen en särskild betydelse i och med att svårigheter med barntillsynen visat sig vara ett av de större hindren vid rekrytering av vårdpersonal.

För den *förvärvsarbetande* delen av befolkningen kan långa avstånd mellan bostäder och arbetsplatser vara ett besvärligt problem. Brister i denna service

kan i sämsta fall utesluta möjligheterna till förvärvsarbete. Detta kan gälla rörelsehindrade, för vilka arbetsplats nära bostaden är en förutsättning för att kunna ha ett arbete.

För de äldre och handikappade påverkas livssituationen och hjälpbehovet på ett avgörande sätt av sådana faktorer som avstånd till affärer, postkontor, bibliotek och sociala inrättningar m. m. liksom av tillgång till allmänna kommunikationer. Den sociala servicen om omvårdnaden ifråga om färdtjänst, matservice och aktiviteter av olika slag har stor betydelse när det gäller att undvika eller uppskjuta sjukdom. Ett väl utvecklat samarbete mellan olika samhällsorgan för samordnad service bör därför verka i denna riktning.

4.5.10 Trafikförhållanden

Bilismen är en av de företeelser som mest förändrat vårt samhälle. Den alltmer tätande trafiken har gjort det nödvändigt att sanera stadskärnorna, bredda infartsleder, gator och vägar samt riva delar av bebyggelsen för att ge plats för parkeringshus och servicestationer. Samtidigt har biltrafiken skapat en ökad rörlighet och gjort det möjligt att exploatera områden långt från stadskärnan för bostäder, arbetsplatser, stormarknader m. m.

Med den ökade bilismen har antalet olycksfall i trafiken ökat. Trafikolycksfall var inte särskilt vanliga förr i tiden även om man tar hänsyn till den dåtida trafikens omfattning. När nuvarande dödsorsaksstatistik debuterade år 1911 redovisades endast 148 vägtrafikolyckor med dödlig utgång. Motorfordonens andel var i början obetydlig. Redan på 1920-talet började dessa emellertid att öka kraftigt. Antalet dödsolyckor ökade under lång tid praktiskt taget oavbrutet med nedgång endast under de båda världskrigen. Under det senaste decenniet har vägtrafikolyckor helt dominerat.

Antalet dödsfall i vägtrafikolyckor har under 1970-talet överstigit 1 000 per år. Detta antal var år 1977 1 031. Härav var 731 män och 300 kvinnor. Som trafikantgrupp dominerar personer i bilar med 586. Därefter följer 181 gående, 121 cyklister och 73 mopedister.

Antalet skadade i vägtrafikolyckor är betydligt högre. År 1977 var det totala antalet rapporterade svårt skadade 6 529, varav 4 239 män och 2 290 kvinnor. Motsvarande antal lindrigt skadade var 14 387, varav 8 991 män och 5 396 kvinnor.

Ungdomarna är kraftigt överrepresenterade i trafikolycksfallsstatistiken. Mer än hälften av alla ungdomar som avlider dör efter trafikolyckor. Även när det gäller andra olyckstyper än trafikolyckor är ungdomarna överrepresenterade. Orsaker till att ungdomarna är överrepresenterade i trafikolycksfallsstatistiken kan vara att de fordon som de använder är de farligaste, t. ex. moped eller motorcykel, men också bristande rutin.

Av dem som år 1976 var delaktiga i av polisen kända trafikolyckor, som medfört personskada, var 6 procent alkoholpåverkade. Riskerna för att en olycka skall få svårare konsekvenser ökar under alkoholpåverkan. Samband finns också med den förtärda alkoholmängden. Man räknar med att risken att dödas för en förare med 1,0 promille alkohol i blodet är upp till sju gånger så stor som samma risk för en förare i nyktert tillstånd.

Olycksfallsrisken är avsevärt lägre vid kollektivtrafik än vid annan trafik.

Det framgår av följande jämförelsetal avseende antal dödade personer i förhållande till transportsträckans längd (Källa: Lindblom m. fl.)

T-bana	5	Motorcykel	53
Järnväg	10	Moped	56
Buss	11	Cykel	80
Personbil	30		

4.5.11 *Ekonomiska förhållanden*

Hög inkomst kan rent allmänt bidra till bättre bostadssituation, bättre kostvanor och allmänt gynnsammare levnadsförhållanden. Detta kan innebära lägre sjukdomsrisker och ett bättre hälsotillstånd.

Effekterna av inkomst är dock svåra att avgränsa från inverkan av andra sociala faktorer och miljöfaktorer. Inkomst torde därför ha begränsad betydelse vid studier av sambandet mellan miljö och hälsa. Stigande inkomstnivå i samhället kan inte utan vidare uppfattas som positivt från hälsosynpunkt.

Om god ekonomi hos den enskilde i viss mån kan antas bidra till ett bättre hälsotillstånd och därmed minska anspråken på vård pekar den allmänna standardhöjningen i annan riktning. Standardhöjningen torde i vissa avseenden öka anspråken på hälso- och sjukvård. Värderingar och attityder förändras. En höjd privat levnadsstandard leder till höga krav även på de offentliga tjänsternas standard. Liksom medborgarna ökar sin privata standard när inkomsterna stiger så är man i allmänhet också angelägen om en förbättring av den offentliga servicen inom exempelvis utbildning, socialvård och hälsovård. Därigenom ökar anspråken vid utformning och utrustning av sjukhus, ålderdomshem och andra vårdinstitutioner.

Statistiska centralbyråns ULF-material, som inte motsäger dessa påståenden, visar att personer med låg inkomst anger långvarig sjukdom oftare än andra grupper. Dessa har också sämre tandstatus. De konsumerar mindre tandvård än personer med högre inkomster men besöker däremot läkare och vårdas i slutna vård oftare än de med högre inkomster.

Här måste dock beaktas sambandet mellan orsak och verkan. Många gånger infinner sig besvären först sedan arbetsförmågan blivit nedsatt och inkomsterna sjunkit. Att sjukhusvård utnyttjas mest av dem som har låg inkomst kan med andra ord bero på att inkomstnivån sjunkit som en följd av sjukdomen eller av andra orsaker, t. ex. arbetslöshet.

4.6 Trygghetspolitiken

Den trygghetspolitik som förts och förs på viktiga samhällsområden har en avgörande betydelse för människornas levnadsbetingelser och därmed även för deras fysiska och psykiska välbefinnande.

Det mest framträdande målet för den socialpolitik som inleddes på 1930-talet var tryggheten. Det gällde att framför allt skapa ekonomisk och social trygghet för stora medborgargrupper.

Grundtrygghet

Tryggheten och vad som följde av denna skulle i socialpolitiken förverkligas genom generella socialförsäkringsreformer. Genom dessa reformer kunde medborgarna tillförsäkras en grundtrygghet. Förmånerna skulle i princip utgå till alla och inte vara förenade med inkomst- eller behovsprövning.

Innebörden av begreppet grundtrygghet påverkas självfallet av många faktorer såsom allmän standardutveckling, resurser, ambitioner och politiska värderingar. Oberoende härav kan konstateras, att tillgodoseende av grundtrygghetsbehov är en viktig handlingslinje även i den aktuella reformpolitiken. Inte minst utvidgningen av det socialpolitiska fältet till nya områden innebär samtidigt en breddning av den sociala grundtryggheten. Här är den allmänna tandvårdsförsäkringen ett bra exempel. Inom ramen för grundtryggheten faller också många partiella förbättringar inom såväl de traditionella socialförsäkringarna som nya reformer såsom föräldraförsäkring, förstärkta vårdbidrag, barnpensioner och bidragsförskott etc.

Standardtrygghet

Den socialpolitiska utvecklingen skulle från 1950-talet fortsätta genom strävanden att trygga inkomstbortfall och säkra en standardtrygghet. Reformarbetet övergick till att bygga upp system som var inriktade på att vid inkomstbortfall och sjukdom och ålderdom etc. tillförsäkra medborgarna ersättningar, som möjliggjorde oförändrad standard. Viktiga reformer var här den allmänna sjukförsäkringen som under 1970-talet utvecklats till ett system med sjuklön och ATP-reformen etc. Principen om standardtrygghet är av central betydelse även i den aktuella reformpolitiken genom de förstärkningar och påbyggnader som genomförs ifråga om de tidigare grundlagda inkomstanpassade ersättningar.

I följande avsnitt ges en sammanfattande redovisning av några huvuddrag i de senaste decenniernas reformarbete inom arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik och socialpolitik.

4.6.1 Arbetsmarknadspolitiken

Under 1930-talet formulerades kraven på full sysselsättning och arbetskraftens anpassning till ett föränderligt arbetsliv. En reformering av arbetsmarknadspolitiken inleddes både kvantitativt och kvalitativt. Statens kostnader för arbetsmarknadspolitiska åtgärder, som tidigare varit blygsamma, mångdubblades. År 1934 tillkom den med statsbidrag understödda arbetslöshetsförsäkringen.

Senare breddades politiken till att avse en arbetsmarknadsmässig reglering i syfte att slussa arbetskraften till för samhället väsentliga områden. Brist på arbetskraft gav ökade arbetstillfällen för kvinnor och handikappade. Under efterkrigstidens första tio år rådde i det närmaste full sysselsättning.

Arbetsmarknadsstyrelsen inrättades år 1948. När sysselsättningsläget för-sämrades under senare delen av 1950-talet kom styrelsen att spela en betydelsefull roll i syfte att minska arbetslösheten. Insatserna avsåg att stabilisera bristande arbetskraftsbalans inom olika yrkes- och näringsgrenar och

geografiska områden samt att befrämja arbetskraftens anpassning och rörlighet mellan skilda sektorer av arbetsmarknaden.

Den nyorientering av politiken som därmed ägde rum har resulterat i en fortgående ökning av antalet personer i arbetsmarknadsutbildning och arbetsvård.

Den förda arbetsmarknadspolitiken har även haft som mål att minska den dolda arbetslösheten genom åtgärder som möjliggör arbete för tidigare undersysselsatta grupper. Genom lokaliseringpolitiken har samhället sökt minska arbetslösheten inom områden med brist på arbetstillfällen. Ett av sysselsättningsutredningen formulerat mål för den fortsatta arbetsmarknadspolitiken är att bereda arbete åt alla.

Bestämmelser om trygghet i anställningen finns numera i både lagar och avtal. Lagstiftning har också tillkommit om arbetsmiljö, arbetstidsbegränsning och rätt till semester. I avtal mellan arbetsmarknadens parter har införts bestämmelser om bl. a. företagshälsovård, avgångsbidrag, permitteringslön och tjänstegrupplivförsäkring vid olycksfall i arbetet.

4.6.2 *Bostadspolitiken*

Den moderna bostadspolitiken började liksom familjepolitiken att ta form under 1930-talet. Syftet var främst att skapa bättre bostadsförhållanden. Bl. a. vidtogs åtgärder mot den då rådande trångboddheten och bristen på bostäder. Samtidigt förbättrades också sysselsättningen.

Ett karakteristiskt drag i den förda bostadspolitiken är att den tidigare svåra bostadsbristen kunnat reduceras. Detta har varit möjligt genom en tidvis mycket omfattande byggnadsverksamhet. Från bottennivån år 1951, då endast omkring 40 000 lägenheter färdigställdes, ökade nyproduktionen fram till 1970-talet med drygt 100 000 lägenheter per år. Sedan dess har det skett en avsevärd avmattning i byggandet. Antalet färdigställda lägenheter år 1978 uppgick till drygt 53 000.

Nu satsas i ökad omfattning på sanering av det befintliga bostadsbeståndet. Bostadsbeståndet har moderniserats och trångboddheten har nedbringats. Den har dock inte helt kunnat elimineras. Enligt bostadsräkningarna har andelen trångbodda hushåll minskat från 72 procent år 1945 till 30 procent 1965 och mindre än 10 procent 1974.

Ett annat karakteristiskt drag i bostadspolitiken är den starka satsningen på att förbättra bostadsförhållandena för sämre situerade och barnfamiljer. Denna satsning har avsevärt höjt bostadsstandarden för dessa kategorier, även om de alltjämt släpar efter i olika avseenden.

I slutet av 1940-talet gjordes en genomgripande översyn av låne- och bidragssystemet. De då införda bidragsformerna omfattade pensionärsbostadsbidrag, kommunala bostadstillägg till pensionärerna och inkomstprövade familjebostadsbidrag. Senare har flera stödformer tillkommit, t. ex. bostadsförbättringslån för pensionärer, bostadsanpassningsbidrag samt bostadstillägg till handikappade.

Den nuvarande bostadspolitiken avser inte bara tillgången på bostäder, undanröjande av trångboddhet och lägenheternas standard. Bostaden anses i ett vidare grepp omfatta såväl den enskilda lägenheten som huset där lägenheten finns, grannskapet, service och andra verksamheter inom bo-

stadsområdet m. m. Bostadspolitiken syftar till att utjämna de skillnader i möjligheterna att uppleva en god bostadsmiljö som beror på människors olika ekonomiska, fysiska, psykiska och politiska resurser. Åtgärder inriktade på den fysiska och sociala miljön i bostadsområdena är därför också mycket viktiga.

4.6.3 Socialpolitiken

Återblicken på den socialpolitiska utvecklingen begränsar sig till områdena socialförsäkring, familjepolitik och kommunal service. Hälso- och sjukvården, som givetvis utgör ett av de väsentligare inslagen i trygghetspolitiken, behandlas i annat sammanhang i utredningen.

4.6.3.1 Socialförsäkring

Det reformarbete, som vidtog under 1930-talet, hade att utgå från behov av förändringar men även från att samhället fått ökade resurser. De politiska intentionerna var att förhindra en ökning av den relativa fattigdomen och att skapa förbättrad trygghet.

Under 1930- och 1940-talen uppbyggdes och reformerades förmånerna genom folkpensioneringen, som avsåg att skapa en allmän grundtrygghet och hade en betydande fördelningseffekt. Den allmänna tilläggs pensioneringen (ATP), som omfattar personer med arbetsinkomst, infördes på 1960-talet. Genom ATP erhålls ersättning för inkomstbortfall efter pensioneringen.

Statsunderstödda, erkända sjukkassor inrättades i början av 1930-talet. Anslutningen till försäkring genom dessa kassor var frivillig. En tredjedel av befolkningen kom beroende härpå att stå utanför försäkringen.

År 1955 trädde en obligatorisk sjukförsäkring i kraft. Sjukpenningen blev graderad efter inkomst. Till försäkringen knöts även yrkesskadeförsäkring, moderskapsförsäkring och mödratandvård. Försäkringen utgör numera en viktig del av den organisatoriska och lagmässiga samordningen till den allmänna försäkring, som trädde i kraft år 1963. Den allmänna försäkringen har under 1960- och 1970-talen utvidgats och kompletterats på en rad olika punkter.

Den allmänna försäkringen, som omfattar alla svenska medborgare och här i landet bosatta utlänningar, ger numera sjukvårdsersättning, sjukpenning och föräldrapenning. Sjukvårdsersättningen omfattar i sin tur läkarvård, tandvård, sjukvårdande behandling, konvalescentvård, hjälpmedel åt handikappade och sjukresor. Ersättning kan också ges för läkemedel, förbrukningsartiklar och rådgivning angående födelsekontroll, abort och sterilisering. Genom sjukpenningersättningen garanteras alla invånare skydd mot inkomstbortfall vid sjukdom och skada. (En mer ingående beskrivning av försäkringssystemets utformning ges i kapitel 3.)

Den allmänna sjukförsäkringen utgör en viktig trygghet för människor särskilt i produktiv ålder och innebär ett betydelsefullt bidrag till de socialpolitiska strävandena genom att bl. a. minska socialhjälsbehoven.

4.6.3.2 Familjepolitik

Familjepolitik i modern bemärkelse började formuleras på 1930-talet. Åtgärderna har gått efter olika handlingslinjer. En av dessa har varit att lätta barnfamiljernas ekonomiska börda. En annan har gällt skyddet av mödrarnas och barnens hälsa. En tredje linje har syftat till åtgärder som underlättar arbetsbördan i hemmet för småbarnsföräldrar och som även exempelvis kan möjliggöra för båda föräldrarna att förvärvsarbeta.

En fördelningspolitiskt viktig reform under 1940-talet var införandet av allmänna barnbidrag. Genom reformen, som hör till de största generella bidragsreformerna i svensk socialpolitik, minskade de ekonomiska skillnaderna inte bara mellan barnfamiljer och barnlösa familjer utan också mellan barnfamiljer med olika inkomster. Även andra reformer har genomförts av betydelse för att minska den ekonomiska bördan för barnfamiljer. Som exempel härpå kan nämnas mödrahjälp, bidragsförskott, en under senare år till föräldraförsäkring omgjord moderskapsförsäkring, sjukpenning till förvärvsarbetande med sjuka småbarn i hemmet, förstärkta vårdbidrag för handikappade barn, bättre barnpensioner, familjebostadsbidrag, fria skolmåltider och fri skolmaterial m. m.

Bland de tidigare familjepolitiska åtgärderna inom hälso- och sjukvården kan nämnas förebyggande mödra- och barnavård och den fria förlossningsvården. Senare har också tillkommit fri skolhälsovård och tandvård, psykisk barna- och ungdomsvård, familjerådgivning, kostnadsfria skyddsläkemedel, förbud att avskeda gravida kvinnor, husmoderssemester och social hemhjälp m. m.

Förskolor för barn började inrättas på 1930-talet samtidigt som utbildningen av förskolepersonal började ta form. Åtgärderna har främst syftat till att underlätta för mödrar att förvärvsarbeta men även inneburit en lättnad av arbetsbördan i hemmet. Även om en omfattande satsning skett på detta område råder en obalans mellan efterfrågan på förskoleplatser och tillgången på sådana platser.

De familjepolitiska åtgärderna har på olika sätt inneburit väsentliga lättnader för barnfamiljerna. Föräldrarna synes dock alltjämt bära den ekonomiska huvudbördan. Detta framgår bl. a. av olika undersökningar, som visar att de faktiska barnkostnaderna väsentligt överstiger värdet av de socialpolitiska insatserna. Härutöver kan konstateras att socialhjälpberoendet är betydligt högre bland större barnfamiljer än för övriga befolkningsgrupper.

4.7 Demokratiseringsprocessen

4.7.1 *Demokratin i det moderna samhället*

Under de senaste decennierna har det i vårt land varit en intensiv demokratidebatt. Framför allt sedan i slutet på 1960-talet har demokratiifrågorna fått ökad aktualitet. Kraven på ökat medinflytande har berört flera olika samhällsområden. Debatten har gällt medinflytandet på arbetsplatser, i skolan, på sjukhus och vårdinrättningar osv. I flera avseenden har det varit

fråga om en utvidgning av demokratibegreppet som går utöver den politiska demokratin.

Diskussionerna har därvid särskilt kommit att inriktas på arbetsformerna i den demokratiska processen. Sammantaget finns det ett samband mellan kraven på ökat medinflytande och miljöfrågor. Demokratidebatten har i hög grad gällt hur medborgarna skall kunna påverka miljöns utformning i det industrialiserade samhället. Detta är en internationell trend som gjort sig märkbar i flertalet industrialiserade länder.

Det moderna samhället kännetecknas av *snabba förändringar*. Tekniska nyheter kommer till användning. Det internationella beroendet ökar. Forskningen gör nya landvinningar, som påverkar människornas levnadsförhållanden osv. Detta innebär vissa problem i demokratihänseende. Ofta är de miljömässiga och sociala konsekvenserna svåra att överblicka. Man har ansett att detta bl. a. skapar en känsla av "otrygghet och maktlöshet". De snabba förändringarna i sig ställer stora krav på de demokratiska arbetsformerna.

Ett särskilt drag i det moderna samhället är *befolkningsomflyttningen*. Undersökningar visar att det finns en stor rörlighet vad gäller såväl omflyttning från landsbygd till tätort som inom en tätort. Detta utgör, menar flera, en betydande svårighet i demokratiskt hänseende. De som flyttat flera gånger har färre sociala kontakter och mindre intresse för det egna bostadsområdet, kvarteret eller kommundelen. Det är också belagt i undersökningar att det politiska deltagandet är lägre bland personer som flyttat ofta.

I förlängningen av detta resonemang ligger även konstaterandet att nya miljöer skapas i det moderna samhället. Undersökningar har visat att det inte finns samhörighetskänsla och sociala kontakter i samma utsträckning i nya bostadsområden som i äldre. Detta innebär svårigheter när det gäller kontaktvägarna mellan medborgarna och deras förtroendevalda i de politiska organen.

I detta sammanhang bör även den *förändrade familjesituationen* uppmärksammas. Den innebär framför allt att det blir allt vanligare att båda makarna yrkesarbetar. En stor andel av hemarbetet utförs i allmänhet på fritiden. Detta innebär inte sällan svårigheter när det gäller att delta i samhällsarbetet.

Sammantaget visar dessa exempel på att det moderna samhället kännetecknas av utvecklingstendenser, som i hög grad påverkar förutsättningarna för den demokratiska processen.

4.7.2 Kommunal demokrati

Det svenska samhället har, jämsides med att principerna för den kommunala demokratin växt fram, genomgått en genomgripande förändring. Detta har förändrat grunderna för den kommunala demokratin. Det representativa systemet utgör alltjämt grunden för den kommunala förvaltningen. Medborgarnas inflytande kanaliseras genom förtroendevalda och partier. Förtroendevalda har dock förändrats för den representativa demokratin så att de arbetar. Skälen härtill är bl. a. den kraftiga utökningen av den kommunala verksamheten, det ökade beroendeförhållandet mellan staten och kommu-

nerna som inte gör det möjligt att längre göra en självklar uppdelning mellan riks- och kommunalpolitiska frågor, förändringar i den kommunala indelningen med färre och större kommuner, som innefattar såväl tätort som landsbygd, en centralisering av nämndverksamheten samt en utökad kommunalplanering med mera uttalade strävanden mot långsiktighet och samordning av planeringsinsatserna.

Goda möjligheter för alla medborgare att delta i partiernas verksamhet och att vara förtroendevalda är ett villkor för en väl fungerande demokrati. Mot bakgrund av de förändrade förutsättningarna understryker kommunaldemokratiutredningen betydelsen av att alla medborgare ges likvärdiga förutsättningar för att åta sig och fullgöra kommunala uppdrag samt att ökade insatser görs för att underlätta partiernas verksamhet i kommuner och landsting. Det finns påtagliga skillnader mellan olika medborgargrupper vad gäller deras andel av de förtroendevalda. Kvinnorna och ungdomarna är underrepresenterade. Även de äldre i pensionsåldern är fåtaliga. Åtgärder bör enligt nämnda utredning vidtas för att undanröja hinder som finns för att skapa likvärdiga förutsättningar.

Utöver detta kan mera allmänt konstateras att förtroendemannafunktionen i kommuner och landsting i ökad utsträckning börjat få karaktären av yrke på heltid eller deltid. Särskilt framträdande är detta för politikerna i ledningen i sådana funktioner som exempelvis kommunalråd, landstingsråd, ordförande i nämnder, styrelser och direktioner. En motsvarighet finns också med varierande utformning när det gäller oppositionspartiernas ledning. För övriga politiska uppdrag gäller numera också som regel den förändringen att kommunala sammanträden läggs på dagtid. Detta har möjliggjorts genom ekonomiska ersättningar och rättighet till ledighet från ordinarie arbete.

4.7.3 *Företagsdemokrati*

De anställdas rätt till insyn och medbestämmande har vunnit allmänt erkännande. Den har av statsmakterna fastställts genom de senaste årens arbetsrättsliga reformer. Allmän enighet torde råda om företagsdemokratins betydelse för de anställdas arbetsmotivation och tillfredsställelse i arbetet samt för effektiviteten i vid mening.

Genom utvecklad företagsdemokrati får de anställda och deras organisation ökade möjligheter att hävda sina fackliga intressen. Företagsdemokratien bör också i likhet med andra strävanden till demokratisering i samhället tillmätas ett egenvärde som bidrag till förhöjd livskvalitet.

Kommunaldemokratiutredningen har ansett den fortgående demokratiseringen i arbetslivet vara av största vikt även för den kommunala sektorn. Den kommunala verksamheten bör gagnas påtagligt av en utvecklad samverkan, där de anställdas kunskaper, erfarenheter och synpunkter kan göra sig gällande och tas tillvara på bättre sätt än hittills. Lika givet är att detta förbättrade personalinflytande måste anpassas till den politiska demokratins förutsättningar.

En vanlig indelning av frågetyper och ärendeområden för företagsdemokratien kan vara följande.

- övergripande målfrågor, inriktning och omfattning av verksamheten,
- långsiktiga planeringsfrågor, verksamhetsplanering,
- drift- och produktionsfrågor, löpande förvaltning,
- personaladministrativa frågor,
- organisation och rationaliseringsfrågor samt
- ekonomifrågor.

Av olika undersökningar framgår att den enskilde anställde i första hand intresserar sig för sådana förhållanden som direkt berör den egna arbets-situationen. De företagsdemokratiska strävandena har också i stor utsträckning kommit att gälla den anställdes kontroll av den egna arbetssituationen och inflytande på arbetsmiljön i vid mening samt arbetsgruppens och individens arbetsförhållanden och relationer. Förändringsinsatserna inriktas alltmer på att främja samverkan inom en grupp eller mellan grupper inom ramen för den etablerade förvaltningsorganisationen eller i vissa fall i en för tillfället upprättad projektorganisation.

Samverkan inom det representativa systemet har hittills varit uppdelad i ett *förhandlingssystem*, i vilket i första hand löne- och anställningsvillkor behandlas, och ett *samarbetsystem*, i vilket bl. a. de frågor behandlas, som legat inom ramen för olika samarbetsavtal. Utvecklingen av information och samråd har tidigare mest handlat om tillämpning av företagsnämndsavtalet. Gränserna mellan dessa inflytandeformer håller nu på att suddas ut eller förskjutas genom en ny arbetsrätt. Genom medbestämmandelagen har vissa frågor från samarbetsystemet överförts till förhandlingssystemet. Medbestämmandereglerna har förenats med sådana funktionsmöjligheter som tidigare tillhört bara det traditionella förhandlingssystemet.

4.7.4 Arbetsrättslagstiftningen

Ett huvuddrag i den nya arbetsrättslagstiftningen är att fackliga förtroendemän har fått en avsevärt starkare ställning på arbetsplatser genom en ny lag samt partsöverenskommelser. Skyddsombuden har likaledes fått ökade befogenheter. De anställdas möjligheter att öva inflytande på arbetsmiljöfrågor har kraftigt förstärkts. Regler för ökad anställningstrygghet har tillkommit. Arbetsgivare har ålagts en långtgående informations- samt överläggnings- och i vissa fall förhandlingsskyldighet i frågor som gäller anställning, avskedande, personalplanering osv. Rationaliseringsavtal, särskilda trygghetsavtal - på senare tid även arbetsmiljöavtal - har givit arbetstagarna möjlighet att spela en alltmer betydelsefull roll i administrativt utvecklingsarbete, arbetsplats- och organisationsutformning, arbetsmiljöfrågor samt personaladministration. Styrelserepresentation för de anställda har möjliggjorts genom särskild lagstiftning.

Den mest betydelsefulla reformen är dock lagstiftningen om medbestämmande. Genom arbetsrättsreformen (Lag om medbestämmande i arbetslivet, MBL) har fr. o. m. 1977-01-01 tillskapats en ny ramlagstiftning för förhållandet arbetsgivare/arbetstagare. De anställda erhåller genom sina organisationer ökad insyn och inflytande på arbetets ledning och fördelning. Rätt till medbestämmande, som regleras genom kollektivavtal, är en central punkt i denna reform. Kvarlevande stridsrätt införs som ett påtrycknings-

medel för att få till stånd sådana medinflytandeavtal i samband med förhandlingarna om anställningsvillkoren. Arbetsgivaren åläggs primär förhandlingsskyldighet i för de anställda väsentliga frågor. De fackliga organisationerna får en allmänt vidgad förhandlingsrätt. Arbetsgivaren åläggs genom lag nya informationsförpliktelser gentemot berörda fackliga organisationer. Huvudlinjen i reformen är att inflytandefrågorna skall regleras genom kollektivavtal samt att personalorganisationerna skall få en avsevärt stärkt ställning som förhandlingspart med ökade möjligheter att driva demokratiseringsfrågor. I stället för den traditionella ledningsrätten för arbetsgivarna har man att räkna med en utveckling, där arbetsgivaren i avsevärt ökad omfattning måste söka reell förankring för sina åtgärder hos de anställda och deras organisationer. Arbetstagarna får i princip i alla typer av frågor, som rör förhållandet arbetsgivare/arbetstagare och oberoende av deras nivå, en ny eller kraftigt vidgad rätt till förhandling, medbestämmande, information och inflytande.

Arbetslivet står i principiellt avseende inför en högst betydande reformering. Sammantaget innebär förändringarna betydande formella förskjutningar i fråga om inflytande och befogenheter. Dessa förskjutningar går entydigt i arbetstagarpartens favör. De praktiska konsekvenserna för den företagsdemokratiska utvecklingen är delvis svårbedömda. Härvid åsyftas den återstående avtalsbindningen, anpassningsprocessens problem och utvecklingstakten.

Den arbetsrättsliga utvecklingen syftar till att främja företagsdemokratien inom samtliga sektorer av arbetslivet. För den offentliga sektorn krävs anpassningar till den politiska demokratins villkor. Området för förhandlingar och avtal har emellertid successivt vidgats. Regelsystemet för gränsdragningen har mjukats upp och genomgått principiella förändringar. Ett vidgat ansvar för att den politiska demokratin respekteras har i samband med arbetsrättsreformen lagts på arbetsmarknadens parter. Det kommunala området är känsligare för personalinflytande på ledningsnivå än enskilda företag och även statliga myndigheter. Detta hänger samman med den kommunala demokratins och självstyrelsens syfte, konstitutionella regler och praktiska arbetsformer.

4.7.5 *Arbetarskydd och arbetsmiljö*

Bestämmelserna i arbetarskyddslag och kungörelse har ålagt kommunerna som arbetsgivare en rad skyldigheter med avseende på de anställdas säkerhet i arbetet. Området för det tekniska arbetarskyddet torde vara det område där man har längst erfarenhet av partssamverkan. Centrala avtal i dessa frågor träffades år 1941 och har därefter reviderats successivt åren 1953, 1965 och 1968 med anknytning till ny lagstiftning samt till händelseutvecklingen på SAF/LO-området. Arbetsmiljöavtal träffades 1975 – Miljö 75 – och ger uttryck för ett betydligt bredare synsätt på arbetsmiljöproblematiken än vad tidigare överenskommelser vilat på. I den nya lagstiftningen finns kompletterande bestämmelser för lokal och central samverkan i frågor som rör arbetsmiljön innefattande arbetarskydd med företagshälsovård. Med arbetsmiljö avses i avtalet de faktorer som påverkar människan i arbetslivet fysiskt, psykiskt och socialt.

4.7.6 *Personalfrågor*

Ett huvudområde för företagsdemokratin är samverkan kring utformningen av personalpolitik och uppbyggnad av lämplig organisation för personalfrågor. Från de anställdas sida krävs medbestämmande i personaladministration, vilken stöds av aktuell arbetsrättslig utveckling.

Personalfrågorna har under årens lopp fått en allt större tyngd. De kommunala verksamheterna betraktas i regel som mycket "personalintensiva". Det är vanligt att omkring hälften av kommunens driftkostnader och 70 % av landstingens driftkostnader avser direkta personalkostnader. Man brukar även från andra utgångspunkter än de rent ekonomiska ofta hävda att personalen är kommunernas främsta resurs. Den kommunala servicens kvalitet beror ju i hög grad på personalens sammansättning, dess arbetsvillkor, yrkesskicklighet och arbetssätt.

Samtidigt som personalvolymen och kostnaderna ökar kraftigt har handläggningen av personalfrågor komplicerats genom omfattande nya regelkomplex och stegrade krav på kvalitet och konsekvens i personalarbetet. Härtill kommer en helt ny syn på de anställdas rätt till inflytande på utformningen av personalpolitik och handläggning av personalfrågor.

Inom många enskilda kommuner och landsting har från mitten av 1960-talet skett markerade satsningar genom personalpolitiskt utrednings- och utvecklingsarbete, inrättande av specialistorgan som personalavdelningar och motsvarande. Ganska stora variationer finns emellertid i personalfunktionens sätt att arbeta.

En klar utvecklingslinje är att de fackliga organisationerna i allt högre grad deltar i personalarbetet, bl. a. genom samrådsorgan, partssammansatta kommittéer och arbetsgrupper samt genom den löpande kontaktverksamhet som utövas av särskilt utsedda fackliga förtroendemän.

4.7.7 *Organisation och ledarskap*

Ett led i den fortgående utvecklingen av ökat inflytande för de anställda är att nya föreställningar om lämplig och effektiv organisation alltmer börjar göra sig gällande. Även chefsarbetet är föremål för omvärderingar. Traditionella rolluppfattningar i arbetslivet ifrågasätts från skilda utgångspunkter allt oftare. Nämda tendenser gäller även kommunal verksamhet. Fortfarande måste dock konstateras att den byråkratiska traditionen med sina utpräglade hierarkiska organisationsmönster gör sig starkt gällande. Kommunallag, andra författningar, allmänna objektivitets- och rättssäkerhetskrav gör att vi i stor utsträckning måste ha strikt normaliserad ärendegång och beslutsprocesser. Försök till förändringar kompliceras i praktiken av att vi har att ta hänsyn till två i många stycken olikartade organisationssystem samtidigt, dels det politiska systemet, dels förvaltningsorganisationen.

Den väsentligaste förändringen torde gälla ledarskapets villkor och utövande. Flertalet beslut har fattats på höga nivåer. Ledarskapet har inte sällan varit auktoritärt och uppbyggt på formell status. Tjänstevägen har i allmänhet varit väl utstakad men också upplevts som onödigt lång och mödosam i många fall.

Relationen chef/medarbetare förändras alltmer. Samarbetet i den dagliga

verksamheten måste i högre grad än tidigare grundas på en tilltro till medarbetarnas vilja och förmåga att ta ansvar i arbetet samt på respekt för individuella behov i fråga om att påverka egen arbetsituation och utveckling. Lagarbete är på flertalet områden en nödvändighet för att kunna uppnå konkreta arbetsresultat. Chefens arbetsledarroll tenderar att få en administrativt samordnande, planerande och konfliktutjämnande inriktning.

De löpande vardagsbesluten måste fattas där den mest adekvata informationen och specialkunskapen finns. Den högre ledningens kontroll inriktas i första hand på avvikelser, att ingripa och stödja när oförutsedda händelser inträffar och att successivt rätta till arbetsbetingelserna. Härigenom framtvingas en ny arbetsteknik, som i stor utsträckning går ut på att medarbetare på lägre nivåer får tillfälle till mer initiativtagande och självständigt ansvarsfullt handlande. Därmed ändras även medarbetarrollen.

4.7.8 *Fackliga förtroendemän på arbetsplatserna*

Utvecklingen av företagsdemokratin bygger i mycket stor utsträckning på vidgat personalinflytande via de fackliga organisationerna. En väsentlig fråga i dessa sammanhang är vilka förutsättningar som råder för att bedriva den fackliga verksamheten på arbetsplatsen.

De fackliga förtroendemännens verksamhet är numera reglerad inom en särskild lag om facklig förtroendemans ställning på arbetsplatsen (förtroendemannalagen) samt av kompletterande kollektivavtal. Härigenom har de fackliga företrädarnas ställning kraftigt förstärkts.

Personalombudens och motsvarande fackliga företrädares arbetsområde har successivt utvidgats från de traditionella löne- och avtalsfrågorna och berör nu exempelvis arbetsutformning och arbetsförhållanden, medverkan i arbetsmiljöutveckling, organisations- och rationaliseringsfrågor, personal-sociala spörsmål, medverkan i viss personalplanering och utbildningsfrågor m. m.

4.7.9 *Partssammansatta organ*

Olika anspråk har rests på en vidareutveckling av personalinflytandet genom de representativa samverkansformerna.

Medbestämmandelagen bygger på principen att arbetsmarknadens parter bör ha friheten att finna de lämpligaste formerna för företagsdemokrati. Önskar sålunda parterna inrätta partssammansatta organ generellt eller på en arbetsplats, är det möjligt att göra detta med stöd av kollektivavtal.

Med anledning av kommunaldemokratiutredningens förslag har kommunallagen ändrats så att den ger möjlighet till inrättande av partssammansatta organ.

5 Vårdpolitiska reformer, program, planer och mål

5.1 Kapitlets syfte och innehåll

Kapitlet avser att ge en bild över hälso- och sjukvårdens utveckling under senare tid och då främst under 1960- och 1970-talen. Syftet är också att spegla den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten under denna tid.

Synpunkterna på 1940-talet (finns utförligare redovisade i kap. 3) om ett enhetligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården samt om behovet av en utbyggnad av öppenvården kom först under 1960-talet till mera konkreta uttryck. I debatten under senare tid har de förebyggande åtgärdernas betydelse alltmer betonats. Allt starkare krav har därvid ställts på insatser av miljövårdande karaktär och i form av hälsouppllysning m. m. I detta sammanhang påtalas särskilt alkohol-, narkotika- och tobakskonsumtionens skadeverkningar. En mer omfattande redovisning av utvecklingstendenserna under efterkrigstiden finns i avsnitt 3.1.5.

I kapitlet redovisas det centrala och lokala planerings-, utvecklings- och programarbetet. Kapitlet innehåller vidare en sammanställning över i vårdpolitiska frågor framlagda betänkanden under de senaste två åren och nu pågående utredningar. Av utrymmesskal redovisas inte direktiven till de pågående utredningarna eller betänkandenas innehåll. I den utsträckning så bedömts erforderligt har sådan redovisning skett främst i kapitlen 3 och 10.

Inte heller redovisas pågående utredningar eller under senare år avlämnade betänkanden, som berör hälso- och sjukvården. De redovisas i sitt sammanhang på annat håll i utredningen.

Kapitlet avslutas med en redovisning av tidigare försök att formulera sjukvårdspolitiska mål och allmänna principer för målformulering. Därvid ges även exempel på medel och metoder för att förverkliga målen.

5.2 Hälso- och sjukvårdens utveckling under senare tid

5.2.1 *Debatt och utvecklingslinjer*

Den svenska hälso- och sjukvården är starkt präglad av den historiska bakgrunden. Verksamheten karakteriseras fortfarande – trots stora ansträngningar att åstadkomma förändringar – av en dominerande sjukhusverksamhet.

Ansvar för hälso- och sjukvården var tidigare splittrat på flera huvudmän. Detta kan vara en av förklaringarna till den starka sjukhusdominansen samt till att de olika hälso- och sjukvårdsverksamheterna utvecklats på varierande sätt. Ända in på 1960-talet var sådana centrala verksamheter som den offentliga läkarvården utanför sjukhus (provinsialläkarna och stadsdistriktsläkarna) samt mentalsjukvården under statligt huvudmannaskap skilda från övriga hälso- och sjukvårdsverksamheter under landstingens ansvar. I mitten på detta årtionde övertog emellertid landstingen huvudmannaskapet för dessa verksamheter.

Den öppna vården vid sjukhusen drevs tidigare väsentligen såsom en privat verksamhet för sjukhusläkarna med starkt begränsade möjligheter för huvudmännen att bestämma dess omfattning och inriktning. Detta upphörde inte förrän 1960 när en ny sjukhuslag infördes. Förhållandena förändrades ytterligare 1970, när den s. k. sjukronorsreformen genomfördes.

Debatten om en förändring av detta förhållande till förmån för ett enhetligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården samt för en uppbyggnad av öppenvården påbörjades redan på 1940-talet efter andra världskrigets slut. Den föranledde emellertid då inga konkreta förslag eller åtgärder. Debatten tog dock fart igen i slutet av 1950-talet och i början av 1960-talet. De då aktuella tankegångarna och förslagen kom bl. a. till uttryck i två statliga betänkanden av ÖHS-kommittén, nämligen om öppen hälso- och sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15) samt om sjukhus och öppen vård (SOU 1963:29). I betänkandena förordades bl. a. ett landstingskommunalt huvudmannaskap för tjänsteläkarorganisationen och för mentalsjukvården. Sådana förändringar genomfördes senare under 1960-talet efter riksdagsbeslut här om.

Även den sjukhusanslutna vården tilldrog sig under 1950- och första hälften av 1960-talet stor uppmärksamhet i debatten. Diskussionen rörde oftast den medicinsk-tekniska utvecklingen, forsknings- och utvecklingsarbetet, ökad specialisering och utbyggnad med ytterligare vårdresurser vid sjukhusen. I centrum för diskussionen kom därigenom också de ständigt ökade kraven på ekonomiska resurser till sjukhusvården.

Som grund för debatten om hälso- och sjukvårdens utveckling fanns i första hand en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård. Uppdelningen av ansvaret för hälso- och sjukvården på flera huvudmän kritiserades liksom den bristande samordningen mellan vårdområdena och den besvärande bristen på läkare och annan sjukvårdspersonal. Av stor betydelse för den debatt som fördes var också den snabba ekonomiska tillväxten i landet som underlättade en utbyggd sjukvård.

Den högspecialiserade vårdens organisation och resurser aktualiserades i ett betänkande år 1958 om regionsjukvården. Utredningen gav upphov till utökning av resurserna för denna verksamhet, som koncentrerades till ett fåtal utvalda regionsjukhus i landet.

Hälso- och sjukvårdsdebatten inriktades under senare delen av 1960-talet i stor utsträckning på ett antal viktiga frågeställningar, såsom utbyggd läkarutbildning, nytt system för vidareutbildning av läkare, försäkringssystem med bl. a. en enhetstaxa, program för utbyggd åldringsvård och åldrings-sjukvård, handikappvård samt omsorger om psykiskt utvecklingsstörda.

Hälso- och sjukvårdsfrågor har kommit att inta en alltmer framträdande

plats i samhällspolitiken. Inte minst gäller detta när diskussioner förs om hälso- och sjukvårdens finansiering och andel av samhällsekonomin. Under 1970-talet har detta skett bl. a. i 1970 och 1975 års långtidsutredningar samt i 1976 års kommunalekonomiska utredning. Hälso- och sjukvården är i hög grad invecklad i avgörandet på olika nivåer av frågor rörande sjukförsäkring, åldringsvård, annan socialvård och miljövård etc.

I den debatt om hälso- och sjukvården som förts i massmedia har i skilda sammanhang och vid skilda tidpunkter talats om sjukvårdskris. Den "kris" man därmed åsyftar har i allmänhet orsakats av köer, överbeläggningar, personalbrist inom trånga sektorer och andra bristsituationer. I generella ordalag har härutöver under senare år den s. k. "stordriften" inom sjukvården kommit att kritiseras.

Från slutet av 1960-talet har, bl. a. mot bakgrunden av en avtagande ekonomisk tillväxt i landet, hälso- och sjukvårdens utbyggnad, inriktning och struktur kommit i förgrunden. Allt större uppmärksamhet har ägnats åt de förebyggande åtgärdernas betydelse. Debatten om strukturfrågorna har förenklat uttryckt syftat till att bryta koncentrationen av sjukvårdsresurserna till stora sjukhusanläggningar. Planeringen för 1980-talets yttre vårdstruktur är också inriktad på att förstärka den öppna hälso- och sjukvården samt långtidssjukvården, bl. a. genom fler vårdcentraler, utbyggd sjukhemsvård samt ökad hemsjukvård och annan närservice. Genomgripande förändringar har planerats när det gäller det psykiatriska verksamhetsområdet. Behovet av strukturella förändringar, som möjliggör ökad samverkan och organisatorisk samordning mellan medicinska och sociala funktioner, har också uppmärksamats i växande utsträckning.

Frågor av denna typ, som har ett mera långsiktigt perspektiv, utgör huvudinnehållet i den senare tidens utvecklingsarbete på central nivå liksom i landstingens långtidsplanering. Utvecklings- och planeringsarbetet pågår alltså och fortsätter bl. a. i anslutning till en revidering av socialstyrelsens principprogram, HS 80. Stor samstämmighet råder om den principiella inriktningen av framtidens hälso- och sjukvård. I den mån olika åsikter kommit till uttryck synes detta gälla takten i förändringarna, bl. a. mot bakgrund av de ekonomiska förutsättningarna, samt medlen, metoderna och förmågan att uppnå målen och genomföra de uppgjorda planerna.

En annan viktig del av hälso- och sjukvårdsdebatten avser frågor om sjukvårdens inre organisation samt om vård- och arbetsmiljön. Demokratiseringen inom arbetslivet med ökat personalinflytande och förbättringar av miljön osv. leder även inom hälso- och sjukvården till krav på bl. a. arbetsorganisatoriska förändringar.

Nya och förändrade vårdbehov samt allmänhetens höjda anspråk har starkt bidragit till att ge debatten denna inriktning. Patienterna kräver inte bara en god medicinsk vård – utan även personligt engagemang, god information samt delaktighet och medinflytande. Även inom vårdsektorn har det blivit alltmer vanligt att ta hänsyn till serviceaspekter på verksamhetens utformning och inriktning.

Hälso- och sjukvårdens uppgifter när det gäller mänsklig omvårdnad har också på senare tid rönt allt större uppmärksamhet. Tyngdpunkten i de politiska kraven har förskjutits från vård till omvårdnad, detta också mot bakgrund av det starkt ökade antalet äldre med ofta långvariga och sam-

mansatta vårdbehov. I omvårdnaden har de negativa effekterna av specialisering, begränsningar i arbetstid och stordrift också blivit störst. Samtidigt har kunskaperna om bl. a. de psykologiska och sociala aspekterna vidgats.

Till denna redovisning av förändringar i den senare tidens hälso- och sjukvårdsdebatt kan fogas följande problemorienterade genomgång av vissa mera framträdande huvudfrågor i debatten.

5.2.2 Ökad inriktning på förebyggande åtgärder

I debatten under senare tid har de förebyggande åtgärdernas betydelse alltmer betonats. Kraven har blivit allt starkare på – förutom redan etablerad förebyggande verksamhet – insatser även för miljövårdande åtgärder, hälsoupplysning och s. k. friskvård m. m. Hälsoaspekter förutsättes i en helt annan och ökad utsträckning bli beaktade i den allmänna samhällsplaneringen. En ökad medvetenhet om vårdbehovens orsaker har lett till en uppslutning kring en offensiv hälsopolitik, avsedd att minska framtida behov av direkta vårdinsatser. Sådana aspekter har dock i landstingens principplaner bara fått en mera översiktlig behandling. Däremot har allt fler landsting i särskilda hälsoplaner eller på annat liknande sätt upprättat program för insatser inom det förebyggande området.

Miljöinriktade åtgärder

Åtgärderna på miljöområdet avser dels den allmänna miljön, dels individens närmiljö (hem, arbetsplats, skola etc.).

Vår *allmänna miljöstandard* har utvecklats och förbättrats. Specifika miljöproblem finns dock som buller, kemikalier, gaser, olika föroreningar m. m.

Enligt mångas uppfattning kännetecknas dock vår allmänna miljö i allt högre grad av ökad kontaktlöshet, opersonlighet, prestationskrav och stress samt en övervärdering av en fortsatt förbättrad materiell standard. Här anses ligga en stor del av orsakerna till psykiska sjukdomar och besvär. Åtgärder syftande till ett mera människovänligt klimat – där teknik och ekonomi underordnas sociala välfärds mål – berör hela samhällsstrukturen och förutsätter genomgripande attitydförändringar.

Den allmänna miljön inverkar även på förekomsten av somatisk sjukdom, olycksfall och dödlighet. Härpå finns påtagliga historiska bevis, t. ex. nedgången i barnadödlighet samt sjukligheten och dödligheten i tbc i samband med den allmänna standardförbättringen.

Det har framhållits att hälso- och sjukvården mot den bakgrunden har haft en alltför perifer ställning när det gäller att påverka utformningen av samhällsmiljön. En betydelsefull uppgift för de hälso- och sjukvårdsansvariga har därför ansetts vara att i större utsträckning formulera och driva hälso- och sjukvårdens krav på samhällsmiljöns utformning. I detta sammanhang har bl. a. uppmärksamhets skyddet mot hälsofarliga ämnen i vatten, luft och livsmedel, arbetsmiljöns och trafikmiljöns utformning med hänsyn till olycksfalls- och sjukdomsriskerna samt miljöproblemen i samband med bebyggelseplanering och annan liknande planering i samhället.

Med *närmiljö* avses främst boende-, skol-, fritids- och arbetsmiljöerna. Brister eller missförhållanden i dessa miljöer påverkar direkt eller indirekt sjuklighet och välbefinnande. Man har därför velat ge de hälso- och sjukvårdsansvariga förutsättningar att mera aktivt medverka till att bostadsområden, skolor och fritidsområden etc. utformas med beaktande av olika hälsorisker. Dessa strävanden framgår inte minst av den diskussion som förts rörande barns miljö, skolhälsovården, studerandehälsovården och företagshälsovården.

Hälsoupplysning m. m.

Hälsoupplysning ingår som en integrerad del i en rad olika vårdinsatser. Särskilda aktiviteter har bl. a. inriktats på upplysning om sex och samlevnad, kost och motion samt om beroendeframkallande medel.

Området kost och motion har tilldragit sig uppmärksamhet genom bl. a. socialstyrelsens riksomfattande kampanjer.

Debatten har dock i ännu högre grad gällt information om de beroendeframkallande medlen. Missbruket av dessa kan betecknas som ett av våra största samhällsproblem med stora effekter för bl. a. hela den sociala sektorn. Alkohol-, narkotika- och tobakskonsumtionens skadeverkningar uppmärksammas därför mer och mer. Missbruket av alkohol och narkotika har visat sig ha starka samband med sådana invaliditets- och dödsorsaker som hjärt- och kärlsjukdomar, olycksfall, trafikolycksfall, självmord och drunkning m. m. En betydande del av den psykiatriska vårdens resurser måste avsättas till alkoholistvård. Tobaksrökningens samband med bl. a. lungcancer, hjärt- och kärlsjukdomar och kronisk bronkit är klart dokumenterat.

Det är mot denna bakgrund man får se de successivt ökande resurserna för hälsoupplysningsarbete samt socialstyrelsens och landstingsförbundets förslag i dessa hänseenden. Om behovet av att begränsa användningen av beroendeframkallande medel torde flertalet vara ense. Diskussionen gäller i stället vilka åtgärder man kan vidtaga. Den under de senaste åren förda alkoholpolitiska debatten har till stor del ägnats åt detta problem. Även åtgärder mot tobaksrökning har kommit att upplevas som alltmer angelägna.

Till hälsoupplysning kan man även räkna *läkemedelsinformation*. Läkemedelsfrågorna har kommit att alltmer uppmärksammas i den offentliga hälso- och sjukvårdsdebatten med hänsyn främst till de medicinska riskerna av ökad läkemedelskonsumtion. Samtidigt konstateras dock risker för underkonsumtion av läkemedel av vissa grupper. Av dessa skäl har kraven växt på bl. a. förbättrad läkemedelsinformation.

Landsting, primärkommuner och vissa frivilliga organisationer har de senaste åren visat stort intresse för *s. k. friskvård*, som en form av individuell hälsovård. Verksamheten har varit föremål för en omfattande publicitet och diskussion i fackkretsar. Friskvård kan betraktas som ett populärt samlingsbegrepp för sådana åtgärder som stimulerar den enskilde till egna insatser i hälsofrämjande syfte. Till friskvård hänförs vanligen kost- och motionsaktiviteter.

Verksamheten anses i allmänhet kräva anläggningar, hälsokontroller och förbättring av den yttre miljön. Åtgärderna faller till stor del inom pri-

märkommunernas ansvarsområde. Friskvården bär dessutom i viss mån folkhälsoens prägel. Detta torde vara bidragande orsaker till att friskvårdsbegreppet i olika delar av landet fått olika innehåll. Verksamheten har ingen enhetlig organisation utan karakteriseras av en mängd olika separata insatser.

5.2.3 *Strukturförändringar*

Som redan framgått har debatten om hälso- och sjukvården i mångt och mycket handlat om dess yttre struktur, dvs. frågor om avvägningen mellan hälsovård och sjukvård, mellan öppen och sluten vård samt mellan olika typer av anläggningar och deras lokalisering. Behovet av en ändrad vårdstruktur och organisatorisk struktur har framhållits i de flesta sammanhang på senare tid, där den framtida hälso- och sjukvården diskuterats. För strukturförändringar har anförts såväl ekonomiska som humanitära motiv.

Diskussionen om *vårdstrukturen* baserar sig på de olika hälso- och sjukvårdsenheters delfunktioner inom en integrerad vårdorganisation samt sambanden mellan dessa. Avsikten har bl. a. varit att möjliggöra sådana förändringar att man i större omfattning än tidigare kan tillgodose vårdbehovet i mera åtgärdsanpassade och mindre resurskrävande vårdformer.

Den avsedda omstruktureringen av hälso- och sjukvården anknyter i stor utsträckning till socialstyrelsens principprogram, HS 80, som refereras i detta kapitel (5.3) liksom i kapitel 7.

När det gäller den *organisatoriska strukturen*, dvs. sjukvårdsenheters och insatsernas lokalisering, har strukturförändringen i fråga om somatisk korttids- och långtidssjukvård syftat till att begränsa koncentrationen till ett mindre antal stora och rikt specialiserade sjukhus. Behovet av närservice motiverar en så långt möjligt utspridd verksamhet. Samma principer ligger till grund för planeringen av den psykiatriska långtidssjukvårdens organisation.

5.2.4 *Vården av äldre*

Diskussionen om hälso- och sjukvårdens framtida inriktning och organisation har starkt påverkats av den stora ökning som sker av den äldre delen av befolkningen och då särskilt av de allra äldsta åldersgrupperna. Bakgrunden härtill är att omkring 50 procent av all sluten sjukvård avser den tiondel av befolkningen som är äldst (70 år och äldre).

Vårdproblemen när det gäller de äldre accentueras ytterligare av den omfördelning av uppgifter mellan enskilda och samhället som ägt rum samtidigt med en ökande förvärvsfrekvens bland kvinnor. Denna utveckling begränsar möjligheterna att som tidigare vårda de äldre i hemmen.

Dessa förhållanden har särskilt framhållits i utredningsverksamhet och diskussion kring frågor rörande den framtida vården och omvårdnaden av de äldre. Debatten har främst varit koncentrerad till behovet av kvantitativ utbyggnad av långtidssjukvården och till strävandena att, bl. a. genom utbyggd hemsjukvård, skapa möjligheter att bereda vård i patientens vanliga miljö.

Uppmärksamhet har också riktats på frågan om personalrekrytering och utbildningens anpassning till de nya och förändrade vårdbehoven inte minst hos de äldre.

5.2.5 Psykiatrisk vård

Olika program och planer speglar liksom den allmänna debatten de stora ambitioner som finns att förändra och modernisera den psykiatriska verksamheten. Om den principiella inriktningen, innebärande ökad satsning på öppen vård och begränsning av den slutna, råder stor enighet. Debatten har samtidigt kommit att belysa trögheten i förändringstakten på det psykiatriska området och den brist på överensstämmelse som föreligger vid jämförelse mellan planerad och faktisk utveckling.

Ökad uppmärksamhet har också riktats på problemet att avgränsa den psykiatriska verksamheten från de sociala insatserna.

5.2.6 Samordningsfrågor

Samordningen inom hälso- och sjukvården

Ett genomgående drag i program och planer är strävan efter ökad integrering inom hälso- och sjukvården. Ett behovsanpassat och väl fungerande vårdsystem kräver att olika hjälpformer och åtgärder är samordnade och organiserade så att de kompletterar varandra.

Som ett viktigt skäl för att eftersträva ökad samordning har framhållits att man bör anlägga en helhetssyn på människan och hennes behov. En sådan helhetssyn innebär att man inte bara utgår från det behov som ger sig tillkänna vid varje enskilt tillfälle utan också tar hänsyn till den enskildes totala situation. Helhetssynen är uttryck för sambandet mellan somatiska, psykiska och sociala vårdbehov.

Detta synsätt har lett till stor uppslutning kring kraven på samordning av hälsovård och sjukvård samt av somatisk och psykiatrisk vård. Praktiskt innebär detta bl. a. att nuvarande särorganisationer för förebyggande verksamhet i ett längre perspektiv upphör och att utvecklingen fortsätter mot att de somatiska länssjukhusen även ombesörjer den psykiatriska korttids-sjukvården.

Samordningen mellan hälso- och sjukvård och socialvård samt angränsande sektorer

Den sociala helhetssynen har bidragit till att reformarbetet och de fortsatta insatserna alltmer inriktas på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialvården. Behovet av medicinsk medverkan i det sociala arbetet har ökat under senare år och beräknas fortsätta att stiga i takt med en alltmer helhetsorienterad och orsakssökande verksamhetsinriktning. På motsvarande sätt föreligger inom hälso- och sjukvården ett behov av socialvårdens medverkan i det medicinska vård- och behandlingsarbetet. Bl. a. för att undvika uppbyggnaden av parallella resurser anses samverkan över huvudmannaskapsgränserna därför numera som helt oundgänglig. En gemensam grundsyn i dessa frågor har utvecklats i den av kommunförbunden, socialstyrelsen och Sprü publicerade förstudien "Primärvård - äldreomsorger - samverkan".

En grundläggande princip är i detta sammanhang även normaliserings-

principen. Normalisering innebär bl. a. en strävan att låta varje individ leva och verka i en så normal miljö och under så normala levnadsomständigheter som möjligt.

Ökad samverkan mellan huvudmännen berör för hälso- och sjukvårdens del framför allt vårdgrenarna öppen hälso- och sjukvård, somatisk långtidssjukvård och psykiatrisk verksamhet. Inom den öppna vården motsvaras de medicinska insatserna på den sociala sidan av bl. a. ekonomisk hjälp, hemhjälp, barnomsorg och sociala rehabiliteringsåtgärder samt inom långtidssjukvården av den kommunala äldreomsorgen. Inom det psykiatriska området föreligger ett stort behov av samverkan med socialvården, alkoholpolikliniker, dagcentra, inackorderingshem och ungdomsmottagningar.

5.2.7 *Sjukvårdens inre organisation, arbets- och vårdmiljö*

En intensiv utvecklingsverksamhet beträffande vårdorganisation och vårdmetoder bedrivs såväl centralt som lokalt hos landstingen med utgångspunkt i de allt starkare kraven från patienter och sjukvårdspersonal. Studierna av *vårdorganisationen* avser arbetet på olika nivåer – avdelningar/mottagningar, kliniker och sjukhus/vårdcentraler etc. – samt samverkan mellan dessa. Här innefattas även problem med arbetsfördelning och personalsammansättning.

Med *vårdmetoder* avses det direkta arbetet med patienterna, dvs. metoderna för diagnostik, terapi och omvårdnad. Utvecklingsarbetet omfattar bl. a. arbete med vårdprogram.

Vårdarbetet innefattar både rent medicinska åtgärder och mänsklig omvårdnad. I flertalet vård situationer utgör omvårdnadsarbetet den dominerande delen av vårdarbetet. Tidigare har forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården varit mycket starkt inriktat på de medicinska uppgifter som läkare svarar för, och mindre på hur man ger god omvårdnad. På senare tid har emellertid omvårdnadsfrågorna ägnats ökad uppmärksamhet.

I detta utvecklingsarbete avses personalens och patienternas vardag erhålla samma dignitet som mätbara medicinska fakta. Kraven på självbestämmande, medinflytande, integritet och aktivering utgör givna utgångspunkter för detta arbete. Ytterligare en faktor som ansetts förtjäna beaktande speciellt inom långtidssjukvården och den psykiatriska vården är kravet på en aktiverande och stimulerande vårdmiljö.

Den livliga debatten om arbetsmiljön berör i hög grad hälso- och sjukvården. Därvid har på senare tid framhållits riskerna med det tunga arbetet, riskerna för smitta och påverkan av kemiska ämnen samt psykosociala påfrestningar. En god arbetsteknik samt riktig utformning av lokaler och utrustning har framhållits som viktiga förutsättningar både för personalens säkerhet och trygghet och för en god patientvård.

Den statliga utredningen om sjukvårdens inre organisation har nyligen avlämnat ett betänkande (SOU 1979:26). I betänkandet som har karaktären av en idépromemoria framhålls bl. a. att omvårdnaden inte får ställas i motsatsförhållande till den rent medicinska verksamheten. Med hänsyn till patienters och personals krav på kontinuitet i kontakterna anser utredningen

att arbetsutvidgning är den metod som i första hand bör prövas inom hälso- och sjukvården. För många betyder arbete i grupp en möjlighet till utveckling. En omfattande del av utredningens förslag rör därför arbete i vårdlag.

5.2.8 Allmänhetens inställning till hälso- och sjukvården

Under senare år har många olika undersökningar gjorts om allmänhetens inställning till hälso- och sjukvården liksom till olika inslag i vården. Undersökningarna har visat att de flesta i stort sett är nöjda med den hälso- och sjukvård som erbjuds. Framförallt gäller detta dem som har en etablerad kontakt med hälso- och sjukvården. Missnöjet hos dem är framförallt att hänföra till svårigheterna att ha fortlöpande kontakt med en och samma läkare eller annan vårdpersonal. För andra som söker tillfällig hjälp upplevs svårigheter att nå kontakt med sjukvården och väntetider som besvärande.

Benägenheten att söka sig till hälso- och sjukvården bara för att få hjälp och tröst kan tolkas som ett uttryck för att allmänheten i stort har förtroende för verksamheten.

5.3 Central utrednings- och programverksamhet m. m.

5.3.1 Utredningar och programskrifter m. m. genom socialstyrelsen, landstingsförbundet och Spri

Socialstyrelsen, landstingsförbundet och Spri har på senare år svarat för betydande utredningsinsatser inom hälso- och sjukvården. I följande avsnitt lämnas koncentrerade redovisningar av dessa förtecknade utredningar och program.

- Principprogram för öppen vård (Socialstyrelsen redovisar 1968:3)
- Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering (Spri rapport 14/71)
- Den öppna sjukvården (Spri rapport 14/72)
- Enhetligt planeringssystem för hälso- och sjukvården, Ag S-plan
- Länsdelssjukhusens verksamhet (Spri 4/77)
- Hälso- och sjukvård inför 80-talet, HS-80
- Hälso- och sjukvård inför 90-talet, HS-90
- Läkarfördelningsprogram LP
- Vårdprogram
- Andra aktuella projekt och program inom socialstyrelsen
- Landstingsförbundets debattskrift "Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik" (SPUP)
- Andra debattskrifter från landstingsförbundet.

Ett principprogram för öppen vård utarbetades inom socialstyrelsen år 1968, avsett att läggas till grund för sjukvårdshuvudmännens planering. I detta program förutsattes en omstrukturering av hälso- och sjukvården och i avslutning därtill en ökad satsning på differentierad öppen vård. Här betonades också vikten av ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården samt socialvårdens organ, inte minst på det lokala planet.

I *Spri rapport 14/71* rubricerad "Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering" gavs ytterligare rekommendationer angående planeringsverksamheten. Rapporten innefattade såväl planeringsfilosofi som planeringsmetodik. Avsikten med publikationen var dels att meddela faktiska kunskaper om sjukvårdsplanering, dels att väcka debatt om denna planerings mål, innehåll och metodik.

Genom *Spri rapport 14/72* "Den öppna sjukvården" vidareutvecklades bl. a. det av socialstyrelsen framlagda principprogrammet för den öppna vården. I rapporten redovisades huvuddragen i en öppenvårdsstruktur, som möjliggör dels en decentralisering av specialiserad öppenvård från sjukhus till vårdcentraler, dels en integration av hälso- och sjukvården med socialvården.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation utfärdade år 1972 en rekommendation till huvudmännen angående *ett enhetligt planeringssystem för hälso- och sjukvården*. Därvid föreslogs att principplaner med 10-15-årig planeringshorisont för hälso- och sjukvården skulle upprättas inom de olika sjukvårdsområdena. Sjukvårdsdelegationens ställningstagande baserades i allt väsentligt på ett arbete, som utförts av den till delegationen knutna arbetsgruppen för sjukvårdsplanering (Ag S-plan). Detta arbete baserade sig i sin tur till stor del på *Spri rapport 14/71*. Ag S-planeringen utmynnade i förslag om ett system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner och en plan för införande av systemet. Den första planeringsomgången förutsattes komma att omfatta perioden fram till år 1985.

I enlighet med förslag av nyssnämnda arbetsgrupp genomfördes även en samordning av det arbete med *5-åriga genomförandeplaner* som tidigare utförts i Rupro (socialstyrelsens rullande prognoser) och LKELP (den landstingskommunala ekonomiska långtidsplaneringen). Sådan femårig planering genomförs nu kontinuerligt inom landstingen och sammanställs årligen på rikspanet av landstingsförbundet och socialstyrelsen under benämningen LKELP.

I *Spri rapport 4/77* har en utredning verkställt om *länsdelssjukhusens verksamhet*. Arbetet har genomförts i Spris regi i samverkan med socialstyrelsen samt med representanter från olika specialistföreningar. Samråd har även skett med landstingsförbundets kansli.

Utredningen har inriktats på studium av ett väl fungerande länsdelssjukhus med i stort den verksamhetsinriktning som sjukhusen har i dag och som också planeras av huvudmännen i ett tidsperspektiv på ca 10 år. I rapporten förs en översiktlig diskussion om länsdelssjukhusets roll i sjukvårdsorganisationen och avgränsningen gentemot och samverkan med andra vårdområden. Försök görs även att beakta inverkan på länsdelssjukhusets verksamhet av utbyggnaden av den öppna vården utanför sjukhusen samt av långtidssjukvården.

Utredningen har sammanfattningsvis anfört bl. a. följande:

- Länsdelssjukhusen har till en väsentlig del ansvaret för det akuta omhändertagandet av svårt sjuka och skadade patienter dygnet runt och innehar därigenom en nyckelroll i den totala vårdapparaten.
- Det finns ett i relation till befolkningsunderlag nedre område för effektivt utnyttjande av nödvändiga resurser vid länsdelssjukhusen.

- Tillförsäkrande av önskvärd bemanning vid länsdelssjukhusen aktualiserar översyn av nu gällande utbildningsplaner för all sjukvårdspersonal samt av läkarfördelningsprogrammet.

Efter ett omfattande utredningsarbete fr. o. m. 1971 – med bl. a. publicering av en rad olika strukturstudier inom hälso- och sjukvårdens olika delsektorer – presenterade socialstyrelsen 1976 ett principprogram för vårdstrukturen, "*Hälso- och sjukvård inför 80-talet*", HS-80. (Socialstyrelsen anser 1976:1).

Principprogrammet är avsett att utgöra underlag för den sjukvårdspolitiska debatten och att ge information till politiska beslutsfattare på såväl riksnivå som hos sjukvårdshuvudmännen. Det understryks att programmet får betraktas som en ögonblicksbild i en ständigt fortgående förändringsprocess.

Utredningens förslag innebär att hälso- och sjukvården byggs upp på tre huvudelement, benämnda primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. De tre elementen avser funktioner och inte institutioner.

Primärvården ansvarar primärt för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde. Tillfälligt – när primärvårdens sjukvårdsresurser är otillräckliga för de åtgärder som fordras för en viss patient – kan ansvaret för denna övergå till läns- eller regionsjukvården. Så snart man där emellertid anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, bör ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Primärvården har uppgiften att ta hand om människors medicinska problem och se till att svårigheterna blir avhjälpta på lämpligaste sätt. Primärvårdens ansvar för människor med medicinska problem bör enligt socialstyrelsen så långt möjligt vara jämställt med primärkommunens ansvar för människor med sociala problem.

Primärvården omfattar all hälsovård – varvid en begränsning här görs till individinriktad hälsovård – och i princip all sjukvård, som kan bedrivas utanför sjukhus och sjukhusanknutna (centrala) sjukhem. I uppgifterna ingår med denna definition den övervägande delen av alla besök på läkarmottagning, all hemsjukvård och huvuddelen av all långtidssjukvård.

Vårdresurserna tillhandahålls i första hand vid vårdcentraler och sjukhem.

Hälso- och sjukvården bör enligt HS 80 i princip helt integreras. Den sårorganisation för förebyggande uppgifter som huvudsakligen uppstått till följd av tidigare statsbidragsbestämmelser har inte bedömts vara sakligt motiverad i ett längre tidsperspektiv.

Principprogrammet är i första hand inriktat på utrednings- och behandlingsverksamhet. Det uttrycker även en kraftig hälsopolitisk inriktning. Inom primärvården bör enligt HS 80 i enlighet därmed anläggas en social helhetssyn. De hälsovårdande och förebyggande åtgärderna avses gälla för såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan.

Till *länssjukvårdens* ansvarsområde hör vård av patienter med sjukdomstillstånd, vilka kräver tillgång till personella och tekniska resurser, som av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde. Begreppen länssjukhus och länsdelssjukhus ersätter de tidigare benämningarna centralasarett och normallasarett.

Vid länssjukhus är normalt alla de medicinska verksamhetsområden (uppskattade till ca 25) som förekommer inom sjukvårdsområdet med undantag av allmänläkarverksamheten representerade.

Vid länsdelssjukhusen är betydligt färre specialiteter företrädda, dock minst fyra (invärtes medicin, allmän kirurgi, anesthesiologi och röntgen-diagnostik). Den verksamhet som bedrivs vid länsdelssjukhuset har samma karaktär och kvalitet som på länsjukhuset. Verksamheten är dock inte lika differentierad. Viss diagnostik och terapi för hela länet är koncentrerad till länsjukhuset.

Regionsjukvården ansvarar för det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårberästrade problem och som kräver samverkan mellan ett antal högt utvecklade specialister samt eventuellt också särskilt avancerad utrustning.

En strävan är i HS 80 att underlätta de mänskliga kontakterna mellan den vårdsökande och sjukvården och att skapa förutsättningar för kontinuitet i kontakterna. Den vård, som förutsatts kunna bedrivas utanför sjukhus, har bedömts kunna klara 80–85 % av vårdbehoven. Därigenom förbättras möjligheterna till miljöanknuten vård och till kontinuitet i vården. Den specialiserade medicinska verksamheten tillgodoses enligt modellen huvudsakligen av länsjukvården och regionsjukvården.

HS 80-modellen har i samverkansstudier mellan kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri fördjupats när det gäller primärvården. Primärvårdsbegreppet har därvid fått en organisatorisk utformning. Endast offentlig hälso- och sjukvård innefattas i begreppet och således inte privatläkarvård och företagshälsovård i enskild regi etc.

Såväl primärvården, länsjukvården som regionsjukvården har varit föremål för andra utredningar, t. ex. husläkarutredningen, Spris utredning om länsdelssjukhusen och regionsjukvårdsutredningen. Någon samlad översyn av länsjukvården har dock inte gjorts.

Inom ramen för HS 80-arbetet har en rad delområden behandlats. Vissa studier har resulterat i principprogram t. ex. om långtidssjukvård och medicinsk rehabilitering. Förslag till principprogram för medicinsk service och psykiatri har framlagts och remissbehandlats. Det senare förslaget är nu föremål för ytterligare översyn inom socialstyrelsen. Nyligen har vidare ett förslag till sektorsprogram för mödra- och barnhälsovården presenterats.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade i oktober 1978 att göra en översyn av vårdstrukturfrågorna och därvid låta utarbeta ett principprogram för den framtida *hälso- och sjukvården inför 90-talet, HS 90*. Programmet skall belysa hälso- och sjukvårdssektorns lämpliga och möjliga framtida omfattning och inriktning för 1990–2000. Det skall avvägas mot förväntade begränsningar i samhällsekonomi och tillgång på utbildad personal. En särskild styrgrupp är ansvarig för projektet med tre representanter för staten och för landstingsförbundet. Sekretariatet för utredningsarbetet är förlagt till socialstyrelsen. Spri medverkar i sekretariatsarbetet i vissa delar. Projektet befinner sig hösten 1979 i en inledningsfas med vissa förstudier.

På grundval av nya behörighetsregler för läkare och nya bestämmelser för läkartjänsternas utformning (fastställda år 1972) har socialstyrelsen på uppdrag av socialdepartementets sjukvårdsdelegation och i samråd med bl. a. landstingsförbundet, universitets- och högskoleämbetet och Sveriges läkarförbund utvecklat ett system med *läkarfördelningsprogram*. Flera sådana program, som ligger till grund för socialstyrelsens medgivande till sjukvårdshuvudmännen att inrätta vidareutbildningsblock och tjänster för vidareutbildade läkare (sjukvårdskungörelsen §§ 16–18), har senare fastställts av sjuk-

vårdsdelegationen (senast LP 82). Därvid har öppen vård utanför sjukhus, långtidssjukvård och psykiatri prioriterats. Till grund för programmen har legat omfattande analyser av arbetstids- och tjänsteförhållanden för läkare (s. k. LATT-undersökningar) som genomförts av de olika organisationerna gemensamt.

Inom socialstyrelsen pågår i den s. k. vårdprogramnämndens regi kontinuerligt ett utvecklingsarbete för att få fram underlag för *vårdprogram*. Tillsammans med vissa sjukvårdshuvudmän har Spri utvecklat konkreta vårdprogram för tillämpning inom resp. sjukvårdsområde.

I vårdprogram sammanfattas handlingslinjerna för en sjukdom eller ett symptom varvid man inte bara ser till vårdarbetet inom en avdelningen, mottagning eller motsvarande utan även tar upp arbetsfördelning och samarbete mellan olika specialiteter och vårdnivåer. I vårdprogrammen beaktas också möjligheterna till förebyggande insatser liksom behovet av åtgärder inom andra samhällssektorer (t. ex. arbetsmarknaden och socialvården).

Vårdprogrammen utarbetas lokalt för att kunna anpassas till de lokala resursmässiga och organisatoriska förutsättningarna. De avses tjäna som underlag för bl. a. huvudmännens beslut om resursinsatser samt om utbildnings- och utvecklingsinsatser. Socialstyrelsen bidrar genom sitt utvecklingsarbete med underlag för programarbetet medan Spri deltar i det praktiska utvecklingsarbetet på lokal nivå samt sprider erfarenheter och kunskaper om metodik m. m.

I vårdprogramarbetet har under senare tid särskild uppmärksamhet ägnats bl. a. sockersjuka, högt blodtryck, knöl i bröstet, urinvägsinfektioner, självmordsbeteende och bräck.

På grundval av principprogrammet HS 80 har inom socialstyrelsen upprättats *sektorsprogram* för hälso- och sjukvårdens olika områden. I sektorsprogrammen konkretiseras statsmakternas mål samt allmänna riktlinjer och principer till underlag för planering på regional och lokal nivå. Hittills genomfört sektorsprogramarbete har bl. a. berörts i det föregående.

Socialstyrelsen har vidare i samarbete med berörda kommuner och landsting bedrivit en rad olika utvecklingsverksamheter om *samverkan mellan i första hand hälso- och sjukvård och socialvård* (Dalby, Tierp och Vilhelmina etc.). Styrelsen bedriver också ett *utvecklingsprojekt inom socialvården, benämnt Socialt arbete – innehåll och former* (SOA), som bl. a. skall analysera beröringspunkterna mot hälso- och sjukvården.

Landstingsförbundets styrelse redovisade vid 1974 års förbundskongress en debattskrift med titeln "*Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik*" (SPUP).

I debattskriften diskuteras bl. a. begreppet sjukvårdspolitik. Däri ställes också frågorna på vilket sätt, i vilka former, med vilka medel och i vilka instanser den sjukvårdspolitiska styrningen sker. Målet för samhällets sjukvårdspolitik anges ur individens synvinkel vara att ge en sjukvård som svarar mot de krav och värderingar som den enskilde individen i samhället har.

Det betonas i skriften, att sjukvårdspolitiken inte får ses isolerad från övrig samhällspolitik. Utformningen av sjukvårdspolitiken bör ske utifrån en samhällelig helhetssyn. Att tillvarata hälso- och sjukvårdens intressen i samhället utgör en viktig sjukvårdspolitisk aktivitet, både på riksplanet och på det lokala planet. Formen för denna intressebevakning samt frågan

om resurser och möjligheter härför betraktas som en väsentlig sjukvårdspolitisk fråga.

Det framhålls att sjukvårdens roll av tradition är i stort passiv i förhållande till befolkningens hälso- och sjukdomsproblem. På senare tid har man emellertid inom både sjukvård och socialvård fått ökat intresse av att åtgärda symtom på sjukdom eller på sociala problem på tidigast möjliga stadium, men också att söka förebygga sjukdom eller social ohälsa.

Debattunderlaget anger såväl humanitära som välfärdsrättsliga motiv för att i samhällsplaneringen och i samhällsdebatten ta större hälso- och sjukvårdspolitiska hänsyn.

SPUP anser det möjligt att urskilja sjukvårdspolitiska problemställningar å ena sidan och hälsopolitiska å andra sidan. Begreppet hälsopolitik baseras på en helhetssyn i avseende på befolkningens hälsotillstånd och hälsoproblem. Det omfattar således samtliga de faktorer som kan påverka detta hälsotillstånd och orsaka hälsoproblem.

Det påpekas att ett vägande motiv för ett samlat hälsopolitiskt ansvar i samhället kan hämtas från det faktum att den enskilda människan blivit allt mer uppmärksam på och medveten om sin utsatthet vad gäller påverkan av faktorer i miljön. Hälsobegreppet syns allt tydligare i den allmänpolitiska och ekonomiska samhällsdebatten och förs fram som en levnadsstandardfaktor eller välfärdskomponent.

Genom en hälsopolitisk strategi har landstingen möjlighet att påverka sjukvårdens behovs- och resursproblem. Individens ökade medvetande och värderingar av hälsan som välfärdskomponent talar för en samlad hälsopolitisk planering och hälsopolitiskt ansvarstagande i samhället.

De hälsopolitiska målen leder SPUP fram till följande gruppering av hälsopolitikens medel:

- att skydda befolkningen eller grupper av individer från hälsofarliga faktorer i miljön – arbetsmiljö såväl som fritidsmiljö,
- att främja enskilda individers hälsotillstånd i form av hälsokontroller m. m.,
- att genom vård av olika slag söka bota en enskild individ från sjukdomssymtom och så långt möjligt återställa hälsan till ett för individen acceptabelt hälsotillstånd, och slutligen
- att ge medicinsk och social omvårdnad för att så långt som möjligt ta hand om människor med svårigheter att klara sig själva.

Till de senaste årens förbundskongresser har *ett flertal debattskrifter utgivits av landstingsförbundet*. Som exempel härpå kan nämnas följande skrifter inför 1978 års kongress: "Landstinget, perspektiv 1975–1979", "Hälsopolitiken och forskningen", "Hälsopolitiken och de äldre", "Vem får sjukvård?" (Lf och Spri), "Psykiatri i hälso- och sjukvårdspolitiken". Till kongressen år 1979 framlades bl. a. "Solidarisk läkarförsörjning – möjligheter och begränsningar" samt "Hälsopolitik i praktiken – förutsättningar och krav".

I flera av skrifterna hävdas att samhället måste föra en mera offensiv hälsopolitik. Kritik riktas mot förhållandet att sjukvården i huvudsak har att ta hand om vårdbehoven sedan de uppkommit utan att kunna medverka till att undanröja orsakerna till sjukdom och ohälsa. En genomgående strävan i dessa debattunderlag är att ytterligare öka medvetandet om vikten av

förebyggande åtgärder för att främja befolkningens hälsa. Samtidigt konstateras, att den stora och växande andelen äldre i befolkningen kräver ökade insatser i form av vård och omvårdnad. Behoven är här av sådan omfattning och karaktär att de endast i begränsad utsträckning kan förebyggas.

5.4 Landstingens planeringsverksamhet

5.4.1 Planeringsansvar

Som redovisats i kapitel 2 är landstingens formella ansvar för sjukvårdsplaneringen knapphändigt reglerat i sjukvårdslagen. Bestämmelserna är allmänt hållna. Några närmare regler om hur planeringen skall gå till inom hälso- och sjukvården finns således inte.

Under senaste decenniet har intresset för planering starkt ökat bland sjukvårdshuvudmännen. Detta har betingats av de växande kraven på insatser från hälso- och sjukvårdssystemet samtidigt som möjligheterna att erhålla tillskott av personella och ekonomiska resurser blivit alltmer begränsade. Alla sjukvårdshuvudmän bedriver numera hälso- och sjukvårdsplanering enligt ett relativt enhetligt system. I det följande kommer detta system samt dess bakgrund att närmare beskrivas.

5.4.2. Planeringens form och syfte

Sjukvårdshuvudmännens verksamhetsplanering inriktas numera på tre olika tidsperspektiv – lång, medellång och kort sikt. Den långsiktiga planeringen, som omfattar 10–15-årsperspektivet, utmynnar i principplaner, den medellånga resulterar i femårsplaner och den kortsiktiga i årsbudgeter.

Principplaneringen syftar till att klarlägga problem, formulera mål och ange verksamhetens inriktning och utveckling på längre sikt. Principplanen blir det översiktliga plandokumentet som styr innehållet i femårsplanen och årsbudgeten.

Målen formuleras så långt som möjligt med utgångspunkt i en önskvärd hälso- och sjukvårdsstruktur och olika behovsgruppers välbefinnande men kan i det långa tidsperspektivet inte anges alltför preciserade.

Med utgångspunkt i de uppsatta målen diskuteras i principplanen verksamhetens innehåll samt vilka resurser, i första hand personella och ekonomiska, som krävs för att uppnå målen. Denna diskussion kan ge anledning till revidering av mål och uppställande av alternativa ambitionsnivåer.

5.4.3 Planeringen under 1970-talet

En systematisk planering av den offentliga hälso- och sjukvården aktualiserades i Sverige först i mitten av 1960-talet. Då introducerades inom några landsting arbete med översiktliga sjukvårdsplaner, principplaner. För andra landsting kom motsvarande arbete inte igång förrän i början av 1970-talet. Utgångspunkterna för då påbörjad planeringsomgång var för flertalet huvudmän de tidigare nämnda centrala utredningsinsatserna inom social-

styrelsen, landstingsförbundet och Spri samt de planeringsriktlinjer, som år 1972 utfärdades av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Denna planering för hälso- och sjukvården, och i en del fall även för folktandvården och omsorgerna för psykiskt utvecklingsstörda, syftade till framtagande av principplaner med i allmänhet 1980 eller 1985 som horisontår. Planeringsarbetet bedrevs huvudsakligen under åren 1972-1977. Under denna period upprättade eller överarbetade så gott som samtliga sjukvårdshuvudmän etappvis sådana principplaner.

Sammanställningar av sjukvårdshuvudmännens principplaner för hälso- och sjukvården, folktandvården och omsorgsverksamheten möjliggör bl. a. riksjämförelser och återföring av information till huvudmännen. Materialet ger samtidigt underlag för centrala beslut och överenskommelser, exempelvis rörande utbildning och ekonomi, liksom möjlighet att analysera den planerade utvecklingen i relation till sjukvårdspolitiska mål och värderingar. Mål och värderingar kan diskuteras med beaktande av den viljeinriktning som kommit till uttryck i huvudmännens planer.

Under den tid planeringen pågick framlade socialstyrelsen sitt förslag till principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet", vars huvuddrag tidigare återgivits. I förslaget rekommenderade riktlinjer för en omstrukturering av verksamheten har i många avseenden kommit att ligga till grund för planförslagen.

Planeringsarbetet under 1970-talet initierades i stor utsträckning av de krav på en omstrukturering av hälso- och sjukvården, folktandvården och omsorgsverksamheten, som bl. a. kommit till uttryck genom statsmakernas uttalanden och en överenskommelse mellan statsmakerna och sjukvårdshuvudmännen om prioritering av öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri.

Samtidigt som strukturfrågorna fokuserades restes krav på en starkare anpassning av verksamheten inom hälso- och sjukvården till mer övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska mål. Avsikten var att därmed förhindra en fortsatt kostnadsstegring av samma omfattning som under 1960-talet.

Utgångspunkter var i övrigt bl. a. strävandena att ge den offentliga hälso- och sjukvården ett vidgat ansvar för medborgarnas hälsa, präglad av en social helhetssyn. Detta förutsatte en ökad samordning mellan kroppssjukvården och den psykiatriska vården liksom mellan socialvård, hälsovård och sjukvård.

Ansvarsområdet för hälso- och sjukvården uppfattades i planeringsarbetet på olika sätt. Detta gäller i första hand behandlingen av förebyggande åtgärder. Vissa av landstingen betraktade den förebyggande verksamheten huvudsakligen som en integrerad del av hälso- och sjukvården och behandlade den därför inte särskilt. I en del fall upprättades separata planer för hälsovård, omfattande förebyggande mödra- och barnavård m. m., eller planer för den s. k. friskvården.

Förebyggande åtgärder i vidare mening, dvs. åtgärder i syfte att påverka såväl individens närmiljö som samhällsmiljön, behandlades i principplanerna inte alls eller tämligen översiktligt. Planeringsförutsättningarna präglades även av den svåra gränsdragningen mellan sjukvårdshuvudmännens och primärkommunernas verksamheter, exempelvis inom områdena åldrings- sjukvård och psykiatri.

5.4.4 Principplanerna till år 1985

Landstingen redovisar inför 80-talet en strävan att bygga upp hälso- och sjukvården enligt de vårdpolitiska prioriteringarna och enligt den struktur som beskrivits i socialstyrelsens olika principprogram. De senast framlagda planerna knyter an till förslaget till vårdstruktur i HS 80 med primärvård, länssjukvård och regionsjukvård.

Primärvårdsbegreppet har i planeringen haft till uppgift att särskilja och definiera en del av vårdstrukturen (den del av den öppna vårdens funktioner som kan samlas utanför de stora sjukhusen). Vissa svårigheter har förelegat att överföra begreppet på sjukvårdsorganisation och områdesindelning. Anledningen är framför allt svårigheterna att samla all primärvård vid fristående enheter utanför sjukhus. En stor del av resurserna för öppen vård binds med hänsyn till utbildnings- och jourproblematik etc. till sjukhusen.

En sammanfattning av sjukvårdshuvudmännens principplaner har redovisats dels i Spri-rapport 5/76 "Sjukvårdshuvudmännens planer till 1985 - sammanställning i siffror", som utarbetats gemensamt av landstingsförbundet, socialstyrelsen och Spri, dels i socialstyrelsens rapport "Sjukvårdshuvudmännens planer till 1985", som ingår i skriftserien Socialstyrelsen redovisar (1976:7).

De båda rapporterna grundar sig på principplaner i 16 landsting, som omfattar ca 50 procent av rikets befolkning.

För närmare uppgifter om planernas innehåll hänvisas i första hand till de här ovan angivna rapporterna. Vi begränsar vår redovisning till att i några punkter ange föreslagna förändringar.

Sluten vård

Somatisk korttidsvård

- En viss reduktion av vårdplatserna för somatisk korttidsvård eftersträvas.
- Regionsjukvården bedöms kunna minska.
- Huvudmännen avser att bibehålla de länsdelssjukhus man redan har, ingen nedläggning planeras fram till år 1985.
- Antalet odelade lasarett och sjukstugor minskar.
- Viss nedläggning av BB-avdelningar planeras.

Långtidssjukvård och rehabilitering

- Antalet vårdplatser för långtidssjukvård - både somatisk och psykiatrisk - avses öka. Ökningen är under planperioden till år 1985 i storleksordningen 50 procent. Antalet vårdplatser beräknas år 1985 motsvara 60 vårdplatser per 1 000 invånare 70 år och äldre.
- Långtidssjukvårdens utbyggnad är starkt inriktad på lokala sjukhem på kommunnivå.
- Samverkan och samarbete med primärkommunerna påtalas som angelägna åtgärder inom långtidssjukvården.
- Olika former för rehabiliteringsorganisationens utbyggnad redovisas.

Medicinsk service

- Fortsatt snabb expansion och utveckling förväntas med nya metoder och hjälpmedel.

Psykiatri

- Psykiatriverksamheten är förhållandevis knapphändig behandlad.
- En gemensam ambition finns för betydande förändringar och omstruktureringar. Ambitionerna motsvaras dock inte av konkreta förslag.
- Ett mål är att förändra de f. d. statliga mentalsjukhusen. Bedömningen är dock att man inte klarar denna förändring fram till år 1985.
- Ett annat mål är att integrera den psykiatriska vården med annan hälso- och sjukvård och att även samordna denna med primärkommunernas sociala verksamhet.
- Verksamheterna inriktas i första hand på öppna och halvöppna former samt rehabilitering.
- Barn- och ungdomspsykiatri inriktas starkt på öppenvårdsformer och resurser för eftervård.

Öppen vård

- Alla sjukvårdshuvudmän synes vara eniga om en utbyggd decentraliserad allmänläkarfunktion som bättre tillgodoser kraven på närhet, kontinuitet, helhet samt med en ökad samverkan mellan sociala och medicinska insatser.
- Antalet läkarbesök i öppen vård beräknas öka från 20 miljoner år 1970 till 30 miljoner år 1980. Ökningstakten redovisas också i antal besök per invånare och år. Genomsnittligt skulle utvecklingen bli 2,0 besök år 1974, 2,7 besök år 1980 och 3,1 besök år 1985.
- Andelen besök i öppen vård på sjukhus väntas minska men även år 1985 vara av stor omfattning eller genomsnittligt ca 40 procent.
- Vårdcentraler med främst fler än fem läkare planeras dels fristående, dels förlagda vid eller i anslutning till sjukhusen.

Personalutveckling

Sjukvårdshuvudmännens principplaner för perioden fram till år 1985 innebär en fortsatt ökning av antalet tjänster inom vårdområdena med omkring 2,5 procent per år. De verksamhetsområden inom vårdsektorn som relativt sett beräknas kräva den största personalökningen är den öppna hälso- och sjukvården, långtidsvården och omsorgsverksamheten.

Det framtida arbetskraftsutbudet bedöms enligt principplanerna generellt sett inte medföra problem att förverkliga den planerade personalökningen. Lokala bristområden liksom brist på vissa personalkategorier väntas dock kvarstå även år 1985.

Den planerade personalutvecklingen framgår också av de uppgifter som lämnats i samband med den ekonomiska femårsplaneringen, LKELP, som närmare beskrivs i det följande avsnittet om den ekonomiska planeringen.

Dessa uppgifter sträcker sig över perioden fram till år 1982.

Enligt LKELP 1978 kommer antalet tjänster inom huvudmännens samtliga verksamhetsområden från 1977 till 1983 att öka från 236 337 till 276 840, omräknade till heltid. Därav svarar den sjukhusanslutna hälso- och sjukvården för 169 895 resp. 193 712 tjänster eller 72 resp. 70 procent.

Vad beträffar utvecklingen inom de olika personalkategorierna anses de relativt sett största ökningarna böra ske för tandsköterskor, läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, undersköterskor och tandläkare, I absoluta tal faller de största ökningarna på vårdbiträden, sjuksköterskor, undersköterskor och läkare.

Ekonomisk planering till år 1983

I det följande redovisas vissa bedömningar om den förväntade utvecklingen perioden 1977–1983 enligt LKELP 83. Driftskostnaderna kommer enligt huvudmännens planer att öka från 29,5 till 41,2 miljarder kronor, motsvarande en genomsnittlig ökning med 4,1 procent per år. De kraftigaste procentuella ökningarna väntas ske inom områdena folktandvård och hälso- och sjukvård utanför sjukhus, medan ökningen är lägst för sjukhusanslutna hälso- och sjukvård. I absoluta tal är dock ökningen störst inom det sistnämnda området, som beräknas svara för drygt hälften av den totala kostnadsökningen.

Av driftskostnaderna svarar avlöningarna för drygt 50 procent. Kostnaderna för avlöningar väntas i fasta priser öka med i genomsnitt 3,3 procent per år.

Investeringskostnaderna kommer enligt LKELP under perioden att uppgå till i genomsnitt 3,4 miljarder kronor per år. Detta kan jämföras med 2,7 miljarder enligt redovisningen för år 1977. Investeringarna visar en tendens att minska mot slutet av perioden. Till en viss del förklaras detta med att landstingen har svårt att överblicka investeringsbehovet under hela prognosperioden.

5.4.5 Utfall och bedömning av hittillsvarande planering

Planeringssystemet

Årsbudgeten har traditionellt varit det medel, varmed förtroendemännen styrt landstingens verksamhet. Budgeten är viktig därför att den är föremål för bindande beslut. Budgeten är också det dokument genom vilket landstingets övriga planer realiseras och den faktiska fördelningen av resurserna formellt sker.

Årsbudgetens relativa betydelse har dock minskat genom att landstingen under 1960- och 1970-talen successivt börjat införa planering på längre sikt än ett år.

Femårsplanen har tidigare liksom årsbudgeten i relativt stor utsträckning kommit att fungera som ett instrument huvudsakligen för prioritering och resursfördelning. I flertalet fall har denna planering till största delen varit finansiellt inriktad. På senare år har dock i flera landsting femårsplaneringen givits ett djupare verksamhetsinnehåll. Tendenser finns också till ökad sam-

ordning med årsbudgetarbetet och ökad medverkan av driftenheterna i planeringen.

Principplaner med 1985 som horisontår finns nu upprättade för samtliga landsting. Den under den senaste femårsperioden genomförda planeringsomgången har givit landstingen en grund för planmässigt genomförande av förändringar, bättre kunskap om den nuvarande verksamheten liksom ökad planeringsvana. Den har också bidragit till att politiker, vårdpersonal och administratörer fått bättre kunskap om varandras problem, synpunkter och önskemål.

Påpekade brister i planeringssystemet är bl. a. att koppling fortfarande ofta saknas mellan principplan, femårsplan och årsbudget. Som tidigare nämnts visar en jämförelse mellan principplanerna och LKELP att en stor del av de omstruktureringar och utbyggnader, som i dessa planer satts upp som mål, kommer att bli svåra att realisera fram till år 1985 med den utbyggnadstakt som LKELP anger. Det har också konstaterats att vissa speciella planeringsaktiviteter såsom generalplanearbete, byggnadsplanering och arbete med särskilda utredningar tenderar att "leva sitt eget liv" och kan få en inriktning som strider mot övriga planer.

Återföringen av planernas och budgetens innehåll till kliniker och andra kostnadsställen är ofta bristfällig, varför planernas intentioner inte alltid slår igenom på dessa nivåer.

Beträffande principplanerna har konstaterats, att dessa ofta erhållit en förhållandevis hög detaljeringsgrad. Resursprognoser och resursbestämningar har på det sättet inte sällan i alltför stor utsträckning satts i förgrunden på bekostnad av problembeskrivning och måldebatt. I principplanerna har också i stor utsträckning saknats analyser av vilka drivkrafter som i realiteten styr hälso- och sjukvårdens utveckling eller vilka hinder som måste övervinnas för att slutmålen skall nås.

Principplanernas innehåll

Principplanerna och LKELP-undersökningarna ger klart belägg för att landstingen planerar en fortsatt målmedveten och kraftig vidareutveckling av sin hälso- och sjukvård.

Även om landstingens planer på omstrukturering och upprustning av primärvården realiseras, kommer dock akutsjukhusverksamheten år 1985 till stor del att ha oförändrad omfattning eller t. o. m. vara utbyggd. Några mer omfattande nedläggningar av sjukhus planeras inte. Antalet vårdplatser inom den somatiska korttidsvården beräknas bli tämligen oförändrat. Den öppna specialiserade vården kommer alltså att i dominerande omfattning vara knuten till sjukhus. En tendens är också att till sjukhus förlägga vårdcentraler med allmänläkar- och distriktsvårdspersonal m. fl. och att samordna verksamheten där med den sjukhusbaserade öppna vården. Denna utveckling överensstämmer inte helt med den hälso- och sjukvårdsstruktur och -organisation som statsmakterna och centrala organ på hälso- och sjukvårdens område eftersträvat. Socialstyrelsen har riktat uppmärksamheten på detta förhållande. Den planerade omstruktureringen karakteriseras enligt styrelsen av en betydande tröghet på viktiga områden.

Ett sådant område är *den somatiska korttidsvården*, där planerna innebär

en vårdplatstäthet, varierande från 4,0 vårdplatser per 1 000 invånare till närmare 6,0 sådana platser. Olika utredningar och erfarenheter från sjukvårdsområden, som redan nu har ett vårdplatsantal kring 4,5, talar enligt socialstyrelsen för att en dimensionering av den somatiska korttidsvården inom intervallet 4,2–4,7 vårdplatser per 1 000 invånare bör kunna genomföras fram till år 1985 utan att någon standardsänkning blir följden eller att väsentliga vårdbehov eftersättes.

Enligt socialstyrelsen finns starka skäl att anta att landstingens planerade utbyggnad av vårdplatser inom vårdgrenen *somatisk långtidssjukvård* är otillräcklig för att möta framtida behov. Därtill kommer att enligt LKELP-materialet utbyggnadsplanerna för åren närmast basåret successivt nedjusterats. Den planerade utbyggnaden av vård i hemmen, dagsjukvård eller öppen vård för långtidssjuka anses av styrelsen inte kunna kompensera en hotande brist på vårdplatser inom långtidssjukvården.

Vad gäller det *psykiatriska verksamhetsområdet* är enligt bedömningarna den planerade utbyggnaden av den öppna psykiatriska vården alltför begränsad för att möjliggöra en snabb förändringstakt.

Möjligheter till jämförelse mellan planering och utfall finns exempelvis ifråga om antal läkarbesök i öppen vård och antal nya vårdplatser inom långtidssjukvård. Underlag härför utgör femårsplaneringens uppgifter om vad som planeras för t. ex. år 1976 enligt LKELP 74 resp. lägesuppgifter för samma år enligt LKELP 77. Beträffande den *öppna vården* har därvid konstaterats att det verkliga tillskottet av läkarbesök 1973–1975 endast uppgick till ca 37 procent av det planerade. Som starkt bidragande orsak härtill har angivits att antalet vakanta läkartjänster var betydligt fler utanför sjukhus än vid sjukhus. Vakanserna förklaras till en del av läkarbristen men har också ansetts bero på att läkarna själva vid valet mellan tjänstgöring vid sjukhus – ofta enbart på vikariat – och fasta tjänster utanför sjukhus prioriterat sjukhusanknytningen.

5.4.6 Förändringar i hälso- och sjukvårdsplaneringen

De under rubriken Utfall och bedömning etc. redovisade bristerna i nuvarande planeringssystem utgör i sig naturligtvis tillräckliga motiv för att försöka förbättra metoderna i hälso- och sjukvårdsplaneringen. Vissa utvecklingstendenser som kan förutses för samhället samt hälso- och sjukvården utgör ytterligare skäl för att försöka åstadkomma sådana förbättringar. Till de mera framträdande dragen i utvecklingen kan hänföras de allt fler äldre med stora och ofta sammansatta vårdbehov liksom växande krav på omvårdnad. Dessa förhållanden gör det angeläget att anlägga en mera samlad syn på problemen, t. ex.

- hälso- och sjukvårdens personalproblem sammanhängande med arbets- och vårdmiljön, vårdorganisation och personalplanering m. m. samt
- de växande problemen med sjukvårdens finansiering och därav följande krav på prioritering och effektivitet.

Förändringar av planerings- och budgetsystemen inom landstingen har sedan lång tid varit föremål för stort intresse hos såväl planeringsansvariga inom landstingen som hos centrala instanser – landstingsförbundet, social-

styrelsen och Spri. Dessa har samverkat i ett utvecklingsarbete inom det s. k. PBUL-projektet (planering och budgetering för landsting), där också några av sjukvårdshuvudmännen medverkat.

Utvecklingsarbetet tar sikte bl. a. på att öka de förtroendevaldas möjligheter att genom planeringen påverka utvecklingen i önskad riktning. För att vara tillfyllest i dessa sammanhang måste planeringen kunna redovisa vårdmöjligheterna i närmiljön – den egna kommunen eller kommundelen. Härav följer att samverkan mellan landsting och primärkommuner är av stor vikt i planeringsarbetet.

Det har även uttryckts önskemål om att planeringen innefattar försök till framtidsbedömning av arbetskraftstillgången och av vilka resurser i övrigt samhället har möjlighet att ställa till hälso- och sjukvårdens förfogande.

Utvecklingsarbetet syftar även till att öka möjligheterna till insyn för personal och allmänhet. Personalens krav på medinflytande medför ökade anspråk på att få ta del av planerna och få information härom. I PBUL-projektet finns därtill en strävan att säkerställa personalens engagemang i utvecklingsarbetet och genomförandet av olika förändringar.

Mot bakgrund av det begränsade samhällsekonomiska utrymme för hälso- och sjukvården har det också ansetts angeläget att kunna utveckla tekniker för omprioritering inom befintliga resurser.

Inom Spri pågår en översyn av metoderna för landstingens hälso- och sjukvårdsplanering. Detta är ett led i Spris kunskapsuppbyggnad inför en eventuell ny planeringsomgång i början av 1980-talet, motsvarande den som genomförts för åren 1975–1985. Jämsides med detta vidareutvecklas den tidigare planeringsmodellen.

5.5 Vårdpolitiska mål

5.5.1 Tidigare försök att formulera sjukvårdspolitiska mål

De försök som gjorts att formulera direkta sjukvårdspolitiska mål har varit relativt begränsade. De har inte heller lett till några mer konkreta resultat. Den utredning om den öppna hälso- och sjukvården (den s. k. ÖHS-utredningen), som framlades år 1958, var avsedd att innehålla en målsättningsdebatt och angivande av mål. Utredningen stötte emellertid på stora svårigheter att formulera de övergripande hälso- och sjukvårdsmålen och presenterade inte några direkta förslag härom.

Den svenska hälso- och sjukvården har i stor utsträckning varit inriktad på att lösa akuta vårdproblem. Svårigheterna att formulera mål kan förutom denna inriktning av verksamheten även bero på att sjukvården utgör ett samhällsområde som undergår mycket snabba förändringar. Följande citat ur dåvarande socialminister Aspings tal vid landstingsförbundets kongress år 1971 belyser detta:

”Vården måste ständigt omformas och anpassas till nya behandlingsformer, nya forskningsresultat, nya läkemedel och nya tekniker. Det är naturligt att om den tekniska eller medicinska utvecklingen plötsligt medger botandet av en utbredd eller svårartad sjukdom med relativt små ekonomiska insatser, så måste sjukvården vara

så flexibelt uppbyggd att den snabbt kan dra nytta av och tillämpa de nya rönen. Sjukvårdsmålsättningen kan alltså inte i sina detaljer vara låst för någon längre tid."

Enligt HS 80 finns inte något samlat kodifierat sjukvårdspolitiskt mål i Sverige. Världshälsoorganisationens deklARATION om hälsa anses vara alltför allmänt hållen för att vara till någon ledning. Sjukvårdslag och andra författningar ger heller inte någon grund att stå på.

Vad som i avsaknaden av en klart uttalad sjukvårdspolitisk målsättning kommit att gälla som mål för verksamheten är närmast funktioner av icke samordnande beslut och rekommendationer från olika instanser i samhället – riksdag, regering, departement och ämbetsverk etc. – t. ex. om prioriteringar. Vid hälso- och sjukvårdens planering uppstår till följd därav ofta problem, beroende på att uppställda mål förändras eller strider mot varandra eller är svåra att inordna i ett sjukvårdssystem, som präglas av ekonomiska och organisatoriska förutsättningar. Detta har inneburit stora krav på sjukvårdshuvudmännen att följa olika anvisningar och riktlinjer, som inte varit förankrade i gemensamma övergripande mål. Ett gynnsamt ekonomiskt läge har dock hittills gjort att olika krav i stort sett ändå kunnat tillgodoses. Man har kanske därför tidigare inte upplevt bristen på överordnade mål lika påtagligt som man gör i den ekonomiskt kärvare situation, som man numera och för lång tid framåt måste se som en realitet.

5.5.2 Synpunkter på behovet av mål för hälso- och sjukvården

Behovet av överordnade mål för verksamheten har påtalats i många sammanhang. Inte minst i yttranden över principprogrammet HS 80 har detta behov understrukits av olika remissinstanser. Av dessa har LO funnit det anmärkningsvärt, att statsmakterna inom ett av de väsentligaste områdena ifråga om samhällsinsatser inte har formulerat ett klart mål eller på ett fullständigt sätt reglerat skyldigheter och rättigheter. Statsmakterna bör enligt LO på längre sikt fastställa ett klart mål för hälso- och sjukvården. Ett sådant mål måste enligt LO vara baserat på demokratiska principer för både de anställda och sjukvårdskonsumenter samt på att all sjukvård bör bedrivas i samhällets regi.

Sveriges läkarförbund anförde i sitt yttrande över principprogrammet att en samlad kodifierad sjukvårdspolitisk målformulering skulle ha ett oerhört värde för sjukvårdsplaneringen i landet och debatten kring denna. Förbundet hoppades att en sådan skulle komma fram genom insatser från sjukvårdshuvudmännen och deras centrala organisationer.

Målsättningsfrågan kommenterades även av landstingsförbundet, som ansåg att måldiskussionen är speciellt svår inom vårdområdet, eftersom det i grunden måste gälla en värdering av individens hälsa – i ytterlighetsfall dennes liv eller död – i förhållande till samhällets insatser av materiellt slag uttryckta i ekonomiska termer. Detta förhållande får dock inte, enligt förbundet, inte hindra ett försök att formulera heltäckande, om än allmänt hållna, mål som grundval för planeringsarbetet.

Kraven på sättande och offentligt redovisande av "konkreta mål" kan tolkas så att bruk av mål i ökad omfattning skulle kunna tänkas resultera i en effektivare och bättre behovsanpassad vård. Målsättningen ger också

de ansvariga möjligheter att bestämma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till en given referens, nämligen målet.

5.5.3 *Vårdpolitiska prioriteringar genom propositioner m. m.*

Med hänsyn till att samlade målformuleringar ännu saknas har utredningen ansett sig här böra översiktligt redovisa några av de värderingar, prioriteringar och ambitioner, som legat till grund för den förda hälso- och sjukvårdspolitiken under senare tid.

Allmänna utgångspunkter

De politiska prioriteringarna rörande hälso- och sjukvården baserar sig på en rad olika problem och utvecklingstendenser inom sjukvården och samhället i övrigt. De ger också uttryck för ambitionerna att uppnå ett mera jämlikt samhälle. Därmed avses bl. a. att undanröja ekonomiska, sociala, kunskapsmässiga och geografiska hinder mot ett utnyttjande av samhällets resurser efter den enskildes vårdbehov.

Samhällets prioriteringar kommer till konkret uttryck framförallt i den principdiskussion som ligger till grund för resursfördelningen i samhället genom statsbudgeten, i reformarbetet samt i program och planer.

Uttalanden i propositioner m. m.

I budgetpropositionerna sedan flera år tillbaka har kraftigt understrukits behovet av att starkare inrikta hälso- och sjukvården på decentraliserad *öppen vård* samt att tillhandahålla ökade resurser för *äldresjukvård, långtidssjukvård och psykiatrisk verksamhet*. I budgetpropositionen 1975 betecknades en utbyggnad av den öppna decentraliserade sjukvården och långtidssjukvården som den viktigaste utvecklingslinjen. I samma proposition betonades också betydelsen av *förebyggande åtgärder*. Härom anfördes bl. a.: "Att på sikt enbart möta befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov med en alltmer specialiserad sjukhusservice är sannolikt inte möjligt. Det framstår allt tydligare att problemen måste angripas genom åtgärder som skyddar individen i dennes totala miljö och genom primärt förebyggande åtgärder." Det framhölls vidare att de förebyggande insatserna och den sociala omvårdnaden bör grundas på en *helhetssyn*.

I budgetpropositionen 1975/76 framhölls ånyo betydelsen av att hälso- och sjukvårdspolitiken grundas på helhetssyn och decentralisering. I propositionen påpekades vidare behovet av utbyggnad av långtidssjukvård och hemsjukvård. Här redovisades även bakgrunden till att föreliggande hälso- och sjukvårdsutredning tillsattes – "att fullfölja en sjukvårdspolitik som ger samhället ett övergripande inflytande över hälso- och sjukvården och som ger patienterna den trygghet som de har rätt att kräva".

Genom beslut av riksdagen under senare år har fortlöpande också ställts ökade resurser till socialstyrelsens förfogande för *hälsouppllysning*. Upplysningsverksamhet om kost och motion liksom om tobakens och andra beroendeframkallande medels skadliga verkningar har tillmätts särskild be-

tydelse. En omfattande anslagsgivning har förekommit för olika former av hälsoundersökningar och vaccinationsprogram.

En omstrukturering av den nuvarande vårdorganisationen från en tidigare i huvudsak sjukhusbunden verksamhet till en vård och omvårdnad så nära den vårdsökandes hemmiljö som möjligt har också ansetts nödvändig. Detta har framhållits bl. a. i budgetpropositionen 1977/78:

”För att möta kraven på en utbyggnad av äldresjukvården måste man dels satsa på en utbyggnad av hemsjukvård och dagsjukvård och dels på en fortsatt utbyggnad av långtidssjukvården. En strävan skall vara att göra det möjligt för patienten att vistas i hemmiljön i så stor utsträckning som möjligt. Anhöriga, hemsamariter, distriktssköterskor och vårdlag kan göra detta möjligt i större utsträckning än som är fallet.”

Den här beskrivna inriktningen av hälso- och sjukvården har också redovisats i *anslutning till olika reformförslag* under senare år, exempelvis läkarutbildningsreformen år 1969, den s. k. sjukronorsreformen år 1970, förändringarna av sjukvårdslagstiftningen åren 1971 och 1973 samt tandvårdsreformerna år 1974. Närmare uppgifter härom redovisas i kapitlen 2 och 3.

Prioriteringar i investeringssammanhang

I investeringssammanhang har sedan lång tid tillbaka långtidssjukvården, den öppna vården och den psykiatriska verksamheten prioriterats av statsmakterna.

År 1971 fastställdes prioriteringsordningen till att i första hand avse öppen vård utanför sjukhus samt i andra hand sjukhem för långvarigt sjuka, kliniker för psykiskt sjuka, vårdhem och specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda liksom undervisningssjukhus, nödvändiga för den ökade läkarutbildningen.

Från år 1978 prioriteras i första hand långtidssjukvård och i andra hand öppen vård utanför sjukhus.

Partiprogram och riksdagsmotioner om hälso- och sjukvård

Samtliga i riksdagen representerade politiska partier har i egna partiprogram redovisat sin principiella syn på den framtida hälso- och sjukvårdspolitik. Det konkreta innehållet i dessa program kommer till uttryck i det politiska arbetet på riksplanet, i landsting och primärkommuner.

I vissa fall har hälso- och sjukvårdsfrågorna även behandlats i partiernas kommunala handlingsprogram eller i särskilda program avgränsade till hälso- och sjukvård.

Partiernas ambitioner, planer och önskemål om förändringar av hälso- och sjukvården speglas också i motioner till riksdagen.

5.6 Statens ansvar för hälso- och sjukvården samt statliga styrmedel

Statens ansvar

Ett uttalande om synsättet ifråga om statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården och socialvården är departementschefens anförande i avslutning till proposition till riksdagen om sammanslagning av medicinalstyrelsen och socialstyrelsen (prop. 1967:68).

Departementschefen framhöll därvid, att staten måste anses bära ett ansvar för dessa vårdområden som går utöver det ansvar staten har i egenskap av huvudman för viss verksamhet och genom att bidra till sjukvårdens finansiering.

Med detta vidgade ansvar åsyftades inte endast det ansvar som åvilar staten som lagstiftare eller ifråga om anordnande av läkarutbildning m. m. och åtaganden på forskningsområdet. Staten förutsattes dessutom tillsammans med kommunerna ha ett ansvar för att vården ges ett riktigt medicinskt och socialt innehåll och att vårdresurserna avvägs med hänsyn såväl till samhällsekonomi och arbetskraftsresurser som till önskemålet att vården såvitt möjligt skall komma alla landets inneånare till godo oavsett bostadsort. De uppgifter som följer av statens andel i detta ansvar borde enligt departementschefen fullgöras så, att de enskilda kommunernas självbestämmanderätt inte träds för nära.

De uppgifter som följer av statens ansvar för hälso- och sjukvården kan således hänföras *dels* till bevakning av de enskilda människornas säkerhet i medicinskt, socialt och rättsligt avseende (säkerhetsmålet), *dels* till kravet på en effektiv riksplanering inom vårdområdet (planeringsmålet).

Statliga styrmedel

För att kunna påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning förfogar staten över olika kontroll- och styrinstrument. Det primära och grundläggande av dessa är reglering genom *lagstiftning*.

Styrning kan även ske genom utformning av *statsbidrag* till olika ändamål. Till statsbidragen kan knytas vissa villkor, avsedda att leda utvecklingen i önskad riktning. Reglering skedde tidigare i relativt stor utsträckning genom statsbidragsbestämmelser. På senare tid har utvecklingen gått mot minskad detaljreglering med hjälp av bestämmelser om statsbidrag och därtill knutna tillämpningsföreskrifter.

Sjukförsäkringssystemets utformning är av avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning på olika vårdformer. Ändringar i detta system, t. ex. i avseende på reglerna för ersättning av sjukvårdsåtgärder, är ett av medlen varmed man kan stimulera efterfrågan på viss typ av vård och samtidigt begränsa efterfrågan inom andra vårdformer.

Planeringsmålet enligt ovan kan främjas genom olika former av *central planering*. Sådan planering har under senare tid bedrivits bl. a. i form av det för hela landet gemensamma läkarfördelningsprogrammet och den statliga byggnadsregleringen.

Till central planering bör även räknas planeringen av *utbildningsinsatserna*

på olika områden. Staten svarar direkt för läkar- och tandläkarutbildningen samt indirekt, genom statsbidrag och godkännande av utbildningsplaner, för övrig vårdrkesutbildning.

Överenskommelser mellan staten och landstingen (landstingsförbundet) rörande finansieringen av den landstingskommunala verksamheten kan också utgöra ett av de statliga styrmedlen. Uppgörelser av detta slag har under 1970-talet träffats vid flera tillfällen.

Kontrollåtgärder närmast avsedda att tillgodose de ovan beskrivna säkerhetsmålen är tillsyn genom statliga organ och prövning av vidtagna medicinska åtgärder genom socialstyrelsen och medicinalväsendets ansvarsnämnd. Nämndens tolkning av vad som är "vetenskap och beprövad erfarenhet" har visat sig ha stor betydelse för vårdarbetet ute på fältet.

Till de styrmedel som direkt står till statens förfogande kan läggas olika möjligheter att indirekt påverka utvecklingen. Stort inflytande härpå har exempelvis den medicinska *forskningen* och forskarutbildningen. Vidare kan erinras om *rekommendationer* i olika frågor, bl. a. i form av råd och anvisningar utfärdade av socialstyrelsen. I rekommendationer har t. ex. givits riktlinjer för landstingens hälso- och sjukvårdsplanering.

5.7 Principer för målformulering

I våra direktiv har uttalats, att den nya lagstiftningen för hälso- och sjukvården bör vara baserad på en diskussion om målen för verksamheten. En första förutsättning för att en sådan diskussion skall kunna föras är entydiga begrepp, dvs. samstämmiga uppfattningar om innebörden av dessa. Själva målbegreppen bör inte som ofta sker sammanblandas med åtgärderna för förverkligandet av målen och med prioriteringen av mål och åtgärder.

5.7.1 Målbegrepp

Med *mål* menas en viljeinriktning eller en strävan i nuläget att nå ett önskvärt framtida tillstånd. Man beskriver således mål genom att ange specifika *egenskaper*. Ett gott hälsotillstånd och efter sjukdom snabbt återvunnen hälsa hos befolkningen kan utgöra exempel på mål. Om målet anger effekten av olika åtgärder och prestationer kan det karakteriseras som effektmål.

Begreppet *målsättning* är egentligen inte liktydigt med mål. Grundbetydelsen hos ordet målsättning är "sättande av mål", "uppställande av mål". I dagligt språkbruk har emellertid ordet målsättning också kommit att användas i betydelsen "mål, strävan".

I stort sett likvärdiga beteckningar på mål av allmängiltig karaktär är *övergripande mål*, *totala mål* och *huvudmål*. Ett lämpligt arbetsnamn i utredningen synes vara *övergripande mål*. Mål härledda ur övergripande mål kan benämnas *delmål*.

5.7.2 Mål för hälso- och sjukvården

Övergripande mål

Övergripande mål skall kunna äga giltighet under lång tid och inte påverkas av förändringsprocesser i samhället, konjunkturen o. d. Innehållet måste därför vara av tämligen allmän natur. För att övergripande mål ändå skall ha en praktisk funktion måste de samtidigt kunna ge konkreta utgångspunkter för lagstiftning eller andra åtgärder.

Delmål

Som tidigare nämnts har situationen inom hälso- och sjukvården karakteriserats av att olika intressen och initiativ gjort sig gällande och utmynnat i en rad delmål. Sådana kan ha formulerats av statsmakterna, olika centrala organ eller av sjukvårdshuvudmännen själva, i form av riksdagsbeslut eller uttalanden i samband därmed, utredningsrapporter, rekommendationer, råd och anvisningar etc.

Sjukvårdspolitiska delmål kan exemplifieras med utgångspunkt i de vårdpolitiska prioriteringarna, i debatten bl. a. kring HS 80 och landstingens långsiktiga planering samt i överenskommelserna mellan staten och landstingen.

Man kan således med dessa utgångspunkter – och med beaktande av att målen skall ange egenskaper – tänka sig konstruera t. ex. följande delmål:

- Öppen hälso- och sjukvård skall i möjligaste mån vara lättillgänglig och miljöanknuten.
- Psykiatrisk vård skall vara behovsanpassad och ges i differentierade former.
- Somatisk och psykiatrisk långtidssjukvård skall vara rehabiliteringsinriktad samt i möjligaste mån miljöanknuten.

5.7.3 Medel att förverkliga målen

Med utgångspunkt i målen kan man vid varje särskild tidpunkt ange olika medel för att uppnå målen. Dessa kan exempelvis gälla den mest ändamålsenliga strukturella och organisatoriska utformningen, resursernas fördelning på olika vårdformer, fördelningen mellan slutna och öppna vård, differentiering av vården etc. Till dessa överväganden hör även en diskussion om hjälp- och styrmedel för att uppnå det avsedda resultatet.

Det är angeläget att från målsättning skilja angivandet av medel för att förverkliga målen. En sammanblandning sker emellertid ofta i den allmänna debatten. Exempel på detta är att en utbyggnad av viss vårdform karakteriseras som sjukvårdspolitiskt delmål, när utbyggnad i själva verket är ett medel för att förverkliga målet, som är adekvat vård.

Medel att förverkliga här ovan förtecknade delmål *kan* – beroende på förhållandena vid olika tidpunkter och i olika delar av landet – t. ex. vara

- ökning av antalet allmänläkare och distriktssköterskor
- samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialvården
- utökad antal vårdplatser vid lokala sjukhem och
- ändring av planer för utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal.

Landstingens medel och metoder för att förverkliga sina planer avseende tioårsperioden 1976–1985 redovisas i avsnittet om landstingens planering.

För att skapa de förutsättningar som leder fram till uppställda mål kan det visa sig nödvändigt att centralt tillgripa vissa kontroll- och styrmedel. Redovisning av statliga styrmedel som hittills kommit till användning har tidigare lämnats i avsnitt 5.6.

Styrmedel som vid sidan av lagstiftningen på senare tid kommit till användning av statsmakterna är således bl. a. överenskommelser mellan staten och landstingen om hälso- och sjukvårdens finansiering, prioritering av byggnadsinvesteringar, fördelning av läkartjänster, riktlinjer och underlag för planering, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

II Överväganden

6 Utgångspunkter och mål för hälso- och sjukvårdspolitiken

I de föregående kapitlen, bakgrundsbeskrivningen i utredningen, har redovisats nuvarande bestämmelser för hälso- och sjukvården, dess organisation, faktorer som påverkar behovet av hälso- och sjukvård samt den pågående och planerade utvecklingen. Vi övergår nu i kap. 6–10 till överväganden om hälso- och sjukvårdens framtida inriktning och om vårdinnehåll och arbetsätt.

I kap. 6 tar utredningen upp de grundläggande utgångspunkterna för den nya lagstiftningen, innefattande förslag om mål för verksamheten. Den sammanfattande redovisningen av utredningens utgångspunkter för den kommande lagstiftningen lämnas i kapitel 11.

6.1 Begreppen hälsa och sjukdom

6.1.1 Hälsa

Ohälsa och sjukdom är en i högsta grad reell upplevelse för den som drabbas. Det är dock svårt att allmänt definiera dessa tillstånd. Problemet är knappast mindre, när det gäller att beskriva motsatsen, nämligen ett tillstånd av *hälsa*. Det beror till stor del på att begreppet hälsa oftast sätts i samband med den enskilde individen och att dess betydelse därför kan påverkas av individuella förhållanden. En annan svårighet ligger i den varierande och föränderliga synen på vad som är friskt och sjukt. Innebörden av begreppet hälsa påverkas nämligen i hög grad av sociala och kulturella förhållanden och av värderingar vid den aktuella tiden. Därtill kommer att uppfattningarna om hälsa varierar mellan olika sociala grupper och åldersgrupper etc. En rent allmän utgångspunkt för diskussionen om hälsobegreppet kan tas i den klassiska WHO-definitionen, som bl. a. anger att "hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom och svaghet". Denna definition illustrerar dock mest innebörden av god hälsa som ett eftersträvansvärt tillstånd, som ett mål för den allmänna välfärdspolitiken.

Befolkningens hälsa i fysiskt, psykiskt och socialt avseende är en av de faktorer som ger uttryck för goda levnadsförhållanden och hög livskvalitet. I begreppet livskvalitet värderas människans totala situation. Det har på senare tid ofta hävdats att därvid större uppmärksamhet bör ägnas sådana kvaliteter som frånvaro av stress i arbetslivet, meningsfull fritid och allmänt

fysiskt och psykiskt välbefinnande. Den vidare innebörd hälsobegreppet därmed får är en viktig utgångspunkt för de bedömningar som här görs ifråga om befolkningens behov och hälso- och sjukvårdsverksamhetens inriktning.

Genom anknytningen till den allmänna välfärdspolitiken uppmärksammas inte endast den enskilde individens förhållanden. Hälsa blir även något som kan förknippas med situationen inom befolkningen som helhet. Man kan därmed beskriva och analysera hälsoläget inom befolkningen, t. ex. i relation till andra länder. Hälsotillståndet hos befolkningen i stort påverkas av miljöförhållanden och andra allmänna levnadsbetingelser. Vi ser därför hälsa inte enbart som uttryck för den enskilde individens tillstånd, utan också som ett begrepp som avspeglar hälsosituationen i ett samlat perspektiv.

Det kan allmänt konstateras att det hittills varit mera vanligt att med hälsa avse frånvaro av något negativt, dvs. sjukdom och andra besvär, än närvaro av något positivt. Genom den diskussion som förs, illustrerad av begreppet livskvalitet, sker emellertid successivt en förändring i detta avseende.

6.1.2 *Sjukdom*

Sjukdomsbegreppet kan – beroende på olika utgångspunkter för bedömningen – ha flera betydelser. Vi finner angeläget att här något beröra dessa liksom den praktiska tillämpningen av olika tolkningar.

Vid definition av sjukdomsbegreppet kan urskiljas två olika betraktelsesätt, det objektiva och det subjektiva.

Det *objektiva* synsättet utgår från vad som från medicinska synpunkter uppfattas som normalt eller onormalt. Det som avviker från det normala karakteriseras som sjukt. Bedömningen av vad som är normalt är många gånger svår. Det gäller inte minst vid gränsdragningen mellan normala och sjukliga åldersförändringar. Bedömningen är dessutom i allmänhet subjektivt färgad.

Objektiviteten består vid detta sätt att definiera sjukdom i att graden av störning eller avvikelse fastställs oberoende av den person det gäller. Den medicinskt påvisbara sjukdomen kan yttra sig i olika symtom, som av individen kan upplevas som ohälsa, men kan också vara utan symtom. Individen kan också vara omedveten om symtomen eller bortse från dem. En person med objektivt fastställbar sjukdom behöver således inte själv uppfatta sig som sjuk.

Definitionen av sjukdom i *subjektivt* perspektiv tar fasta på individens upplevelse av ohälsa eller olika besvär och störningar samt på vilket sätt denna upplevelse påverkar individens levnadssätt. En person kan lida av subjektiva besvär utan att detta behöver förknippas med sjukdom i medicinsk mening. Den betydelse som fästes vid olika besvär varierar starkt mellan olika individer. De subjektiva värderingarna har kommit att få allt större betydelse. Detta sammanhänger bl. a. med förskjutningen i sjukdomsförekomsten mot ett bredare spektrum av symtom och rubbningar, ofta obestämda och svårdiagnostiserade.

Samhällsåtgärder av olika slag utgår vanligen från objektivt påvisbar sjukdom eller från individens egen upplevelse av sjukdom. Avgörande är också individens funktionsförmåga. Därmed avses inte bara arbetsförmågan utan även förmågan att klara den dagliga livsföringen och den sociala rollen.

Inte minst de sociala förhållandena har vid en sådan helhetsbedömning stor betydelse. Utan att sjukdomsbegreppet används jämföras därvid en del hjälp- och vårdbehov eller en kombination av sådana med sjukdom. Med avseende på behovet av samhällsåtgärder uppstår då samma effekt som vid sjukförklaring. Bedömningar av detta slag kan t. ex. beröra äldre människor, handikappade eller missbrukare. De kan ha betydelse inte bara för sjukskrivning utan t. ex. även för förtidspensionering och olika former av åtgärder, som har med arbets- och arbetsmarknadssituationen att göra.

Olika typer av bedömningar kompletterar ofta varandra. Vanligtvis är det så att sjukdomen är objektivt påvisbar, samtidigt som den människa det gäller också känner sig sjuk. Sjukförklaring på grund av nedsättning av funktionsförmågan kan oftast finna stöd i den rent medicinska bedömningen och i människans egen upplevelse. Sjukdomstillstånd kan således i många fall anses föreligga, oberoende av vilket betraktelsesätt som används.

Det är alltså viktigt att konstatera att sjukförklaringen många gånger baserar sig på en kombination av olika bedömningar. Den rent medicinska bedömningen kan behöva kompletteras med uppgifter om arbetsförmåga och funktionsnedsättningar som påverkar den dagliga livsföringen. Den vårdsökandes egen bedömning av situationen måste samtidigt beaktas. Behovet av hjälp och tillsyn tillskrivs i många fall också stor betydelse.

Här skall också något beröras *sjukdomsbegreppets betydelse* i praktisk verksamhet.

En sjukförklaring kan föranleda hjälp- och vårdåtgärder av många olika slag. Sjukvårdslagets bestämmelser om skyldighet att ombesörja sjukvård avser bl. a. vård för sjukdom. Härmed avses i första hand objektivt påvisbar sjukdom. Åtgärderna till följd av sjukdomsbegreppets användning i dessa sammanhang har varit föremål för viss kritik. Det har påpekats att verksamheten till övervägande del inriktats på att fastställa kliniska tecken – dvs. på objektiva medicinska iakttagelser – och mindre på bakgrundsfaktorer och andra förhållanden, som påverkar den enskildes situation. Härigenom blir åtgärderna ofta för sent insatta och till övervägande del inriktade på att behandla sjukdom och skada istället för att rikta sig mot de förhållanden som orsakat problemen.

Från samhällets och den enskildes synpunkt har sjukförklaringen inte minst en ekonomisk betydelse. Om sjukdomen innebär nedsatt arbetsförmåga kan vederbörande bli sjukskriven. Det innebär rätt att vara frånvarande från arbetet och åtnjuta vissa samhällsförmåner, t. ex. vård och ersättning från sjukförsäkringen (sjukenning). Sjukskrivningen har även stor social och psykologisk betydelse, då den innebär ett erkännande av individens sjukdom. Den påverkar därför såväl omgivningens syn på individen som dennes syn på sig själv.

Begreppet sjukdom i betydelsen arbetsförmåga har inom sjukförsäkringen en tämligen vid tolkning. I första hand avser försäkringen varje onormalt tillstånd, som inte sammanhänger med den normala livsprocessen, dvs. sjukdom enligt det objektiva synsättet. Frånvaro av objektivt påvisbar sjukdom åberopas emellertid sällan som ersättningshindrande faktor. Vid bedömningen beaktas nämligen även vad som enligt vanligt språkbruk är att anse som sjukdom. Hänsyn tas också till den enskildes egen uppfattning. Om en person söker läkare därför att han tror sig vara sjuk, anses i för-

säkringsteknisk mening sjukdom i allmänhet föreligga, även om sådan inte kan fastställas på objektiva grunder.

Vi har i avsnitt 6.1 belyst föränderligheten i begreppen hälsa och sjukdom liksom olika tolkningar av dessa begrepp. En slutsats blir att en gång för alla gällande definitioner inte kan ges. En viktig utgångspunkt för våra överväganden är dock ett hälsobegrepp, inrymmande inte bara medicinska utan även sociala och psykologiska faktorer. Med begreppet hälsa avses därmed de samlade förutsättningarna för god livskvalitet. Tolkningen av begreppet sjukdom förutsätter vi även i framtiden kunna vara baserad på en objektiv eller en subjektiv bedömning. Nästan alltid måste vid bedömningen beaktas såväl medicinska som sociala och psykologiska faktorer. Vi anser viktigt beakta att sjukdomsbegreppet har detta sammansatta innehåll.

Det är dock angeläget motverka en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet. Till grund för en sjukförklaring bör i det stora flertalet fall ligga *en medicinskt påvisbar sjukdom eller en kombination av medicinska och andra bedömningar*. Detta förtjänar särskilt beaktande med hänsyn till att sjukdomsbegreppet förutsättes få en grundläggande betydelse vid beskrivningen av hälso- och sjukvårdens ansvarsområde (jfr 6.4).

6.2 Hälsopolitik

Rubriken hälsopolitik markerar som framgår av det följande en betoning av de förebyggande insatserna inom hälso- och sjukvården.

6.2.1 *Behov av hälsopolitiskt synsätt*

Befolkningens hälsotillstånd har ändrats mycket påtagligt under det senaste århundradet. Förr dominerade livshotande infektioner och bristsjukdomar sjukdomsbilden. Barnadödligheten var hög. Med bättre hygien och kost, allmänt höjd levnadsstandard samt medicinska framsteg förbättrades efter hand folkhälsan, människornas livslängd ökade och barnadödligheten sjönk.

Den ökade livslängden och den stora andelen äldre i befolkningen har lett till att sjukdomsmönstret i dag präglas av sådana sjukdomar som ofta förekommer i högre åldrar. I den slutna akutsjukvården är sjukdomar i hjärta och kärl samt tumörsjukdomar vanligast. Sjukdomar på grund av ökade mentala påfrestningar i arbetsliv och samhälle liksom skador på grund av beroendeframkallande medel hör också till de på senare tid alltmer framträdande.

Från knappa resurser både för slutna och öppna vård har sjukvården, särskilt efter kriget, byggts ut med omfattande och kvalificerade sjukhusresurser. Genom forskningen har nya avancerade diagnos- och behandlingsmetoder tillförts den medicinska verksamheten. Utbyggnaden av resurserna för den förebyggande vården och den öppna sjukvården utanför sjukhus har däremot länge fått stå tillbaka. Vården av sjuka – främst tillgodosedd genom slutna och öppna vård vid sjukhusen – svarar därför för den helt

dominerande verksamheten inom hälso- och sjukvården. Även förebyggande verksamheter har dock efter hand etablerats och byggts ut i form av dispensärvård, mödrahälsovård, barnhälsovård, företagshälsovård, tandhälsovård och vaccinationsverksamhet m. m.

Hälso- och sjukvården har således till största delen kommit att få en inriktning på att bota redan uppkomna sjukdomstillstånd. Vårdinsatserna har i huvudsak baserats på den enskilda människans behov av vård sedan sjukdom eller skador uppkommit.

Hälsosituationen i landet förbättras emellertid inte som förr i proportion till de ökade sjukvårdsinsatserna. Vissa tecken tyder tvärtom på att sjukligheten ökar för vissa befolkningsgrupper. För att åstadkomma ytterligare förbättringar av folkhälsan måste i stället prövas möjligheterna att i ökad omfattning angripa hälsoproblemen genom förebyggande åtgärder.

Även förhållandet att sjukvårdsverksamheten blivit alltmer kostnadskrävande motiverar en prövning av möjligheterna att på sikt begränsa efterfrågan på direkta vårdtjänster. I stället för att möta en ständigt ökad efterfrågan genom en utbyggnad av den renodlade sjukvården måste övervägas att i ökad utsträckning satsa på förebyggande åtgärder. På sikt torde detta vara en bättre metod att komma till rätta med de växande behovs- och resursproblemen. Det kräver övergång från ett sjukvårdspolitiskt till ett hälsopolitiskt synsätt, dvs. till en mer offensivt inriktad hälso- och sjukvårdspolitik.

Ett hälsopolitiskt synsätt bör inte endast karakterisera hälso- och sjukvård och annat samhällsarbete, utan bör också spridas så att det även omfattas av den enskilde. Detta sker också i ökande utsträckning. Människorna uppmärksammas mer och mer på och blir också alltmer medvetna om sin utsatthet vad gäller faktorer i miljön. Hälsan och hälsans bevarande får därmed allt större betydelse som förutsättningar för människans välbefinnande i vidare bemärkelse. Det är numera inte lika vanligt som förr att utsätta sig för hälsorisker för att förbättra sin materiella standard. Ett hälsopolitiskt synsätt innebär att medvetenheten och engagemanget hos den enskilda människan stimuleras och vidareutvecklas.

6.2.2 *Hälsopolitikens huvudinriktning*

6.2.2.1 Uppmärksammande av hälsoriskerna

Miljöns och de sociala förhållandenas betydelse för sjukdomars uppkomst erkänns allt mer. Vi har i kap. 4 närmare uppmärksammat detta samband.

Hälsorisker kan finnas i luft, mark, vatten, föda och den fysiska miljön i övrigt. Faktorer som trafikförhållanden, arbetsmiljö och bostadsmiljö samt kost- och levnadsvanor kan också ge upphov till hälsorisker. Sådana finns dessutom i den psykiska miljön i samhället och i varje människas närmiljö.

Hälsorisker kan vidare uppstå på grund av sociala förhållanden, t. ex. familjesituation, arbete och ekonomisk situation. Otillfredsställande förhållanden i dessa avseenden bidrar ofta till hälsoproblem.

Den stora betydelse för hälsan, som olika miljö- och sociala förhållanden har, får inte undanskymmas den roll den enskilda människan själv spelar och kan spela. Det är inte så att sjukdom och skada alltid oförskyllt drabbar

människan. Sjukdomen eller skadan beror ofta på vad människan själv gör eller underlåter att göra. Livsföringen kan vara av stor betydelse för hälsan, exempelvis beroende på vad man äter och dricker, om man rör sig tillräckligt, om man röker osv. Många samband mellan livsföring och ohälsa har konstaterats. Rökning kan leda till lungcancer och hjärtinfarkt, alkoholbruk kan medföra olika sjukdomar och sociala problem, för riklig och kaloririk kost bidrar ofta till ledbesvär och dåliga ryggar och ibland också till högt blodtryck.

För att få människorna medvetna om hälsorisker och tidiga symtom på ohälsa måste riskerna i de olika former de uppträder definieras och utpekas. Det förutsätter att informationen till hälso- och sjukvårdsorganisationen vidgas och förbättras. Informationer om miljöförhållanden m. m. måste, när sådana kan ha betydelse för upptäckt och behandling av berörda problem, alltid lämnas vid kontakter med hälso- och sjukvårdssystemet. Hälso- och sjukvården har givetvis i sin tur att informera allmänhet, politiker och enskilda om gjorda upptäckter av hälsorisker.

6.2.2.2 Den enskildes medverkan

Varje människa har genom kombinationen av egna fysiska och psykiska kvaliteter samt miljö och social påverkan sina speciella betingelser för sin hälsa. Det är uppenbart att hälsopolitiken måste inriktas på att tillvarata dessa individuella förutsättningar. De möjligheter, som varje enskild människa själv besitter, måste utnyttjas för att sammantaget nå ett förbättrat hälsotillstånd hos befolkningen.

Den främsta förutsättningen härför är ett starkt engagemang hos den enskilde själv. Den enskilde måste uppfatta hälsan som en viktig del av den egna välfärden och välbefinnandet. Hälsotillståndet bör inte, som ofta sker, uppmärksammas först sedan sjukdom eller skada uppstått. Hälsan påverkas nämligen i hög grad av den personliga livsföringen och positiva effekter på hälsan kan lättast nås i ett tidigt skede.

Hälso- och sjukvårdsorganisationens insatser bör syfta till att stödja och stärka den enskildes medvetenhet. De direkta hälsovårdsåtgärderna, som tidigare haft en mer kollektiv prägel, bör utvecklas längre i individuell riktning och få en mer sammanhållen karaktär. Hälso- och sjukvårdens uppgift bör således inte uteslutande vara att stå till tjänst vid akuta sjukdomstillstånd. En mycket viktig funktion blir också att ge den enskilde råd och hjälp i syfte att denne själv skall kunna värna om sin hälsa. Det innebär inte att den enskilde överlämnar ansvaret för den egna hälsan till samhällets institutioner. Den strävan vi senare ger uttryck för – att riskerna för att alltför många skiftande vårdbehov görs till medicinska problem skall uppmärksammas – gäller också vid direkta hälsovårdskontakter.

Redan nu tar patienter inom hälso- och sjukvården ett stort eget ansvar. I vårdarbetet förekommer i stor utsträckning medverkan av patienterna, exempelvis genom medicinerings och annan skötsel av sig själv efter sjukhusvistelse eller annan kontakt med vårdorganisationen. Denna medverkan är mycket värdefull vid behandling av många sjukdomar, t. ex. högt blodtryck, sockersjuka, magsår och tarmkatarr.

Det egna engagemanget begränsar sig emellertid ofta till att enbart gälla

efter patientens kontakt med vårdssystemet. Av väsentlig betydelse är att det – med det angivna stödet av hälso- och sjukvårdsorganisationen – också omfattas av den friska människan och att det påverkar valet av livsstil. Många sjukdomar kan undvikas om individen inser riskerna och anpassar sin livsföring härtill. Mot de tämligen obegränsade rättigheter den enskilde har att utnyttja en vårdorganisation i samhället bör så att säga svara en skyldighet att sköta sin egen hälsa.

Den enskildes roll bör därför särskilt markeras och vad människan gör eller inte gör för sin hälsa föras fram som en central fråga inom hälsopolitiken. Egenvård och friskvård är förekommande begrepp som ger uttryck för ett eget engagemang av den omfattning vi velat antyda. Dessa begrepp berörs ytterligare något i kapitlen 7 och 9. Även inom vårdorganisationen, på alla nivåer, bör medvetenhet skapas kring vikten av att genom en hälsosam livsföring förebygga sjukdom.

Det egna engagemanget kräver upplysning och utbildning om sambanden mellan livsföring och hälsa och stimulans till ett ökat intresse för hälsan. De allmänna utbildningsformerna bör därför ta som sin uppgift att delge goda kunskaper om människokroppen, kunskaper om hälsofrämjande aktiviteter och om vilket livsmönster som ger de bästa förutsättningarna för att bibehålla hälsan.

Utbildningsinsatser bör också inriktas på särskilda riskgrupper och patienter. Individuell hälsouppllysning kan många gånger bedrivas i samband med vård och behandling. Mot den bakgrunden är det angeläget att i de olika vårdutbildningarna uppmärksamma behovet av att all vårdpersonal skall kunna medverka i hälsouppllysning och annat förebyggande hälsovårdsarbete. Just attityderna hos vårdpersonalens olika yrkeskategorier har en avgörande betydelse för den allmänna inställningen till förebyggande hälsovård.

Till utbildningen hör också att uppmärksamma grundvärderingarna vad gäller människornas upplevelse av vårdbehoven. När en människa får problem med hälsan bör hon så långt möjligt redan ha klart för sig vad hon själv kan göra för att lösa problemen.

Det gäller också att eftersträva erkännande av att åldrande och död utgör naturliga delar av människans liv. Med ökad ålder försämrade själs- och kroppsfunktioner är något ofrånkomligt och normalt. Med insikt om detta kan dock genom egna aktiva åtgärder även sviktande funktioner ofta stödjas och vidmakthållas.

6.2.2.3 Orsaksorienterad hälso- och sjukvård

En stor del av sjukligheten är, som berörts inledningsvis, betingad av förhållanden som kan påverkas, nämligen miljöförhållanden och livsföring.

Hälsopolitiken måste beakta detta och omfatta samtliga faktorer som kan påverka befolkningens hälsotillstånd. Ett synsätt präglad av hänsynstagande till hälsan måste genomsyra såväl de enskilda människornas livsföring som hela samhällets politik. De praktiska åtgärderna inom hälsopolitiken ankommer ofta på organ utanför hälso- och sjukvårdsorganisationen, exempelvis primärkommuner, företag och samhällsplanerande myndigheter. So-

cialpolitiska och arbetsmarknadspolitiska åtgärder har t. ex. stor betydelse för befolkningens hälsotillstånd.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen måste ändå bära det övergripande hälsopolitiska ansvaret för befolkningen inom sina resp. områden. Det hälso- och sjukvårdssystem huvudmännen förfogar över tar emellertid inte tillräcklig hänsyn till de krav, som ur hälsopolitisk synvinkel kan ställas på huvudmännen. Sjukvårdssystemet går i hög grad ut på att genom sjukdomsbehandlande åtgärder återföra individen till ett normalt hälsotillstånd. Problemen och sjukdomarna handläggs ofta av olika specialister, vilket försvårar en helhetssyn på människan med beaktande av miljö- och levnadsförhållanden. Det är mot den bakgrunden *angeläget att den redan etablerade hälso- och sjukvården ägnar mer uppmärksamhet åt sjukdomsorsakerna*. En förändring i denna riktning bör komma till stånd, även om behovet av omfattande resurser för lindrande och botande sjukvård kvarstår.

Hälso- och sjukvårdens insatser bör – på sätt som skett exempelvis inom tandvårdsverksamheten – planeras utifrån en probleminriktad bedömning av efterfrågan. Hälsoriskerna bör identifieras. I den utsträckning så är möjligt anger man sedan de orsaksförhållanden mot vilka åtgärder bör riktas. Som ett exempel kan nämnas förhållandet att trafikolycksfall orsakar en stor del av vårdefterfrågan. Detta borde medföra krav på inte bara utökade vårdresurser utan också – och kanske främst – förbättring av väg- och bilförhållanden, trafiklagstiftning och trafikövervakning, förbättrad trafikutbildning och liknande insatser utanför landstingens ansvarsområde. Av stor betydelse i kampen mot trafikolycksfallen är också insatser på alkoholområdet.

En mycket stor del av den totala efterfrågan på vård har samband med alkohol. Orsakssammanhangen kan vara svåra att reda ut. Alkoholbruket kan vara ett tecken på missanpassning och inte i sig en grundläggande orsak till vårdefterfrågan. Hälso- och sjukvården bör när det gäller denna typ av problem tillsammans med andra samhällssektorer försöka göra en samlad bedömning och peka ut var förebyggande insatser måste sättas in.

Vårt resonemang leder till att vårdorganisationen inte bara skall svara för behandlingen av sjukdom och skada. Den måste också i samverkan med andra kartlägga hur omgivningsfaktorer av kemisk, biologisk, fysikalisk, social och psykologisk natur påverkar den mänskliga organismen, så att okända eller obeaktade hälsorisker uppmärksammas och åtgärdas på ett tidigare stadium än som annars blivit fallet.

I hälso- och sjukvården måste därför ingå att ta tillvara, sammanställa, bearbeta och utnyttja den information om miljörisiker, som framkommer i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. Hälso- och sjukvården måste utifrån denna förutsättning informera och samverka med olika organisationer i samhället och därigenom medverka till samhällsförändringar av betydelse för befolkningens hälsa.

Av stor betydelse är i detta sammanhang registreringen av sjukligheten och dess förändringar. Information som hälso- och sjukvårdens organ samlar om den sjuke bör systematiskt utnyttjas för att utvärdera de sjukdomsframkallande faktorerna. Uppgifter i medicinska journaler o. d. bör därför i ökad utsträckning registreras i bearbetningsbar form och efter analys göras

tillgängliga inte bara i vårdarbetet utan också i planeringen. Även hälso- och sjukvårdsstatistiken bör göras mer tillgänglig för hälso- och sjukvårdsplaneringen, samhällsplaneringen samt forsknings- och utvecklingsarbetet.

Hälso- och sjukvårdens organisation har således att arbeta i två huvudriktningar. Den måste *dels* klarlägga olika omgivningsfaktors inverkan på befolkningens hälsotillstånd och ge underlag för allmänt hälsofrämjande åtgärder, *dels* – med en orsaksorienterad uppbyggnad av verksamheten – så långt som möjligt bota eller lindra sjukdomar och skador hos de enskilda människorna och öka deras motståndskraft mot påfrestningar i livet.

6.3 Vårdsökandes behov

De vårdsökandes olika behov utgör andra grundläggande utgångspunkter för den framtida hälso- och sjukvårdens utformning. Dessa behov begränsar sig inte till en tekniskt fullgod hälso- och sjukvård med den grundtrygghet som ligger i kunnig personal och väl utvecklade resurser i övrigt. De har även att göra med andra faktorer som berör den enskildes upplevelse av vården och vårdmiljön. Hänsyn måste alltså tas till de samlade vård- och hjälpbehoven utifrån varje människas specifika situation.

6.3.1 Trygghet

Människan behöver känna trygghet för sin hälsa. En av förutsättningarna härför är att omgivningen är sådan att hälsan inte riskeras. Man måste kunna lita på att kännedom om hälsorisker förmedlas både till en själv och till dem som ansvarar för och har möjlighet att påverka förhållandena i den miljö man lever i.

I tryggheten ingår att veta att hjälp står till buds när sjukdom eller skada inträffar. Detta innebär i första hand en visshet om att resurser över huvud taget finns för vård och hjälp. I andra hand ligger i denna trygghet kännedomen om var och när vården är tillgänglig och på vilket sätt den vård-sökande kan få del av den.

Att veta att vård kan erbjudas är emellertid inte tillräckligt för trygghet. Vården måste dessutom uppfylla högt ställda medicinska krav och önskemål om personligt omhändertagande.

6.3.2 Kvalitet

Den vårdsökande bör erbjudas en till behovet individuellt anpassad vård och behandling. Vårdformen bör garantera så kvalificerade resurser som problemen kräver. Samtidigt måste eftersträvas att vården inte innebär större ingripande i den vårdsökandes normala tillvaro än vad som oundgängligen är nödvändigt. Att kunna erbjuda den vårdform, som den vårdsökandes tillstånd kräver, utgör således ett grundläggande kvalitetskrav.

Härvid har de rent medicinska säkerhetskraven stor betydelse. Vården

satserna måste vara baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet samt andra kvalitetsnormer. Medicinsk kvalitet och säkerhet förutsätter väl utbildad och erfaren personal i en väl fungerande organisation. Dessa krav gör också verksamheten starkt beroende av ändamålsenliga resurser i form av vårdlokaler, apparatur och material.

Man kan inte bortse från att kvalitetskraven ibland kommer i konflikt med andra önskemål från de vård sökande, exempelvis om närhet till vården. Utredning och behandling samt kraven på hög insatsberedskap kräver i vissa fall specialiserade resurser, som måste koncentreras till ett fåtal platser. Dessa krav på medicinsk kvalitet och säkerhet är i vissa vård situationer mycket starka. Det är uppenbart att tillgodoseendet av dessa många gånger måste sättas före andra avgöranden.

Till begreppet kvalitet hör självfallet också önskemål och krav rörande omvårdnad, kontinuitet och vård i normal miljö. Dessa kvalitetsaspekter behandlar vi i de särskilda delavsnitt som nedan följer.

6.3.3 *Omvårdnad*

Vanligen torde man inom hälso- och sjukvården uppleva begreppet omvårdnad liktydigt med "praktisk patientvård" eller "allmänt omhändertagande och skötsel av patienter". Med omvårdnadsarbete avses enligt en WHO-definition "att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller fridfull död); åtgärder som individen själv skulle kunna utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende."

Omvårdnad avser således andra än rent medicinska åtgärder i vårdarbetet. Jämsides med de praktiska åtgärderna i detta löper kravet på att åtgärderna skall genomföras på ett sätt och i en kontakt med den vårdbehövande, som gör det möjligt för denne att bevara sin integritet. Man skall också söka stimulera och uppmuntra den som vårdas att själv medverka och bli oberoende.

Omvårdnaden utgör en betydande del av vårdinsatserna inom hälso- och sjukvården. Oavsett detta har intresset tidigare mer varit inriktat på rent medicinska uppgifter än på hur man ger god omvårdnad. Vårdgrenar som långtidssjukvård och psykiatrisk hälso- och sjukvård, där omvårdnadsproblematiken är särskilt framträdande, har kommit att få stå tillbaka för den somatiska akutsjukvården. Uppgifter som tar sikte på patientkontakt och information har givits relativt litet utrymme. Från den utgångspunkten är det angeläget att behovet av omvårdnad uppmärksammas inom samtliga utbildningar.

Hos den enskilda människan som söker vård är uppmärksamheten främst riktad på det personliga omhändertagandet. Människan vill bli omskött inte bara medicinskt korrekt utan också medmänskligt. Patienternas vardagliga och personliga problem måste därför i framtiden kunna tillmätas samma vikt som de renodlat medicinska behoven. Vilka insatser som erfordras och vilka som skall anses viktigast är dock givetvis beroende av den enskilde patientens situation.

Den grundläggande omvårdnaden måste ägnas speciell uppmärksamhet i en teknologiskt högt utvecklad vårdmiljö. Inom stora sjukvårdsenheter minskar möjligheterna till kontakt mellan patienter och vårdpersonal. En utveckling mot ett ökat främlingskap inför vårdorganisationen samt bristande kontaktmöjligheter måste mötas med åtgärder för att hjälpa den vårdsökande människan i mötet med den specialiserade vårdmiljön. Inom långtidssjukvården bör omvårdnadsarbetet tillmätas särskild betydelse.

6.3.4 *Vård i hemliknande former*

Ett uttryck för kvalitet i vården är att den bedrivs i en miljö som ger de bästa förutsättningarna för en riktig utredning, ett gott behandlingsresultat och en framgångsrik rehabilitering. Inom flertalet vårdområden har miljöinriktade åtgärder stor betydelse. När det särskilt gäller det psykiatriska vårdområdet har ansetts att omgivningen och det sociala system i vilket patienten får sin behandling och hjälp har lika stor betydelse för resultatet som den egentliga behandlingen.

Till den vårdsökandes personliga önskemål hör oftast att få vårdas i hemmet eller så nära hemmiljön som möjligt. Miljön och förhållandena i patientens närmaste omgivning måste av dessa skäl så långt det går formas med tillgodoseende både av hälso- och sjukvårdens och patientens krav.

Vid svåra akuta sjukdomar är i allmänhet sjukhusvård och sjukhusinsatser av medicinska skäl ofrånkomliga. Också andra situationer är vanliga då de bästa betingelserna för vården uppnås i sjukhusmiljö. Hänsyn till hygieniska krav och smittförebyggande åtgärder förutsätter i vissa fall att patienten tas in på sjukhus. Vården av nyopererade patienter kräver ofta fortsatt övervakning och vård vid sjukhus. De nödvändiga personella och tekniska resurserna kan i stor utsträckning endast finnas koncentrerade till ett fåtal större vårdinrättningar inom landstingsområdena.

En främmande miljö försvårar dock i många fall rehabiliteringen, t. ex. inom det psykiatriska vårdområdet. Vårdmiljön och aktiviteterna kring patienten kan skapa främlingskap och passivera patienten. All verksamhet inom hälso- och sjukvården avser ju att på olika sätt hjälpa patienten att fungera självständigt i sin normala omgivning. Det är då angeläget att vårdmiljön inte i sig skapar nya handikapp och svårigheter.

En vård anknuten till hemmiljön förbättrar ofta förutsättningarna för att vidmakthålla och vidareutveckla individens egen förmåga att klara sin livsföring och hälsa. För många fysiskt handikappade kan funktionsträning och andra stödsatser ske i vardagsmiljön och där anpassas till individuella behov och förutsättningar. Behandlingen av vissa psykiska besvär ger också det bästa resultatet om den ges i öppna eller halvöppna vårdformer och i den miljö till vilken patienten har tidigare anknytning.

Inom långtidssjukvården har åtgärder för att så långt möjligt åstadkomma normala levnadsförhållanden stor betydelse. En sjukhemsvistelse kan för en del människor bli långvarig och medföra risk för ensamhet och isolering. Genom vård i hemmet eller i hemliknande former kan det göras möjligt för patienterna att känna större trivsel och att bibehålla tidigare kontakter med omvärlden.

Vår allmänna utgångspunkt blir därför att institutionsvård bör undvikas om inte vårdens kvalitet därigenom äventyras. Institutionsvård bör bedrivas under så hemliknande och decentraliserade former som omständigheterna medger.

6.3.5 *Helhetssyn*

Hälsan och välbefinnandet påverkas i hög grad av miljöfaktorer och sociala förhållanden. Livssituationen påverkas också av personliga och psykologiska förhållanden. Många omständigheter samverkar alltså med de medicinska problemen och bidrar till att vårdbehov kan uppstå.

Somatiska och psykiska sjukdomar har ofta ett inbördes samband. En del sjukdomar är psykosomatiska, dvs. kroppsliga förändringar beror på bakomliggande psykiska faktorer. Omvänt kan också psykiska sjukdomar ha somatiska orsaker. Detta ger anledning till nära kontakt mellan olika medicinska verksamhetsområden.

Av dessa skäl krävs samlade bedömningar som underlag för de medicinska och sociala insatserna. En symtomriktad sjukvård och ett synsätt som alltför mycket uppmärksammar människan i delar skapar inte de önskvärda förutsättningarna för sådana bedömningar.

I stället bör en helhetssyn, innebärande hänsynstagande till den vårdsökandes totala situation, tillämpas i vård- och behandlingsarbetet. Intresset skall inte endast knytas till de symtom som ger en människa anledning att söka vård, utan hänsyn måste också tas till sjukdomsorsaker m. m. Medicinska ställningstaganden måste anpassas till övriga förutsättningar, hos den enskilda människan själv och i hennes omgivning.

Praktiskt bör helhetssynen ta sig uttryck i att vårdpersonalen och den vårdsökande tillsammans bildar sig en uppfattning om problemet och möjligheterna att komma till rätta med detta. I vissa fall kan samverkan med andra vårdformer och vårdgivare vara nödvändig. Både familje- och individorienterade insatser i ett vidare perspektiv kan härvid bli aktuella.

Flertalet vårdbehov kan tillgodoses utan ett omfattande utredningsförfarande. Vården eller behandlingen kan vanligen ges vid öppenvårdsbesök, exempelvis hos distriktssköterska eller allmänläkare. Med hänsyn till integritetskravet har den vårdsökande givetvis rätt att utnyttja hälso- och sjukvårdens tjänster utan närmare utredning av bakgrundsförhållanden och av den sociala situationen etc.

6.3.6 *Kontinuitet*

Behovet av vid vårdbehov obruten kontakt mellan den vårdsökande och i första hand kanske hans/hennes läkare, men även vårdpersonalen i övrigt, tilldrar sig alltmer uppmärksamhet. Önskemålet att vid återbesök få bli behandlad av samma personal sätts av de vårdsökande ofta främst. Bristande kontinuitet upplevs av flertalet som mycket besvärande.

Det känns tryggt och man slipper ett ständigt upprepande av sjukdomshistorien om man i vårdsituationen får möta en person, som tidigare är insatt i ens problem. Detta innebär också många gånger en stor fördel för patientens anhöriga, t. ex. vid kontakter angående patientens tillstånd.

Personlig kontakt är dessutom i många fall en nödvändig förutsättning för att läkare och annan personal skall kunna ge den hjälp som behövs. Störs denna kontakt blir behandlingen sämre eller tar längre tid. Det är avsevärt lättare att upprätthålla den personliga kontakten om den enskilde för den övervägande delen av sina vårdbehov har samma vårdmottagning att vända sig till.

En viktig utgångspunkt för den framtida hälso- och sjukvården anser vi sålunda vara möjlighet för den vårdsökande att vid en utredning eller behandling som kräver ett antal besök och även under en längre tidrymd och för olika slags problem, i princip få träffa samma läkare och annan vårdpersonal (vårdlag). Denna princip har sammanfattats i begreppet *kontinuitet*. Utredning och behandling kan i vissa fall kanske behöva skötas av annan personal. En fortlöpande kontakt med tidigare anlitad läkare etc. bör oavsett detta upprätthållas.

Kontinuitetsbegreppet kan således innebära både bibehållen kontakt under en och samma vårdperiod – vårdepisodskontinuitet – och långtidskontinuitet. Stor uppmärksamhet måste i ett långsiktigt perspektiv ägnas organisationens utformning för att tillgodose särskilt den senare formen av kontinuitet.

En avgörande förutsättning för förbättrad kontinuitet är att alla möjligheter att begränsa personalrörligheten tillvaratas. Det är också angeläget, att åtgärder inom olika delar av vårdsystemet – i den mån sådana blir nödvändiga – är samordnade med varandra. Även därigenom främjas kontinuiteten och helhetssynen i den vård och behandling patienten erhåller. Kontakterna mellan vårdpersonal inom olika delar av samma vårdenhet och mellan olika vårdenheter bör därför vara väl utvecklade. Detta är också en förutsättning för effektiv vårdplanering.

Inom hemsjukvård och sjukhemsvård med i många fall långvarig daglig kontakt mellan patienter och personal, bör begreppet kontinuitet kunna få en mycket påtaglig innebörd. Ett sätt att åstadkomma detta är att läkare och övrig sjukvårdspersonal tillsammans med patienten utformar ett behandlingsprogram för denna. Programmet följs sedan och anpassas efter sjukdomens utveckling och patientens önskemål. Med jämna mellanrum omprövas, i samråd mellan patienten och samma personal som tidigare, vilken vårdform som bäst svarar mot patientens behov av omvårdnad, rehabilitering och andra insatser av medicinskt och annat slag.

6.3.7 Närhet och tillgänglighet

Alla bör vara förtrogna med vilken mottagning de har att vända sig till när de behöver hälso- och sjukvård. Detta bör vara ett välkänt och lätt tillgängligt ställe, oftast en öppenvårdsenhet, där man genom besök eller per telefon kan få råd samt upplysning om olika undersöknings- och behandlingsmöjligheter.

Närhet och kännedom om en vårdinrättnings arbetsformer ger möjligheter att få individuella önskemål och personliga förhållanden av skilda slag beaktade i olika undersöknings- och behandlings-sammanhang.

När det gäller långtidssjukvården spelar närheten till anhöriga och vänner en viktig roll. Vård nära hemorten ökar här möjligheterna för patienterna

att behålla kontakten med personer i den tidigare hemmiljön. Tider och andra förutsättningar för besök – exempelvis dagrum, besöksrum, åldersgränser för besök – bör utformas så att de långtidssjukas kontakter med omvärlden i största möjliga utsträckning underlättas.

Närhet till och förtrogenhet med befolkningens vardagsmiljö krävs också för att på rätt sätt kunna möta vårdbehoven. Decentraliserad hälso- och sjukvårdsservice blir också av det skälet ett gemensamt intresse för vårdgivaren och den vård sökande.

Geografisk närhet bör förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Därmed avses exempelvis hur man genom öppethållandetider, jourtjänst och kommunikationer kan göra hälso- och sjukvården mer åtkomlig.

Besök vid vårdcentral etc. kan i vissa fall uppskjutas till kvällstid. Ett förlängt öppethållande förbättrar i sådana fall tillgängligheten. Det ställer dock samtidigt särskilda krav på arbets- och personalorganisationen. Öppethållande dygnet runt möjliggörs med hänsyn till resurserna och kraven på medicinsk kvalitet endast på ett begränsat antal platser inom varje landskapsområde. Kravet på tillgänglighet måste därför ställas mot och avvägas med stor hänsyn, inte bara till de vård sökandes behov i övrigt, utan också till ekonomiska och personella begränsningar.

6.3.8 *Självbestämmande, medinflytande och integritet*

6.3.8.1 *Självbestämmande*

Den individuella hälso- och sjukvården ger individen full frihet att själv omhänderta sin hälsa och fatta beslut om åtgärder för att förebygga eller bota efter eget omdöme. Detta får dock inte tolkas så bokstavligt att inberörden blir att den enskilde kan överta läkarens rent medicinska beslutsfunktioner. Från huvudprincipen finns endast två undantag: skyldighet föreskrivs beträffande behandling eller förebyggande av allmänfarliga och verneriska sjukdomar samt behandling av psykisk sjukdom under vissa särskilt angivna förhållanden.

Där sådana tvångsregler inte finns, står det envar fritt att anlita vård eller hjälp, oavsett om det gäller att bota sjukdomar och skador eller att förhindra att sådana inträffar. Hälso- och sjukvård är således i hög grad en samhällsfunktion som står de enskilda människorna till tjänst, i allmänhet utan angivande av särskilda villkor.

Dessa grundförutsättningar bör gälla också i fortsättningen. Härutöver gäller att klargöra vilken bestämmanderätt patienter har i sitt förhållande till hälso- och sjukvårdens organisation och till dem som arbetar i den. Problemet kan också gälla människor, som inte själva tar kontakt med rådgivare, utan som blir uppsökta, t. ex. i en riktad hälsokontrollverksamhet.

Den vård sökande bör erhålla sakkunnig information om sitt hälsotillstånd och om vilka åtgärder som erfordras. Därefter avgör den vård sökande om åtgärderna – ta den medicin som läkaren föreslår, underkasta sig behandling, ändra på sin livsföring eller annat – skall vidtas. Informationen till och från den vård sökande är således en del av vårdarbetet och blir på samma sätt som övriga vårdinsatser avgörande för utredningen och behandlingen.

Det är uppenbart att detta principiella och delvis teoretiska synsätt inte kan leda till den praktiska slutsatsen att någon behandling inte får sättas in förrän patienten är lika insatt som läkaren i de medicinska problem som rör patienten. Kravet på självbestämmande får alltså inte drivas för långt. Den information som hälso- och sjukvården arbetar med och de nödvändiga ställningstagandena och avvägningarna är nämligen ofta så komplicerade, att den enskilde individen utan specialkunskaper är tvungen att överlämna sig till dem som besitter yrkeskunskaper inom området.

Det kan vidare vara tveksamt om patienten alla gånger verkligen vill ta ansvar för eller ens vill veta vad som händer. Patienten kan även vara i sådant fysiskt eller psykiskt tillstånd att han eller hon inte på något sätt kan utnyttja en beslutanderätt.

Självbestämmandet är begränsat också av andra skäl. Så fort en människa är beroende av vårdinsatser sker en inskränkning. Alla former av kollektiv verksamhet nödvändiggör viss enhetlighet och fasta rutiner. Vårdverksamheten bedrivs inom ramen för arbetsorganisationer som ibland, t. ex. på storsjukhusen, är stora och sammansatta. De minskar därför möjligheterna till självbestämmande.

Innehållet i verksamheten och formerna för hälso- och sjukvårdens bedrivande bestäms inte fritt av vårdsökande och personal. Det finns regler, t. ex. den allmänna läkarinstruktionen och liknande bestämmelser för annan personal, som styr verksamheten. En oinskränkt bestämmanderätt för den vårdsökande föreligger alltså inte.

De olika begränsningar som finns gör det inte mindre angeläget att vi som grundläggande utgångspunkter fastslår den vårdsökandes rätt till information och självbestämmande. Därvid är det väsentligt att betrakta den vårdsökande som självständig och aktiv och inte som passiv mottagare av förhållningsorder.

Den vårdsökande har i princip alltid haft rätt att fatta beslut och få information i en vårdsituation. Denna rätt utnyttjas dock många gånger inte. Många har heller inte upplevt sig ha någon sådan rätt. Mot den bakgrunden skulle en i praktiken ökad patientmedverkan kunna kännas som ett framsteg av samma slag som demokratiseringen inom arbetslivet.

6.3.8.2 Medinflytande och integritet

Rätten att själv bestämma om och i vilka former man vill ha vård är inte tillräcklig för att avhjälpa problem som omvittnats av många vårdsökande. Några av dessa problem skall här i korthet beröras.

Vården kan i vissa former innebära stor risk för icke önskade effekter, t. ex. i form av passivering av den som erhåller vården. Personalen inriktar sig på sin speciella vårduppgift och kan många gånger glömma den enskilda människans totala situation, där ett specifikt vårdbehov endast är en del av helheten. Ofta glömmes också vilken inverkan möten med vården och vårdmiljön som sådan kan ha på den enskilda människan. Hon blir t. ex. vid sjukhusbunden vård ofta utan reellt inflytande på sin egen situation och känner sig sakna värde. Där saknas de vanliga livsrutinerna, kontakten med familj och vänner, möjligheter till att få och visa värme

och ömhet samt möjligheter till meningsfullt arbete och till att utöva sina intressen. Patienten får i stället ofta möta en mängd nya människor och nya situationer, klara av nya roller och relationsformer. Allt detta kommer i en situation där hon behöver hjälp och vård. Känsla av oro och ovisshet drabbar ofta såväl patienter som anhöriga.

Vårdens resultat är samtidigt till stor del beroende av patientens egen medverkan. Även frånsatt vårdresultatet måste man, för att motverka problemen av det slag som här beskrivits, ställa vissa grundläggande mänskliga krav på vården. Några av dessa kan sammanfattas i begreppen medinflytande och integritet.

Medinflytande handlar om att ens egna åsikter efterfrågas, respekteras och beaktas vid beslut i och planering av vårdarbetet, inte minst för det egna behandlingsprogrammet. Om patienten behandlas som en självständig individ och hänsyn tas till dennes situation blir både patienter och anhöriga mera benägna att framföra synpunkter och önskemål. Medinflytandet är – i den omfattning det nu förekommer – vanligen lättare att tillgodose inom långtidsvård än inom korttidsvård, men efterfrågas inte i lika hög grad inom den förra vårdformen. I korttidsvården finns en större andel yngre och medelålders människor. De är ofta mer benägna att hävda sin egen uppfattning än de äldre. Denna positiva attitydförändring inom den yngre generationen kommer att förstärkas och kräva ytterligare hänsyn också inom långtidsvården, där behovet av medinflytande för patienterna på grund av vårdtidens längd är särskilt stort.

Integritet rör önskemålen om att bli bemött med respekt och som en person med individuella särdrag och krav på att få ge uttryck för dem och behandlas med hänsyn till dem. Personlig integritet bör också innebära en rätt att bli undersökt och behandlad under diskreta förhållanden och med tystnadsplikt ålagd den vårdande personalen.

6.4 Innebörden av begreppet hälso- och sjukvård

Inför utredningens senare överväganden om hälso- och sjukvårdens ansvarsområde och hälso- och sjukvårdsbegreppets användning i lagtext erfordras en redogörelse för den innebörd vi vill ge detta begrepp. Avgränsningen mot andra verksamhetsområden i samhället kräver att hälso- och sjukvårdens uppgifter definieras så tydligt som möjligt. Beskrivningen av dessa uppgifter bör grundas på intentionerna i avsnittet om hälsopolitik (6.2).

6.4.1 *Hälso- och sjukvårdens uppgifter*

I avsnittet om hälsopolitik hävdas kraftigt nödvändigheten av att förebygga hälsoproblem. Hälso- och sjukvårdspolitiken måste – betonas det – i ökad utsträckning inriktas på förebyggande åtgärder, särskilt anordnade eller samordnade med sjukvårdsinsatser. I strävandena att förebygga hälsoproblem måste den enskilda människan själv spela en aktiv roll.

Till den individinriktade förebyggande verksamheten hör de direkt sjukdomsförebyggande åtgärderna, t. ex. i form av vaccination och tillhandahållande av förebyggande läkemedel. Även vissa kollektiva insatser, exempelvis hälsouppläsning och inom s. k. friskvård, har till syfte att påverka den enskilde.

Den verksamhet som tidigare gått under benämningen "allmän hälsovård", och som ankommer på primärkommunernas hälsovårdsnämnder, har i det av hälsovårdsstadgutredningen (SOU 1978:44) framlagda lagförslaget erhållit benämningen hälsoskydd. Denna verksamhet är väsentligen inriktad på den fysiska miljöns beskaffenhet. Den innefattar såväl omgivningshygien som livsmedelshygien och de miljöinriktade delarna av smittskyddet. Hälsoskyddet avser därför ett annat område än hälso- och sjukvården och dess förebyggande verksamhet.

De inslag av förebyggande insatser som finns i det individuellt inriktade arbetet t. ex. inom socialvård och socialförsäkring kan inte heller anses tillhöra hälso- och sjukvården. Åtgärder inom dessa områden kan visserligen också ha ett hälsofrämjande syfte, men har ändå inte den direkta inriktningen på att förebygga sjukdom och skada hos den enskilde. Därigenom kan gränsen dras i förhållande till dessa områden och ansvaret för de individinriktade, sjukdomsförebyggande åtgärderna förbehållas hälso- och sjukvården.

Vid sidan av uppgiften att förebygga har hälso- och sjukvården också att *uppspåra* förekomst av sjukdom. En väsentlig del av detta arbete avser uppmärksammande av miljöförhållanden för att identifiera hälsorisker och sjukdom. I anslutning härtill aktualiseras olika individinriktade hälsokontrollåtgärder.

Hälso- och sjukvården har vidare att *utreda* de vård sökandes individuella hälsoproblem. En sådan utredning avser i första hand sjukdomssymtomen, angivande av diagnos och fastställande av sjukdomens orsaker. Därvid kan i vissa fall finnas anledning att också undersöka bl. a. förhållanden i den enskildes närmaste omgivning. I de utredande uppgifterna ingår även kartläggning av vårdbehov och val av vårdform.

Den traditionellt dominerande uppgiften inom hälso- och sjukvården är att *behandla* sjukdom, skada och kroppsfel. Denna del av verksamheten avser hela skalan av åtgärder från rådgivning och medicinering till opererande ingrepp, rehabilitering och eftervård. En stor del av arbetet avser omvårdnadsuppgifter. De sjukdomsbehandlande åtgärderna brukar sammanfattas i begreppet terapi.

Någon klar gräns mellan uppgifterna att förebygga, uppspåra, utreda och behandla kan vanligtvis inte urskiljas i den praktiska verksamheten.

Möjligheterna att påverka den enskildes situation ligger i stor utsträckning utanför själva hälso- och sjukvårdssystemet. För att komma till rätta med hälsoproblem inom t. ex. arbetslivet, boendemiljön och skolan är därför åtgärder utanför hälso- och sjukvårdssektorn nödvändiga. Hälso- och sjukvården bör mot den bakgrunden i de olika funktionerna sträva efter ett väl utvecklat samarbete med de verksamheter i övrigt som kan medverka till förbättring av den enskildes hälsosituation.

Genom att, som nu skett, ta begreppen sjukdom och skada till utgångspunkt för beskrivningen av hälso- och sjukvårdens innehåll och till dem knyta ett ansvarstagande för den enskilde, ges möjlighet att funktionellt

avgränsa hälso- och sjukvården från andra verksamheter av betydelse för människornas hälsa. Med sjukdom och skada kan förknippas samtliga här beskrivna uppgifter, alla med ett starkt inbördes samband.

Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det individinriktade arbetet kan således sammanfattas i begreppen *förebygga*, *uppsåra*, *utreda och behandla* sjukdom och skada. I hälso- och sjukvården ingår dessutom även funktionsförbättrande och funktionsuppehållande medicinsk behandling för handikappade. (I specialmotiveringarna till lagtexten behandlas vissa avgränsningsfrågor i detta sammanhang.) Information skall betraktas som en integrerad del av verksamheten i alla dess delar. Till uppgifterna hör även som en mycket viktig del registrering av sjukdomsorsaker liksom av sjukligheten och dess förändringar.

Genom denna beskrivning tilldelas hälso- och sjukvården ett ansvar knutet till varje enskild person. Ansvaret bör emellertid utsträckas längre än så och omfatta mer än summan av de åtgärder man vidtar för hjälp eller vård åt var och en. Hälso- och sjukvårdens uppgift är nämligen också att med utgångspunkt i de enskilda iakttagelserna utforska hälsorisker som påverkar befolkningens hälsotillstånd i stort. Denna uppgift kräver bl. a. insamling, registrering och utvärdering av kunskaper om de individuella sjukdomsfallen. I stor utsträckning kan detta arbete integreras med den reguljära vårdverksamheten och därtill knuten forskning.

I utforskandet av hälsorisker och för de åtgärder som dessa påkallar faller ansvaret i hög grad också på andra organisationer i samhället. Hälso- och sjukvårdssektorn har emellertid i sammanhanget en initierande, pådrivande och samordnande funktion. Hälso- och sjukvården måste därför ha ett grundläggande *ansvar för hela befolkningens hälsotillstånd*.

Folkhälsoansvaret och de samhällsinriktade förebyggande åtgärderna kräver inte minst aktiv medverkan i samhällsplaneringen. Hälso- och sjukvårdens uppgift är därvid att informera och samverka med andra verksamheter som kan påverka bl. a. omgivningsförhållanden med ogynnsam effekt på befolkningens hälsotillstånd i stort.

6.4.2 *Hälso- och sjukvård, en sammanhängande verksamhet*

Hälsovård och sjukvård representerar således delar som har nära samband med varandra i en gemensam verksamhet. Det bör leda till en mera orsaksorienterad hälso- och sjukvård, vilket betyder att hälso- och sjukvårdens insatser i ökad utsträckning bör inriktas på att utforska sjukdomarnas orsaker samt att verksamheten bör anpassas härefter.

Det är också uppenbart att på andra sätt avgränsade delar av verksamheten – t. ex. somatisk och psykiatrisk vård, korttidsvård och långtidsvård samt sjukhusanknuten resp. icke sjukhusanknuten verksamhet – i hög grad måste vara samordnade med varandra. Det finns därför ingen anledning att från den samlade hälso- och sjukvården skilja någon del av verksamheten. Verksamheter med sjukdomsförebyggande inriktning ingår liksom tandvård och sjuktransportverksamhet på ett naturligt sätt i begreppet hälso- och sjukvård. Anledning saknas också att göra innebörden av detta begrepp beroende av vem som är huvudman eller vårdgivare.

Hälso- och sjukvård med här avsett innehåll bör således betraktas som *en sammanhängande verksamhet*, som i de flesta fall kan innehålla såväl hälsovårdande som sjukvårdande moment. Detta hindrar givetvis inte i den praktiska verksamheten en uppdelning i olika verksamhetsgrenar, efter funktionella eller organisatoriska bedömningsgrunder. För den individinriktade sjukdomsförebyggande verksamheten, som alltså bör ankomma på hälso- och sjukvården, har vi funnit lämpligt använda den samlande benämningen *hälsovård*.

Avgränsningen av hälso- och sjukvården mot andra verksamhetsområden innebär vissa problem. Framst gäller detta gränsdragningen i förhållande till handikappvård inkl. omsorgsverksamhet och den psykiatriska verksamhetens och långtidssjukvårdens samband med socialvården. Skolhälsovård, studerandehälsovård och företagshälsovård berörs också av gränsdragningsproblemen med hänsyn till verksamheternas nära samband med elevvården resp. arbetarskyddet. Problemen i berörda fall är delvis av sådan karaktär att helt klara och otvetydiga gränser mellan vårdområdena inte kan dras. Det är därför angeläget att hälso- och sjukvårdens ansvariga ständigt uppmärksammar riskerna med en alltför vid tolkning av begreppen förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom/skada och därmed även beaktar farorna med att göra alla vårdbehov till medicinska problem.

Att psykiatrisk vård och långtidssjukvård tillhör hälso- och sjukvården har inte ifrågasatts. De förebyggande, uppsårande, utredande och behandlande uppgifterna rörande sjukdom och skada berör i hög grad även dessa verksamheter. Hälso- och sjukvården bör här liksom inom andra områden ha resurser att tillgodose de vårdbehov, som är av övervägande medicinsk natur. Avgränsningssvårigheterna sammanhänger främst med ställningstagandena i de individuella fallen, huruvida vårdbehoven är av enbart medicinsk eller av annan karaktär. Problemet gäller således vem som i konkreta fall skall tillhandahålla vården.

Många vårdbehov, inte bara sådana med anknytning till psykiatrisk vård och långtidssjukvård, kräver kombinerade sociala och medicinska insatser. En samordning av det vårdutbud som tillgodoser dessa behov är synnerligen angelägen. Denna samordning kan åstadkommas genom ett långtgående samarbete mellan de olika vårdgivarna.

Sjukdomsorsakerna och hälsoriskerna har i hög grad förknippats med förhållandena på arbetsplatserna. I skolorna finns goda förutsättningar för att bedriva ett förebyggande arbete. Det förebyggande och uppsårande arbetet inom hälso- och sjukvården bör därför till stor del förläggas till sådana miljöer. Företagshälsovård, skolhälsovård och studerandehälsovård utgör därmed naturliga delar av hälso- och sjukvården samtidigt som de utgör integrerade delar av andra verksamheter. Detta gäller också den del av apoteksväsendet, som bedrivs vid sidan av hälso- och sjukvårdsorganisationen och som avser distribution av läkemedel och kontakt med allmänheten.

Dessa verksamheter har hittills till huvudsaklig del anordnats av andra huvudmän än sjukvårdshuvudmännen och därför ansvarsmässigt och organisatoriskt varit skilda från hälso- och sjukvårdsorganisationen. Även om de också i fortsättningen kommer att bedrivas av andra huvudmän – frågan härom behandlas senare i betänkandet – förändrar detta inte tillhörigheten till hälso- och sjukvårdssektorn.

6.5 Mål för den framtida hälso- och sjukvården

Diskussionen om målsättningen för den framtida hälso- och sjukvården bör föras mot bakgrund av de synpunkter som utredningen redovisat i kap. 5 Vårdpolitiska reformer, program och planer under senare tid. Hänsyn bör därvid också tas till den allmänna inriktning av den framtida hälso- och sjukvården som vi förordar i avsnitten om hälsopolitik (6.2) och de vård-sökandes behov (6.3).

6.5.1 *Välfärds mål*

Den allmänna välfärdspolitiken syftar till att skapa goda levnadsförhållanden och bästa möjliga livskvalitet för människorna. Av betydelse är här särskilt hälsa, sysselsättning, utbildning, ekonomi, boende, fritid, sociala relationer, politiska resurser, transporter och kommunikationer samt trygghet och säkerhet.

Att åstadkomma god hälsa inom befolkningen är således ett viktigt inslag i samhällets välfärdspolitik. För att förverkliga välfärdspolitiken krävs därför åtgärder ägnade att befästa, skapa eller återställa ett gott hälsotillstånd hos den enskilde individen.

Välfärds målet god hälsa förutsätter ett hälsopolitiskt synsätt och en hälsopolitisk planering. Det måste innebära anspråk på många olika funktioner i samhället som kan inverka på individens hälsotillstånd, t. ex. arbetsmarknadsorgan, socialvård, sjukvård, sjukförsäkring och hälsoskydd. Krav ställes även på samhällsfunktioner med möjlighet att påverka den gemensamma miljön. Hälso- och sjukvården har således att tillsammans med andra sektorer verka i syftet att främja människors hälsa. Det innebär inte att olika organ i samhället alltid skall svara för de konkreta åtgärderna. De enskilda individernas medverkan i vården av den egna hälsan är, som vi tidigare starkt understrukit, också mycket betydelsefull.

6.5.2 *Övergripande mål för hälso- och sjukvården*

De övergripande målen skall beskriva det framtida tillstånd som bör uppnås. Målen skall alltså ange egenskaper, inte krav på organisatoriska eller andra förändringar, t. ex. ifråga om resurser. De förutsätts också vara beständiga, dvs. ej kunna påverkas av i vilken utsträckning samhället vid olika tidpunkter kan ställa resurser till förfogande för hälso- och sjukvården. Sådana övergripande mål bör bilda utgångspunkten för och skrivas in i ramlagen för hälso- och sjukvården.

Det allmänna välfärds målet *god hälsa* inom befolkningen bör för hälso- och sjukvårdssektorn därvid utgöra det grundläggande övergripande målet.

Begreppet hälsa har i detta sammanhang en betydelse som tar hänsyn till de i WHO:s definition angivna komponenterna, innebärande ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast att vara fri från sjukdom och svaghet. I hälsobegreppet innefattas därmed olika förhållanden av betydelse för vad man brukar kalla livskvalitet.

Ett annat, principiellt mycket viktigt mål är att *hälso- och sjukvården bör*

vara tillgänglig för alla. Det skall i princip ges möjlighet för alla att vid behov på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Endast vårdbehoven skall avgöra insatsernas omfattning och karaktär. Därav följer en förpliktelse för samhället att undanröja bl. a. ekonomiska, sociala och geografiska hinder för den enskilde att få del av vården.

Några av de väsentligaste principiella utgångspunkterna för den framtida hälso- och sjukvården har redovisats i avsnitt 6:3 om de våldsökandes behov. Där har vi bl. a. framhållit kraven på trygghet, kvalitet, helhetssyn, omvårdnad, närhet, kontinuitet och vård i hemliknande former. Även härigenom ges uttryck för den allmänna målinriktningen. Till de övergripande målen för hälso- och sjukvården bör därför knytas strävanden att tillgodose dessa de våldsökandes behov.

Mot bakgrund av det anförda kan formuleras följande övergripande mål för den framtida hälso- och sjukvårdsverksamheten:

- Ett gott hälsotillstånd hos hela befolkningen.
- Möjlighet för alla att på lika villkor kunna få del av en ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Det är angeläget att här något närmare belysa innebörden av uttrycken "lika villkor" och "ändamålsenlig hälso- och sjukvård".

Innebörden av *lika villkor* är att alla som bor i landet i princip skall ha samma möjligheter att få tillgång till vården. En sådan regel för landet som helhet kan jämföras med den s. k. kommunala likställighetsprincipen, som förbjuder särbehandling av vissa kommunmedlemmar. Uteslutande vårdbehoven skall avgöra insatsernas omfattning och karaktär. Det innebär, att möjligheterna att vid behov erhålla vård inte skall påverkas av sådana förhållanden som nationalitet, kön, ålder, utbildning, betalningsförmåga, kulturella olikheter, förmåga att ta initiativ, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Lika villkor innebär också jämställdhet i det avseendet, att hänsyn skall tas till skiljaktigheter i de individuella förutsättningarna. Möjligheterna att ställa krav på hälso- och sjukvården begränsas av de resurser, som kan ställas till förfogande och någon ovillkorlig rättighet att utkräva viss vård eller behandling föreligger således ej.

Med dessa grundläggande utgångspunkter kan lika-villkors-principens tillämpning något närmare diskuteras vad avser ekonomiska, geografiska, sociala och psykologiska förhållanden.

I *ekonomiskt* avseende innebär principen att enhetliga taxor för jämförbar vård inom olika delar av landet måste eftersträvas. I den mån inom samma vårdform skillnader vad gäller vårdstandard och kostnadskrävande resurser motiverar detta kan det vara nödvändigt att differentiera taxorna.

Ett system med olika taxor för likvärdig vård kan däremot leda till att betalningsförmågan blir avgörande för möjligheterna att erhålla vård, för väntetider m. m. Det strider mot principen om lika villkor. Avgiftssättningen kan därför självklart inte tillåtas variera från individ till individ.

En grundläggande förutsättning för "lika villkor" är att tillräckliga vårdresurser finns och att dessa *geografiskt* är rättvist fördelade. Samhället har en skyldighet att tillse att - inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper - vård erbjuds åt alla vårdbehövande.

All vård kan emellertid inte finnas i alla vårdsökandes omedelbara närhet. En del har lättare än andra att få tillgång till vården. Skillnader som inte motiveras av ekonomiska begränsningar för vårdutbyggnaden eller av hänsynstagande till medicinsk säkerhet etc. bör i möjligaste mån utjämnas. Detta innebär bl. a. krav på spridning av resurserna och på ett väl utbyggt system för sjuktransporter.

Om större delen av vården – som i allmänhet nu är fallet – meddelas på dagtid, kan problem föreligga för vårdsökande som yrkesarbetar under dagtid att komma i åtnjutande av vården. Problemen förvärras ofta av köer och väntetider. Vissa natt- och skiftarbetande har motsvarande svårigheter på grund av det begränsade vårdutbudet under ledig tid. Förutsättningarna är då ofta gynnsammare för t. ex. yrkesarbetande med tillgång till företagshälsovård, barn och ungdom i skolor samt andra med möjlighet att relativt fritt utnyttja vårdutbudet. Om principen med lika villkor skall kunna efterlevas, är det nödvändigt att förutsättningarna att kunna utnyttja hälso- och sjukvårdens mottagningar etc. så långt möjligt utjämnas. Tillgängligheten till vården kan således förbättras. Detta ger anledning att bl. a. uppmärksamma förläggningen av mottagningstider och jourtjänstens organisation.

Villkoren kan också påverkas av *sociala* skäl. För vissa kategorier i samhället, t. ex. invandrare och de segregerade och "utslagna", kan vårdutbudet te sig mera begränsat. För äldre och handikappade kan oförmåga att ta sig till en vårdinrättning utgöra en hindrande faktor. En viss grupp människor ställer sig själva utanför hälso- och sjukvårdens service. Orsakerna kan vara många men har ofta att göra med sociala förhållanden och kulturbakgrund. Vid hälso- och sjukvård på lika villkor är förhållanden som här beskrivits inte acceptabla. En viktig uppgift är därför att utreda hur skilda sociala förhållanden, som kan begränsa den enskildes möjlighet att utnyttja vårdutbudet, bör påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning och/eller hur de sociala förhållandena kan påverkas.

Sjukförsäkringssystemets anknötning till hälso- och sjukvården påverkar också i stor utsträckning villkoren för vårdutnyttjande. Om inte kravet på sjukintyg nödvändiggör läkarbesök anses det många gånger mindre motiverat att söka vård. Sjukskrivningens betydelse för erhållande av sjukpenning kan alltså medföra skillnader i vårdutnyttjandet. Hänsyn till lika-villkorsprincipen bör därför tas vid försäkringssystemets utformning.

För att tillgodose lika-villkors-principen är det angeläget att också beakta *psykologiska* faktorer. Som redan nämnts avstår en del människor från eller undviker att utnyttja hälso- och sjukvårdens tjänster. Orsakerna, som delvis är sociala, kan också vara av psykologisk natur. Den vårdbehövande kan t. ex. uppleva främlingskap i vårdmiljön, frukta en sjukförklarig eller av blyghet eller osäkerhet undvika vårdsituationen. Orsakerna till sådana upplevelser bör så långt möjligt undanröjas. Analys av skälen till att människor inte söker vård kan samtidigt ge värdefull information för bäsä möjliga anpassning av vårdorganisationen till de vårdsökandes önskemål och krav.

En *ändamålsenlig hälso- och sjukvård* enligt det andra av de övergripande målen ger trygghet och tillgodoser de kvalitativa krav vårdsökande har rätt att ställa. Vårdinsatserna måste vara baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet och andra kvalitetsnormer. Vårdformer och vårdmedel skall därvid vara anpassade till vad tillståndet i det enskilda fallet kräver. Behoven

bör genom en helhetssyn bedömas under erforderligt hänsynstagande till såväl individuella som sociala och miljömässiga förhållanden.

För att vården skall kunna anses ändamålsenlig krävs också att man beaktar behovet av andra än rent medicinska åtgärder i vårdarbetet, däribland omvårdnadsbehovet. Vårdresurserna bör utformas och organiseras så att vården, i den mån detta med hänsyn till kvalitativa krav är möjligt, görs lätt tillgänglig för den vårdsökande. (Jfr vad ovan anförts om lika villkor.) För många sjukdomsproblem bör vård i hemmet eller i hemliknande miljö eftersträvas. Den vårdsökande bör också ha möjlighet att under en vård-episod och under längre tidrymd vid olika slags sjukdomsproblem kunna upprätthålla kontakt med en och samma läkare eller ett och samma vårdlag.

En ändamålsenlig hälso- och sjukvård kännetecknas också av medverkan av den vårdsökande. Denne bör också vara tillförsäkrad rätt att få de upplysningar han önskar om sin egen situation. Höga anspråk ställs i fråga om den vårdsökandes möjligheter till medinflytande och integritet.

6.5.3 Delmål för hälso- och sjukvården

De övergripande målen omfattar all hälso- och sjukvård enligt övervägandena i avsnitt 6.4.

Formulering av delmål innebär att de övergripande målen bryts ned i mindre delar med ett mer konkret innehåll. Delmålen bör ange den önskvärda inriktningen, i princip verksamhetsområde för verksamhetsområde.

För vissa verksamheter torde de övergripande målen ge tillräcklig vägledning, varför delmål inte behöver anges i en del fall. Inom många områden torde delmål däremot ha en väsentlig uppgift att fylla för samordning av insatserna och en enhetlig utveckling av hälso- och sjukvården i landet.

Vi har inte för avsikt att ange hur delmålen kan tänkas formulerade för olika verksamheter, där sådana är eller blir aktuella. Detta är ju heller inte nödvändigt för den kommande ramlagstiftningen. Det följande kapitlet om hälso- och sjukvårdens innehåll och uppbyggnad bildar dock för flera verksamheter en principiell grund för uppställande av delmål.

7 Hälsa- och sjukvårdens innehåll och uppbyggnad

7.1 Kapitlets syfte och innehåll

I kapitel 6 har vi diskuterat målen för samhällets hälso- och sjukvårdspolitik och därvid översiktligt berört vad som krävs för att nå dessa mål.

Syftet med kapitel 7 är att mot denna bakgrund samt utifrån utredningsdirektiven ange vilka principiella krav som bör ställas på hälso- och sjukvårdens funktionella och organisatoriska utformning. Därvid tar vi också upp vissa organisatoriska begrepp och definitioner inom hälso- och sjukvården.

Som påpekas i direktiven, har gällande sjukvårdslagstiftning sitt ursprung i en tid, då verksamheten på ett helt annat sätt än i dag var inriktad enbart på sjukhusbunden vård och därvid främst akutvård. Lagen har från början varit en ren sjukhuslag och den har fortfarande sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten.

Vi har kritiskt prövat om de förutsättningar nuvarande lagstiftning ger svarar mot de framtida kraven på hälso- och sjukvårdens funktionella och organisatoriska uppbyggnad. Vi har därvid haft vissa utgångspunkter, som i förhållande till tidigare innebär stora förändringar. Lagstiftningen bör enligt vår bedömning ta hänsyn till människornas varierande behov av olika typer av hälso- och sjukvårdstjänster samt ge vida ramar för uppbyggnaden av resurser för verksamheten. Detta kapitel avser att ge vissa synpunkter i det senare hänseendet.

I avsnitt 7.2 sammanfattas några av utgångspunkterna i kapitel 6 samt diskuteras verksamheternas innehåll. I avsnitt 7.3 behandlas resursernas funktionella uppdelning och inriktning. Utifrån denna diskuteras därefter i avsnitt 7.4 den önskvärda organisatoriska uppbyggnaden och utformningen av resurserna. Behovet av föreskrifter i lagstiftningen om organisationens uppbyggnad behandlas inte här utan i kapitel 9. Begreppen sluten och öppen vård som formellt reglerande begrepp i lagstiftningen tas dock upp till diskussion i avsnitt 7.4.

7.2 Hälsa- och sjukvårdens verksamhetsformer

Vi har tidigare hävdad att hälso- och sjukvården måste arbeta utifrån en hälsopolitisk grundsyn. Hälso- och sjukvårdens arbete måste därvid inriktas

på att klarlägga orsakssammanhagen bakom sjukdomarna. Uppmärksamhet bör ägnas såväl de hälsorisker som kan förknippas med olika omgivningsfaktorer som de som har att göra med den enskilda människans livsföring. Den redan etablerade hälso- och sjukvården bör alltså ges ökad inriktning på hälsovårdsåtgärder. Stor vikt fästes vid att människorna stimuleras till ett levnadssätt som främjar den egna hälsan. Möjligheter bör även finnas för den vårdsökande till aktiv medverkan i utredning och behandling med anledning av de egna problemen.

Vägleddande för de direkta vårdinsatserna skall vara de vårdsökandes behov av trygghet, kvalitet, omvårdnad och vård i hemliknande former och av att vården bedrivs med beaktande av kraven på helhetssyn, kontinuitet, närhet, tillgänglighet och inflytande för de vårdsökande. Möjlighet skall finnas för alla att på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster.

Vi har i kapitel 6 dragit slutsatsen att hälso- och sjukvården bör betraktas som en sammanhängande verksamhet, med uppgifter som avser såväl den enskilda människans som hela befolkningens hälsotillstånd. Detta har betydelse både för omfattning och innehåll i de resurser vården kräver och för hur de skall utformas.

Tidigare har vissa verksamhetsområden kommit att regleras särskilda från huvuddelen av hälso- och sjukvården. Med den definition som givits i det föregående kapitlet hör även dessa klart till hälso- och sjukvården. Det mest påtagliga exemplet på detta är tandvården, som f. ö. i vissa länder också är delvis integrerad med sjukvården. I en kommande lagstiftning saknas anledning att särreglera detta område. Detta utgör inget hinder mot att i detta kapitel behandla tandvården särskilt. Även sjuktransportverksamheten behandlas i ett särskilt avsnitt.

7.2.1 *Hälso- och sjukvård – hälsovården*

Praktisk tillämpning av ett hälsopolitiskt synsätt ställer krav på medverkan av hela hälso- och sjukvårdsorganisationen. Hälsovården kan inte bara förankras i en decentraliserad vårdorganisation. *Strävanden efter att uppnå förebyggande effekter måste finnas på alla funktionella och organisatoriska nivåer inom hälso- och sjukvården.* Främst gäller det att ändra den etablerade hälso- och sjukvårdens inriktning till en orsaksorienterad verksamhet med ständig uppmärksamhet också kring möjligheterna till förebyggande åtgärder. Denna verksamhet bör ha som utgångspunkt att hot mot hälsan kan påverkas och att vi kan angripa många av hälsoproblemen med den uppsättning av resurser vi redan har.

Inom vart och ett av de medicinska verksamhetsområdena inom dagens hälso- och sjukvård finns början till ett utvecklingsarbete när det gäller hälsovårdsinsatser och förebyggande åtgärder. Framför allt erfordras en ändrad inriktning och ett åtagande av läns- och regionsjukvården, där de stora resurserna inom hälso- och sjukvården för lång tid framöver kommer att finnas. Verksamheten även där bör få en mer offensiv prägel och inte enbart koncentreras på individuella åtgärder. I läns- och regionsjukvården bör därför ingå utveckling av och medverkan i kollektiva och samhällsinriktade åtgärder.

Särskilda hälsovårdande insatser kan indelas i olika grupper. En första grupp avser samhällsåtgärder inriktade på miljön i luften, vattnet, marken, födoämnen och på den fysiska miljön i övrigt. Dessa åtgärder tillhör hälso-skyddet och faller, som påpekats i kapitel 6, utanför hälso- och sjukvårdens direkta ansvarsområde.

En annan kategori avser de åtgärder som syftar till tidig upptäckt och behandling av sjukdom, dvs. sjukdomsförebyggande och uppspårande åtgärder. Som exempel härpå kan nämnas redan etablerade hälsovårdsformer, såsom mödrahälsovård, barnhälsovård, tandhälsovård, vaccinationer, dispensärverksamhet för både hälsovård och sjukvård samt gynekologisk hälsokontroll.

Som en tredje grupp av hälsovårdande insatser brukar också räknas vad som görs i skedet efter genomgången sjukdom. Här är syftet främst att rehabilitera patienter och förhindra kronisk invaliditet.

En utförlig redogörelse för *de etablerade hälsovårdsformerna* har lämnats i kapitel 3. Där lämnas även uppgifter om pågående och förväntad utveckling. Vi anser angeläget att de etablerade formerna utvecklas i takt med de förändringar som sker av betydelse för hälsovården. Befintliga verksamheter måste därför fortlöpande bli föremål för prövning med avseende på anpassningen till aktuella medicinska forskningsrön, förändrade behov och i övrigt ändrade förutsättningar. Detta kan leda till att verksamhet förändras, kompletteras eller upphör och ersätts med annan.

Vid överväganden om *nya hälsovårdsaktiviteter* är den väsentligaste grunden nya kunskaper och samordningen av kunskaperna både inom hälso- och sjukvårdssystemet och utanför detsamma. Man måste också ta hänsyn till den avsedda förändringen av hela hälso- och sjukvårdssystemet i riktning mot en mer orsakssökande verksamhet. Det innebär att hälsovård i ökad utsträckning inordnas i den vanliga hälso- och sjukvården.

Det har inte bedömts möjligt att i vårt betänkande redovisa ett samlat och allmängiltigt program för särskilda hälsovårdsaktiviteter. Vi kan dock peka på några väsentliga faktorer som kan tjäna som underlag och vägledning beträffande nya sådana samt därmed även för ett samlat hälsovårdsprogram.

Vid valet av nya hälsovårdsformer synes naturligt att inrikta insatserna på sådana områden och hälsoproblem som vållar allmänheten eller den enskilde allvarliga besvär och som även berör många människor.

Därvid aktualiseras bl. a. forskning kring hälsoproblemens allmänna utveckling, exempelvis förändringar från tidigare allvarliga infektionssjukdomar till dagens välvärdssjukdomar och psykiska problem. Det är också angeläget att ta fram uppgifter om dödsorsaker, konsumtion av öppen och sluten sjukvård, sjukskrivning och förtidspensionering. Sådana kan ge besked om hälsoproblem som det är särskilt angeläget att om möjligt åtgärda på ett tidigt stadium.

När det gäller uppbyggnaden av vårdorganisationen med hänsynstagande till hälsovårdens krav finns anledning överväga särskilda *enheter inom landstingen för initierande och samordnande verksamhet* inom detta område.

Ett samlat *hälsopolitiskt program* kan utformas med utgångspunkt i hälsovårdsbehoven under en människas liv. Det förhållandet, att goda vanor och rutiner bäst utvecklas under uppväxtåren, bör påverka programmets utformning. Den del av programmet som avser de högre åldrarna kan först

och främst inriktas på bekämpning av psykiska, sociala och medicinska handikapp. Vissa hälsovårdsåtgärder kan vara av allmän karaktär, såtillvida att de inte omfattar någon bestämd åldersgrupp.

Landstingen har på senare år visat ett ökat intresse för den verksamhet som bedrivs vid de s. k. *hälsohemmen*. Detta intresse gäller främst sådana aktiviteter på hälsohemmen som underlättar för människorna att både lära sig, påbörja och vidmakthålla en ändrad livsföring, främst i avseende på kost och motion. Som vi påpekat i kapitel 3 pågår inom socialstyrelsen en utredning om hälsohemmens verksamhet m. m.

Också den s. k. *friskvården* är ett uttryck för den vikt man vill tillmäta den dagliga livsföringens betydelse för den egna hälsan. Även det ibland förekommande begreppet *egenvård* är ett uttryck härför. Begreppet egenvård avser dessutom att betona den enskilda människans aktiva deltagande och engagemang i vården på alla olika nivåer. Uppmärksamheten på hälsofrämjande åtgärder av olika slag bör ytterligare förstärkas. Landsting och andra intressenter måste i detta sammanhang särskilt beakta behovet av upplysning och utbildning.

En avgörande faktor för effekt av hälsovårdsarbetet är den enskildes vilja och förmåga till aktiv medverkan. Resultatet är till stor del beroende av den enskildes engagemang. Grundförutsättningarna härför är i sin tur att den enskilde har eller kan få nödvändig utbildning, upplysning och information om hälsovård samt förstår och själv upplever sambandet mellan den egna livsstilen och hälsotillståndet.

7.2.1.1 Hälsoundersökningar

Socialstyrelsens hälsokontrollutredning (HKU) (se även 3.2.13) framhöll att hälsoundersökningar är motiverade endast i den mån det kan visas att åtgärderna på ett gynnsamt sätt påverkar dödlighet, sjuklighet och/eller livskvaliteten, som syftar på människors förmåga att uppleva en meningsfylld tillvaro i samhället. Utredningen förutsatte att varje sjukvårdshuvudman med hänsyn till efterfrågan och tillgång på resurser beslutar om inriktning, metoder och organisation för regelbundet återkommande hälsoundersökningar, förankrade inom primärvården. HKU förordade för sin del särskild uppmärksamhet på hjärt- och kärlsjukdomar, innefattande framför allt högt blodtryck, sockersjuka och grön starr samt bättre samordning av insatser för tidig upptäckt av livmoderhalscancer. De kontroller, som genomförs inom mödra- och barnhälsovården, förutsattes också fortsätta.

HKU föreslog vidare att vissa angivna åtgärder skall ersättas över den allmänna försäkringen.

Hälsokontrollutredningens betänkande har efter remissbehandling överlämnats till oss för beaktande.

Vi ansluter oss till hälsokontrollutredningens uppfattning om behovet av utvärdering av pågående hälsokontrollverksamheter och av pågående utvecklingsarbete inom berörda områden. Den fortsatta utvecklingen av hälsoundersökningar bör således i första hand bli beroende av resultaten av ett utökat forsknings-, utvecklings- och utvärderingsarbete samt av utökad försöksverksamhet på lokal nivå.

Hälsoundersökningar inom sjukvårdshuvudmannens verksamhet bör inordnas i den lokala vårdorganisationen och så långt det är möjligt samordnas med motsvarande aktiviteter inom exempelvis företagshälsovården, främst för att förhindra dubbelarbete, men även för att få större underlag för utvärderingar m. m. Som tidigare nämnts pågår en särskild utredning om företagshälsovården. En utredning om mödra- och barnhälsovården har nyligen genomförts av socialstyrelsen och har även remissbehandlats.

Hälsovård bör, som vi tidigare framhållit, i framtiden inte betraktas och behandlas som en särskild verksamhet utan som en helt integrerad del av den sammanhängande hälso- och sjukvården. Detta bör påverka också finansieringen över den allmänna försäkringen, dvs. den bör avse även förebyggande åtgärder. Vi har för vår del inte anledning ta ställning till de olika slag av kontroller som HKU ansett böra komma ifråga för ersättning. Denna fråga förutsätts behandlas i annan ordning.

7.2.2 Hälso- och sjukvård – utrednings- och behandlingsarbetet

Det som vi i detta avsnitt kallar hälso- och sjukvårdens utredande och behandlande verksamhet motsvarar i stort sett vad man brukar avse med termen sjukvård. Dess organisatoriska struktur, dvs. vårdorganisationen, brukar vanligen beskrivas områdesvis på det sätt vi gjort i kapitel 3. Där redovisas resp. verksamheters bakgrund, organisation och omfattning m. m. samt pågående och väntad utveckling.

I följande avsnitt behandlas uppbyggnaden av vissa verksamheter enligt en indelning i 1. mottagningsverksamhet, 2. vård vid sjukhus, sjukhem och andra inrättningar m. m. samt 3. vissa andra vårdformer och vårdområden, nämligen tandvård och sjuktransportverksamhet. Genomgången är inte avsedd att som i kapitel 3 omfatta alla hälso- och sjukvårdens områden, utan syftar till att ge en utgångspunkt för de fortsatta resonemangen i avsnitten 7.3, 7.4 och i kapitel 9.

7.2.2.1 Mottagningsverksamhet

Ett hälsopolitiskt synsätt innebär visserligen att vårdorganisationen i framtiden kommer att arbeta mer offensivt. Det står dock klart att en övervägande del av hälso- och sjukvårdsarbetet också i fortsättningen kommer att bestå i att ta emot enskilda människor, som söker hjälp vid direkta vårdbehov.

De som önskar kontakt med hälso- och sjukvården bör inom den kommun eller del av större kommun där de bor ha en väl känd, lätt och snabbt tillgänglig kontaktpunkt. Hälso- och sjukvårdens kontakter med befolkningen och samverkan med andra samhällsorgan med likartade uppgifter främjas om vårdorganisationen möter behoven i nära anslutning till den miljö, där människorna lever och verkar.

Verksamheten bör av dessa skäl ha tyngdpunkten förlagd till vårdcentraler och andra närmottagningar, t. ex. tandvårdspolikliniker och distriktssköterskemottagningar osv.

Vårdcentralen bör utgöra en samlingspunkt för olika kommunbaserade aktiviteter. Från vårdcentralerna utgår insatser för mödra- och barnhälsovård,

hälso- och sjukvård i hemmen och övrig distriktsvård. Lokal sjukhemsvård och dagsjukvård bör ha såväl organisatorisk som – om förutsättningarna härför finns – lokalmässig anknytning till vårdcentralerna.

Arbetet inom mottagningsverksamheten måste, mot bakgrund av vad vi tidigare anfört, få en klar inriktning på att förebygga hälsoproblem. Vårdcentralerna bör därför – förutom för allmän mottagningsverksamhet – också utnyttjas för hälsoupplýsning i olika former. Det kan visa sig lämpligt att organisera arbetet med hänsyn till särskilda behov, som t. ex. för patienter med sockersjuka eller högt blodtryck. Rådgivning i bl. a. födelsekontroll och i alkohol- och narkotikafrågor kan också anordnas vid vårdcentralerna. Vid dessa bör även kunna anordnas särskilda mottagningar för äldrehälsovård. Försöksverksamhet med sådana mottagningar pågår på några platser i landet.

Mottagningsverksamheten bör särskilt tillgodose kraven på helhetssyn och kontinuitet, som är nödvändiga förutsättningar för att hälso- och sjukvården skall kunna bära ansvaret för befolkningens hälsotillstånd. Helhetssynen är vidare nödvändig för att inom den decentraliserade vården i samverkan med socialvården och andra lokalt anknutna organ samordnat kunna tillgodose den enskilda människans fysiska, psykiska och sociala vårdbehov.

Kraven på *specialiserade resurser* kan emellertid ofta bli starkare än kraven på närhet. Hänsyn till säkerhet och kvalitet kan därvid leda till den centralisering av verksamheten såsom skett i stor utsträckning. Specialistmottagningar finns f. n. främst vid sjukhusen med ett större utbud av både utrednings- och behandlingsresurser.

Den decentraliserade vården liksom sjukhusen förutsätts ha samma ansvar för sin *jourverksamhet* under nätter och helger som för sin reguljära verksamhet. I takt med att resurserna byggs ut måste den decentraliserade vården ta ett ökat ansvar för jourverksamheten. En för den decentraliserade vården samordnad jour kan dock medföra att befolkningen i vissa områden får längre avstånd till mottagningarna under kvällar och veckoslut än under dagtid måndag–fredag. Nackdelar i dessa avseenden får emellertid vägas mot den trygghet, som en ständigt bemannad rådgivnings- och mottagningsverksamhet ger.

7.2.2.2 Vård vid sjukhus, sjukhem och andra inrättningar m. m.

En stor del av vården utmärks av att de vårdsökande omhändertas med anknytning till en vårdplats. Av olika skäl behöver de stanna kvar på vård-enheten och kräver i olika hög grad omvårdnad. Långtidsvården utmärks av stora omvårdnadsbehov i jämförelse med akutvården. Kraven på specialiserade resurser är å andra sidan större inom akutvården.

Specialisering och centralisering

Genom den medicinska forskningen och utvecklingen har möjligheterna till diagnostiska och terapeutiska insatser avsevärt vidgats. Förbättrade resultat av olika behandlingar har erhållits. Denna utveckling har i stor utsträckning kommit att präglade sjukhusens verksamhet. De har erbjudit en

allt mer specialiserad vårdorganisation, där den enskilde patientens vård i allt större utsträckning är resultatet av samlade insatser av olika medicinska specialiteter och experter. Detta har att göra med nödvändigheten av att systematiskt dela upp en växande kunskapsmassa som inte bara gäller det medicinska området utan även andra områden. Detta har i sin tur medfört behov av olika organisatoriska lösningar, system och metoder för samordning och fördelning av resurser m. m., vilket gett en snabbt växande och alltmer specialiserad administration.

Vissa hälsoproblem och sjukdomar kan angripas säkert och effektivt endast med en kombination av högspecialiserade insatser och med resurser som endast kan erbjudas i den stora sjukhusorganisationen. Tekniskt svårskött och dyrbar apparatur kräver kontinuerlig användning för bibehållande av kunskaper och metodik hos användaren. Vissa sjukdomar förekommer i så liten utsträckning att ett stort befolkningsunderlag krävs för tillhandahållande av särskilda resurser inom ifrågavarande specialitetsområde. Detta sammantaget har medfört en koncentration av resurser, ofta i form av en sjukhusbaserad organisation. Denna utveckling, som också kan rymma säkerhetsproblem av olika slag, är dock inte så bunden till själva vårdplatserna som sjukhusanknytningen kan antyda.

Den tekniska utvecklingen har å andra sidan också inneburit att apparaturer förenklats, vilket medfört att verksamheten kunnat decentraliseras. Ökade möjligheter till decentralisering har även skapats genom den kunskapspridning som sker genom grund-, fort- och vidareutbildning. Ett uttryck för mera utvecklade former av kunskapspridning är de vårdprogram som börjat tas fram.

Utvecklingen har också inneburit en förändrad syn på utnyttjandet av själva sängläget och omvårdnaden i direkt samband därmed som en terapeutisk åtgärd. Sängläge användes i ett tidigare skede mera allmänt, därför att det i sig sågs som en behandlingsform eller ibland därför att man saknade verksamma botemedel av annat slag. För långvårdens del har institutionaliserad vård ofta kommit att användas huvudsakligen därför att möjligheterna till omhändertagande av patienterna i hemmet eller i samhället saknats. Vi bedömer det önskvärt att en utveckling, innebärande att vårdplatsen inte längre uppfattas som en förutsättning för behandling, fortsätter.

Kraven på hög kvalitet och säkerhet i bl. a. diagnostik och terapi gör det nödvändigt att ha en specialiserad vård och därmed också att centralisera vissa verksamheter. Specialiseringen och centraliseringen får dock inte drivas så långt att helhetssynen på patienternas problem går förlorad eller att mera allmänna omvårdnadsintressen sätts i efterhand. Den pågående utvecklingen mot ökad närhet och tillgänglighet även till den specialiserade vården och i samband därmed förstärkt specialisering och kompetens inom länssjukvården får ses mot denna bakgrund. Av betydelse härutöver anser vi också vara, att ett mer systematiskt regionalt samarbete med bl. a. informationsutbyte, gemensamma vårdprogram, gemensamt utvecklingsarbete och gemensam planering kan etableras inom flertalet verksamhetsområden. Det skapar möjlighet att tillförsäkra patienterna bästa möjliga vård samtidigt som befintliga resurser kan utnyttjas på bästa sätt. Vi återkommer till denna fråga i redogörelsen för regionsjukvårdsutredningens förslag i avsnitt 8.4.

Sjukhemsvård

Samhällets äldreomsorg omfattar alla insatser avsedda för de äldres boende, service och vård. Viktiga uppgifter inom äldreomsorgen är t. ex. att tillgodose behoven av en god fysisk och social miljö och att utveckla offentlig och kommersiell service för de äldre. För äldre med avtagande hälsa eller funktionsnedsättning är sociala och medicinska insatser nödvändiga.

För att de äldre skall kunna leva ett så normalt, självständigt och aktivt liv som möjligt är det angeläget att vårdinsatser inte mer än nödvändigt ingriper i den normala livsföringen. De bör därför om möjligt göras under former som medger att de äldre kan bo kvar i sin invanda fysiska och sociala närmiljö.

Till det medicinska ansvaret, som innefattar ansvaret för en vårdmiljö som motverkar isolering och passivering, bör därför i alla vårdformer vara kopplat också ett socialt ansvar.

En stor del av vårdformerna är starkt inriktade på att förebygga eller uppskjuta tunga omvårdnadsbehov. Även om dessa vårdformer får ett väsentligt förstärkt inslag i den framtida äldrevården, kommer *sjukhemsvården* ändå att svara för en betydande del av det totala vårdutbudet för äldre.

Behov av vård vid sjukhem föreligger för människor med svåra funktionsnedsättningar men utan krav i första hand på specialiserade resurser. Det övervägande antalet patienter är i hög ålder.

Sjukhemmens verksamhet bör till stor del vara inriktad på funktionsstimulerande insatser i form av arbetsterapi, sjukgymnastik och s. k. ADL-träning med syfte att träna patientens förmåga att själv klara sin dagliga livsföring. Syftet bör således vara att tillvarata det friska hos människan.

Sjukhemmens resurser och organisation bör även möjliggöra rehabiliteringsinsatser för patienter i s. k. dagsjukvård (jfr sid 269 f.). Dagsjukvårdsverksamheten förbättrar förutsättningarna för en differentierad arbetsterapi och sjukgymnastik, vilket gör att även små sjukhem kan få en rehabiliteringsinriktning. En samordning med primärkommunernas verksamhet bör härvid också vara möjlig.

De lokala sjukhemmen bör i en framtida vårdorganisation tillgodose *såväl fysiska som lindrigare psykiska vårdbehov*.

En särskild grupp vårdbehövande med oftast kombinerade fysiska och psykiska vårdbehov utgör *människor med s. k. åldersdement beteende*. De har tidigare av gammal vårdtradition och på grund av brist på alternativa vårdmöjligheter i stor utsträckning kommit att tas om hand inom den psykiatriska vården och vid ålderdomshemmen.

Personer med åldersdementa beteenden kan inte betraktas som en enhetlig grupp med gemensamma vårdbehov. Behoven kan liksom tidigare i många fall bäst tillgodoses genom primärkommunal äldreomsorg, t. ex. boende på ålderdomshem av hittillsvarande typ. Primärkommunernas nuvarande planering innebär emellertid en prioritering av utbyggnaden av servicebostäder för äldre. Detta kan medföra svårigheter att ge plats för s. k. åldersdementa och även för andra äldre med stora vård- och omvårdnadsbehov. Boendefrågan för sådana vårdkrävande äldre torde dock kunna ordnas genom ett gott samarbete mellan primärkommuner och landsting.

Vid de lokala sjukhemmen kan vårdas de patienter som kräver omvårdnad

men relativt små medicinska insatser. Om vårdbehovet är stort och vården kräver omfattande och kombinerade somatiska och psykiatriska resurser, torde det däremot vara mera ändamålsenligt att förlägga vården till specialiserade enheter. Äldre med behov av psykiatriska vårdinsatser bör helt naturligt ha samma rätt som andra att komma i åtnjutande av specialiserad psykiatrisk vård. Möjligheterna till rehabilitering av personer med åldersdementa beteenden bör ägnas stor uppmärksamhet. Viktigt är också att fastställande av därvid aktuella diagnoser och ställningstaganden till vårdformer föregås av noggrann utredning.

Humanitära och terapeutiska skäl talar för att demensvården på sikt decentraliseras så långt möjligt är. Även människor med demenssymtom äger rätt till vård under former som möjliggör kontakter med tidigare miljö. Psykiska funktionsnedsättningar kan i en del fall mera vara miljöbetingade än medicinskt betingade. Det sociala system, i vilket patienten får sin behandling, kan då vara lika betydelsefullt för resultatet som den egentliga behandlingen.

Landstingens principplaner syftar också i flertalet fall till att människor med åldersdementa beteenden i större utsträckning än tidigare skall beredas plats inom den lokala sjukhemsvården. Överföringen från den psykiatriska vården avses emellertid i praktiken till viss del endast innebära en organisatorisk förändring i och med att vårdavdelningar vid mentalsjukhus tillförs den somatiska långtidssjukvården. Detta innebär i och för sig ingen förändring av vårdmiljön. Stor uppmärksamhet bör därför ägnas möjligheterna att ändra vårdmiljön för s. k. åldersdementa, även i de fall detta inte kan åstadkommas genom en decentralisering.

Mot bakgrund av kraven på inriktning och utformning av den institutionella långtidssjukvården i stort bör resurserna härför i framtiden *koncentreras till de lokala sjukhemmen*.

Pågående och planerad utbyggnad av sjukhem samt av halvöppen och öppen hälso- och sjukvård avses ge möjlighet att avlasta de slutna enheterna för specialiserad *psykiatrisk långtidssjukvård*. Med olika former av stödjande verksamheter – anordnade av landstingen, primärkommunerna eller arbetsvården – bör det traditionella institutionsboendet i stor utsträckning kunna ersättas med bl. a. boende under mer hemliknande förhållanden. I första hand bör eftersträvas att ge patienten möjlighet att bo i eget hem eller förhyrd bostad. Av stor vikt är också resurser i form av servicebostäder, inackorderingshem och dagcentra liksom möjligheter till temporär slutenvård. Separata långvårdsenheter för enbart psykiatrisk vård innebär stora risker för isolering av de psykiskt sjuka i samhället och för befastande av tidigare attityder till psykiatrisk sjukdom. Inrättande av nya eller ersättande av gamla sådana enheter bör därför om möjligt undvikas.

Sjukvård i hemmet samt dagsjukvård

Hemsjukvården bör ingå som en viktig del av hälso- och sjukvården. Till sammans med den sociala hemhjälpen skall hemsjukvården ha ett ansvar bl. a. för att äldre personer, vilkas tillstånd medger vård i hemmet, får det medicinska och sociala stöd de behöver.

Vård i hemmet kan kombineras med perioder av sjukhus- eller sjukhemsvård för undersökning och behandling. I en del fall kan sådan temporär vård motiveras av att anhöriga, som svarar för vårdarbetet, skall ges möjlighet till semester, vila och rekreation.

Hälso- och sjukvården i hemmen måste utformas utifrån samma grundläggande krav på medicinsk kvalitet i vården som gäller alla vårdformer. Den pågående utbyggnaden av hemsjukvården avses möjliggöra att även personer med förhållandevis stora vårdbehov dygnet runt skall kunna vårdas inom denna vårdform.

Vårdinsatserna i hemmen bör förutom god medicinsk vård även omfatta stimulans till åtgärder som förebygger vårdbehov och ökar patientens välbefinnande, t. ex. genom aktiviteter i olika former.

I många fall är vårdbehoven sådana att s. k. *dagsjukvård* kan erbjudas. Genom dagsjukvård kan de vårdbehövande ges möjlighet att en eller flera gånger i veckan komma till ett närbeläget sjukhem eller sjukhus för sjukgymnastik eller annan funktionsträning. Genom denna vårdform skapas bl. a. möjligheter till smidig övergång från sjukhusvård till eget boende. Dagsjukvård kan även uppskjuta behov av sluten vård. Dagsjukvården ger också tillfälle till kontakt med såväl personal som andra patienter. De äldre kan härigenom erhålla omväxling och stimulans av stor betydelse för välbefinnandet.

Dagsjukvården bör vara inriktad på att möjliggöra tidig utskrivning av patienter med funktionsnedsättningar från sjukhus och på att andanröja eller uppskjuta behov av vård på sjukhus eller sjukhem för sådana som bor hemma.

7.2.2.3 Viss annan verksamhet

Tandvård

Tandvårdsutnyttjandet fördelar sig i dag mycket ojämnt på olika åldersgrupper, inkomstgrupper och geografiska områden i landet. En av anledningarna härtill är den ojämna fördelningen av tandläkare över landet.

Vuxentandvården domineras av reparativa och rekonstruktiva åtgärder. Syftet är i första hand att ersätta skadade och förlorade tänder. Orsaken till att ett stort tandvårdsbehov bland vuxna uppstått är den höga frekvensen av tandröta (karies) och tandköttsinflammation med därav följande tandlossning (parodontit). Det finns också ett uppdämt behov av insatser.

Vetenskapliga undersökningar talar emellertid för att den reparativt inriktade tandvårdens effekter på längre sikt är relativt begränsade och att endast förebyggande åtgärder på ett verkningfullt sätt kan reducera behovet av tandvård. Omfattande insatser måste därför sättas in på att få en tandvård som i högre grad inriktar sig på förebyggande åtgärder. Kunskaperna om de dominerande tandsjukdomarna tandröta och tandlossning anses i dag också vara tillräckligt goda för att sjukdomarna i stor utsträckning skall kunna förebyggas.

I detta sammanhang bör erinras om de goda resultat av förebyggande insatser som barn- och ungdomstandvården kan uppvisa. Ett omfattande arbete pågår med fortsatt inriktning på sådana insatser. Personalsamman-

sättningen inom folktandvården och även inom den privata verksamheten innebär ökande inslag av hälsovårdande tjänster i form av tandhälsoskötterskor och tandhygienister. I den fortsatta utvecklingen av förebyggande tandvård ingår också metoder och insatser för att utvärdera erhållna effekter.

I ett längre tidsperspektiv bör barn- och ungdomstandvården vara nästan helt inriktad på förebyggande åtgärder. Kariesangrepp och tandköttsinflammationer bör då i nya generationer mera kunna bli undantag än regel. Genom motsvarande inriktning även av vuxentandvården bör alla befolkningsgrupper kunna behålla sina egna tänder och behovet av reparerande åtgärder begränsas till ett minimum.

Pågående och diskuterad önskvärd utveckling inom tandvårdsområdet har även relativt utförligt berörts i kapitel 3.

Sjuktransportverksamhet

Ansvarsförhållandena när det gäller sjuktransport och räddningstjänst behandlas av utredningen i kapitel 8.

I detta avsnitt begränsar vi oss till principiella synpunkter på utformningen av den sjuktransportverksamhet som ingår i hälso- och sjukvården.

Transporterna av sjuka och skadade utgör enligt vår uppfattning en del av de samlade insatserna inom hälso- och sjukvården och en viktig länk i en sammanhängande vårdkedja. Ambulanserna och den personal som bemannar dessa är att betrakta som akutsjukhusens utsträckta armar. Av stor vikt är att de medicinska vårdinsatserna kan sättas in tidigt på olycksfalls- och insjukningsplatserna samt att medicinskt adekvata åtgärder kan vidtas under transport till sjukhus eller andra vårdinrättningar. Förutsättningarna för att t. ex. överleva en svår trafikolycka eller att i samband därmed undvika framtida funktionsnedsättningar är till viss del beroende av sådana tidiga insatser. Detta skärper kravet på att ambulansorganisationen har en hög insatsberedskap, att transportkapaciteten är tillfredsställande, att personalen är utbildad för sin uppgift samt att fordonen är lämpligt utformade och utrustade.

Med denna syn bör sjuktransportorganisationen omfattas av samma övergripande mål som hälso- och sjukvården i övrigt. Sjuktransportorganisationen bör skapa trygghet och säkerhet bl. a. genom högt ställda kvalitativa krav, närhet och tillgänglighet. Detta kräver i sin tur också god alarmeringsorganisation med sambandsmöjligheter mellan berörda medverkande.

Framförallt vill vi påtala betydelsen av personalens kompetens och övriga förutsättningar för sina uppgifter. För att tillgodose kraven i dessa avseenden bör personalen rekryteras från hälso- och sjukvården eller bör annan personal ges tillräcklig utbildning för uppgiften. I båda fallen fordras en fortlöpande träning och utbildning anpassad till kraven på sjuktransportorganisationen. Sådan utbildning kan underlättas bl. a. genom att sjuktransportverksamheten direkt knyts till hälso- och sjukvårdsorganisationen. En sådan anknytning ger ambulanspersonal m. fl. tillfälle till arbete inom vårdorganisationen och torde dessutom underlätta för vårdpersonalen att engagera sig i och medverka i sjuktransportverksamheten. Detta kan ha stor betydelse för sjuktransportorganisationens utveckling i olika avseenden.

Geografiska och sjukvårdsorganisatoriska förutsättningar får förutsättas vara avgörande för vilka slag av transportmedel som kommer till användning. I framtiden liksom hittills torde därvid de vägbundna ambulanstransporterna helt komma att dominera inom sjuktransportorganisationen. För att effektivt tillgodose vårdbehoven kan dock även användning av snabbare och ej vägbundna transportmedel, t. ex. helikopter, komma att få ökad aktualitet.

7.3 Hälsa- och sjukvårdens funktionella uppbyggnad

Verksamhetens resurser måste fördelas med beaktande av de uppsatta målen, dvs. så att väsentliga funktioner tillgodoses. (Resursfördelningens organisatoriska konsekvenser, som är nästa led i analysen, behandlas i avsnitt 7.4.)

Vi har tidigare berört socialstyrelsens principprogram HS 80. Däri görs en uppdelning av hälso- och sjukvården på tre huvudsakliga funktionsområden – primärvård, länssjukvård och regionsjukvård – med ansvar för var sin del av vården. Denna funktionsindelning anser vi lämplig som en utgångspunkt för våra överväganden, även om HS 80 i första hand sägs vara inriktad på utrednings- och behandlingsverksamhet. Eftersom funktionsindelningen behandlats mera utförligt i kapitel 5 redovisas den bara kort i det följande.

Primärvården ansvarar primärt för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde. Tillfälligt, när primärvårdens sjukvårdsresurser är otillräckliga för de åtgärder som fordras för en viss patient, kan ansvaret för denna patient övergå till läns- eller regionsjukvården. Så snart man där emellertid anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, bör ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Olika verksamheter som bedrivs av annan vårdgivare än landstinget – t. ex. privatläkarverksamhet och företagshälsovård – förutsätts i HS 80 samverka med primärvården.

Enligt HS 80 omfattar primärvården individinriktad medicinsk förebyggande verksamhet samt all sjukvård som kan bedrivas utanför sjukhus av lasarettstyp. Även miljömedicinska uppgifter har förutsatts ingå i primärvården.

Länssjukvård innebär bl. a. vård av patienter med livshotande och andra sjukdomstillstånd, som kräver tillgång till personella och tekniska resurser, vilka av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde (enligt dagens terminologi). Länssjukvården har också förutsatts ha vissa övergripande uppgifter, främst rörande kontroll, metodutveckling, utbildning och medicinsk service inom sjukvårdsområdet.

Länssjukvårdsresurser erfordras till största delen för korttidsvård. Korttidsvårdens uppgifter består främst i att behandla sjukdomstillstånd, som ställer krav på specialiserade personella och tekniska resurser. Korttidsvården innefattar ett stort antal medicinska verksamhetsområden med varierande målinriktning och innehåll.

Regionsjukvård erfordras för vård av det fåtal patienter som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyr-

bar eller svårskött. Regionsjukvård innebär också vissa andra åtgärder för vilka underlaget på länsnivån är otillräckligt.

På grundval av HS 80-principerna redovisades år 1978 de s. k. samverkansstudierna rörande primärvård, äldreomsorg och samverkan som bedrivits gemensamt av kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri (jfr kap. 5).

Vi konstaterar att en gränsdragning mellan primärvård och länsjukvård i vissa fall är svår att göra. Vid läns- och länsdelssjukhus är många av uppgifterna, inom bl. a. barnmedicin, allmän kirurgi och psykiatri, av den karaktären att de kan bedrivas utanför sjukhus. De är således i den meningen av primärvårdskaraktär. Sjukhusen svarar f. n. i hela landet för ungefär hälften av all öppen läkarvård, varav en stor del är att hänföra till den verksamhet som här åsyftas. Definitionen av primärvård täcker således inte den del av vården som – oavsett att den kan bedrivas utanför sjukhus av lasarettstyp – till mycket stor del ändå är förlagd till sådana sjukhus. Detta bör nog beaktas bl. a. vid bedömning av primärvårdsfunktionernas totala omfattning.

7.4 Hälso- och sjukvårdens organisatoriska uppbyggnad

Den strukturella uppbyggnaden av hälso- och sjukvårdens funktioner enligt 7.3 ger jämte de övergripande målen i kapitel 6 vissa förutsättningar för hur verksamheten skall organiseras.

En utveckling av primärvårdens idé och ett förändrat arbetssätt inom hälso- och sjukvården – innebärande bl. a. ett grundläggande ansvar för hela befolkningens hälsotillstånd – nödvändiggör att verksamheten byggs upp och har sin *förankring på den lokala nivån*. Därmed ges en förutsättning för att vårdorganisationen får den information, bl. a. om hälsorisker i miljön, som är nödvändig för uppfyllande av ett sådant ansvar. Förutsättningar skapas samtidigt för information i motsatt riktning, dvs. förmedling av kunskaper om sjukdomsframkallande faktorer och förebyggande åtgärder till företag och andra som ansvarar för arbetsförhållanden m. m. i människans närmiljö.

En lokalt förankrad vård möjliggör den eftersträfvade anpassningen av hälso- och sjukvårdens tjänster till individens sociala miljö. Den lokala anknytningen är också en av de avgörande förutsättningarna för tillgodoseende av kraven på helhetssyn, kontinuitet och närhet. Vidare ger denna anknytning möjlighet att mera aktivt stå den enskilde till tjänst med hjälp och råd i fråga om hälsofrämjande åtgärder och eget åtgärdande av vardagliga hälsoproblem. Avgörande för vårdorganisationens utformning utanför primärvårdsfunktionen är behovet av specialiserade resurser. Tillräckliga resurser för den övervägande delen av sjukvårdsbehoven kan och bör emellertid skapas på lokal nivå.

Hälso- och sjukvården bör således i första hand möta behoven i nära kontakt med befolkningen och med kunskap om den miljö, där människorna lever och verkar. På sikt bör en lokalt organiserad vård kunna innebära förbättrad anpassning av vårdresurserna till samhällets dominerande hälsoproblem.

Denna lokalt baserade vård bör såsom hittills huvudsakligen vara förlagd

eller anknuten till mottagningsenheter av typ vårdcentraler/närmottagningar samt lokala sjukhem. Samarbete med enheter inom länssjukvården bör ske enligt de tankegångar som redovisats i socialstyrelsens principprogram och i samverkansstudierna. *Vårdorganisationens olika enheter lokalt och centralt inom landstingen bör härigenom bilda en helhet med möjlighet att samordnat tillgodose behovet av hälso- och sjukvårdstjänster.*

7.4.1 Närvård

Vi har – bl. a. med hänsyn till det totalansvar och den form av planering vi senare förordar – ansett angeläget finna en beteckning på den hälso- och sjukvård (inkl. tandvården), som organiseras för att både ansvara för befolkningens hälsotillstånd och utifrån en social helhetssyn erbjuda den enskilda hälso- och sjukvårdstjänster inom ett geografiskt avgränsat område, vanligen en kommun eller en del därav. En utgångspunkt har därvid varit att beteckningen primärvård enligt HS 80 endast avser den *funktionella* uppbyggnaden av vården.

I de samverkansstudier vi tidigare berört framhålls, att förutsättningar att tillgodose huvudprinciperna om helhetssyn och ansvar för befolkningens hälsa endast finns inom den offentliga hälso- och sjukvårdens decentraliserade organisation. Det påpekas i detta sammanhang också i studierna att sjukhusens specialiserade vård eller konsultinsatser inte kan betraktas som primärvård. Begreppet primärvård ges en *organisatorisk* innebörd. Den betecknar den offentliga hälso- och sjukvård som kan bedrivas utanför sjukhus av lasarettstyp, som kan hållas samman inom ett geografiskt område och som kan stå under gemensam ledning. Folktandvården ingår emellertid inte i denna primärvårdsorganisation. För den så definierade primärvården bör enligt samverkansstudierna finnas en sammanhållen primärvårdsfunktion. Primärvårdsfunktionen förutsätts ha en likvärdig ställning i förhållande till läns- och regionsjukvården och föfoga över de resurser som behövs för primärvårdens olika verksamheter.

Det kan befaras att oklarhet uppstår om innebörden vid användning av primärvård både som funktionellt begrepp (enligt HS 80) och som organisatoriskt begrepp (enligt samverkansstudierna). Dessutom har vi funnit det naturligt att i en beskrivning av den lokalt organiserade hälso- och sjukvården även innefatta folktandvården liksom konsultinsatser i syfte att ge decentraliserad hälso- och sjukvårdsservice. Vi föreslår därför att den lokala, offentliga hälso- och sjukvårdsorganisationen benämnes *närvård*. Den organisatoriska syftningen i detta begrepp torde klart framgå.

Benämningen närvård avser med nämnda utgångspunkter av landstinget driven, på den speciella närmiljön inriktad

- individ- och miljöinriktad hälsovård,
- allmän och specialiserad mottagningsverksamhet (inkl. folktandvård),
- sjukvård i hemmen,
- dagsjukvård samt
- sjukhemsvård.

Vid sidan av närvården faller t. ex. den hälso- och sjukvård inkl. tandvård som drivs av enskilda vårdgivare samt företagshälsovård, som inte meddelas

vid hälso- och sjukvårdshuvudmannens vårdcentral (motsvarande) osv. Som kommer att framgå av kapitel 8 avses inte införandet av det organisatoriska begreppet närvård leda till att berörda vårdformer i olika avseenden behandlas annorlunda än annan vård. Samtliga vårdformer och verksamhet, bedrivna av olika huvudmän, måste t. ex. omfattas av en enhetlig planering osv. (jfr avsnitt 8.3).

Närvården bildas således huvudsakligen av primärvårdsfunktioner. Principerna för sammanhållna primärvårdsfunktioner enligt samverkansstudierna kan därför allmänt sett förutsättas vara tillämpliga på en organisation för närvården.

7.4.2 Länssjukvård

Den framtida hälso- och sjukvården bör också omfatta en *länssjukvårdsorganisation*, anpassad till kraven på specialisering och i sin drift inriktad på differenterad vård samt olika servicefunktioner.

Sjukhus och andra länssjukvårdsenheter för *somatisk korttidssjukvård* försäts inrymma medicinskt/tekniskt kvalificerade vårdresurser och bl. a. bistå med olika forsknings-, utvecklings- och utbildningsinsatser liksom medicinsk och annan service.

Vårdplatser vid sjukhus inom länssjukvården – länssjukhus och länsdelssjukhus – bör som angivits bl. a. i HS 80 i första hand utnyttjas för tidsbegränsade utrednings- och behandlingsinsatser, där närhet till övriga resurser inom länssjukvården är av central betydelse för en ändamålsenlig behandling. Utöver tidsbegränsningen bör insatserna vara inriktade på en sådan förbättring av patientens tillstånd och funktionsförmåga att fortsatt placering i en mera öppen och hemlik vårdmiljö kan komma i fråga. Sjukhusen avses också fungera som bas för konsultinsatser inom närvården, upprättande av vårdprogram och fortbildning av personal.

Till länssjukvårdens enheter hör även inom vårdområdet *somatisk långtidssjukvård* långvårdskliniker, för vilka de viktigaste uppgifterna – vid sidan av ett utvecklings- och utbildningsansvar – bör bli att så tidigt som möjligt bedöma de patienter, som kräver långtidssjukvård inom länssjukvården. Dessa enheter bör dessutom vara inriktade på vård av sjuka med mindre frekventa, men speciellt resurskrävande behov.

Den inriktning hälso- och sjukvårdspolitiken i landet och landstingens planer har på en decentraliserad hälso- och sjukvård gäller också *den psykiatriska verksamheten*. Ambitionerna gäller bl. a. att förändra vårdinnehåll och vårdmetoder samt att ge psykiatrin möjligheter att arbeta närmare människorna i deras vardag.

Detta stämmer väl överens med vad vi tidigare anfört om vårdsökandes behov (kapitel 6). I synnerhet inom den psykiatriska vården är också andra faktorer än de rent medicinska av stor betydelse för tillfrisknandet. Omvårdnaden, kontinuiteten och den miljö i vilken vården bedrivs spelar således här mycket stor roll.

En strävan bör i alla former av psykiatrisk verksamhet vara att förhindra isolering av de psykiskt sjuka. Denna strävan bör komma till klart uttryck vid olika ställningstaganden rörande vårdens organisation och leda till att

dess resurser i minskande omfattning finns vid enheter för sluten vård inom länssjukvården.

Det krävs där en fortsatt inriktning på att förkorta vårdtiderna och dessutom att förutsättningar skapas för att begränsa antalet intagningar för sjukhusvård. Planerna på utbyggnad av öppna och halvöppna vårdformer liksom den psykiatriska korttidsvårdens anknytning till den somatiska vården bör ta fastare form. Vidare krävs fortsatt utbyggnad av den somatiska långtidsvården under hänsynstagande till ändrad arbetsfördelning mellan somatisk och psykiatrisk vård. Den avsedda förändringen kräver också att personalbehov och utbildningsbehov noga analyseras. Utbildning och fortbildning är grundläggande förutsättningar för ändring av vårdenhåll och vårdmetoder. Här redovisade krav sammanfaller till stor del med förutsättningarna för att kunna begränsa vårdresurserna inom den somatiska korttidsvården.

En förändring av hälso- och sjukvårdsfunktionen i den riktning som eftersträvas bör påverka också *den medicinska serviceverksamheten*. Närvården bör ha sådana personella och tekniska resurser ifråga om laboratorieservice att den själv kan klara av enklare undersökningar med krav på snabba svar. Andra undersökningar/analyser som inte kan tillgodoses inom närvården bör ombesörjas inom länssjukvårdsorganisationen, som även tillhandahåller instruktioner och utrustning för provtagning m. m. I dessa länssjukvårdens uppgifter bör ingå metodutveckling samt introduktion och fortbildning av all personal inom landstingsområdet.

Den medicinska servicen måste tillgodose högt ställda kvalitativa krav. Detta förutsätter ett nära samarbete mellan specialisterna och den personal som är verksam inom den lokala hälso- och sjukvården. Beträffande de vanligaste sjukdomstillstånden torde vara möjligt att i vårdprogram motivera och precisera anspråken på medicinsk service.

7.4.3 *Regionsjukvård*

Regionsjukvårdsutredningens förslag ger vägledning för den organisatoriska uppbyggnaden av ifrågavarande verksamhet.

Landstingets behov av resurser för att uppfylla sitt vårdansvar kan medföra krav, som inte kan tillgodoses av dess länssjukvård, utan som förutsätter en för flera landsting regionvis uppbyggd vårdorganisation. Vi ansluter oss till regionsjukvårdsutredningens bedömning av detta områdes innehåll och utveckling (jfr sid 299 ff). Det regionala samarbetet, som avser en mycket begränsad del av verksamheten, bör utvidgas till att omfatta i princip alla medicinska verksamhetsområden och inte som nu enbart vissa s. k. region-specialiteter. Vidare bör formerna för samverkan inte enbart avse sluten och öppen vård utan även medicinsk service, rådgivning, konsultationer, utarbetande av gemensamma vårdprogram m. m., vissa frågor rörande utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Regionsjukvården omfattar med dessa utgångspunkter det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som upp-

träder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas.

I princip finns regionsjukvård inom alla medicinska verksamhetsområden. Allmänläkarvården tillhör emellertid helt närvården. Dock är viss medverkan i regionalt samarbete nödvändig även för allmänläkarvården.

Omfattningen av regionsjukvården är beroende bl. a. av vilka resurser som finns inom länssjukvården. Hälso- och sjukvårdshuvudmännens planer redovisar f. n. en strävan att öka antalet medicinska verksamhetsområden i länssjukvården samtidigt som behovet av regionsjukvård minskar. Detta varierar dock mellan såväl huvudmän som medicinska verksamhetsområden. Fortsatt utveckling bör ske på grundval av överenskommen arbetsfördelning mellan läns- och regionsjukvård.

Den slutna regionsjukvården kommer enligt regionsjukvårdsutredningens bedömning att totalt sett minska i omfattning. Den öppna vården beräknas däremot liksom konsultationerna komma att byggas ut.

Vi anser angeläget, att resurserna vid regionsjukhus dimensioneras så att, förutom länssjukvård för det egna landstingets befolkning, där även kan bedrivas såväl öppen som slutna regionsjukvård för hela sjukvårdsregioner. Dessutom måste möjlighet finnas att bedriva den utbildnings- och forskningsverksamhet som är aktuell.

Regionsjukvården utgör ett komplement till och ett stöd för länssjukvårdens verksamheter inom samtliga landsting. Detta bör påverka dimensioneringen av verksamheterna på länsplanet, inte minst medicinska serviceenheter.

7.4.4 Begreppen slutna och öppna vård

Slutenvårdsbegreppet definieras i sjukvårdslagen utifrån sjukhusbegreppet. Öppen vård definieras därefter som annan vård än slutna. Slutna är sådan vård, som fordrar intagning på anstalt (sjukhus).

”Intagning på anstalt” innebär att patientens vård utgår från en vårdplats. Behovet av vårdplatser kopplas härigenom samman med det behov av högt specialiserade resurser som ofta endast sjukhusen tillgodoser.

Vårdplatserna utnyttjas emellertid, som framgått av 7.2 ovan, inte bara av rent medicinska skäl utan också av sådana i kombination med andra faktorer, t. ex. sociala förhållanden och långa avstånd mellan hemort och sjukhus. Behov av tillgång till länssjukvårdens medicinska resurser kan därför inte likställas med behov av vårdplats. Behovet av olika slags utrednings-, behandlings-, omvårdnads- och serviceresurser m. m. avgörs inte av vilken typ av vårdinrättning den vårdsökande vänder sig till.

Gränsdragningen mellan slutna och öppna vård har emellertid genom lagstiftningens utformning spelat en avgörande roll för vårdorganisationens uppbyggnad och resursernas fördelning inom ett landstingsområde. Formerna för ersättning från sjukförsäkringen har också – som kommer att närmare redovisas i kapitel 10 – anpassats till denna uppdelning.

Graden av landstingens ansvarstagande för patienter varierar mellan olika vårdformer, t. ex. mellan hemsjukvård och institutionsvård. Omfattningen av landstingens ansvar är ändå i princip oberoende av om den vårdsökande

kan vistas hemma, uppsöker en mottagning eller på visst sätt måste tas om hand under det att vården meddelas. Det föreligger således ingen artskillnad när det gäller landstingens ansvar för personer omhändertagna i olika vårdformer. Sluten- och öppenvårdsbegreppen tolkas emellertid ofta så att detta inte framgår klart.

Den tidigare genomgången i kapitlet ger klart vid handen att begreppen sluten och öppen vård inte är anpassade till den funktionella eller organisatoriska avgränsning som redovisats. Med hänsyn härtill och till att ansvarstagandet för de vårdsökande måste vara i grunden detsamma för alla *bör inte sluten- och öppenvårdsbegreppen användas i någon föreskrift i den nya lagstiftningen* vare sig som funktionella eller organisatoriska begrepp.

Kraven på hälso- och sjukvårdens uppbyggnad och den fortlöpande utvecklingen av dess organisation gör att landstingen överhuvudtaget bör ha stor frihet att med beaktande av kraven på ändrad vårdstruktur själva avgöra vilka personella och materiella resurser som skall ställas till förfogande och sättet att organisera dessa. Detta gäller inte bara om den principiella och traditionella avgränsningen av sjukhusens slutenvård utan även övrig organisation på och utanför sjukhusen. Det rör såväl nu reglerad organisation, t. ex. sjukvårdsområde, läkardistrikt, sjukhus, klinik, sjukvårdsdirektör, chefläkare, styresman, klinik- och blockchefer m. m., som oreglerade organisatoriska enheter, t. ex. vårdcentraler och specialmottagningar osv. Detta behandlas vidare i kapitel 9, som särskilt överväger behovet av lagstiftning om organisationen.

Oavsett hur lagstiftningen utformas torde det i den praktiska verksamheten för definition av prestationer, organisatoriska enheter och annat, för utredning, statistik, dokumentation, förhandlingar, överenskommelser, forskningsadministration och utbildning osv. behövas begrepp som mer eller mindre överensstämmer med dagens slutna och öppna vård, sjukhus osv. Sättet att definiera dessa får tillåtas variera beroende på användningsområde och ändamål. Många olika begrepp kommer även i fortsättningen att användas med en betydelse och i en omfattning som kan påverkas av skiftande krav och förutsättningar. Det är dock varken praktiskt eller nödvändigt att reglera dem i den kommande lagen. Vi förutsätter att den enhetlighet som krävs härför även utan sådana regler kommer att utformas av huvudmännen för de olika intressen som berörs.

8 Landstingens totalansvar, planering och samverkan

8.1 Samlat ansvar för hälso- och sjukvården

Det samhällsinriktade *sjukdomsförebyggande arbetet* utgör en viktig del av hälso- och sjukvården. Det kan till stor del bedrivas med redan inhämtade kunskaper om hälsoriskerna för befolkningen. Kända hälsorisker är t. ex. olika sjukdomsframkallande ämnen i arbetsmiljön, luftföroreningar samt föroreningar och förgiftningsrisker förknippade med utsläpp från industrier.

Uppmärksamheten har på senare tid i ökad utsträckning riktats på sådana problem. Nya rapporter om riskerna med kemiska tillsatser i livsmedel, koncentration av bilavgaser etc. upplevs som direkta hot mot befolkningens hälsa. Med utgångspunkten befolkningens hälsa i vidare bemärkelse diskuteras alltmer miljöförhållandena i arbetslivet, skolan, trafiken, bostadsområdena och under fritiden. Inte minst gäller denna diskussion de sociala och psykologiska aspekterna. I vad mån samhällets normer och anspråk har negativa effekter på hälsan börjar också uppmärksammas mer än tidigare. Kraven på samhällsinriktade förebyggande åtgärder och på forsknings- och utvecklingsarbete för att komma till rätta med hälsoriskerna ökar kraftigt.

Sådant samhällsinriktat förebyggande arbete förutsätter ofta en samordning av planering och av andra insatser för vilka olika organ i samhället bär ansvaret. Hälsofrågorna berör nämligen, vid sidan av själva vårdsektorn, t. ex. även samhällssektorerna för undervisning, arbetsmarknad, bostadsbyggande, samhällsplanering och miljövård. De konkreta åtgärderna faller i stor utsträckning inom sådana områden. Hälso- och sjukvården med dess uppgift att främja hela befolkningens hälsotillstånd har i detta sammanhang funktionen att ta initiativ till, verka pådrivande för och samordna förebyggande insatser. För att hälso- och sjukvården skall kunna fylla denna funktion och på avsett sätt samarbeta med andra organ i samhället krävs emellertid att den underkastas ett samhällsansvar.

Befolkningens samlade behov av *direkta vårdinsatser* kan – bl. a. med hänsyn till befolkningsutvecklingen – inte väntas minska under överskådlig tid. Däremot kan iakttagas fortgående förändringar av vårdbehovens karaktär. Vid sidan av kraven på kvalitet och säkerhet fäster man alltmer avseende vid kontinuitet och tillgänglighet i vården, personlig omvårdnad och patientens rätt till medinflytande och information. Ett ökat inslag av omvårdnadsarbete förstärker, liksom vårdbehovens ofta sammansatta karaktär, behovet av samverkan med bl. a. socialvården. Till samhällets välfärdspolitik hör strävanden att undanröja individuella problem, t. ex. orsakade av iso-

lering, stress, utslagning, missbruk och andra sociala missförhållanden. En samordnad medicinsk och social verksamhet ter sig av dessa skäl synnerligen angelägen. De direkta vårdinsatser som hälso- och sjukvården har att svara för måste alltså planeras inom ramen för en helhetssyn på befolkningen och de enskilda människornas hälsa.

Det är också uppenbart att de inom befolkningen samlade behoven av hälso- och sjukvård inte kan uppdelas på olika "vårdgivarområden". Det finns inte någon grund för en uppdelning som skulle innebära att vissa behov måste tillgodoses utanför den vårdorganisation samhället förfogar över. Befolkningens krav på ändamålsenlig och kvalificerad behandling är desamma, oavsett om de riktar sig till vårdgivare inom den offentliga vården eller till andra vårdgivare. All hälso- och sjukvård har således gemensamma krav att tillgodoses.

Den individuella vården kräver materiella resurser t. ex. i form av sjukhus, vårdcentraler, laboratorier och resurser för sjuktransporter samt personella resurser av olika slag. Dessa krav på resurser är inte beroende av vem som driver verksamheten. De olika insatserna inom den samlade hälso- och sjukvården bör för ett samlat utbud av vård vara samordnade inbördes. Det förutsätter ett väl utvecklat samarbete, t. ex. mellan sjukhus och läkarmottagningar av skilda slag, mellan allmänläkare och specialitläkare liksom mellan korttidsvård och långtidsvård osv.

Dessa utgångspunkter för arbetet inom hälso- och sjukvårdssektorn innebär att hälso- och sjukvården ställer krav på insatser, för vilka samhället vanligen svarar. Dessa insatser utnyttjas av alla hälso- och sjukvårdens verksamheter, oberoende av vårdgivare. De avser – förutom ekonomiska åtaganden – i första hand forskning, metodutveckling och personalutbildning. Avgörande förutsättningar skapas härigenom för hälso- och sjukvårdens arbete och utveckling.

För samhället är det samtidigt av stor betydelse att all hälso- och sjukvård har likvärdiga förutsättningar att utvecklas i enlighet med välfärdsmålen. Hälso- och sjukvårdens sätt att fungera är nämligen avgörande t. ex. för samhällets möjligheter att erbjuda vård på lika villkor åt alla medborgare.

Dessa ömsesidiga beroenden mellan hälso- och sjukvården och samhällets verksamhet i övrigt gör att samhället måste få ett övergripande ansvar för hela hälso- och sjukvårdssektorn. Om befolkningens goda hälsa skall vara ett av målen för samhällets välfärdspolitik krävs att samhället på grundvalen av ett sådant ansvar har möjligheter att vidta åtgärder och att påverka inriktningen av hälso- och sjukvårdens insatser. Ett annat motiv för ett övergripande samhällsansvar är begränsat ekonomiskt utrymme och andra begränsningar för fortsatt utbyggnad av hälso- och sjukvården.

Den närmare konkretiseringen av ett sådant samhällsansvar behandlas i det närmast följande avsnittet.

8.2 Landstingens totalansvar

8.2.1 *Nuvarande ansvarsförhållanden*

Enligt gällande sjukvårdslag (§ 3 första stycket) åligger det "landstingskommun att för dem, vilka är bosatta inom sjukvårdsområdet, ombesörja såväl öppen vård som slutna vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsörd i den mån inte annan drager försorg härom".

Samma skyldighet att ombesörja vård åvilar landstingskommun "för dem som vistas inom sjukvårdsområdet utan att vara där bosatta, därest behov av vård omedelbart föreligger. I sådant fall gäller dock skyldigheten att bereda slutna vård endast så länge den vårdbehövande ej utan men kan flyttas till sjukhus, där den landstingskommun, i vilken han är bosatt, förfogar över vårdplatser" (SjvL 3 §, andra stycket).

Enligt lagstiftningen är landstingens vårdansvar således begränsat till sjukvård. Deras sjukvårdsansvar kan vidare sägas vara ett andrahandsansvar – nämligen på så sätt att sjukvårdsansvaret inträder först "i den mån inte annan drager försorg härom" (dvs. ombesörjer sjukvård).

Sjukvårdslagen tillkom vid en tid, då landstingskommunerna hade att svara för i huvudsak den slutna kroppssjukvården. I direktiven till hälso- och sjukvårdsutredningen erinras också om att sjukvårdslagen jämte därtill hörande författningar från början var en "sjukhuslag mera än en sjukvårdslag". Även om senare förändringar genomförts – som följd av att bl. a. landstingen från staten övertagit den öppna sjukvården utanför sjukhus (det dåvarande provinsialläkarväsendet) och den psykiatriska sjukvården – är det, framhålles i direktiven, "utan tvekan ändå så att lagstiftningen fortfarande har sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten".

På grundval av sjukvårdslagen svarar landstingskommunerna numera – som närmare redovisats i kapitel 3 – för huvuddelen av sjukvården i landet, såväl sjukhusvård som öppen vård. Landstingen svarar också enligt särskilda lagar för omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda och för folktandvård (tandvård för barn och ungdom t. o. m. det år de fyller 19 år, specialisttandvård samt viss vuxentandvård). De har härutöver byggt upp omfattande hälsovårdsverksamheter, bl. a. mödrhälsovård, barnhälsovård och vissa riktade hälsokontroller. Dessa är dock inte reglerade i någon lagstiftning utan utgör frivilliga åtaganden.

Våra direktiv anger, att "den nya lagstiftningen bör omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet". Nämnda delar av hälso- och sjukvården, som f. n. inte regleras i den gällande sjukvårdslagen, bör därför, enligt direktiven, även de behandlas av utredningen. Direktiven uppmärksammar särskilt behovet av att diskutera ansvarsfrågorna beträffande förebyggande verksamhet, privatpraktiserande läkares verksamhet, skolhälsovård, företagshälsovård och tandvård.

8.2.2 *Krav på ändrade ansvarsförhållanden*

Samhället svarar för merparten av kostnaderna för hälso- och sjukvården. Den största delen därav avser landstingens verksamhet. Även de delar av verksamheten, som är enskilda (privatpraktiserande läkare, tandläkare och

sjukgymnaster samt enskilda sjukhem m. fl.) finansieras till stor del av samhället, via sjukförsäkringen eller genom ersättning från landstingen.

Hälso- och sjukvården har blivit alltmer kostnadskrävande. Den har tagit i anspråk en allt större del av samhällets totala resurser. Det samhällsekonomiska utrymmet för fortsatt expansion är begränsat. Möjligheterna till utbyggnad begränsas också av brist på främst utbildad personal. Mot den bakgrunden och med hänsyn till att alla som bor i landet bör kunna erbjudas hälso- och sjukvård på lika villkor är det nödvändigt att samordna hälso- och sjukvårdens insatser och därmed också dess resurser. Hälso- och sjukvården måste också informera och samverka med andra instanser i samhället med möjligheter att positivt påverka befolkningens hälsotillstånd.

Vi har av dessa skäl i avsnitt 8.1 funnit att samhället bör ta ett ökat ansvar för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens och andra samhällsverksamheters starka beroende av varandra talar för ett sådant övergripande samhällsansvar. Den organisation på länsnivå som i praktiken kan ikläda sig samhällsansvaret är *landstinget*, som inom sitt område i dag huvudsakligen svarar för vårdgivaruppgifterna inom hälso- och sjukvården.

Med de givna förutsättningarna är det nödvändigt att i en kommande lagstiftning till landstingen knyta ett ansvar utöver det vårdgivaransvar för hälso- och sjukvården som landstingen har. Detta särskilda ansvar måste omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet utan särskild betoning av någon vårdform eller vårdinriktning. Landstingen avses härigenom tilldelas uppgiften att ansvara för hälso- och sjukvårdssituationen inom resp län och inom länens befolkning. Vi har som benämning på denna typ av ansvar valt *landstingens totalansvar*.

I närmast följande avsnitt behandlar vi innebörden av ett sådant totalansvar. Därefter diskuteras i vad mån begränsningar av särskilda skäl måste göras vid tillämpningen av totalansvaret.

8.2.3 *Innebörden av landstingens totalansvar*

Landstingen ombesörjer som nämnts huvuddelen av hälso- och sjukvården. Staten och primärkommunerna svarar också i egenskap av huvudmän för vårdtjänster av olika slag. Med *huvudmannaskap* avses (jfr avsnitt 3.7) som regel ett lagstadgat ansvar för att olika slag av tjänster tillhandahålles. Ansvaret behöver inte innebära skyldighet att själv svara för driften av verksamheten. Driftsansvaret – eller som vi väljer att kalla det, *vårdgivaransvaret* – som innebär att driva verksamheten, anställa personal, planera verksamheten, göra och infria ekonomiska åtaganden osv. ligger på den som är *vårdgivare*. Ett vårdgivaransvar grundar sig ibland på frivilliga åtaganden. Vanligen sammanfaller dock huvudmanna- och vårdgivaransvar, dvs. den som är huvudman är också den som bedriver vården ifråga.

Vi avser inte att förändra innebörden av huvudmannaskap och vårdgivaransvar. Förslaget om landstingens totalansvar för hälso- och sjukvården berör alltså inte de grundläggande förutsättningarna för de olika slag av vårdgivare som driver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Frågan härom anser vi inte ligga inom ramen för utredningsuppdraget. Inte heller ändras den rådande ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialvården.

Det "yttersta ansvar" för att omhänderta människor, som primärkommunen enligt sociallagstiftningen har, rubbas alltså inte.

Med denna principiella utgångspunkt kan innebörden av totalansvaret kortfattat beskrivas på följande sätt. Totalansvaret innebär att landstingen

- kartlägger behoven av hälso- och sjukvård för befolkningen inom sina respektive områden, vidtar eller initierar samt samordnar hälsofrämjande åtgärder,
- genom totalplanering samordnar hälso- och sjukvårdsinsatser som riktar sig till enskilda jämte resurserna härför inom landstingsområdet (detta innefattar överenskommelser om inriktning, lokalisering och omfattning av olika vårdgivares verksamhet) samt medverkar vid samordning av hälso- och sjukvården för större områden,
- följer upp planeringen och vidtar de åtgärder uppföljningen kan ge anledning till,
- tillser att det planerade innehållet i hälso- och sjukvården står i överensstämmelse med den medicinska utvecklingen och ändrade förutsättningar i övrigt,
- svarar för att resurser för hälso- och sjukvården finns i tillräcklig omfattning; detta innebär att landstinget i sista hand har skyldighet att ta på sig ytterligare vårdgivaransvar samt
- anger hälso- och sjukvårdens allmänna krav på resurser samt medverkar till att utveckla resurser genom utbildning, forskning och andra utvecklingsinsatser.

Inte minst den andra av ovan uppräknade punkter, avsedda att beskriva totalansvarets innebörd, har stor betydelse för enskilda vårdgivares verksamhet. Där anges landstingens skyldighet att – inom ramen för en totalplanering – samordna samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter inom respektive landstingsområde. I samverkan med andra andra vårdgivare planeras inriktning, lokalisering och omfattning av den totala vårdverksamheten. Det torde ofta kräva särskilda överenskommelser om verksamhetens bedrivande och fortsatta utveckling.

Med hänsyn till att den övervägande delen av de enskilda verksamheterna kan jämföras med landstingens primärvårdsfunktioner måste bl. a. diskuteras, hur de enskilda vårdgivarna skall kunna samarbeta med dessa. Samverkan bör, förutom planeringen på längre sikt, bl. a. gälla hur olika vårdgivare skall medverka i t. ex. jour och beredskap samt hur verksamheten skall bedrivas under semestrar och annan ledighet.

Vidare bör övervägas i vad mån enskild verksamhet kan dra nytta av länssjukvårdens resurser vid kliniker och laboratorier (innefattande remissförfaranden etc.) och ta del av de konferens- och efterutbildningsaktiviteter, som landstingen och andra organisationer anordnar. Möjligheter bör även i andra avseenden skapas för de enskilda vårdgivarna att bibehålla och vidareutveckla kontakterna med den kliniska verksamheten. I samrådet mellan hälso- och sjukvårdens olika delar bör inte bara landstingsanställda delta. Det bedömer vi som viktigt, inte minst för att all vård av samma slag skall få likvärdig kvalitet. Detta samråd kan exempelvis äga rum inom ramen för ett vårdprogramarbete. (Samverkan mellan landstingen och de enskilda vårdgivarna berörs även i avsnitt 8.4.2.2, sid 293.)

En ny lagstiftning förutsätts inte innehålla någon bestämmelse av innebörd att landstinget kan beordra enskilda vårdgivare att bedriva eller upphöra med viss verksamhet. En principiell rätt att vara fritt yrkesverksam föreligger på detta som på alla andra verksamhetsområden. För hälso- och sjukvårdens del begränsas denna rätt främst av behörighetsbestämmelser och instruktioner o. d. Sådana regler kan inte påverkas av överenskommelser mellan landstinget och de enskilda vårdgivarna.

Skulle parterna inte komma överens om förutsättningarna för samverkan föreligger enligt nu gällande regler ändå inga hinder att etablera sig som enskild vårdgivare. Möjligheten att ansluta sig till den allmänna försäkringen påverkas heller inte av om överenskommelse föreligger eller ej, dock med de undantag som senare anges beträffande tandläkare och viss läkarvård.

Landstinget har att i sin planering redovisa all enskild verksamhet. Liksom tidigare bör planeringen även beakta sådan enskild verksamhet, om vilken överenskommelse eventuellt inte kunnat träffas och som därmed inte berörs av samverkansavtal i någon form. I vilken utsträckning landstinget har anledning att ta hänsyn till denna verksamhet ankommer på landstinget självt att bedöma.

Kravet på att hälso- och sjukvårdstjänster skall kunna erbjudas alla medborgare på lika villkor innebär, som påpekats i kapitel 6, att avgifterna hos olika vårdgivare bör vara likvärdiga. De avgifter, som regleras av sjuk- och tandvårdsförsäkringarna liksom de försäkringsersättningar som utgår till enskilda vårdgivare, bör liksom hittills fastställas efter överläggningar. Därvid kan skilda sjukvårdspolitiska och andra förhållanden ge olika förutsättningar för förhandlingar.

En ny lag för hälso- och sjukvården avses lika litet som gällande lagstiftning innehålla regler om styrning av vårdutbud och vårdutnyttjande genom tilldelning av ekonomiska resurser. Inom ramen för de ekonomiska resurser, som bl. a. statsmakterna utifrån andra formella förutsättningar ställer till förfogande, kan emellertid överväganden göras om prioriteringar av olika slag.

En form av prioritering är styrning av patientströmmarna till öppenvård genom konstruktionen av ersättningen inom den allmänna försäkringen. Landstingens prövning av avgifter för vårdplats i enskilt vårdhem är på landstingsnivå ett exempel på styrning genom ekonomiska resurser.

Påverkan av förutsättningarna för privatpraktiserande vårdgivare, t. ex. läkare eller tandläkare, att etablera sig är exempel på annan typ av prioritering. Beträffande de båda nämnda kategorierna föreligger f. n. en bristsituation. Tillgången räcker inte för att tillgodose efterfrågan över hela landet. Detta har – när det gäller läkarfrågan – föranlett staten att ingripa med det s. k. läkarfördelningsprogrammet. Detta beskrivs närmare i kapitel 10.

Tillämpningsreglerna för anslutning till den allmänna försäkringen vad gäller ersättning för läkarvård (läkarvårdstaxan) med vissa förhöjda taxebelopp har härutöver konstruerats så att enskilt praktiserande läkare i vissa fall får anslutas endast sedan landstinget i fråga hörts och på grundval av ställningstagande av socialstyrelsen. Etableringen skall ske utanför storstadsområdena. Dessa regler gäller för åren 1978 och 1979.

För tandläkare gäller till utgången av år 1979 en övergångsbestämmelse om etableringskontroll. Förslag om viss förlängning av denna kontroll har nyligen framlagts. Riksförsäkringsverket skall bedöma folktandvårdens behov av tandläkare och får föreskriva att enskilt praktiserande tandläkare inte skall föras upp på försäkringskassas förteckning över anslutna tandläkare. Även detta beskrivs närmare i kapitel 10.

Vi förutsätter att statsmakterna – oberoende av landstingens totalansvar – liksom hittills skall kunna utforma styrningen på olika vis med eller utan angivande av särskilda villkor. Huruvida brist på personella eller andra resurser, prioriteringsöverväganden eller andra skäl kommer att föranleda beslut om styrningsåtgärder ligger inte inom vårt uppdrag att avgöra. Detta måste bli beroende av den samlade politiska bedömningen av situationen vid varje särskilt tillfälle. Utredningen återkommer i kapitel 10 till resurs- och finansieringsfrågor som rör samspelet mellan landstingen och staten.

8.2.4 Begränsningar i totalansvarets omfattning

Totalansvaret omfattar i princip all hälso- och sjukvård. Sättet att definiera hälso- och sjukvården avgör således i princip vilka verksamheter totalansvaret skall omfatta. Frågan härom har behandlats i kapitel 6.

I nämnda kapitel har framhållits betydelsen av att hälso- och sjukvården betraktas som en sammanhängande verksamhet. Där har också påpekats att avgränsningen av hälso- och sjukvården mot andra verksamhetsområden i vissa fall innebär problem. Avgränsningsproblemen berör t. ex. företagshälsovård, skolhälsovård och studerandehälsovård, vilka utgör naturliga delar av hälso- och sjukvården samtidigt som de ingår i andra verksamheter. Det innebär att totalansvaret inte undantagslöst omfattar all hälso- och sjukvård.

Omfattningen av landstingens totalansvar begränsas också med hänsyn till förutsättningarna för bl. a. sjuktransportverksamheten, för hälso- och sjukvårdsverksamhet av rikskaraktär m. m. samt för läkemedelsförsörjningen.

Utredningen gör i det följande en genomgång av hur vissa verksamhetsområden berörs av begränsningar i landstingens totalansvar. Vid övervägandena om företagshälsovården har kontakt tagits med företagshälsovårdsutredningen.

8.2.4.1 Företagshälsovård

Den grundläggande förutsättningen för företagshälsovården är att denna verksamhet utgör en del av arbetarskyddet inom respektive företag och står under direkt ledning av arbetsmarknadens parter. Detta förhållande avses inte ändras genom införandet av ett totalansvar för landstingen.

Företagshälsovården har sin tyngdpunkt i hälsovården i bemärkelsen förebyggande medicinskt-tekniska åtgärder, som syftar till en förbättrad arbetsmiljö. Integrerade medicinska och tekniskt-hygieniska insatser är en ryggrad i företagshälsovården. Den samordning inom ramen för landstingens totalansvar, som kan bli aktuell mellan landstingen och företagshälsovården,

avser främst en förstärkt samverkan mellan företagshälsovården och den offentliga hälso- och sjukvården. Till detta kommer ett behov av samordning mellan landstingen och vårdgivarna inom företagshälsovården, dvs. arbetsmarknadens parter, för att reglera tillgången på medicinsk personal i och övriga resurser för företagshälsovården.

Företagshälsovården omfattas emellertid inte av totalansvaret i den betydelse detta i övrigt har – att landstinget är skyldigt att i sista hand ta på sig vårdgivaransvar. Landstinget avses alltså inte genom totalansvaret överta det ansvar för anordnande av företagshälsovård en arbetsgivare har genom förpliktelse i lag eller avtal.

Om varken lag eller avtal anger åligganden för arbetsgivare att tillhandahålla företagshälsovård, innebär emellertid totalansvaret en skyldighet för landstingen att genom sin hälso- och sjukvårdsorganisation erbjuda företagshälsovård. Också i det fallet måste innehållet i företagshälsovården stå i överensstämmelse med kraven på arbetarskyddet.

Landstingen har – särskilt om ett totalansvar för hälso- och sjukvården anförtros dem – ett intresse av att medverka till att arbetsmarknaden får en heltäckande företagshälsovård. Extern företagshälsovård kan därför, med åberopande av ett totalansvar, även bedrivas av landstingen vid sidan av den vård som organiseras av arbetsgivare i enlighet med deras förpliktelser.

Det ansvar för företagshälsovården som här föreslagits ingå i totalansvaret förutsätter att en samplanering och en god samverkan etableras mellan den offentliga hälso- och sjukvården och företagshälsovården. Genom planering och samverkan förbättras möjligheterna att klara av de frågor som berörs i företagshälsovårdsutredningens direktiv och som rör

- önskemålet att *den sjukvårdande verksamheten* inom företagshälsovården så långt möjligt skall kunna överföras till den offentliga primärvården – givetvis i den takt som pågående utbyggnad av denna ger förutsättningar för –
- *behovet av yrkeshygieniska mät- och analysinsatser* inom företagshälsovården med hjälp av bl. a. laboratorieresurser inom hälso- och sjukvården samt
- de krav på *utbyggnad av den yrkesmedicinska verksamheten vid sjukhusen*, som företagshälsovården och andra intressenter kan ställa.

Svårigheter att rekrytera medicinsk personal föreligger inom både företagshälsovård och annan hälso- och sjukvård. En förutsättning för att lösa därav orsakade problem är en fungerande och utbyggd samverkan.

Samverkan i företagshälsovårdens och den övriga hälso- och sjukvårdens planering gör det möjligt att samordna utvecklingen och utnyttjandet av de olika medicinska resurser, som är erforderliga för en ändamålsenlig företagshälsovård. Av intresse är därvid inte bara resurser inom den direkta företagshälsovården utan även resurser inom närvården, för laboratorieverksamheten och för den yrkesmedicinska verksamheten. Genom en nära planeringssamverkan skapas möjligheter för företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården att komma överens om bl. a. utbyggnadstakten av olika funktioner, varav båda är beroende.

8.2.4.2 Sjuktransportverksamhet

Enligt 3 §, tredje stycket, sjukvårdslagen skall landstingskommun (jämte kommun, som ej tillhör landstingskommun) "tillse, att det inom sjukvårdsområdet finnes ändamålsenlig organisation för transport till och från sjukhus eller läkare av personer, vilkas tillstånd kräver att transporten utföres med fordon, som är inrättat för ändamålet".

Detta landstingens ansvar för sjuktransportverksamheten kan jämföras med det nu föreslagna totalansvaret, som bör omfatta även sjuktransporter. Redan med nu gällande regler har landstingen således skyldighet att se till att det inom sjukvårdsområdet finns en ändamålsenlig sjuktransportorganisation. Vi avser inte att föreslå någon ändring i detta avseende.

En annan fråga är hur begreppet sjuktransporter i framtiden bör definieras. Härvid bör beaktas att landstingens nuvarande ansvar enligt förarbetet till sjukvårdslagen är begränsat till vägbundna transporter. Det har ifrågasatts huruvida denna begränsning bör bibehållas. Den räddningstjänst som inte på annat sätt är författningsreglerad, exempelvis genom sjukvårdslagen, ankommer nu enligt brandlagen på det primärkommunala brandväsendet. Begreppet räddningstjänst omfattar emellertid inte ambulansflyg och sjöräddning. Dessa verksamheter ingår, som här framgått, inte heller i den sjuktransportverksamhet landstingen ansvarar för.

Frågorna om ansvaret för sjuktransporter och räddningstjänst i vidare bemärkelse är således reglerade i lag men på ett sådant sätt att viss oklarhet råder om ansvarsförhållandena i vissa fall. Mot den bakgrunden har regeringen i enlighet med beslut av 1979 års riksdag genom tilläggsdirektiv uppdragit åt kommittén för utredning av frågor om ersättning på grund av naturkatastrofer m. m. att även pröva frågan om huvudmannaskapet för en räddningstjänst med nuvarande och möjliga nya uppgifter. Denna utredning har förutsatts även omfatta frågan om huvudmannaskapet för sjuktransporter och ambulansverksamhet. Det mer konkreta innehållet i landstingens ansvar för sjuktransportverksamheten kan som en följd av denna utredning komma att förändras. Vi utgår i avvaktan på utredningsresultatet från oförändrade förhållanden när det gäller landstingens ansvar för verksamheten.

8.2.4.3 Hälso- och sjukvård av rikskaraktär m. m.

Mot bakgrund av totalansvarets anknytning till landstingens geografiska områden ingår i detta inte verksamheten vid riks försäkringsverkets olika sjukhus, som är riksomfattande. Totalansvaret avses heller inte beröra av organisationer och enskilda på ideella grunder drivna rekreations- och rehabiliteringsanläggningar, hälsobrunnar, kurorter och hälsohem. Däremot bör totalansvaret omfatta motsvarande, av landstingen själva driven verksamhet.

Hälso- och sjukvård av rikskaraktär och den vård som ges vid övriga här uppräknade typer av institutioner bör – oaktat att den inte omfattas av landstingens totalansvar – dock ses som en resurs inom den totala hälso- och sjukvårdsorganisationen och med hänsyn härtill beaktas vid landstingens planering och i den nära samverkan som bör äga rum inom hälso- och sjukvårdssektorn.

De rättsmedicinska respektive rättspsykiatriska verksamheterna förutsätts även i fortsättningen bli reglerade genom särskilda författningar. Inte heller dessa verksamheter innefattas generellt i totalansvaret men kan det oaktat behöva beaktas i totalplaneringen för enskilda landsting. De kan också komma att beröras av den skyldighet för landstingen att delta i regional samverkan, som följer av totalansvaret. Avgörande härför blir de kompletterande utredningar, som enligt vad tidigare anförts (kap. 3.6.10–11) torde komma att genomföras, samt resultaten av de förhandlingar som bl. a. med ledning härav måste föras mellan staten och vederbörande landstingskommun.

Vi har i kapitel 3 påpekat att antalet utövare av icke-skolmedicin, dvs. utövare av olika slags hälso- och sjukvårdande verksamhet vid sidan av den organiserade hälso- och sjukvården, är förhållandevis stort. Det anses sannolikt att sådan verksamhet ytterligare kommer att öka i omfattning. Dessa inom hälso- och sjukvården verksamma står utanför socialstyrelsens tillsyn och vid sidan av den sjukvård för vilken samhället påtagit sig ett ansvar. Ifrågavarande verksamhet bör därför ej omfattas av landstingens totalansvar. Det kan dock vara naturligt att landstingen följer utvecklingen inom ifrågavarande områden.

8.2.4.4 Läkemedelsförsörjning

Läkemedelsförsörjningen genom sjukhusapotek utgör – även om Apoteksbolaget i flertalet fall har driftsansvaret – en naturlig del av landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet och omfattas härigenom av totalansvaret.

Läkemedelshanteringen i övrigt är en självständig verksamhet med egna huvudmän och ansvarsregler osv. Verksamheten har dock starka beröringspunkter med hälso- och sjukvården och kan även till viss del anses tillhöra denna. Vid apoteken ges en stor del av den individuella hälsouppllysning som från det allmännas sida erbjuds den enskilde. Den inskränker sig inte till upplysning om förebyggande åtgärder. Försäljningen av läkemedel över disk utan recept eller annan föregående läkarordination innebär i själva verket ofta en individuellt utredande och behandlande verksamhet. Den har därför mycket gemensamt med de hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds vid de egentliga vårdinrättningarna. Dessutom är ändamålet med verksamheten att tillhandahålla läkemedel och hjälpmedel, som ju utgör en avgörande förutsättning för en stor del av hälso- och sjukvårdens behandlande verksamhet.

Vi har ändå inte funnit skäl att inordna den läkemedelsförsörjning som här avses i landstingens totalansvar. Verksamheten har redan principiellt en uppbyggnad som väl ansluter till landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation. Redan etablerade samrådsformer torde innebära en garanti för att läkemedelsdistribution m. m. bedrivs under former och med en inriktning som står i överensstämmelse med ett hälsopolitiskt synsätt och som tar hänsyn till de vårdsockandes intressen. Vidare skulle betydande svårigheter uppstå vid försök att avgränsa den del av läkemedelsförsörjningen som skulle omfattas av totalansvaret. Läkemedelsförsörjningen förutsätts således genom de arbetsformer som redan tillämpas kunna anpassas till hälso- och sjukvårdens planering och utveckling. Den bör därför inte beröras av landstingens totalansvar i annan mån än vad här inledningsvis angivits.

8.2.4.5 Övriga till hälso- och sjukvården angränsande verksamheter

Samhällets verksamhet i övrigt, främst inom det sociala området, har i vissa fall mycket starka beröringspunkter med hälso- och sjukvården. Vissa verksamheter bedrivs av såväl staten som landstingen och primärkommunerna. Det kan i sådana fall vara svårt att ange en formell gräns mellan ansvarsområdena. Med hänsyn härtill bör totalansvarets avgränsning i vissa fall lokalt kunna påverkas genom överenskommelser mellan vederbörande landsting och t. ex. berörda primärkommuner.

8.3 Hälso- och sjukvårdens allmänna behov av planering och samverkan

Det särskilda behov av planering och planeringssamverkan som följer av det totalansvar som föreslagits tilldelas landstingen avser utredningen att behandla i avsnitt 8.4. Först skall här redovisas några allmänna synpunkter på hälso- och sjukvårdens behov av planering mot bakgrund av samhällsutvecklingen i stort. Här behandlas också översiktligt de nuvarande formerna av planering för hälso- och sjukvården.

8.3.1 Planeringens allmänna syfte

Planering inom hälso- och sjukvården har liksom annan samhällsplanering till uppgift att ta fram underlag för att man skall kunna bedöma den framtida utvecklingen beträffande såväl behov av och efterfrågan på insatser som tillgång på resurser (ekonomi och personal etc.). Planeringen avser också

- att anpassa verksamheten till ändrade förutsättningar, t. ex. ändrade välfärdspolitiska värderingar,
- att påverka dessa och andra förutsättningar samt
- att skapa handlingsberedskap med hänsyn bl. a. till de begränsningar som gäller eller kommer att gälla för olika slag av resurser.

8.3.2 Samhällsförändringar och andra faktorer som medför ökat behov av planering

Den medicinska utvecklingen går snabbt framåt. Hälso- och sjukvårdssystemet präglas alltmer av ett samspel mellan olika verksamhetsformer, funktioner och specialiserade verksamheter. De ständigt nya förutsättningarna för hälso- och sjukvården nödvändiggör en fortlöpande planering.

Samhällsutvecklingen ger ytterligare eftertryck åt behovet av planering och samverkan. Här nedan erinras om några för hälso- och sjukvårdens planering betydelsefulla förhållanden i samhället. (Sådana har mer ingående diskuterats i kap. 4.)

Andelen i befolkningen av äldre med sammansatta vårdbehov ökar samtidigt som flergenerationsboendet minskar. Härigenom ökar kraven på insatser från samhällets sida. Inte minst ställs krav på förbättrad samordning

av olika samhällseliga insatser inom hälso-, sjukvårds- och annan samhälls-service samt kravet att denna service skall kunna ges i närmiljön.

Andra samhällsförändringar som ställer hälso- och sjukvården inför nya krav är befolkningsomflyttningen liksom befolkningens ökade anspråk i fråga om vårdstandard och den ökade värderingen av god livskvalitet. Med förbättrad allmän utbildningsnivå och med samhällets demokratisering ökar kraven på medinflytande för de vårdsökande och på att även andra än rent medicinska behov skall beaktas.

Utvecklingen av sjukdomsförekomsten och de vårdsökandes värderingar av olika vårdformer påverkar också efterfrågan på hälso- och sjukvård av olika slag. Fördelningen på olika sjukdomar har i ett längre perspektiv radikalt förändrats. Även de vårdsökandes inställning till undersökningar och behandlingar vid respektive utanför sjukhus har förändrats så att intagning förväntas i minskande utsträckning. En allt större del av de medicinska insatserna bedöms därför numera kunna ske i icke sjukhusanslutna vårdformer. Ett beaktande av dessa förhållanden förutsätter en planering, anpassad till förändringarna i sjukdomspanorama och i den medicinska diagnos- och behandlingsarsenalen samt till efterfrågan och tillgången på resurser av olika slag.

8.3.3 *Ekonomiska begränsningar m. m.*

Hälso- och sjukvårdens utveckling och förändring är också påtagligt beroende av det begränsade ekonomiska utrymmet. Minskad ekonomisk tillväxt ökar kraven när det gäller att fördela och utnyttja de tillgängliga resurserna på bästa möjliga sätt. Detta kräver en ingående analys, såväl av pågående verksamheter som av förändrade förutsättningar.

I en tidigare situation, då samhällsekonomin var starkt expanderande, kunde planeringsinsatserna inom hälso- och sjukvården begränsas till avgränsade funktioner (t. ex. enskilda verksamheter eller specialiteter) eller objekt (t. ex. enskilda sjukhus). Även utan förankring i en gemensamt accepterad måluppfattning eller syn på utvecklingen kunde olika krav i stort sett tillgodoses. Hindret för en expansion låg då vanligtvis mindre på den ekonomiska sidan än i bristen på utbildad personal, t. ex. läkare, och byggnadsutrymme (t. ex. för sjukhus).

I dag och framdeles måste synfältet i planeringen vidgas. Med numera avsevärt mindre expansiv samhällsekonomi och därav begränsade totala utbyggnadsmöjligheter för hälso- och sjukvården måste förändringarna inom denna sektor i första hand ske genom omfördelning av resurserna. De olika kraven måste på ett helt annat sätt än tidigare prövas med hänsyn till mer preciserade hälso- och sjukvårdspolitiska mål. Kraven angelägenhetsgraderas sedan med hänsyn till det tillgängliga ekonomiska utrymmet.

Detta ställer i sin tur krav på en långsiktig hälso- och sjukvårdsplanering som omfattar samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Möjligheterna att åstadkomma förändringar begränsas inte bara av knappheten på resurser utan också av andra faktorer, t. ex. trögheten i hälso- och sjukvårdssystemet. Trögheten gör att en verksamhet inte omedelbart kan anpassas till ändrade förutsättningar. Hälso- och sjukvården har byggnader och utrustning som inte utan vidare kan omdisponeras. Den har an-

ställd personal med lång och dyrbar utbildning. Verksamheten representerar också en sysselsättning som i många fall är den dominerande inom en kommun. Åtgärder, som innebär att förutsättningarna i olika avseenden måste påverkas och ändras, tar ofta lång tid.

Genom att i tid försöka förutse behovet av förändringar möjliggörs dock en anpassning till nya krav. Detta förutsätter längre framförhållning i planeringen – dvs. längre planperspektiv.

8.3.4 Former av planering inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdsplaneringen kan indelas i två delar, nämligen

- planering begränsad till hälso- och sjukvårdssektorn och
- medverkan i annan samhällsplanering.

Den förstnämnda delen av hälso- och sjukvårdsplaneringen utgör ett exempel på s. k. *sektorsplanering*. Sektorsplaneringen avser inom hälso- och sjukvården det samlade planeringsarbetet på institutions-, landstings-, region- och riksnivå. Till denna planering får även räknas den samverkan mellan olika vårdgivare inom sektorn som förekommer i planeringsarbetet. Sektorsplaneringen behandlas närmare i det följande avsnittet om totalplanering (8.4).

Behov av *medverkan i annan samhällsplanering* uppstår när hälso- och sjukvården påverkas av eller själv vill påverka annan planering. De olika samhällssektorerna saknar den överblick som skulle krävas för att var för sig i tillräckligt hög grad ta hänsyn till varandras intressen.

Lokalt kan hälso- och sjukvården medverka i annan samhällsplanering t. ex. genom planeringssamverkan mellan landsting och primärkommuner. På central statlig nivå innebär denna form av planering i första hand en samordning mellan de olika sektorerna och en avvägning av insatserna inom skilda områden med hänsyn till olika behov i samhället samt till de samlade resurserna.

Som vi tidigare framhållit i avsnitt 8.1 har hälso- och sjukvården stort behov av att medverka i samhällsplaneringen. Det motiveras främst av att åtgärder enbart inom hälso- och sjukvårdssektorn vanligtvis inte är tillräckliga för att komma till rätta med olika hälsoproblem. En verksamhet som ser till sjukdomarnas orsaker innebär i hög grad förebyggande insatser utanför hälso- och sjukvårdssektorn. Hälso- och sjukvården måste därför medverka vid planering på kort och lång sikt av sådana insatser för att motverka hälsorisker och hälsoproblem.

Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen är nödvändig på alla nivåer, från riksnivån till den nivå där det praktiska arbetet utförs. I huvudsak all hälso- och sjukvård bör alltså vid sidan av sina traditionella uppgifter och utifrån olika förutsättningar aktivt delta i samhällsplaneringen. Härigenom förbättras hälso- och sjukvårdens möjligheter att på längre sikt påverka människornas levnadsvillkor och hälsosituationen inom befolkningen. (Fråga om medverkan i samhällsplaneringen berörs även i det följande avsnittet 8.4.2.2.)

8.4 Totalplanering och planeringssamverkan

8.4.1 Gällande förutsättningar för landstingens planering

Landstingens planeringsverksamhet kan i dag bedrivas utifrån vissa givna förutsättningar, bl. a. följande.

Sjukvårdslagstiftningen innehåller föreskrifter om *skyldighet* för sjukvårdshuvudmännen att bedriva planeringsverksamhet. I sjukvårdslagens bestämmelser om sjukvårdsstyrelsens åligganden (§ 10) anges, att styrelsen skall verka för största möjliga planmässighet i sjukvården. Enligt sjukvårdskungörelsen (4 §) bör sjukvårdsstyrelse efter samråd med berörda myndigheter göra upp översiktsplaner för sjukvården och olika grenar av denna. Folkvandvårdskungörelsen (3 §) ålägger landstingskommun att fastställa en plan över folkvandvården inom landstingskommunen.

De ökade vårdbehoven, resursknappheten och de ständigt nya förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsverksamheten gör att *behovet* av planering alltmer uppmärksammas. Detta har närmare utvecklats i föregående avsnitt.

Planeringen har under 1970-talet utvecklats i riktning mot ett *enhettligt system*. En strävan är därvid att planeringen skall vara total, dvs. omfatta samtliga landstingets verksamheter och samtliga tidsperspektiv. Planeringen på 10–15 års sikt avses resultera i en principplan, planeringen på medellång sikt i en femårsplan och den kortsiktiga planeringen i årsbudgeten. Planeringsarbetet förutsätts bedrivas som en fortgående process och de olika plandokumenterna avses samordnade med varandra. Avsikten är att planeringssystemet skall omfatta såväl verksamhetsplanering som finansiell och personell planering. Vi förutsätter att landstingens planering vidareutvecklas enligt här i korthet angivna riktlinjer.

Planeringsområdet sammanfaller f. n. i flertalet fall geografiskt med länen. Hälso- och sjukvårdsservicen i områden kring länsgränserna kräver i vissa fall överenskommelser om samverkan mellan två eller flera landsting. Samarbetet inom regioner omfattande flera landsting har hittills dominerats av den s. k. regionsjukvården som benämning på den specialiserade vård som kräver större befolkningsunderlag än ett enskilt landstings. I regionsjukvårdsutredningen (se närmare härom i 8.5) redovisas förslag om utvidgning av det regionala samarbetet. De grundläggande förutsättningarna ifråga om landstingens planeringsområde förändras emellertid inte av de förslag utredningen redovisat.

8.4.2 Särskilda krav till följd av ett totalansvar för landstingen

Våra tidigare resonemang, innebärande att ett totalansvar för hälso- och sjukvård avseende befolkningen inom respektive område bör åläggas landstingen, ställer särskilda krav på dessa. Totalansvaret medför bl. a. en skyldighet för landstingen att aktivt verka för att det samlade utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster kommer alla till del på ett planerat och samordnat sätt.

I första hand berörs alltså inte landstingens roll som vårdgivare. En direkt följd blir däremot en avsevärd vidgning av landstingens ansvar för planering och samordning liksom för ökad samverkan med andra samhällsorgan.

8.4.2.1 Ökat planerings- och samordningsansvar

Landstingen svarar för huvudparten av all hälso- och sjukvård. Behovet av planering och samordning av den egna verksamheten – mellan medicinska verksamhetsområden, vårdinrättningar och olika yrkesutövare – är mycket stort. Inom vissa verksamhetsområden kommer såvitt nu kan bedömas även andra vårdgivare – staten, primärkommunerna, företag och enskilda vårdgivare – att vara verksamma. Ett totalansvar förutsätter att landstingens egna och de övriga vårdgivarnas resurser samordnas till ett från befolkningens synpunkt gemensamt vårdutbud.

Planeringen måste av dessa skäl omfatta alla hälso- och sjukvårdsinsatser och resurser inom länet och för länets befolkning.

Det ankommer därmed på landstingen att göra bedömningar av den egna befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård. Huvuddelen av dessa behov kan tillgodoses inom länsgränserna.

Vissa hälso- och sjukvårdsresurser kräver dock större befolkningsunderlag och måste planeras i samverkan mellan flera landsting, inom regionsjukvårdsområden. Vårdinsatserna på regionnivå bör motiveras av krav från de i regionen ingående enskilda landstingen. Inom varje region bör enligt regionsjukvårdsutredningen finnas ett samverkansorgan, benämnt regional samverkansnämnd. Formerna för samverkan inom regioner behandlas närmare i avsnitt 8.5.

Av totalansvaret följer ett ansvar inte bara för att vård kan erbjudas befolkningen när behov därav föreligger. Landstingen har också att – med utgångspunkten att behovet av resurser i princip är oberoende av vem som är vårdgivare – påverka annan samhällsplanering för att säkerställa hälso- och sjukvårdens tillgång till resurser. Ett område som berörs av detta ansvar är utbildningsområdet, där landstingen har att bevaka dels att utbildningen är av tillräcklig omfattning, dels att den har ett kvalitativt innehåll, anpassat till vårdens utveckling och andra förändringar.

Som utredningen tidigare konstaterat kan vårdbehoven i stor utsträckning förebyggas genom åtgärder utanför hälso- och sjukvårdens område. Vidare har t. ex. påpekats att vård och rehabilitering ofta kräver samordnade hjälpinsatser från flera samhällsorgan och inte bara sjukvårdsinsatser. Behovet av samordning gäller därför inte enbart verksamheten inom hälso- och sjukvården utan motiverar också ett samarbete med socialvård och annan primärkommunal verksamhet, t. ex. äldreomsorg och skolverksamhet. Hälso- och sjukvårdens intressen måste även i ökad omfattning bevakas i samband med den statliga planeringen på länsnivå. Detta motiverar att landstingets planeringsansvar får en tämligen vid innebörd. I följande avsnitt behandlas detta närmare.

8.4.2.2 Planerings- och samordningsansvarets tillämpning

Sedan det konstaterats, att landstingen bör ha ett planeringsansvar som berör alla hälso- och sjukvårdsverksamheter inom sina resp. områden, bör närmare diskuteras vilka åtgärder detta kräver.

Ett första krav är att den totala aspekten blir en utgångspunkt för landstingens nuvarande planeringsprocess (sektorsplaneringen). Plandokument

som principplaner och femårsplaner måste därvid på lämpligt sätt även innefatta uppgifter om övriga vårdgivares verksamhet, som dessa vårdgivare bör tillhandahålla. Planeringen bör så långt möjligt ge uttryck för gemensamma hälso- och sjukvårdspolitiska mål – uttryckta som effekter på befolkningens hälsotillstånd – och för den principiella inriktningen av olika verksamhetsområden och vårdfunktioner. Det konkreta planeringsarbetet bör främst avse bedömning av framtida vårdbehov, behov av ekonomiska och personella resurser samt verksamheternas lokalisering.

Innebörden av planeringsansvaret blir också överenskommelser i förekommande fall om fördelningen av vårdgivaransvaret. I viss utsträckning avgörs fördelningen av detta ansvar av i annan ordning träffade överenskommelser. Så regleras t. ex. ansvaret för företagshälsovården huvudsakligen genom avtal mellan de centrala parterna på arbetsmarknaden. Oaktat detta kommer att föreligga stort behov av att lokalt komma överens om viss arbetsfördelning. Överenskommelser behöver träffas t. ex. med enskilt praktiserande läkare och tandläkare, som beräknas tillgodose viss del av det totala behovet av öppen mottagning.

Vårdgivarna förutsätts medverka i planeringen inte bara i nyss nämnda avseenden. Viktigt är att medverka även sker genom deltagande i erforderliga överenskommelser om samverkan. Denna samverkan kan t. ex. beröra jour och annan beredskap, planering av semester och annan ledighet, utnyttjande av resurser vid kliniker och laboratorier, fortbildnings- och konferensverksamhet och samråd i olika avseenden.

En samverkan i planeringen de olika vårdgivarna emellan innebär i sin enklaste form endast en registrering av befintlig verksamhet och framskrivning av väntad utveckling enligt vederbörande vårdgivares bedömning. I andra fall krävs mer eller mindre bindande överenskommelser, exempelvis

- samråd och samverkan utan mera formaliserat eller bindande innehåll,
- överenskommelser utan mer omfattande reglering – i så fall främst av mera tillfällig och på annat sätt begränsad karaktär – eller
- avtal om samarbete med långtgående reglering.

Vi räknar med att dessa typer av samråd, som redan förekommer, vanligen skall kunna tillämpas. Om förutsättningar härför saknas återstår alternativet med enbart registrering och framskrivning.

Inom ramen för samverkan mellan vårdgivarna i fråga om verksamhetens planering och samordning bör också övervägas formerna för kontinuerlig driftsamverkan och för informationsutbyte. Vi avser härmed såväl samarbete avseende enskilda vårdfall som ömsesidig information om t. ex. hälsorisker i miljö eller planerade förändringar i vårdutbudet.

Vid sidan av planeringen inom hälso- och sjukvårdssektorn måste landstingen medverka i planeringen också på andra områden. Utanför hälso- och sjukvårdens område har landstingen att samverka med såväl primärkommunala som statliga organ. Särskilt mellan landsting och primärkommuner är en samordnad planering nödvändig för behandling av gemensamma intresseområden och gemensamma resursfrågor.

Intresseområden som i stor utsträckning är gemensamma är bl. a.

- äldreomsorg,
- vård- och hjälpinsatser för barn, ungdom (bl. a. skolhälsovård) och handikappade samt
- vård- och hjälpinsatser för personer med psykiska störningar inkl. vård av alkoholmissbrukare m. fl.

Resursfrågor som berör både landsting och kommuner avser i första hand utbildning och rekrytering av personal till hälso- och sjukvård samt socialvård.

En given utgångspunkt för planeringen är att landstinget med ett totalansvar för hälso- och sjukvården och primärkommunen, med det yttersta ansvaret för att den enskilde får erforderligt bistånd, tillsammans har ett ansvar för att medicinska och sociala vård- och hjälpinsatser vid behov kan komma befolkningen till del.

Samarbetet med primärkommunerna liksom med andra organ utanför hälso- och sjukvården är nödvändigt med hänsyn till att målen för hälso- och sjukvården till stor del överensstämmer med målen för hela välfärdspolitiken. Verksamheten inom hälso- och sjukvården måste därför samordnas med insatserna inom andra områden för välfärdspolitiken, t. ex. social, kommersiell och kulturell service och med insatserna inom miljövårdsområdet. Utvecklingen i dessa avseenden omfattas numera av den statliga planering, den s. k. länsplaneringen, som sedan slutet av 1960-talet systematiskt bedrivs inom varje län. Genom en samordning av hälso- och sjukvårdsplanering och länsplanering motverkas en icke önskvärd sektorisering av samhällsarbetet. På länsplanet aktualiseras bl. a. för länsplaneringen samarbete med länsstyrelsen, yrkesinspektionen, försäkringskassan, länskolnämnden och länsarbetsnämnden.

Medverkan i annan planering motiveras som vi i flera andra sammanhang framhållit bl. a. av landstingets uppgift att på andra områden tillvarata de hälsopolitiska intressena. Sådan medverkan får ökat berättigande vid genomförande av våra förslag om utvidgning av hälso- och sjukvårdens verksamhet till att även omfatta individinriktad hälsovård och hela befolkningens hälsotillstånd liksom med ett totalansvar ålagt landstingen.

Genom en väl utvecklad medverkan i annan samhällsplanering ges möjlighet inte bara för landstingen att påverka annan sektorsplanering utan också för övriga sektorer att påverka hälso- och sjukvården. Miljöfaktorer m. m. kan därmed bättre beaktas i hälso- och sjukvårdsplaneringen. Detta understryker särskilt behovet av samverkan med företagshälsovården. Landstingen får också genom avsedd samverkan möjlighet att anpassa sin anställningspolitik till sysselsättningsutvecklingen i övrigt och till länsplaneringens målsättning. Vidare kan utbildningsinsatserna relateras till de samlade behoven inom respektive län.

På här anförda skäl bör den nya lagen för hälso- och sjukvården ange en skyldighet för landstingen att samverka med andra verksamheter av betydelse för hälso- och sjukvården.

8.4.2.3 Planeringsarbetets bedrivande

Ett viktigt krav är att hälso- och sjukvårdssystemet skall iaktta människans hela situation och arbeta mer utåtriktat än tidigare. Hälso- och sjukvårdsverksamheten har i denna utredning också avsetts få sitt område vidgat så att det även omfattar individuell hälsovård och samhällsinriktade kollektiva insatser. Vårdinsatserna bör i ökad utsträckning ta hänsyn till sjukdomarnas orsaker och därvid bl. a. olika faktorer i den enskildes närmiljö. Detta leder till slutsatsen, att hälso- och sjukvården måste vara lokalt anknuten och så lätt tillgänglig att den kan bedrivas i närkontakt med människorna i deras naturliga miljö.

Denna förankring av hälso- och sjukvården i närmiljön bör avspeglas även i planeringsarbetets utformning. Planeringen bör således byggas upp från närvårdsnivån. Härigenom kan planeringen anpassas till de speciella behoven inom varje särskilt område. I planeringsprocessen bör alltså behov och resurser först analyseras och avvägas i delar av landstingsområdet, lämpligen inom områden motsvarande primärkommuner eller kommundelar.

Arbetet under denna grundläggande fas av planeringen underlättas med gemensamma planeringsförutsättningar för hälso- och sjukvård och annan verksamhet inom de berörda primärkommunernas gränser. Därmed avses gemensamma

- politiskt förankrade mål och riktlinjer för kommunens utveckling samt
- nulägesbeskrivningar, prognoser och utvecklingstendenser samt konsekvensbeskrivningar av redan fattade beslut.

Genom samverkan mellan landstingen och primärkommunerna i planeringsarbetet läggs även grunden för en fortlöpande driftsamverkan. Därmed avses bl. a. samarbete vid den individuella behandlingen av exempelvis äldre, handikappade och missbrukare.

De grundläggande principer för hälso- och sjukvårdsplaneringen som här förordats överensstämmer i stor utsträckning med principerna för länsplaneringen. Såväl en hälso- och sjukvårdsplanering med den föreslagna uppbyggnaden som länsplaneringen utgår från beskrivningar, analyser och statistik etc. med primärkommunens område som bas. Båda planeringsformerna har ett starkt intresse av att den sociala servicen i olika länsdelar är samordnad och av att samverkan vidareutvecklas mellan landstingens hälso- och sjukvårdsinsatser och primärkommunernas sociala verksamhet. Hälso- och sjukvårdsplanering respektive länsplanering bör därför samordnas och stämmas av mot varandra.

I planeringsarbetet på närvårdsnivån aktualiseras också den samverkan mellan landstinget och andra vårdgivare som tidigare berörts. Inom närvården torde framför allt samarbetet med företagshälsovård samt med privatpraktiserande läkare/tandläkare, sjukgymnaster och enskilda sjukhem vara av stor vikt. Härvid bör beaktas såväl befintlig enskild verksamhet som den verksamhet som beräknas tillkomma genom nyetablering.

Mot bakgrund av samverkan som en av de avgörande förutsättningarna för totalplaneringens genomförande är det angeläget framhålla behovet av ändamålsenliga former för detta landstingets samråd och samarbete med de andra vårdgivarna. Samarbetsbehovet är ömsesidigt. Detta gäller inte

minst företagshälsovården och den av landstingen bedrivna yrkesmedicinska verksamheten, som båda för en planmässig och samordnad utveckling är starkt beroende av planeringssamverkan. Erfarenheterna visar att avsaknad av samrådsorgan etc. kan vara en direkt bidragande orsak till otillfredsställande samordning. Så har t. ex. företagshälsovården av detta skäl hittills kommit att utvecklas relativt oberoende av hälso- och sjukvården i övrigt.

För samverkan med primärkommunerna har numera på de flesta håll i landet tillsammans med kommunförbundets länsavdelningar inrättats särskilda samrådsorgan med rådgivande och informerande funktioner. En möjlighet till samråd och utbyte av information med bl. a. enskilt praktiserande läkare finns genom de i varje län bildade läkarföreningarna. Diskussioner förs om vårdssamverkan i gemensamma samrådsgrupper mellan folktandvården och de lokala tandläkarföreningarna.

Förutsättningar torde finnas för en vidareutveckling av här berörda former av samverkan. En tänkbar möjlighet kan också vara att inom varje landstingsområde tillskapa ett för de enskilda vårdgivarna gemensamt organ för samverkan med landstinget. Genom detta skulle t. ex. planer på etablering av verksamhet kunna redovisas för landstinget. I ett sådant organ skulle kunna ingå representanter för enskilt praktiserande läkare, tandläkare, sjukgymnaster och psykologer m. fl. (Samverkansfrågor har också berörts i en av landstingsförbundet genomförd utredning härom.)

I den samverkan som berör företagshälsovården är angeläget att även uppmärksamma behovet av samarbete med yrkesinspektionen. Vi anser betydande fördelar vara att vinna om det på länsnivå inrättas permanenta samrådsorgan för olika arbetsmedicinska frågor. Yrkesinspektionsnämnderna skulle efter en översyn av deras verksamhet och organisation liksom av distriktsindelningen kunna vara sådana samrådsorgan.

Behovet av samverkan landsting – primärkommuner – andra vårdgivare varierar med hänsyn till frågornas art och omfattning. I vissa fall kan tillfälliga kontakter tillgodose behovet, medan det i andra fall är mest ändamålsenligt med överläggningar i samarbetsorgan av permanent karaktär eller med behandling i beslutsmässiga organ. Vi finner därför inte lämpligt att föreskriva viss form för samverkan.

Planeringsarbetet på närvårdsnivå kan tänkas utmyнна i ett samlat planeringsunderlag för hälso- och sjukvården inom varje närvårdsområde. Detta bör vara behandlat inom berörda lokala hälso- och sjukvårdsorgan och på lämpligt sätt förankrat i primärkommunen.

Många hälso- och sjukvårdsverksamheter tillgodoser mindre vanliga vårdbehov eller vårdbehov som kräver större resurser. De kan därför inte finnas inom varje närvårdsområde. För landstingets totala planering erfordras därför självfallet även ett planeringsarbete för den verksamhet som kräver ett större befolkningsunderlag, således för länsjukvården. Planeringen för länssjukvården bör bedrivas jämsides med närvårdsplaneringen.

För att möjliggöra avsedd omstrukturering av hälso- och sjukvården och tillgodose de krav som ställs på en ändamålsenlig hälso- och sjukvård bör planeringen bygga på ett nära samarbete mellan närvård och länssjukvård. Bl. a. måste vissa insatser och resurser inom länssjukvården avvägas och anpassas till behov och önskemål som närvårdsorganisationen anger. Här är i hög grad fråga om principer för ett praktiskt samarbete i den löpande

verksamheten i syfte att skapa en så effektiv total vårdorganisation som möjligt.

Ett planeringsarbete förutsätts sålunda bedrivas såväl inom respektive närvårdsområde som på länssjukvårdsnivån. Det planeringsunderlag som härigenom erhålles bör vidare bearbetas inom landstingets sammanhållande planeringsfunktion enligt fastlagda principer för den långsiktiga planeringen.

Därvid sker en avstämning mot mål och riktlinjer och mot eventuellt anvisade ramar för resurstilldelningen samt en fortsatt bearbetning och avvägning med hänsyn till gällande förutsättningar.

8.4.2.4 Totalplaneringens dokumentation

Uttrycket totalplanering för hälso- och sjukvården sammanfattar *dels* en princip enligt vilken landstinget har att uppfylla sitt totala ansvar, *dels* ett system av olika plandokument samt avtal och andra överenskommelser om åtaganden vad gäller bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet och om samverkan. Till totalplaneringen hör också efter hand vidtagna åtgärder i den löpande verksamheten eller åtgärder vidtagna på grund av ändrade förutsättningar. Beslut härom torde dokumenteras främst genom protokoll och därtill hörande handlingar hos hälso- och sjukvårdsnämnden eller denna underordnade organ.

Med införande av begreppet totalplanering har utredningen velat ta fasta på en redan pågående utveckling. Planeringsmodellen innebär således i princip inga stora förändringar men däremot att planeringen i berörda avseenden får en mer systematiserad form och ett ökat omfång. Förutsättningarna torde vara goda att inordna totalplaneringen och tillämpa dess principer i den nuvarande planeringen. Landstingens principplaner och femårsplaner bör därför, kompletterade med träffade avtal och överenskommelser samt andra särskilda beslut, utgöra den grundläggande dokumentationen av totalplaneringen.

Utredningen har övervägt möjligheterna att i sammanhanget använda begreppet "totalplan", betecknande en för hela totalplaneringen samlande och aktuell handling. Med redovisade utgångspunkter saknas täckning för detta. Genom användande av begrepp som "principplan resp. femårsplan för den totala hälso- och sjukvården" kan emellertid antydans ges om landstingens totalplaneringsansvar.

Principplanen anger då på grundval av en probleminventering mål och tänkbara utvecklingslinjer för de olika verksamhetsgrenarna. Målen formuleras så långt möjligt med utgångspunkt i en diskussion om olika gruppers välfärd men kan i det långa perspektivet inte anges alltför detaljerat. Principplanen styr i huvuddragen innehållet i femårsplan och årsbudget.

Femårsplanen bör vara utformad som en plan för principplanens förverkligande i vad avser femårsperioden. I femårsplanen bör ingå mera detaljerade uppgifter i första hand om hur det väntade vårdbehovet skall tillgodoses genom olika vårdformer och tjänster samt uppgifter om vårdgivare, organisation, lokalisering och finansiering. Planen bör också ange olika förutsättningar för förverkligande, t. ex. i form av utbildningsinsatser, och de krav som härvidlag ställs på regionala eller centrala statliga myndigheter.

Med detta innehåll utgör femårsplanen det viktigaste dokumentet inom totalplaneringen.

Princip- och femårsplanerna förutsätts omfatta all hälso- och sjukvård inom respektive landsting jämte den vård som måste tillgodoses genom ett regionsamarbete. Verksamheterna fördelas på egna, andra offentliga och enskilda vårdgivare.

Det tredje och slutliga dokumentet i landstingets planeringssystem, årsbudgeten, an knyter till planeringen endast vad gäller den egna verksamheten och träffade konkreta överenskommelser med andra vårdgivare. Årsbudgeten påverkas därför endast i liten utsträckning av ett vidgat planeringsansvar.

8.4.3 *Reglering av hälso- och sjukvårdens planering*

En grundläggande förutsättning för att totalansvaret skall få ett reellt innehåll är att landstingen åläggs en skyldighet att i samverkan med andra vårdgivare planera all hälso- och sjukvård inom sina resp. områden. Detta planeringsansvar bör regleras genom föreskrift i hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen finner däremot, som tidigare påpekats, inte skäl att i lagen föreskriva viss form för samverkan mellan olika vårdgivare i planeringen eller i annat avseende. Lagen bör också ålägga landstingen att samverka med andra verksamheter av betydelse för hälso- och sjukvården.

8.5 Planering och planeringssamverkan för regionsjukvården

Vissa insatser av hälso- och sjukvården kräver ett större underlag än vad varje enskilt landsting ger och planeras därför i samverkan mellan flera landsting inom ramen för ett regionsamarbete. För detta ändamål är landet för närvarande indelat i sju (sex enligt regionsjukvårdsutredningens förslag) sjukvårdsregioner med vardera ett eller flera regionsjukhus.

Regionsjukvården svarar för en kvantitativt liten del av den totala patientvården. Dess verksamhet är dock av mycket stor betydelse, inte minst med hänsyn till att den i stor utsträckning är vägledande och normerande för hälso- och sjukvården över huvud taget.

Ert betänkande om regionsjukvården har framlagts av regionsjukvårdsutredningen (SOU 1978:70). I betänkandet redovisas olika förslag till förändringar rörande samarbetet inom och mellan sjukvårdsregionerna. Vissa av dessa förslag är avsedda att beaktas vid utformning av den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen och bör därför också prövas av vår utredning.

Medverkan i planeringen på regionnivå följer som en konsekvens av det landstingens totalansvar som vi föreslår införande av. Också denna utgångspunkt för regionsjukvårdens planering ger anledning att något närmare beröra dessa frågor.

8.5.1 *Regionsjukvårdsbegreppet*

De riktlinjer som nu gäller för regionsjukvårdens utbyggande fastställdes av riksdagen år 1960. Till följd av att det i detta riksdagsbeslut gjordes en uppdelning av de medicinska verksamhetsområdena i en grupp som borde förbehållas regionsjukhus och en grupp som borde utvecklas på länsplanet, har begreppet regionsjukvård hittills avsett den vård på de s. k. regionklinikerna som regleras i särskilda regionsjukvårdsavtal. I enlighet härmed avser regionsjukvård verksamhet inom ett begränsat antal s. k. regionspecialiteter.

I socialstyrelsens förslag till principprogram inför 80-talet (HS 80) har begreppet regionsjukvård getts en mera vidsträckt innebörd. Regionsjukvården tilldelas där ansvar "för det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbehandlade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött". Till regionsjukvården räknas också "sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas". Enligt denna beskrivning förekommer regionsjukvård inom i princip alla medicinska verksamhetsområden.

Regionsjukvårdsutredningen har anslutit sig till HS 80:s definition av regionsjukvårdsbegreppet. Utredningen anser således att regionsjukvård inte bör begränsas till vissa specialiteter utan utgör en del av flertalet medicinska verksamhetsområden. Vidare avses regionsjukvården omfatta patienter såväl från det sjukvårdsområde där regionsjukhuset ligger som från regionen eller landet i övrigt.

Begreppet regionsjukvård används i regionsjukvårdsutredningen – liksom fortsättningsvis i vår utredning – i denna vidgade betydelse.

8.5.2 *Formerna för planeringssamverkan mellan landstingen*

Regionalt samarbete inom hälso- och sjukvården förutsätter överenskommelser som grund för insatsernas inriktning och dimensionering. Sådana överenskommelser måste i sin tur grundas på planer för hälso- och sjukvården hos samtliga berörda landsting. En samverkan i landstingens planering är då en nödvändig förutsättning för det regionala samarbetet. Detta bör i första hand inriktas på de delar av de enskilda landstingens planer som berör regionsjukvården.

Regionsamarbetet bör vidareutvecklas enligt de riktlinjer regionsjukvårdsutredningen angivit. Som utredningen anfört bör samarbetet avse att fastställa, vilken vård de enskilda landstingen själva skall tillhandahålla samt arten och omfattningen av den vård som bör bedrivas på regionnivå.

Samplaneringen bör ges karaktären av en dialog mellan regionsjukvårdshuvudmannen och de i regionen ingående huvudmännen för hälso- och sjukvården inom landstingen om önskvärda, möjliga och planerade förändringar. Denna del av samverkan inom regionen bör inte låsas fast i ensartade former för samtliga regioner. Varje region bör således kunna utforma samplaneringen av regionsjukvården samt närliggande och avhängiga verksamheter på det sätt som bedöms lämpligt och regleras mellan landstingen inom regionen, dvs. genom regionsjukvårdsavtal.

I varje region bör, som regionsjukvårdsutredningen framhållit, finnas ett samverkansorgan, benämnt regional samverkansnämnd. Nämnden förutsätts överta den nuvarande regionsjukvårdsnämndens uppgifter och i likhet med denna ha en rådgivande funktion. Den viktigaste uppgiften föreslås vara att ombesörja samplanering av den hälso- och sjukvård som det inte lämpar sig att bedriva inom varje landsting. Nämnden förutsätts även ha vissa uppgifter i övrigt avseende utökad samverkan. Således bör samverkansnämnden också handlägga frågor beträffande block för läkares vidareutbildning inom regionerna. Samarbete i beredningsfrågor bör etableras mellan nämnden och civilbefälvärnarna.

Samverkansnämnden förutsätts vid sidan av det organiserade samarbetet även verka för ett fortlöpande informationsutbyte mellan huvudmännen i fråga om behov och resurser.

Liksom inom de enskilda landstingen bör även för regionsjukvården kunna användas ett system med principplaner, femårsplaner och årsbudgeter. Planeringens viktigaste uppgift blir härvid att ange vilka resurser som skall vara unika för regionsjukvården samt deras ungefärliga storlek. På motsvarande sätt som beträffande de enskilda landstingens principplaner bör som underlag för principplanen för regionen redovisas uppgifter om förväntade förändringar avseende sjukdomsfrekvens, medicinsk och teknisk utveckling etc. inom de olika medicinska verksamhetsområdena.

Vi anser i likhet med regionsjukvårdsutredningen att de regionala principplanerna bör tillställas socialstyrelsen och landstingsförbundet. En bearbetning och analys kan sedan – på sätt som för närvarande sker – göras i samarbete mellan de centrala hälso- och sjukvårdsorganen. Överläggningar bör sedan tas upp med berörda regioner beträffande medicinska verksamhetsområden, där en samlad bedömning för hela riket motiverar förändringar i planerna. På riksplanet bör uppmärksamhet ägnas även sådan verksamhet, som bedrivs i samverkan mellan två eller flera sjukvårdsregioner, s. k. flerregional hälso- och sjukvård. Nyetablering av sådan verksamhet måste på ett tidigt stadium bli föremål för samråd mellan berörda regioner. Samarbete över regiongränser bör enligt regionsjukvårdsutredningen regleras genom riksavtal.

Den föreslagna vidgningen av regionsjukvårdsbegreppet innebär att större delen av den verksamhet, som nu regleras av det särskilda utomlänsavtalet, kommer att inbegripas i regionsjukvården. Ett visst behov av remitteringar över regiongränser kommer dock att kvarstå beroende bl. a. på att vissa medicinska verksamhetsområden inte kommer att finnas i alla regioner.

Erfarenheten har visat att med nuvarande samarbetsformer mellan sjukvårdshuvudmännen finns risk för bristande samordning mellan läns- och regionsjukvården med åtföljande överetablering inom den högkvalificerade sjukvården. Utvecklingen av sådana resurser bör dock ske mer planmässigt enligt de tankegångar som här ovan redovisats. En gemensam planering inom och mellan regionerna föreslår regionsjukvårdsutredningen vara obligatorisk. Utredningen har därför förutsatt en i lag reglerad skyldighet för landstingen att medverka i den regionala planeringen.

8.6 Huvudmannaskap och vårdgivaransvar för landstingen i vissa fall

8.6.1 *Allmänna utgångspunkter*

Fördelningen av uppgifterna på olika vårdgivare påverkar inte omfattningen av landstingens totalansvar. Totalansvaret kan således mycket väl omfatta verksamhet, inom vilken landstingen ifråga inte är vårdgivare (jfr 8.2.3). En utgångspunkt vid införande av ett totalansvar är ju också att andra vårdgivare verkar vid sidan av landstinget.

Däremot kan landstingets skyldighet att verka som vårdgivare påverkas av totalansvaret. Som tidigare påpekats kan det nämligen på grund av totalansvaret bli aktuellt för ett landsting att ta på sig ytterligare vårdgivaransvar om detta blir nödvändigt för ett tillfredsställande vårdutbud.

Vi har i anslutning till övervägandena om totalansvaret haft anledning att diskutera landstingens uppgifter som huvudmän eller vårdgivare inom några särskilda områden. Utredningens slutsatser av dessa diskussioner redovisas här nedan.

8.6.2 *Hälsovård*

Tidigare i betänkandet har påpekats angelägenheten av att stor uppmärksamhet i hälso- och sjukvården ägnas frågor om miljöns och de sociala förhållandenas betydelse för olika sjukdomars uppkomst. Uppmärksamhet måste ägnas hälsoriskerna, såväl de risker som kan förknippas med olika omgivningsfaktorer som de som betingas av den enskildes livsföring. Mot den bakgrunden har det ansetts tillhöra hälso- och sjukvårdens uppgifter att ta till vara, sammanställa och bearbeta den information om miljörisker, som upptäcks i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. På hälso- och sjukvården ankommer utifrån denna förutsättning att informera och samverka med olika organisationer i samhället och därigenom medverka till samhällsförändringar av betydelse för befolkningens hälsa. En väsentlig uppgift är även registreringen av sjukligheten och dess förändringar. I en sådan förebyggande verksamhet ingår också åtgärder i syfte att bekämpa smittsamma sjukdomar och förhindra smittospridning.

Av tidigare diskussion har även framgått att landstingen på länsnivå torde vara den enda organisation som har förutsättningar att ta ett samlat ansvar för befolkningens hälsa. Inom landstingen finns redan i stor utsträckning de resurser och den kompetens som erfordras för en hälsopolitiskt inriktad verksamhet. Landstingen har också förutsättningar för att kunna etablera den samverkan, såväl inom som utanför hälso- och sjukvårdssektorn, som är nödvändig eftersom möjligheterna att förhindra uppkomst av sjukdom i stor utsträckning ligger utanför själva hälso- och sjukvårdssystemet. Landstingen har därför själva betydelsefulla uppgifter inte minst som vårdgivare inom området hälsovård. Någon direkt skyldighet för landstingen att verka som huvudman eller vårdgivare bör dock inte föreskrivas i hälso- och sjukvårdslagen.

I dessa landstingens uppgifter som vårdgivare ingår som tidigare framgått inte den verksamhet, som i annat sammanhang föreslagits få benämningen hälsoskydd (tidigare "allmän hälsovård") och som alltjämt ankommer på primärkommunerna.

Viss hälsovård, nämligen uppgifter inom områdena epidemiologi, miljömedicin med omgivningshygien samt smittskydd, har hittills delvis kommit att åvila länsläkarorganisationen. Verksamheten inom denna har en inriktning dels på tillsyn inom hälso- och sjukvården, dels på planering m. m. av åtgärder inom de berörda områdena.

Förutsättningarna för länsläkarorganisationens arbete har under senare år förändrats på ett genomgripande sätt. Utvecklingen går liksom beträffande den kommunala verksamheten i stort mot större självständighet och ökat ansvar för såväl hälso- och sjukvårdshuvudmännen som för primärkommunerna när det gäller deras uppgifter inom allmän hälsovård (hälsoskydd). En beredningsgrupp inom socialdepartementet har framlagt förslag om att länsläkarorganisationen i dess nuvarande form avvecklas och att arbetsuppgifterna överförs till landstingen och andra organ i linje med den allmänna utvecklingen inom hälso- och sjukvården. En proposition med förslag i överensstämmelse härmed har framlagts (prop. 1979/80:6).

Om detta förslag genomföres kommer bl. a. länsläkarnas uppgifter avseende planering och förebyggande, rådgivande och samordnande åtgärder inom områdena epidemiologi, miljöskydd med omgivningshygien samt smittskydd att bli anförtrödda åt landstingen. Det skulle innebära en ytterligare utvidgning av landstingens funktioner som vårdgivare inom området hälsovård. Vi återkommer i kap. 10 till frågan om länsläkarnas nuvarande tillsynsfunktioner.

8.6.3 Skolhälsovård

Utredningen har tidigare förutsatt att skolhälsovården ingår i hälso- och sjukvården och därför också i totalansvaret. Då återstår att diskutera frågan om det direkta ansvarstagandet som huvudman och vårdgivare för skolhälsovården.

Primärkommunerna svarar f. n. för huvudmannaskapet för skolhälsovården inom grundskola och gymnasium. Verksamheten förutsätts vara huvudsakligen förebyggande till sin karaktär men viss enklare sjukvård skall också kunna utföras av såväl skolläkare som skolsköterska.

Frågan om det framtida ansvaret har varit föremål för behandling bl. a. av skolhälsovårdsutredningen. I dess betänkande (SOU 1976:46) framlades vissa förslag till bl. a. organisation av skolhälsovården samt redovisades argument för och emot två alternativa lösningar med antingen skolhuvudmannen eller sjukvårdshuvudmannen som huvudman för skolhälsovården.

För lösningen med skolhuvudmannen som huvudman för skolhälsovården talade enligt utredningen främst att elevvården i skolan blir effektivare om alla arbetstagare har samma huvudman, att samarbetet mellan olika personalkategorier då underlättas och att insatser av studiestödjande karaktär blir lättare att genomföra, om elevvårdsteamet som helhet sorterar under samma huvudman.

Som fördelar med alternativet med sjukvårdshuvudmannen som huvudman för skolhälsovården angav utredningen bl. a. att detta skulle leda till större effektivitet och bättre resursutnyttjande i samhällets hälso- och sjukvård för barn och ungdom, att samarbetet mellan personalen inom skolhälsovården och hälso- och sjukvården i övrigt skulle förbättras och att kontinuiteten i läkarkontakterna för det enskilda barnet skulle bli större.

Skolhälsovårdsutredningen betonade att skolhälsovården skulle ses som en del av skolans elevvård och att den även i framtiden borde vara en angelägenhet för skolhuvudmannen. Till utredningen fogades särskilt uttalande av experterna från socialstyrelsen och landstingsförbundet som förordade ett landstingskommunalt huvudmannaskap.

Skolhälsovårdsutredningens betänkande har remissbehandlats. Remissopinionen har visat sig starkt delad i huvudmannaskapsfrågan. Flertalet av remissinstanserna, däribland socialstyrelsen, riksrevisionsverket, landstingsförbundet och ett antal kommuner har dock uttalat sig för landstingskommunalt eller delat huvudmannaskap.

Riksdagen behandlade under våren 1978 frågan om skolhälsovården på grundval av förslag i ärendet i proposition 1977/78:85. I denna erinrades om att inom hälso- och sjukvårdsutredningen överväganden pågår om huvudmannaskapet för skolhälsovården utifrån en helhetssyn på samhällets hälso- och sjukvård. Enligt föredragande statsrådets mening borde ett ställningstagande till huvudmannaskapsfrågan därvid avvaktas till dess denna utredning avgivit sina förslag. Statsrådet var därför då inte berett att föreslå någon ändring av huvudmannaskapet. Emellertid förutsattes kommun och landsting kunna komma överens om att skolhälsovårdsuppgifter kan fullgöras av landstinget.

I propositionen föreslogs också att skolöverstyrelsen även i fortsättningen skall ha det centrala tillsynsansvaret för skolhälsovården, oavsett hur man lokalt löser frågorna om skolhälsovårdens organisation och huvudmannaskap. Vägledande för detta ståndpunktstagande var synen på skolhälsovårdens funktion som en integrerad del av skolans samlade elevvård.

Riksdagen beslöt i enlighet med förslagen i propositionen.

Enligt sina direktiv och som även påpekats i anslutning till redogörelsen här ovan för skolhälsovårdsutredningens resultat har hälso- och sjukvårdsutredningen att i sitt arbete uppmärksamma skolhälsovården. Tidigare i detta kapitel har denna verksamhet bl. a. berörts vid övervägandena om landstingens totalansvar, i vilket skolhälsovården förutsatts ingå.

Frågan om huvudmannaskapet för skolhälsovården bör enligt vår bedömning lösas med utgångspunkt i behovet av samordning av hälso- och sjukvården för barn och ungdom. Organisationen bör skapa sådana möjligheter att i princip samma läkare och annan vårdpersonal kan följa den enskilde eleven från barnavårdscentral via daghem och förskola samt vidare genom grundskolan. Det är således angeläget att betona vikten av en långsiktig kontinuitet inom hälso- och sjukvården för barn och ungdom. För att bl. a. möjliggöra sådan kontinuitet har förskolehälsovården fr. o. m. den 1 januari 1978 ålagts landstingen. Den vårdsökande eleven bör också kunna beredas vård inom i princip samma organisation, oavsett om vårdbehovet ger sig tillkänna under skoltid eller icke skoltid.

Genom ett samlat ansvar för barns och ungdoms hälso- och sjukvård

ges möjlighet till en helhetssyn på barnets situation med beaktande av såväl medicinska som psykologiska och sociala förhållanden. Skolhälsovården bör därför ingå som en integrerad del av barnhälsovården. Landstingen svarar redan idag genom sin hälso- och sjukvårdsorganisation i betydande omfattning för skolhälsovårdsuppgifter. Erfarenheterna av denna ordning be-tecknas som goda. Sambandet mellan skolhälsovården och skolans elevvård i övrigt är dock mycket starkt och behovet av samverkan mellan verksamhetsområdena måste därför kraftigt framhållas.

Bedömningen av vem som i framtiden bör fungera som huvudman för skolhälsovården bör också ske med hänsyn till förutsättningarna för en sam-lad behovsbedömning, planering och resursfördelning samt till effektivt ut-nyttjande av tillgängliga hälso- och sjukvårdsresurser inom geografiskt av-gränsade områden (kommuner och kommundelar). I en situation med brist på vissa personalkategorier – t. ex. läkare – förtjänar dessa synpunkter särskilt beaktande.

Väsentlig vikt måste också fästas vid skolhälsovårdens anpassning till den medicinska utvecklingen. De ständigt nya förutsättningarna för hälso- och sjukvården måste påverka även skolhälsovården. Den som är vårdgivare för skolhälsovården bör bl. a. därför också ha möjlighet att samverka med hälso- och sjukvården i övrigt, t. ex. genom utbildnings- och konferens-verksamhet och olika former av samråd. Landstingens totalansvar avses utgöra en viss garanti för att så kan ske. Ett huvudmannansvar och ett direkt vårdgivaransvar för landstingen torde ytterligare öka förutsättningarna för en med övrig hälso- och sjukvård samordnad utveckling.

Med hänsyn bl. a. till det här anförda vill vi förorda landstinget som huvudman för skolhälsovården inom i första hand grundskola och gym-nasium. Landstinget har därvid att planera, samordna och utveckla skol-hälsovården och se till att den förfogar över personella och andra erforderliga resurser. Detta landstingets huvudmannaskap behöver enligt vår uppfattning inte skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen.

Vi förutsätter att landstingen vanligen också blir vårdgivare. Det innebär att skolhälsovårdsuppgifterna bör fullgöras av landstingsanställd personal och att landstingen får det ekonomiska ansvaret. En sådan ordning torde knappast kunna utgöra något hinder mot ett gott samarbete mellan skol-hälsovårdspersonalen respektive övrig elevvårdande personal i skolan. En förändring avseende vårdgivaransvar förutsätter nya förhandlingar rörande de ekonomiska ersättningar för skolhälsovården som utgår till primärkom-munerna. Förhandlingar bör också komma till stånd mellan landsting och t. ex. primärkommuner om skolhälsovårdsuppgifterna avses fullgöras av an-nan än landstingsanställd personal.

Ansvar för övrig elevvårdande verksamhet i skolan bör åvila primär-kommunerna. Dessa har därvid att bl. a. svara, förutom för undervisning, även för andra funktioner (t. ex. skolkurativa och skolpsykologiska) inom skolan. I primärkommunernas uppgifter bör även ingå den erforderliga sam-ordningen mellan skolhälsovården, den övriga elevvården, sociala organ och föräldrar. Skolhälsovården tillhör som tidigare påpekats i detta kapitel de intresseområden som särskilt motiverar samverkan mellan primärkommu-ner och landsting för att man skall kunna nå den bäst anpassade vården och servicen för enskilda individer inom ramen för tillgängliga resurser.

Verksamheten inom skolhälsovården är ett utpräglat lagarbete där merparten av arbetsuppgifterna utförs gemensamt av skolläkare och skolsköterskor. En stor del av arbetet avser att i skolmiljön uppsåra hälsorisker och förebygga ohälsa. Verksamheten skall bedrivas i nära samverkan med skolans personal och med eleverna och deras föräldrar. Dessa förhållanden motiverar enligt vår mening klart att skolhälsovårdens verksamhet bedrivs i skolan. Det samarbete som förutsätts äga rum mellan skolhälsovården och övrig närvård bör kunna etableras även om skolhälsovårdens mottagningar finns vid resp. skolor.

Även vid andra skolor än grundskola och gymnasium bör skolhälsovården i princip ankomma på landstingskommunerna. Huvudmannaskapet och vårdgivaransvaret förutsätter dock här överenskommelser i varje särskilt fall.

Våra ställningstaganden leder till att tillsynsfunktionen för skolhälsovården bör ligga hos socialstyrelsen i stället för hos skolöverstyrelsen.

8.6.4 *Studerandehälsovård*

Inom studerandehälsovården bör både huvudmanna- och vårdgivaransvaret för läkar- och sjuksköterskeverksamheten åvila landstingskommun på sätt som föreslagits av en särskilt tillkallad utredning (SOU 1975:7). Frågan om studerandehälsovårdens framtida ställning är dock – som framhållits av föredragande statsrådet i proposition 1978/79:100, bil. 12 – avhängig av frågan om det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar och därmed sammanhängande problem. I propositionen anmälde föredraganden sin avsikt att tillsätta en särskild arbetsgrupp med uppgift att utifrån hittills gjorda utredningar framlägga förslag om hur studerandehälsovården skall kunna fungera i ett system med fortsatt obligatorium för flertalet studerande i högskolan.

Det slutliga ställningstagandet till frågan om ansvaret för studerandehälsovården bör enligt vår uppfattning vara beroende av resultaten av denna översyn.

8.6.5 *Förbandssjukvård och förbandstandvård*

Genom beslut den 15 maj 1975 uppdrog regeringen åt försvarets sjukvårdsstyrelse att med utgångspunkt i vissa angivna riktlinjer ta fram underlag för utformning och organisation av företagshälsovård inom försvarets förbandssjukvård. Sjukvårdsstyrelsen redovisade resultaten av sitt på grundval härav genomförda utredningsarbete i ett år 1977 avgivet betänkande "Försvarsmaktens hälso- och sjukvård i fred" (stencilerat, försvarets sjukvårdsstyrelse).

Förslagen i betänkandet innebär i huvudsak att företagshälsovården för försvarsmaktens anställda skall regleras enligt de principer i avtal och förordning som fastställs för andra statsanställda. Försvarsmakten skall däremot behålla ansvaret för hälso- och sjukvården för värnpliktiga, medicinsk rådgivning åt förbandschef, medicinsk medverkan i krigsförberedelsearbete och utbildning samt vissa specialmedicinska funktioner.

En samordning av företagshälsovården för de anställda och förbands-sjukvården förutsätts vidare enligt försvarets sjukvårdsstyrelsens förslag komma till stånd och regleras i lokala avtal. Nuvarande förbands- och tjänsteläkarkonstruktioner föreslås omvandlade vid 76 förband till hel- eller deltidstjänster för regementsläkare, flottiljläkare respektive skolläkare. Möjligheterna till samordning med den offentliga hälso- och sjukvården skall enligt förslaget upptas till förhandlingar mellan försvarsmakten och sjukvårdshuvudmännen.

Riksdagen fattade år 1978 beslut om förbandssjukvården m. m. huvudsakligen i enlighet med vad som föreslagits av försvarets sjukvårdsstyrelse (prop. 1977/78:139). Riksdagen förutsatte i sitt beslut – i enlighet med vad som också förordats av sjukvårdsstyrelsen – att en särskild utredningsman skulle tillkallas för det fortsatta organisationsarbetet och för vissa överläggningar med landsting och regionala hälsoråd.

Mot bakgrund härav tillkallade regeringen år 1978 en utredningsman med uppdrag att föra erforderliga förhandlingar med landsting och hälsoråd men härutöver också att bl. a. beräkna det totala behovet av läkarinsatser på lägre regional och lokal nivå. Samtidigt uppdrog regeringen åt överbefälhavaren (ÖB) att vidta de erforderliga åtgärder med hänsyn till riksdagens beslut, som inte ligger inom den särskilt tillkallade utredningsmannens uppdrag.

Ovannämnt kompletterande utrednings- och förhandlingsarbete har ännu inte avslutats. Det oaktat ter sig redan nu en ökad samverkan angelägen mellan de militära myndigheterna och hälso- och sjukvårdshuvudmännen, när det gäller såväl planering som verkställighet och drift.

Förbandstandvården förväntas bli samordnad med folktandvården och därigenom få landstingen som vårdgivare. Staten och landstingsförbundet är enligt vad som inhämtats överens härom.

8.6.6 Sjuktransportverksamhet

Frågan hur sjuktransportverksamheten berörs av landstingens totalansvar har tidigare behandlats under rubriken 8.2.4.

Genom totalansvaret – som innebär bibehållande av den typ av ansvar landstingen redan i dag har för sjuktransporterna – har landstingen skyldighet tillse att en ändamålsenlig organisation finns för den vägbundna sjuktransportverksamheten.

Som framgått av beskrivningen av totalansvaret innebär detta att landstingen – om frågan inte ordnas på annat sätt – själva har att driva verksamheten.

Vi bedömer däremot inte lämpligt att genom lagbestämmelser införa ett ovillkorligt vårdgivaransvar för landstingen vad avser sjuktransporter, i vart fall inte innan resultat föreligger av den tidigare nämnda utredningen om räddningstjänsten.

9 Regleringen av hälso- och sjukvårdens organisation

9.1 Krav på vårdorganisationen

En av utgångspunkterna för den följande genomgången är kap. 7, som behandlar den funktionella och den organisatoriska uppbyggnaden av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Vissa principiella ställningstaganden har där gjorts till behovet av föreskrifter i lag om organisationens uppbyggnad. Där har vi angivit att sluten- och öppenvårdsbegreppen inte bör förekomma i den framtida lagstiftningen. I avsnitt 7.4 definieras också närvården som organisatorsikt begrepp.

9.1.1 *Vissa grundläggande utgångspunkter*

Vi har i annat sammanhang pekat på nödvändigheten av att utbyggnaden av hälso- och sjukvården och fördelningen av dess personella och materiella resurser utgår från en helhetsbedömning av den enskilde individens medicinska, psykologiska och sociala behov.

Denna principiella inriktning, som såväl statsmakterna som sjukvårdshuvudmännen ställer sig bakom, innebär bl. a. en funktionellt strukturerad uppbyggnad av resurser och organisation. Den stämmer väl överens med den vårdstruktur, omfattande primärvård, länssjukvård och regionsjukvård, som beskrivits i HS 80. Denna principmodell bör läggas till grund för sjukvårdsplaner och utbildningsplaner etc. samt centralt och lokalt bedrivna utrednings- och utvecklingsverksamhet.

Av kontakterna med hälso- och sjukvården tas f. n. ca 3/4 inom primärvården och ca 1/4 inom länssjukvården. Endast omkring 1% av samtliga kontakter kräver regionsjukvårdens resurser. En ytterligare förskjutning mot primärvård eftersträvas i landstingens sjukvårdsplaner. Kontakterna är givetvis till sitt innehåll av helt olika beskaffenhet. Så står t. ex. en kontakt i vissa fall för ett behov av en årslång sjukhusvistelse, men i andra fall enbart för ett enstaka besök inom hälsovården. Dessa förhållanden påverkar i hög grad den vårdorganisatoriska utvecklingen, liksom bedömningen av nuvarande och kommande sjukvårdslagstiftning.

Den första personen en vård sökande, via sjukvårdsupplysningen e. d., får kontakt med på vårdenheten är ofta en erfaren sjuksköterska. Hon har vanligen som underlag för sitt handlande ett åtgärdsprogram för de vanligast förekommande situationerna. Åtgärdsprogrammet anger vårdmottagningens

eller klinikens medicinska policy i givna situationer och måste konsekvent och solidariskt tillämpas av alla inom enheten, som har samma typ av kontakter. Att ta fram ett sådant program och förankra det, såväl hos den egna personalen som hos av samarbetet berörda kliniker, är en central uppgift för mottagningens eller klinikens ledning i samarbete med den övriga personalen.

För vanliga och okomplicerade sjukdomar finns också i allmänhet väl etablerade rutinförfaranden, vilka kan tillämpas även av anställda utan alltför omfattande medicinsk utbildning men med god yrkeserfarenhet.

Grunden för den fortsatta utredningen och behandlingen av den vård-sökande är uppgifter om sjukdomstecken, om hur länge och under vilka omständigheter de framträtt och om hur tillståndet förlöpt. Dessutom krävs information om den sociala, fysiska och psykiska miljön och om den bakgrund som påverkar patienten. Denna bild måste sedan kompletteras på olika sätt. Om bakgrunden i ett visst avseende (socialt eller relationsmässigt) förefaller svåranalyserad och viktig för den aktuella situationen kan befattningshavare med speciell utbildning (exempelvis kuratorer och psykologer) behöva anlitas för att göra fördjupade intervjuer och bedömningar inom dessa specialområden. Komplettering behövs också med upplysningar, som patienten fort-löpande kan lämna under vårdperioden, t. ex. som kommentarer i samband med samtal med vårdpersonal eller anhöriga.

Den inledande undersökningen måste kompletteras med fortlopande andra observationer och bedömningar, vilket i sin tur ger möjlighet att anpassa fortsatt utredning och behandling till den vård-sökandes tillstånd, speciella hjälpbehov, vanor och reaktioner. Dessa bedömningar kräver både medicinsk utbildning, erfarenheter av den aktuella vården och blick för personlighets-skillnader mellan olika individer.

Information riktad till den vård-sökande är, som vi påpekat redan i kap. 6, avgörande för dennes möjligheter att anpassa sig till de fortsatta åtgärderna och finna sig till rätta i vårdmiljön. Till en god vård hör att både medicinska och andra förhållanden förklaras för den vård-sökande. För en del av informationen krävs ingen avancerad medicinsk utbildning, men väl stor förtrogenhet med sammanhangen i sjukvårdsarbetet och den egna enhetens speciella förhållanden.

För att kunna fullgöra sin del av vårdarbetet måste var och en som deltar i detta tidigt ha information om vårdanledningen, den vård-sökandes tillstånd och speciella förhållanden samt om planer för fortsatta åtgärder. Detta är viktigt också med hänsyn till frågor som ställs under den fortsatta vården. Den vård-sökandes förtroende för personalen är beroende av att alla upplever en gemensam målinriktning för alla olika åtgärder.

I vårdarbetet ingår att samla in information dels av mera allmänt slag (exempelvis temperatur och puls), dels av sådant slag som är direkt riktad för att ge speciell information om det konstaterade eller misstänkta sjukdomstillståndet (t. ex. registrering av medvetandegrad, andningsfrekvens och blodtryck). All personal är på ett eller annat sätt inblandad i denna insamling av information. Vissa sådana registreringar kräver inte någon omfattande medicinsk utbildning, men däremot praktisk vana (temperatur-mätning och pulskontroll). Sådan registrering är oftast också så vanligt förekommande i rutinverksamheten att all vårdpersonal snabbt förvärvar nödvändig erfarenhet och vana.

Andra registreringar är så pass ovanliga i verksamheten och/eller så komplicerade att genomföra att de kräver särskild förtrogenhet med detaljer i utförandet. När stora krav ställs i fråga om undersökarens egen bedömning krävs ofta en avsevärd medicinsk specialutbildning och erfarenhet inom området. Vissa observationer eller registreringar innehåller sådana moment av risker för patienten att de av säkerhetsskäl bör utföras endast av eller under direkt överinseende av sjuksköterska eller läkare. En och samma registreringsåtgärd kan vara en banal rutinåtgärd inom en annan medicinsk verksamhet.

Stora informationsmängder strömmar in från olika håll och skall sammanställas och bedömas i ett sammanhang. Sammanställning och sammanvägning av denna information utgör grunden för diagnostiken, vilken i sin tur utgör grunden för val av behandling. Denna process kan vara kort och komprimerad (exempelvis inom akut kirurgi) eller långdragen och indelad i flera steg (vanligt exempelvis inom somatisk långvård). Gemensamt är emellertid att det är den utvecklingstendens, som olika typer av information från olika tidpunkter visar på när de sammanställs, som är av avgörande betydelse mera än enstaka isolerade observationer.

De viktiga avgörandena kan i en verksamhet behöva ske flera gånger per timme i samverkan mellan specialutbildade läkare och sjuksköterskor och i andra verksamheter äga rum vid konferenser kanske en gång per vecka under medverkan av många. Sjukvårdsarbetets organisation måste alltså anpassas till de speciella krav som gäller, men samtidigt måste improvisationer kunna bryta igenom rutinerna om ny eller oväntad information ger anledning härtill.

Vårdenhetens medicinska ledning får ansvara för att de metoder och rutiner som tillämpas kontinuerligt anpassas till den medicinska utvecklingen. Alla medarbetare inom enheten måste ha stor förståelse för de medicinska sammanhangen och konsekvenserna av diagnos, terapi och omvårdnad. Detta är en nödvändig förutsättning för att var och en skall kunna ge sitt bästa och bidra till förverkligandet av målen för vården av patienterna. Det är också en nödvändig förutsättning för att den enskilde medarbetaren skall kunna veta vilka egna iakttagelser som måste föras vidare till de i mera strikt mening medicinskt ansvariga.

Förändringar av de tillämpade medicinska metoderna påverkar och förändrar ofta arbetssituationen för alla dem som deltar i vården av patienterna. För att förändringarna skall kunna medföra den avsedda förbättringen av vården måste förståelse ha skapats hos alla medarbetare för motiven med förändringen. Det är alltså ett väsentligt krav att alla medarbetare inom enheten kontinuerligt har möjlighet att vara översiktligt orienterade om den medicinska utvecklingen inom det egna arbetsområdet och att följa och delta i överväganden om ändringar och justeringar i tillämpade rutiner.

Vad här sagts berör inte enbart vad som vid en strikt avgränsning av olika funktionsområden är att hänföra till behandling. Det gäller bl. a. och i hög grad även omvårdnadsarbetet. (Innebörden av begreppet omvårdnad har tidigare berörts i kap. 6.) Inom omvårdnadsområdet ställs exempelvis höga krav på den information som beskrivits tidigare. Det är också genom omvårdnadsarbetet som en del av den nödvändiga informationen insamlas.

I omvårdnaden ingår många aktiviteter som, sedda som enstaka åtgärder, kan beskrivas som behandlingar eller är omedelbar förberedelse för behandling.

9.1.2 *Krav på närvården*

Vårdorganisationens struktur måste anpassas till målen för hälso- och sjukvården och verksamhetens inriktning. Tidigare angivna utgångspunkter är därvid att alla människor skall ha rätt till vård på lika villkor och att samhället har ett ansvar för att den enskilda människans rättigheter på detta område motsvaras av en ändamålsenlig vårdorganisation. Verksamheten skall vara inriktad dels på att tillgodose den enskilde individens behov i enlighet med de utgångspunkter som angivits i kap. 6, dels främja hela befolkningens hälsotillstånd. Faktorer, som påverkar vårdorganisationens utformning, är självfallet även efterfrågan på vård och de samhällsekonomiska förutsättningarna.

Hälso- och sjukvården skall uppmärksamma och slå larm om samt försöka påverka hälsorisker i den enskilda människans närmiljö och i den allmänna miljön. Där kunskaper redan finns om hälsoriskerna bör dessa beaktas.

Det är därför viktigt att vårdorganisationen får så snabb, utförlig och korrekt information som möjligt om den fysiska och sociala miljön. Det krävs för att arbetet inom vårdorganisationen skall bli ändamålsenligt och ge bestående effekter. Man måste därutöver lägga stor vikt vid och öka ansträngningarna för att informationen skall gå också från vårdorganisationen tillbaka till dem som ansvarar för planering och drift av olika verksamheter i människors närmiljö utanför vårdorganisationen. För att en sådan samverkan skall vara möjlig måste den lokala vårdorganisationen, närvården, tillgodose särskilda krav. Vårdorganisationen både för befolkningens och för individens hälsa måste framför allt i högre grad än tidigare anpassas efter den enskilda människans livsvillkor och närmiljö. Vårt förslag i kap. 8, att hälso- och sjukvårdens planering skall utgå från närvården, verkar i denna riktning.

Ett grundläggande krav på individanpassning av hälso- och sjukvårdens tjänster innebär betydande problem och ställer stora krav på informations-, besluts- och styrsystem, liksom på samverkan inom och utom hälso- och sjukvården.

Vid närvårdens utbyggnad förutsätts därför en successiv förändring av sjukvårdsorganisationens strukturella uppbyggnad och dess system för planering, samverkan och resursfördelning. Den traditionella hierarkiska organisationen, planeringen och budgeteringen måste steg för steg förändras så att dess möjligheter att fånga upp hälsoproblem och vårdbehov i samhället förbättras och så att resultaten av insatta åtgärder kan relateras till människors hälsosituation och livsvillkor. Planering, utveckling och resursfördelning bör således utgå från närvårdens möjligheter att på egen hand tillgodose behoven samt dess krav på kompletterande insatser från den mer specialiserade vården på läns- och regionplanet samt från andra samhällsområden, främst primärkommunal socialtjänst. Kraven bör inte bara avse medicinskt kvalificerade vårdinsatser utan även olika forsknings-, utvecklings- och ut-

bildningsinsatser liksom medicinsk och annan service. På sikt bör närvård med denna inriktning kunna innebära en betydligt bättre fortlöpande anpassning och avvägning av vårdresurserna till samhällets dominerande vårdproblem. Det framstår också som viktigt att säkerställa ett starkt lokalt förtroendemännainflytande över närvårdens utveckling. Med de uppgifter som tidigare skisserats kan närvårdens inrättningar etc. inte på sikt ha karaktären av "filialer" till sjukhusen. De måste få ett eget grundläggande verksamhetsansvar med därtill anpassad organisation och resursuppsättning.

9.1.3 *Krav på läns- och regionsjukvården*

Under de senaste 10–15 åren har den medicinska verksamheten allt mer specialiserats och har servicefunktioner byggts ut för personal-, ekonomi-, utrustnings- och lokalfrågor. Detta har snabbt ökat kraven på en sammanhållande ledning för sjukhusen. Det gäller särskilt de största sjukhusen. En kombination av högspecialiserad sjukvård och ibland också läkarutbildning och annan vårdutbildning samt forskning och utvecklingsarbete ställer speciella krav.

Det erbjuder uppenbara problem att i stordriftens form bedriva en individanpassad sjukvård. Trots detta står det klart att vissa hälsoproblem och sjukdomar kan angripas säkert och effektivt endast med den kombination av högspecialiserade insatser och resurser, som kan erbjudas inom den stora sjukhusorganisationen. Lika uppenbart är emellertid att en stor del av vårdbehoven kan tillgodoses lika bra eller bättre vid mindre organisatoriska enheter, med andra förutsättningar för kontinuitet och helhetsyn i kontakterna mellan patienter och vårdpersonal. Vi bedömer det därför angeläget att den pågående utvecklingen av sjukhusorganisationen fullföljs genom en utbyggd närvård med bl. a. vårdcentraler och lokala sjukhem enligt de tankegångar som redovisats i avsnitt 9.1.1.

Närvården har förutsatts tillgodose den övervägande delen av hälso- och sjukvårdsbehoven. Den kompletteras av insatser, koncentrerade till sjukhus med större betjäningområden inom ett län eller gemensamma för flera län vid regionsjukhus. Motiven för sådan koncentration är behoven av specialiserat kunnande och teknisk apparatur, som för en säker och ekonomisk användning förutsätter en tillräckligt omfattande verksamhet. Dessa specialiserade resurser utgör ett stöd för den basala vården i närmiljön.

Markeringen av att hälso- och sjukvården i högre grad skall bedrivas på patienternas och inte på vårdorganisationens villkor måste även gälla de komplexa sjukhusorganisationerna och deras uppbyggnad. Den direkt patientvårdande verksamhetens krav bör i allt större utsträckning prägla organisation och uppbyggnad av olika servicefunktioner och system. Detta gäller oavsett om kraven avser medicinsk, teknisk och ekonomisk service eller om de t. ex. avser personaladministrativa insatser, utbildning eller forskning.

Också sjukhusens insatser bör, vid sidan av den direkt behandlande verksamheten, inriktats på att med sjukhusens förfinade vårdteknik och speciella vårdresurser angripa kvardröjande och nya hälsoproblem i samhället. Detta är önskvärt för att åstadkomma en utveckling och fördelning av kunskaper

och resurser under iakttagande av god anpassning till människors behov och demokratiskt fastlagda mål för verksamheten. Kraven på god sådan anpassning blir än starkare i en samhällsekonomisk utveckling, som förutsätter omprioriteringar för att växande och nya behov skall kunna tillgodoses.

En uppgift för sjukhusen bör därför vara att med utgångspunkt i de enskilda iakttagelserna söka undandöja hälsorisker och påverka människornas levnadsförhållanden. Sjukhusvårdens dominerande uppgifter måste dock alltjämt vara att – med stor uppmärksamhet på de enskilde vård sökandens situation vid vårdtillfället samt på nödvändig personalutveckling – fortlöpande tillgodose vårdens behov av kvalificerat kunnande och avancerad teknik.

Ett viktigt inslag i sjukhusens och den specialiserade vårdens åligganden måste bli att medverka till att helhetssynen inom vården tillämpas. Det kräver ett väl fungerande informationssystem, där alla vårdformer och funktioner bidrar samt samverkar för att nå ett gemensamt mål. Nödvändigheten av information från sjukhusvården ut till det förebyggande arbetet i människors närhet är ett exempel på detta.

Vårdorganisationens former för samverkan och arbetsfördelning mellan basenheter och andra medicinska, administrativa och tekniska servicefunktioner behöver utvecklas. (Med basenhet avses kliniker och andra motsvarande arbetsenheter såsom medicinsk eller klinisk serviceavdelning eller vårdcentral.) Problemen på institutions- och klinisknivå bör, med utgångspunkt i vårdens krav, bearbetas samtidigt. På liknande sätt bör man pröva utformningen av information från basenheter till administrativ och politisk ledning.

Vid kliniker och andra basenheter bör patientens, de anhörigas och personalens krav ställas mot behov av hushållning och effektivitet i vid mening. Möjligheterna att angripa problem och anpassa verksamheten efter skiftande förutsättningar upplevs dock ofta som begränsade.

Många enheter inom vårdorganisationen har verksamhet, personal och ekonomi som ett medelstort företag. Kraven på ledning är stora bl. a. med hänsyn till verksamhetens karaktär och innehåll, personalproblemen, planeringssituationen samt kraven på både medicinsk och administrativ samordning. Strävandena bakom medbestämmandelagen måste tillmötesgå så att personalen gemensamt kan utveckla formerna för medinflytande. Ett sådant medinflytande bör också verksamt kunna bidra till att förbättra vården av patienterna.

Utvecklingen under 1960- och 1970-talen i fråga om sjukvårdens inre organisation har inneburit att krav nu aktualiseras i olika sammanhang på bättre kontinuitet i kontakterna mellan patienter och personal, minskad specialisering av arbetsuppgifterna inom omvårdnadsområdet, färre personalkategorier i arbetet med patienter samt förbättrad personlig omvårdnad. En grundläggande förutsättning för att en förändring av ovannämnt slag skall kunna genomföras är att personalrörligheten kan nedbringas.

En översyn med denna inriktning bör – när det gäller den inre vårdorganisationen – i första hand ta sikte på att möjliggöra en arbetsorganisation som kan motverka personalrörligheten och därmed skapa förutsättningar för en bättre vård och arbetsmiljö. En väg att nå detta mål är att tillskapa

vårdlag. Hur vårdlagen skall sammansättas och vilka yrkeskategorier som skall ingå i dessa bestäms av vilka arbetsuppgifter som skall utföras. Medan vårdlaget vid en öppenvårdsmottagning kan bestå av exempelvis läkare, mottagningssköterskor och läkarsekreterare kan ett vårdlag på en intensivvårdsavdelning komma att bestå av exempelvis läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Vårdlag på en långtidsvårdavdelning kan antas komma att domineras av undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Vårdlagets kompetens kan tillfälligtvis utökas genom att en eller flera specialister knyts till vårdlaget.

En annan form av försöksverksamhet gäller basenheternas arbetsformer. Försöksverksamheten ingår då regelmässigt som ett led i en förvaltningsöversyn av sjukvården.

En strävan i pågående utvecklingsarbete är att basenhetens organisation ansvar, befogenheter och behov av styrning skall vara en viktig utgångspunkt för planering. Följande grundläggande principer gäller för utvecklingsarbetet:

- Basenheten skall så långt möjligt vara självstyrande ifråga om sin verksamhet och utveckling. Detta förutsätter att den ges beslutsfunktioner anpassade till sitt verksamhetsansvar och att en demokratisk och företagsdemokratisk samverkan sker kring verksamheten. Medbestämmandet skall ses som en tillgång.
- Basenheten förväntas ta sådana initiativ som gagnar verksamheten på såväl kort som lång sikt. Det är därför nödvändigt att förslag till verksamhetsplaner och budget upprättas samt att uppföljning och verksamhetskontroll sker inom basenheten.
- Basenheten måste vara av sådan karaktär att den uppmuntrar till initiativtagande, skapar arbetstillfredsställelse och samhörighetskänsla.
- Basenheten skall så långt möjligt vara självförsörjande vad gäller resurser för information, beslutsfattande, verkställighet och uppföljning vad gäller den egna verksamheten. Administrationen skall vara en integrerad del av enhetens verksamhet.

Aktuell försöksverksamhet med ändrad klinikorganisation (motsv.) avser förändringar beträffande bl. a. följande områden:

- viss "extern" personal som kan tillföras kliniken,
- personaladministration,
- vårdadministration,
- verksamhetsplanering/budget och
- klinikledning m. m.

Tidigare har framhållits att närvården – och inom denna då närmast vårdcentralerna – bör bilda basen för den reguljära vårdorganisationens uppbyggnad. Inom sjukhusen bör vårdorganisationen byggas upp från klinikerna. Därvid bör dock som tidigare påpekats stor hänsyn tas till de demokratiskt fastlagda målen och det landstingspolitiska inflytandet. Mål och ramar måste respekteras, särskilt i ett läge där nya och växande behov måste tillgodoses genom omdisponeringar och inte genom utökade resurser.

Eventuella intresse motsättningar mellan basenhetens ledning samt administrativ och politisk ledning måste undanröjas. Ledningsorganisationen

har – oavsett om den sysslar med utbildning, personal, ekonomi eller lokaler – som uppgift att ge service till den egentliga sjukvården på hälso- och sjukvårdens villkor. Ledningen har också ett ansvar för att basenheten samverkar med övriga enheter inom sjukhuset och sjukvården i övrigt. Förutsättningar och ramar för ledningsfunktionerna bestäms i vanlig demokratisk ordning.

9.2 Nuvarande avvägning av olika intressen inom sjukvården

Hälso- och sjukvårdens utveckling bestäms i ett växelspel mellan samhälle och vårdorganisation. Den allmänna samhällsutvecklingen påverkar och bestämmer väsentligen både kraven på och förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Detta gäller i hög grad såväl vårdbehovens uppkomst som möjligheterna att förebygga, bota och lindra sjukdomar. Det gäller grundläggande frågor som hälso- och sjukdomsbegrepp liksom de uppgifter, som samhället ålagt sjukvårdsorganisationen. Växelspelet mellan samhälle och vårdorganisation ger också den personal, det kunnande och de materiella resurser som hälso- och sjukvården har att arbeta med både kvantitativt och kvalitativt. Uppenbart är att betydande förändringar skett under efterkrigstiden med starkt vidgade uppgifter och resurser för hälso- och sjukvården. Utvecklingen skall kortfattat behandlas i det följande utifrån följande huvudintressen:

- Det demokratiska inflytandet
- Det administrativa inflytandet
- Det professionella kunnandet och inflytandet
- De företagsdemokratiska intressena.

En beskrivning av dessa krav på hälso- och sjukvården måste utgå från de vård sökandes berättigade anspråk på god vård och inflytande. Frågan härom och dess konsekvenser för lagstiftningen – som är grundläggande för hälso- och sjukvårdsutredningens arbete – behandlas främst i kap. 6.

De fyra nämnda grupperna svarar – förenklat – mot den vård sökandes intresse av att möta en kunnig, engagerad personal i en flexibel arbetsgemenskap präglad av grundläggande demokratiska regler i samhället. Uppenbart kan en god hälso- och sjukvård inte bedrivas utan en lämplig avvägning mellan de olika intressena. Avgörande för hälso- och sjukvårdens insatser blir i hög grad hur avvägningen sker. Lika uppenbart är att förutsättningarna för denna avvägning skiljer sig mellan å ena sidan den vård, som bedrivs av den enskilde praktikern, och å andra sidan vården vid stora regionsjukhus med tusentals anställda.

Den nuvarande lagstiftningen innebär att vissa organisatoriska ramar, former och förutsättningar ges för hur de olika intressena skall kunna komma till uttryck. Det demokratiska inflytandet regleras i gällande sjukvårdslagstiftning främst genom bestämmelserna om sjukvårdsstyrelse och direktion (SjvL §§ 9–11, SjvK §§ 4–5). Föreskrifterna om den administrativa organisationen finns bl. a. i reglerna om sjukvårdsdirektör, sjukhusdirektör, styresman, chefläkare, block- och klinikchefer m. fl. (SjvL §§ 13–14, SjvK §§ 7,

10-15). Det professionella ansvaret regleras i nuvarande sjukvårdslagstiftning genom i första hand särbestämmelserna om det medicinska beslutsfattandet (SjvK §§ 29 och 31). Det företagsdemokratiska inflytandet regleras inte direkt i nuvarande lagstiftning, utan bestäms genom regler av annat slag om det demokratiska, det administrativa och det professionella ansvaret.

Sjukvårdslagens och sjukvårdskungörelsens organisatoriska bestämmelser ger sjukvårdshuvudmännen möjlighet att bygga upp en hierarkisk organisation. De två första nivåerna bildas här av den politiska ledningen, sjukvårdsstyrelsens resp. sjukhusdirektionens ledamöter och suppleanter.

Arbetsområden svarade mot sjukvårdsstyrelsens och direktionens har på tjänstemannasidan sjukvårdsdirektör resp. sjukhusdirektör (och ev. chef-läkare) eller styresman.

Under sjukhusdirektör eller styresman kan för sjukhusvården och för den öppna vården med stöd av lag och kungörelse sedan byggas upp följande hierarki:

- Blockchef och biträdande blockchef
- Klinikchef och biträdande klinikchef, distriktsöverläkare och biträdande distriktsöverläkare
- Överläkare, sjukstuguläkare, sjukhemsläkare, distriktsläkare
- Biträdande överläkare, biträdande distriktsläkare
- Avdelningsläkare
- Extra distriktsläkare, extra läkare
- Underläkare
- Övrig personal.

Flertalet av de i lagstiftningen angivna kategorierna av läkartjänster avser tjänstgöring på sjukhus med därtill hörande specialiserade och därmed mer komplicerade verksamhet.

Antalet inom landstingens hälso- och sjukvård anställda tjänstemän i administrativa funktioner exkl. övrig personal uppgår f. n. till sammanlagt ca 10 000. Den ovan i gruppen övrig personal ingående vårdpersonalen (dvs. exkl. ekonomi- och förvaltningspersonal) har storleksordningen 175 000.

Den författningsmässiga regleringen av de olika nivåerna i sjukvårdsorganisationen är numera högst varierande vad gäller detaljeringsgraden. För övrig personal, som således utgör inte mindre än 95 procent av sjukvårdspersonalen, har lagens bestämmelser successivt begränsats. Numera föreskrivs i lagtext enbart att sådan personal skall finnas anställd i den omfattning som erfordras för att god vård skall kunna meddelas. Inte heller i sjukvårdskungörelsen meddelas bestämmelser om skyldighet att anställa personal av det ena eller andra slaget. Däremot meddelas kompetensföreskrifter för bl. a. sjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster.

De olika nivåerna i sjukvårdsorganisationen är direkt överordnade varandra. Organ eller befattningshavare på en lägre nivå har att iaktta de beslut som fattas på en högre nivå med de restriktioner som följer av t. ex. annan lagstiftning eller vetenskap och beprövad erfarenhet inom resp. område. Överläkare och distriktsläkare har ett medicinskt ledningsansvar i fråga om medicinska ställningstaganden vid undersökning och behandling av patienterna. Sådana läkare är i dessa frågor ansvariga inför socialstyrelsen och medicinalväsendets ansvarsnämnd.

De nuvarande sjukvårdsförfattningarna ger relativt vida ramar för huvudmännen att bygga upp en organisation efter lokala förutsättningar. Man måste i ett framtidsperspektiv ändå ifrågasätta lämpligheten av nuvarande detaljreglering. Den utgår i hög grad från en vårdorganisation, där den sängbundna vården dominerar och där den hierarkiska strukturen utgör ett dominerande inslag, med begränsade möjligheter för utveckling av såväl det demokratiska som det företagsdemokratiska inflytandet. En avgörande brist är de mycket långa beslutsvägarna mellan den enskilde patienten och de politiskt beslutande instanserna. Samtidigt skall betonas att en grundläggande förutsättning för dagens avancerade hälso- och sjukvård är en organiserad samverkan i fasta former, där skilda intressen får komma till uttryck och avvägas.

I följande redovisas för vart och ett av de fyra intresseområden som tidigare nämnts *dels* nuvarande lagreglering, *dels* våra överväganden om hur denna bör se ut framdeles. Redovisningen av nuvarande regler är översiktlig. En genomgång görs också i kap. 2 och 11.

Det finns skäl att som en inledning till denna genomgång redovisa vissa av de synpunkter som föredragande departementschefen anförde i prop 1975/76:187 om kommunal demokrati, ny kommunallag m. m. (sid 220) och som anvisar ett i princip giltigt förhållningssätt också till regleringen av den speciella kommunala verksamhet som hälso- och sjukvården utgör:

”Det moderna samhällets problem kan endast lösas genom en planmässig hushållning, som utgår från medborgarnas önskemål inför framtiden. Den tekniska utvecklingen, de större enheterna, den med nödvändighet alltmer övergripande planeringen kräver ett allt större engagemang av de enskilda människorna. Detta anger kraven på samhällsorganisationens utformning och utgångspunkterna för ett kommunalt reformprogram där den kommunala självstyrelsen och den kommunala demokratin präglas av en helhetssyn.

Jag anser att en första utgångspunkt i ett sådant program är att kommunerna och landstingskommunerna skall tillförsäkras en fortsatt stark ställning med *ett ökat kommunalt ansvar och en ökad handlingsfrihet*. Genom kommunindelningsreformen har skapats möjligheter för en fortsatt utveckling i denna riktning. Detta innebär emellertid inte att övergripande rättvisekrav mellan olika medborgargrupper och mellan medborgare i olika delar av landet kan eftersättas. Statsmakterna bör ange ramarna för de samlade samhällsinsatserna. Inom dessa ramar bör kommunerna och landstingskommunerna ha stor frihet att utifrån de lokala förutsättningarna forma och förverkliga samhällsbyggandet.

Detta synsätt förutsätter att formen för samspelet mellan stat och kommun inte är detaljreglerad eller given en gång för alla. I vissa situationer kan en fråga beröra så grundläggande samhällsmål, t. ex. i fråga om jämlikhet och solidaritet, att statsmakterna närmare bör reglera utvecklingen. Den överordnade principen bör emellertid vara att över lag eftersträva en decentralisering och en vidsträckt handlingsfrihet i den kommunala självstyrelsen.”

Decentraliseringsutredningen har tagit upp problemen kring kraven på enhetlighet och rättssäkerhet och deras förenlighet med en decentraliserad, lokalt anpassad beslutsrätt (SOU 1978:52, sid 89.) Dess överväganden bör också kunna ge en principiellt giltig utgångspunkt för bedömningen. Utredningen pekar på att en anpassning till lokala och till viss del givna förutsättningar är nödvändig för att man skall kunna tillgodose deras intressen, vilka ett beslut närmast rör. I samma mån kommer en alltför stel anpassning

till generella föreskrifter och beslut, som fattas i en centraliserad ordning utan tillgång till information om berörda intressenters förhållanden och önskemål, att motverka de intressen som skall tillgodoses. En rent formell rättssäkerhet i form av överensstämmelse mellan beslut och annan enhetlighet i form anses vara av begränsat värde.

9.3 Det demokratiska inflytandet på hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens stora betydelse för människors välfärd gör det väsentligt att det demokratiska inflytandet på verksamheten utvecklas, med vidgade möjligheter för enskilda människor och deras parlamentariskt utsedda representanter att sätta sig in i och ta ställning till verksamheten. Det landstingskommunala huvudmannaskapet motiveras härvid av strävandena efter ett fördjupat demokratiskt inflytande.

Medan 60-talets reformer väsentligen innebar ett vidgat huvudmannaskap för landstingen såsom sjukvårdshuvudmän har utvecklingen under 70-talet inneburit en strävan mot att vidga landstingens inflytande på andra områden samt fördjupa det demokratiska inflytandet inom organisationen. En fortlöpande anpassning har således skett i samspelet mellan staten och sjukvårdshuvudmännen när det gäller olika former av statlig styrning. Utvecklingen innebär att man överger en statlig detaljstyrning och byråkrati för att i stället utveckla ett demokratiskt samråds- och förhandlingsförfarande i övergripande frågor där t. ex. vårdpolitiska, arbetsmarknadspolitiska, utbildningspolitiska och samhällsekonomiska aspekter vägs samman.

I början av 1970-talet genomfördes viktiga förändringar i sjukvårdsförfattningarna. För sjukvårdshuvudmännen innebar detta en större frihet i organisatoriska frågor, särskilt när det gällde att främja den pågående integreringen mellan öppen och slutna vård. På förtroendemannasidan har utvecklingen inneburit en övergång från ett system med en direktions för i princip varje sjukhus till distriktsstyrelser med ansvar för såväl den slutna som den öppna vården i hela distriktet.

Som redovisas i annat sammanhang i betänkandet ankommer ledningen av den sjukvårdande verksamheten på sjukvårdsstyrelsen, vars uppgifter kan handhas av en särskild nämnd eller läggas på förvaltningsutskottet/kommunstyrelsen. Hos åtta landsting (sammanlagt finns 26 kommunala sjukvårdshuvudmän, 23 landsting och 3 kommuner utanför landsting) är förvaltningsutskottet tillika sjukvårdsstyrelse. När det gäller den lokala ledningen av sjukvården utövas den hos sju sjukvårdshuvudmän genom att sjukvårdsstyrelsen tillika är direktions för berörda sjukhus (motsv.). Inom 15 landsting leds den lokala verksamheten av sammanlagt ca 50 distriktsstyrelser, medan resterande fyra landsting har sin lokala förtroendemannaorganisation uppbyggd kring ca 30 sjukhusdirektioner.

Den demokratiska ledningen har att utifrån sina partipolitiska värderingar formulera mål för utvecklingen, avväga olika intressen, precisera ramar för och följa upp den praktiska verksamheten. Ett utvecklat demokratiskt inflytande över verksamheten förutsätter lämpliga organisatoriska former för detta och att olika administrativa styrinstrument är anpassade härtill. Det

nuvarande systemet innebär möjligheter för förtroendemännen att i detalj precisera förutsättningar för exempelvis personaladministrativa beslut samt upphandlings- och utrustningsfrågor. Man saknar å andra sidan i stor utsträckning möjligheter att påverka verksamhetens inriktning. Förtroendemännen måste få bättre möjligheter att genom direkta kontakter med allmänhet, vård sökande och anställda samt olika intressegrupperingar följa utvecklingen av vårdbehoven i samhället och hur dessa tillgodoses i vårdorganisationen. För att riktigt avväga de ofta motstridiga intressena räcker det inte med den övergripande information, som det hierarkiska systemet ger, utan denna måste kompletteras på olika sätt. De tankegångar som vi utvecklat om en utbyggd närvård bör på sikt även kunna komma till uttryck i förtroendemannaorganisationens uppbyggnad.

9.3.1 *Nuvarande bestämmelser*

Sjukvårdslagens grundläggande bestämmelser om det demokratiska inflytandet utgörs av föreskrifterna om att ledningen av den sjukvårdande verksamheten ligger hos sjukvårdsstyrelsen samt att sjukhus kan ledas av direktion. Därest huvudmannen väljer att inte inrätta någon särskild direktion fullgörs dess ledningsuppgifter av sjukvårdsstyrelsen. Om den närmare inbörden av att sjukvårdsstyrelsen handhar ledningen finns anledning att återkomma i det följande.

Lagstiftningen föreskriver att sjukvårdsstyrelsen uppmärksam skall följa sjukvårdens behov och utveckling, verka för planmässighet samt för landstinget lägga fram de förslag om sjukvården som styrelsen finner påkallade.

Sjukvårdskungörelsen ger sjukvårdsstyrelse vissa mer utförliga föreskrifter om planering och organisation. Dessa avser t. ex. indelning i distrikt, block och kliniker m. m. Bestämmelserna preciserar därmed det allmänna stadgandet om styrelsens ledning av den sjukvårdande verksamheten.

Också reglerna om olika befattningshavares åligganden föreskriver att sjukvårdsstyrelsen har den yttersta bestämmanderätten. Enda undantaget härifrån i sjukvårdslagstiftningen gäller frågor som direkt hör till den av överläkare och distriktsläkare ledda medicinska verksamheten. I övrigt är sjukvårdsstyrelsens ledning över landstingets sjukvård oinskränkt inom ramen för de organisatoriska och andra bestämmelser som lagstiftningen innehåller. (Den statliga styrningen m. m. behandlas i kap. 10.)

Tidigare gällde att vissa befattningshavare skulle kallas till sjukvårdsstyrelsens sammanträden, dock utan rätt att delta i beslut. Dessa föreskrifter togs emellertid bort ur lagen i samband med att 1977 års kommunallag utfärdades.

Bestämmelserna om direktion är så utformade att de ger huvudmännen stor frihet att ordna förvaltningen efter vad som bedöms lämpligt. Det är sålunda möjligt att välja mellan att ha en direktion för varje sjukhus eller en gemensam direktion för flera sjukhus eller att låta sjukvårdsstyrelsen samtidigt tjänstgöra som direktion för ett eller flera sjukhus. Direktion kan utöver sjukhusförvaltning anförtros andra motsvarande uppgifter inom sjukvården, t. ex. ledningen även av sjukhem och andra sjukvårdsanstalter inom upptagningsområdet, distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor m. fl.

Att distriktsvis samla ledningen av hälso- och sjukvården i dess helhet

till ett organ har under senare år blivit allt vanligare inom landstingsområdena.

Tidigare hade chefstjänstemännen samt varje överläkare och distriktsläkare och vissa andra befattningshavare närvarorätt vid direktionssammanträde. Särskilda regler om kallelse m. m. vid sådana tillfällen gällde. Liksom motsvarande regler för närvarorätt vid sjukvårdsstyrelsesammanträde har dessa upphört att gälla.

Tills vidare gäller, beträffande försök med vidgad närvarorätt för de anställda, lagen (1972:271) om närvarorätt vid sammanträde med kommunal eller landstingskommunal nämnd. Enligt den kan regeringen medge att landstingskommunal nämnd beslutar att företrädare för de anställda hos kommunen eller landstingskommunen får närvara vid nämndens sammanträden och delta i överläggningarna men ej i besluten. Senast lämnade medgivanden från regeringen gäller intill utgången av juni 1980. Närvarorätten utreds f. n. av kommittén för fortsatt utredning av frågan om medbestämmande för anställda i kommuner och landstingskommuner.

Indirekt genom den anvisningar för den förvaltning som han meddelas av sjukvårdsstyrelsen (4 § första stycket 7 och 5 § SjkK).

Direktionerna har, som tidigare antytts, ett slags underordnad ställning i förhållandet till sjukvårdsstyrelsen. Det framgår av 11 § 1 mom. SjkL och av 4 § SjkK. Till det som åligger sjukvårdsstyrelsen enligt uppräknig i 4 § SjkK hör bl. a. att ge direktionerna de anvisningar för förvaltningen som behövs. Detaljerna i förhållandet mellan sjukvårdsstyrelsen och direktioner brukar regleras i reglementen som landstinget antar med stöd av de hänvisningar till 3 kap. 12 § kommunallagen, KL, som finns i SjkL. Att specialagsregleringen på detta sätt skapat över- och underorgan inom sjukvårdsförvaltningen har framkallat viss tvekan angående direktionernas kommunalrättsliga ställning. Det har emellertid ansetts att direktion i och för sig har rätt att direkt hos landstinget väcka ärende som landstinget sedan är skyldigt att fatta beslut i (2 kap. 15 § KL). Direktionerna anses också vara beredningsorgan enligt bestämmelserna om obligatorisk beredning i 2 kap. 16 § KL. Direktionerna är sålunda nämnder i kommunallagens mening och kommunallagens regler om nämnder gäller för direktionerna i den mån inte SjkL eller annan specialreglering föreskriver annat.

Anordningen med direktioner är en avvikelse från den princip om ett odelat förvaltningsansvar som anses gälla för kommuner och landstingskommuner enligt KL (prop. 1975/76:187 s. 159). Det odelade ansvarets princip, som gäller för varje annan landstingskommunal verksamhet än sjukvården, innebär att nämnderna var och en inom sitt område skall ansvara för förvaltning och verkställighet inom landstingskommunens hela geografiska område. En sådan distriktsförvaltning som kan anordnas för sjukvården med stöd av SjkL är alltså inte möjlig att genomföra enbart med stöd av själva KL. Det kan emellertid erinras om att KL håller på att reformeras i syfte att ge kommuner och landstingskommuner en större organisatorisk frihet och därigenom möjliggöra bl. a. lokala organ för förvaltning och verkställighet inom del av kommunens eller landstingskommunens geografiska område. Ett steg i den riktningen har redan tagits genom lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna. Denna lag, som träder i kraft den 1 januari 1980, gäller inte för landstingskommuner men ger kommunerna

möjligheter att inom det fakultativa området tillsätta institutionsstyrelser, distriktsnämnder, kommunalråd och andra lokala organ även om annat följer av KL.

9.3.2 *Behov av ändrade regler*

Enligt vår bedömning finns anledning att även i en ny hälso- och sjukvårdslag ha kvar den grundläggande bestämmelsen att ledningen av den hälso- och sjukvårdande verksamheten skall åvila en särskilt angiven politisk styrelse. Den kan förslagsvis kallas hälso- och sjukvårdsnämnden.

Nämnden bör ha uppgifter överensstämmande med de tankegångar som tidigare redovisats i vårt betänkande. Någon motsvarighet till de mer detaljerade föreskrifterna i nuvarande sjukvårdsförfattningar är inte motiverad. Tungt vägande skäl för en likformighet över hela landet finns nämligen knappast, utan varje huvudman bör ha frihet att anpassa den detaljerade uppgifts- och ansvarsfördelningen till de lokala förutsättningarna inom de författningmässiga ramar som anges i kommunallagen.

Liksom f. n. bör det finnas möjlighet för landstinget att låta hälso- och sjukvårdsnämnden underordnade förtroendemannaorgan svara för den närmare ledningen av olika delar av verksamheten. Huvudmannen bör härvid kunna välja mellan olika organisationsformer. Det finns inga avgörande skäl för att föredra någon särskild form. Sannolikt kommer många huvudmän att finna det lämpligt att bygga vidare på direktionsmodellen, som torde bli allt mindre inriktad på enbart sjukhusvård. I andra fall kan det tänkas bli mer aktuellt med indelning i distrikt med egna "distriktsstyrelser", vilka kan ha ett områdesavgränsat ansvar utgående från indelningen i primärkommuner eller delar av dessa.

Den nya lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna ger möjlighet för kommuner att organisera den oreglerade kommunala verksamheten på ett sätt som är snarlikt den organisation som sedan länge med stöd av speciallagstiftning varit möjlig för sjukvården. Det är emellertid ännu så länge nödvändigt med en specialreglering av organisationen för hälso- och sjukvården. Det främsta skälet härför är kanske att lagen om vissa lokala organ bara är en försökslagstiftning och att den inte gäller för landstingskommunerna. Enligt vad vi har erfarit undersöker kommunaldemokratiska kommittén möjligheterna av att lämna kommuner och landstingskommuner i stort sett fria händer att organisera förvaltning och verksamhetsgrenar. Vi har inte gjort någon ingående undersökning av förutsättningarna att tillämpa en sådan organisationsfrihet beträffande hälso- och sjukvården. Vid en översiktlig bedömning kan vi dock inte se några hinder för en sådan ordning. Vi ställer oss alltså inte främmande för ett framtidsperspektiv som innebär att man slopar specialregleringen för förvaltning och verkställighet inom hälso- och sjukvården och i stället låter organisationen bestämmas av nya kommunallagsregler som ger kommuner och landstingskommuner möjlighet att hålla sig med den nämndorganisation de själva finner lämpligast.

Hälso- och sjukvårdslagen bör alltså ge de formella förutsättningarna för att under hälso- och sjukvårdsnämndens ledning lägga ett ansvar på politiskt

utsedda organ. Däremot bör lagen inte föreskriva hur dessa organ skall vara sammansatta eller hur deras ansvarsområden närmare skall anges.

9.4 Det övergripande administrativa inflytandet på hälso- och sjukvården

Den politiska ledningen av hälso- och sjukvården har till sitt förfogande en administrativ organisation, som väsentligen har två olika men integrerade funktioner, nämligen att dels ge stöd och service åt den direkta patientvården, dels sammanställa och systematisera olika utvecklings- och resurskrav inför de politiska ställningstagandena. Som exempel på den förstnämnda uppgiften kan nämnas stöd och service för att rekrytera personal och anskaffa materiella resurser till driften av klinikernas och vårdcentralernas verksamhet, liksom att tillhandahålla erforderlig administrativ service (schemaläggning, rapporter om det ekonomiska utfallet, journalhanteringssystem etc.) åt den hälso- och sjukvårdande verksamheten. Den andra huvudfunktionen för den administrativa organisationen omfattar bl. a. information till förtroendemännen om dels den sammantagna resursutvecklingen, dels utvecklingen inom olika delar av hälso- och sjukvården samt analys av alternativa planförslag och utvecklingslinjer. Parallellt med de ovan nämnda båda huvudfunktionerna svarar den administrativa organisationen för verkställande av vissa beslut samt för samordning av olika serviceaktiviteter inom och mellan klinikerna eller sjukhusen.

Den administrativa organisationens kombinerade roll som servicegivare åt den hälso- och sjukvårdande verksamheten och som verkställighets- och samordningsinstrument för den politiska ledningen innebär risker för en sammanblandning av lednings- och serviceuppgifter som gör administrationens roll oklar.

Hälso- och sjukvården kräver otvivelaktigt för sitt arbete en väl fungerande administration knuten till själva vården och de resurser denna förutsätter. Redan kontakten mellan t. ex. den enskilde distriktsläkaren eller praktikern och en patient förutsätter en betydande administrativ insats för att planera och genomföra konsultationen. För att diagnostisera och behandla mer komplicerade sjukdomstillstånd krävs i vissa fall en omfattande samverkan mellan olika typer av medicinska specialister och avancerad teknisk utrustning, som enbart kan finnas på vissa ställen i landet. Det är emellertid väsentligt att nödvändiga administrativa rutiner och system utvecklas på hälso- och sjukvårdens villkor och inte på administrationens. Detta gäller oavsett om systemet har direkt anknytning till vården av den enskilde patienten eller är av mer fristående natur såsom i fråga om grund- och vidareutbildning samt fortbildning av personal, personaladministration, lokal- och utrustningsplanering eller ekonomisk redovisning och budgetering.

Administrationens uppgift att sammanställa och systematisera olika förändringskrav samt att belysa dessa från olika aspekter utgör en viktig förutsättning för det politiska beslutsfattandet om verksamhetens omfattning, inriktning och dess resurser. Uppgifterna försvåras i hög grad av vårdarbetets karaktär och innehåll med begränsade möjligheter att beskriva de kvalitativa

aspekterna och på ett meningsfullt sätt statistiskt redovisa vårdens innehåll och betydelse för den enskilde patienten. Detta gör att aldrig så förfinade statistiska system och analyser måste kompletteras med "mjukdata", där närheten mellan beslutsfattare och praktiskt verksamma är av utomordentligt stor betydelse.

9.4.1 *Nuvarande bestämmelser*

I den nuvarande lagstiftningen finns föreskrifterna om den administrativa ledningen *dels* i reglerna om förtroendemannaorgan, *dels* i de regler som anger vilka tjänstemän som skall finnas i sjukhusledningen och föreskrifterna om dessas åligganden. Regleringen av förtroendemannaorganen har behandlats i föregående avsnitt.

Fördelningen av uppgifter på tjänstemän regleras i flera avseenden. Sjukvårdsstyrelsen får uppdra åt sjukvårdsdirektör att bereda och föredra ärenden i direktion och vara dess verkställande tjänsteman, förfoga över anslag, ansvara för vården av fastigheter och inventarier samt fullgöra organisatoriska och administrativa uppgifter som ankommer på lokal sjukhusledning. Det kan gälla både en överflyttning på denne av uppgifter och delegation av beslutanderätt.

Sjukvårdsdirektörens huvuduppgifter är i princip enligt lagstiftningens föreskrifter beredning och verkställande av sjukvårdsstyrelsens beslut. Uppgifterna har utvecklats i skilda riktningar inom olika landsting.

För nivåerna under sjukvårdsstyrelse och eventuell direktion innehåller lagstiftningen föreskrifter om olika slags tjänstemän. Sjukhusdirektörer och chefläkare resp. styresmän, blockchefer och klinikchefer samt distriktsöverläkare har på sin resp. nivå delvis likalydande åligganden som avser ledning, planering, samordning, tillsyn, ansvar för effektivitet, ekonomi, underordnad personal och jourorganisation m. m.

Frågan om sjukhusens ledning har tilldragit sig stor uppmärksamhet och föranlett mycken diskussion. Utvecklingen har gått från att en lasarettsläkare varit styresman och omhänderhaft all förvaltning till olika former av administrativ ledningsstruktur. Under denna utveckling har lagstiftningen angivit olika administrativt ansvariga tjänstemän, såsom sysslomän och intendent. Dessa har haft varierande ställning i förhållande till direktion och styresman. Den nu vanligaste ledningsorganisationen vid sjukhus omfattar sjukhusdirektör och chefläkare, sidställda under direktionen och överordnade eventuella blockchefer samt klinikchefer. Olika former av samordning mellan slutna och öppna vård leder till varierande administrativa organisationsformer och till att distriktsöverläkarnas ställning inom organisationen skiftar. De administrativa reglerna har bl. a. avsett att ange förhållanden över vårdpersonal av olika slag. De avser både rent medicinsk verksamhet och annan.

De organisatoriska föreskrifternas omfattning och detaljeringsgrad i sjukvårdsförfattningarna har fortlöpande minskat. Sjukvårdshuvudmännen har fått allt större frihet att bestämma sin organisation. Har t. ex. sjukhusdirektör tillsatts för ett lasarett kan denne även anförtros ledningen av andra sjukhus. I så fall kan numera även gemensam chefläkare förordnas för sjukhusen.

Det ankommer på vederbörande huvudman att pröva om en sådan ordning är rationell eller om man vill ha särskild chefläkare för varje sjukhus – den senare ordningen var obligatorisk före 1970 års lagändring. Även styresman kan ha att ansvara för flera sjukhus.

Det har efter hand ansetts att anledning också saknas att närmare reglera den ekonomiska förvaltningen av lasaretten. Bestämmelserna om sjukhusintendent utgick därför och den ekonomiska förvaltningen av lasarett med styresman handhas i den ordning sjukvårdsstyrelsen bestämt. Numera gäller vidare att cheftjänstemännens uppgift kan avse inte endast ledningen av sjukhus utan även annan verksamhet inom sjukvården, som är underställd direktktion (t. ex. öppen vård).

Uppgifter, som normalt tillkommer sjukhusdirektör, styresman eller chefläkare, kan också med stöd av lagstiftningen överlåtas på annan tjänsteman vid sjukhuset. Detta kan motiveras av att det vid de största sjukhusen kan vara svårt för de berörda cheftjänstemännen att fullgöra alla sina uppgifter.

Cheftjänstemännen (med undantag för sjukvårdsdirektör) har tidigare varit inordnade i sjukhusorganisationen på två nivåer, sjukhusledning och klinikledning. I båda fallen har från början krävts att tjänsterna skulle besättas enbart med läkare. Detta har lagstiftaren efter hand ändrat beträffande sjukhusledningen.

Som angivits har den tidigare tämligen enhetliga organisationen på skilda håll utvecklats till numera skiftande former. Ansvarsområden för direktioner och block har vidare avgränsats på olika vis. Ett ansvarsområde kan avgränsas av ett eller flera sjukhus eller av på olika sätt utlagda distrikt. De tidigare av en överläkare såväl administrativt som medicinskt ledda klinikerna leds nu i administrativt hänseende av klinikchefer. Dessa kan i vissa fall ha ledningen även av verksamhet förlagd utanför sjukhus. I andra fall styrs hela medicinska specialiteter eller grupper av sådana inom ramen för s. k. sektorblock. Distriktsöverläkare, som inte finns inom alla sjukvårdsområden, handhar ibland ledningen av verksamheten vid en angiven vårdcentral. De kan också ha funktionen att leda distriktsläkarna inom ett distrikt eller inom på annat sätt avgränsat område.

På nivåerna under sjukhusdirektör och styresman finns inga föreskrifter om samråd mellan den som handhar ekonomisk förvaltning och läkare i administrativ beslutsfunktion.

För nivåerna under distriktsöverläkare och klinikchef finns föreskrifter om åligganden för distriktsläkare och överläkare samt dem underställda läkare, däremot inte för annan personal. Bestämmelserna avser såväl det medicinska ledningsansvaret (vilket behandlas närmare nedan under 9.5) som skiftande slags uppgifter, såsom intygsutfärdande, anmälningsskyldigheter av olika slag, övervakning av journalföring och förbrukning av vissa resurser m. m.

Det i lag reglerade administrativa ansvaret avser sammanfattningsvis ansvaret för i princip alla åligganden i hälso- och sjukvårdsverksamheten som inte med sjukvårdskungörelsens ord "direkt hör till medicinsk verksamhet" (SjvK 29 § p. 6 resp. 31 § p. 12). Viktiga funktioner som inryms i det administrativa ansvaret är därmed exempelvis samordning, ledning och

kontroll liksom planering, organisation, utbildning och anskaffning av för vårdarbetet erforderliga resurser.

9.4.2 *Behov av ändrade regler*

Den nuvarande sjukvårdslagens organisatoriska bestämmelser utgår från en sjukhusbaserad vård där vårdplatserna och den slutna vården intar en central position. Trots en successiv utveckling och anpassning av lagstiftningen till ett formellt och reellt vidgat huvudmannaskap samt ökad handlingsfrihet för huvudmännen stämmer lagens grundsyn inte överens med den utveckling som ägt rum och som i dag eftersträvas och kan förutses i ett längre perspektiv. Såväl lagstiftningens ensidiga inriktning som dess detaljeringsgrad måste därför omprövas. En omprövning motiveras också av att den organisatoriska förändringsprocessen alltjämt pågår och av de starkt skiftande förutsättningarna mellan och inom olika landstingsområden för framtiden. Vi bedömer det även olämpligt att utfärda detaljerade författningsbestämmelser med hänsyn till att en ny lag i sina huvuddrag bör äga giltighet under en längre tid framöver. Under denna tid kan betydande omstruktureringar inom vårdområdet komma att genomföras. Starka skäl talar därför mot en lagstiftning, som administrativt binder huvudmännen. För att vården skall kunna utvecklas med hänsynstagande både till krav på ändamålsenlig förändring och till tillgången på resurser måste de för hälso- och sjukvården ansvariga ges handlingsfrihet att utveckla vårdorganisationen. Det bör givetvis ske i ett samspel med berörda intressenter.

I kap. 7 har vi uppmärksammat de olika begrepp som använts för att beteckna funktioner, nivåer, organisationsstruktur och arbetsenheter och av vilka en del finns i nu gällande lagstiftning (t. ex. slutet/öppen vård, sjukhus, klinik och vårdplats osv.). Som därvid anförts, har vi funnit att utvecklingen går i riktning mot en allt större mångfald och en mer skiftande betydelse i de olika begreppen. Vår slutsats är att detaljerade organisatoriska begrepp med en viss låst definition inte bör föreskrivas i en ny lagstiftning.

Reglerna om hur den administrativa ledningen skall vara organiserad har, liksom de flesta andra föreskrifter av liknande slag, bl. a. syftat till att garantera en likformighet över hela landet. Likhet i organisation ger emellertid inte rättssäkerhet och rättvisa. Vi har tidigare i detta kapitel (sid 318) berört decentraliseringsutredningens arbete, vilket i enlighet med direktiven för den utredningen lett till förslag om borttagande av organisatorisk detaljreglering. Vi instämmer i den argumentering som åberopats för detta ställningstagande. Inriktningen på en ramlagstiftning för hälso- och sjukvården innebär alltså att en ny lagstiftning inte behöver föreskriva en särskild organisatorisk uppbyggnad. I vad mån särskild sakkunskap är nödvändig för att uppehålla arbetsledande eller andra befattningar bör avgöras av de demokratiskt valda, för verksamheten ansvariga förtroendemännen. Dessa har därvid givetvis att samverka med arbetstagarorganisationer i de former som den arbetsrättsliga regleringen ger förutsättningar för.

9.5 Det professionella inflytandet på hälso- och sjukvården

De stora landvinningar som svensk hälso- och sjukvård kan redovisa i ett längre tidsperspektiv och som utgör grunden för dagens internationellt sett goda vård har väsentligen möjliggjorts av ökade medicinska kunskaper och deras tillämpning i praktisk hälso- och sjukvård. Stor betydelse har även utbyggnaden av hälso- och sjukvårdens resurser haft. Hälso- och sjukvården har inte bara bidragit till att bl. a. reducera barnadödligheten och förlänga medellivslängden utan har också gett allt större grupper av människor möjligheter till ett aktivt, meningsfullt liv. Olika undersökningar visar att allmänheten tillmäter hälso- och sjukvården mycket stor vikt och att den är positivt inställd till dess fortsatta utveckling.

Utvecklingen har varit genomgripande. Nya specialiserade yrkesgrupper med särskild utbildningsbakgrund har kommit till. Arbetsuppgifter och ansvarsfördelning har förändrats. Till den traditionellt biologiskt orienterade akutsjukvården har genom huvudmannaskapsreformer och attitydförändringar fogats nya uppgifter som karakteriseras av en mer sammansatt medicinsk, psykologisk och social problematik. Detta gäller inte minst den somatiska långtidsvården med dess stora behov av rehabiliteringsinsatser. Huvudmannaskapsreformerna under 60-talet tillförde sjukvårdshuvudmännen det tidigare statliga provinsialläkarväsendet och mentalsjukvården. Omhändertagandet av olika missbrukare, av framförallt alkohol, har också allt mer kommit att äga rum inom hälso- och sjukvården utan att detta varit en medveten strävan från hälso- och sjukvårdens sida. Dessa nya områden bedöms i dag genomgående vara i behov av ytterligare resurser och är vårdpolitiskt prioriterade.

Samtidigt har nya kunskaper om möjligheterna att förebygga, bota och lindra sjukdomar inneburit krav på en vidgad syn på och information om hela människan och hennes livsmiljö. Detta gäller både de dominerande dödsorsakerna – hjärtsjukdomar, cancer och olyckor – och de s. k. folksjukdomarna såsom diabetes och reumatism. En rad olika undersökningar om hur patienter upplever olika åtgärder från sjukvårdens sida samt i vad mån man tar kontakt och följer olika ordinationer pekar också entydigt på behovet av att vidga hälso- och sjukvårdens människosyn och i ökad grad beakta patienternas hela livssituation.

Hälso- och sjukvårdens fortsatta utveckling bör enligt vår bedömning av dessa skäl inriktas på former där det kvalificerade medicinska kunnandet kan kombineras med förbättrade förutsättningar att bedöma patientens samlade behov och förutsättningar. Detta förutsätter förändringar i sjukvårdens såväl yttre som inre struktur samt vad gäller inriktning av forskning och utbildning. Detta har tidigare framhållits i kraven både på närvården (9.1.1) och på läns- och regionsjukvården (9.1.2).

9.5.1 *Nuvarande bestämmelser*

9.5.1.1 Allmänna bestämmelser om ansvaret vid anställdas yrkesutövning

Brottsbalkens regler om *straffrättsligt* ansvar gäller för all slags verksamhet, således även hälso- och sjukvårdspersonal. För yrkesutövning inom hälso- och sjukvården kan alltså ansvar ifrågakomma för t. ex. vållande av kroppsskada, sjukdom eller annans död.

I lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. och andra specialförfattningar finns härutöver särskilda straffbestämmelser för yrkesutövare inom det medicinska området. Denna lag har i prop. 1978/79:220 föreslagits bli ersatt av en lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. Någon motsvarighet till nämnda straffbestämmelser förutsätts inte finnas med i den nya lagen.

Det ansvar som har att göra med anställningsförhållandet och som vilar på alla anställda i offentlig eller enskild tjänst regleras genom föreskrifter grundade på avtal mellan parterna på arbetsmarknaden. Ett sådant *avtalsrättsligt* grundat ansvar gäller också för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Enligt de regler som därmed gäller är arbetstagare skyldig att, förutom att utföra det arbete som han har åtagit sig i anställningsavtalet, även uppfylla de särskilda åligganden som får anses innefattade i tjänsten. Han är vidare skyldig att utföra annat arbete som står i naturligt samband med arbetsgivarens verksamhet och som kan anses falla inom arbetstagarens allmänna kompetens.

Arbetsgivaren bestämmer bl. a. inom ramen för anställningsavtalets villkor om verksamhetens organisation, arbetets ledning och fördelning, arten av arbetsuppgifter. En överordnad har rätt att beordra underställda att utföra arbetsuppgifter utifrån arbetsgivarens föreskrifter om verksamheten. Dessa föreskrifter anger därmed den överordnades allmänna ledningsansvar.

Arbetsgivarens bestämmanderätt kan i den mån detta inte hindras av särskilda lagbestämmelser, exempelvis sjukvårdslagen, begränsas genom avtal. Förutsättningar härför ges i bl. a. MBL (lagen 1976:580 om medbestämmande i arbetslivet) och LOA (lagen 1976:600 om offentlig anställning).

Anställds lydnadsplikt är inte ovillkorlig. Detta framgår av att en anställd enligt allmänna rättsgrundsatser inte är skyldig att följa direktiv som innebär brott mot gällande rätt eller åligganden enligt kollektivavtal. Hälso- och sjukvårdspersonalen har visserligen skyldighet att utföra beordrad åtgärd, även om denna skulle förefalla felaktig. Lydnadsplikt föreligger emellertid inte att vidta en åtgärd som skulle innebära åsidosättande av det egna yrkesansvaret (se 9.5.1.4).

För fullständighets skull bör påpekas att anställda är underkastade också ett *skadeståndsrättsligt* ansvar. Dess omfattning kan påverkas av olika försäkringsbestämmelser m. m.

9.5.1.2 Särskilda bestämmelser för hälso- och sjukvårdspersonal

För att upprätthålla den medicinska kvaliteten i vårdarbetet och därmed ge trygghet för de vårdsökande finns olika regelsystem med krav på ett yrkesmässigt handlande av viss kvalitet inom hälso- och sjukvården. Dessa

regler, vilka kompletterar de ovan redovisade allmänna bestämmelserna, avser

- dels* vissa behörighetsbestämmelser,
- dels* det medicinska yrkesansvaret,
- dels* det medicinska ledningsansvaret,
- dels* också vissa särskilt angivna uppgifter och åtgärder.

Dessa bestämmelser innebär vissa begränsningar i den ansvars- och befogenhetsfördelning som gäller generellt för kommunal verksamhet och som utgår från dess demokratiska ledning och ansvar.

Bestämmelserna om behörighet att utöva t. ex. läkaryrket och sjuksköterskeyrket och om medicinskt yrkesansvar avser all hälso- och sjukvårdsverksamhet, oavsett huvudmannaskap. De ingår inte i sjukvårdslagen eller sjukvårdskungörelsen, eftersom nuvarande lagstiftning endast reglerar den offentliga verksamheten.

De olika föreskrifterna refereras och kommenteras i det följande med hänsyn till att de utgör en viktig grund för bedömning av vilken reglering som bör ingå i en ny hälso- och sjukvårdslag. Med hänsyn till delegationsmöjligheternas stora betydelse i den praktiska verksamheten har även medtagits en redovisning av dessa enligt nuvarande bestämmelser.

9.5.1.3 Behörighet

För vissa yrkesgrupper gäller särskilda behörighetskrav för rätten att utöva yrket och/eller att använda en yrkesbeteckning. Detta gäller för läkare enligt lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket, vilken föreskriver legitimation eller vissa förordnanden på tjänster för behörighet. En motsvarande lag finns för tandläkare (1963:251).

För övriga legitimerade yrkesutövare på hälso- och sjukvårdens område finns uttrycklig bestämmelse om behörighet att utöva yrket endast för barnmorskor. För sjuksköterskor, sjukgymnaster, glasögonoptiker och psykologer har angivits vissa regler om deras befogenheter.

Alla yrkesutövare som står under socialstyrelsens tillsyn är undantagna från bestämmelserna i lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (kvacksalverilagen). Detta gäller förutom de legitimerade yrkesutövarna även övrig s. k. medicinalpersonal, dvs. exempelvis tandtekniker, undersköterskor och kuratorer. Ett stort antal av dessa erhåller sin ställning som medicinalpersonal genom utbildningen och innehavet av anställning i offentlig hälso- och sjukvård.

9.5.1.4 Medicinskt yrkesansvar

Läkare är enligt allmänna läkarinstruktionen (1963:341) i yrkesutövningen ställd under socialstyrelsens inseende. Han/hon är sålunda skyldig att efterkomma vad styrelsen föreskriver. Instruktionen föreskriver skyldighet att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela den vårdsökande de råd och såvitt möjligt den behandling, som tillståndet fordrar.

Bestämmelserna i läkarinstruktionen anger vilka regler läkaren har att iaktta i sin verksamhet. Om han brister i sina skyldigheter, kan han med

stöd av bestämmelserna i behörighetslagen bli berövad behörigheten eller få densamma begränsad.

Det yrkesmässiga ansvar läkarinstruktionen anger benämns vanligen *medicinskt yrkesansvar*. Var och en som är behörig att utöva läkaryrket är sålunda inför socialstyrelsen ansvarig för sin yrkesutövning.

Medicinalpersonal enligt kungörelsen (1964:428) om medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende – i vilken förutom läkare ingår vissa särskilt uppräknade personalgrupper inom hälso- och sjukvården – är också ställd under socialstyrelsens tillsyn. Den som tillhör medicinalpersonalen är enligt kungörelsen skyldig att

1. följa de instruktioner och andra föreskrifter för yrkesutövningen som socialstyrelsen meddelar samt
2. skyndsamt lämna de upplysningar, förklaringar eller underrättelser, som socialstyrelsen inforrdar.

På grund av medicinalpersonalkungörelsen samt i särskild ordning utfärdade instruktioner och regler för de olika personalkategoriernas yrkesutövning konstitueras ett medicinskt ansvar också för andra än läkare.

För viss personal, som ej tillhör medicinalpersonalen, gäller inget särskilt disciplinärt yrkesansvar utan endast de åligganden som framgår av lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. och socialstyrelsens därtill knutna kungörelse (MF 1975:158) med föreskrifter om åligganden m. m. för personal inom hälso- och sjukvård m. fl.

Medicinalpersonalkungörelsen och lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. har i proposition 1978/79:220 föreslagits bli ersatta av en lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. Förslaget innebär att personkretsen under socialstyrelsens tillsyn vidgas och att samhällstillsynen skall omfatta i princip all personal inom den hälso- och sjukvård, för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar. Denna personal kallas i lagförslaget hälso- och sjukvårdspersonal. I lagförslaget har intagits vissa grundläggande regler, såsom att patienten skall behandlas sakkunnigt och med omsorg samt med aktning och förståelse och har rätt till information om sitt hälsotillstånd och om planerad behandling. Alla dessa personalgrupper får därmed ett sådant särskilt yrkesansvar som nu gäller endast för medicinalpersonalen.

Grundprincipen för det medicinska yrkesansvaret kan sammanfattningsvis – med stöd av gällande och föreslagna regler – sägas vara att var och en som arbetar i hälso- och sjukvården har ett ansvar för egna medicinska bedömningar, beslut och åtgärder i samband med yrkesutövningen. Alla har en skyldighet att följa av socialstyrelsen utfärdade föreskrifter m. m.

9.5.1.5 Medicinskt ledningsansvar för läkare

Det medicinska yrkesansvaret enligt läkarinstruktionen omfattar samtliga behöriga läkare, oavsett om vederbörande är offentligt anställd eller är enskild yrkesutövare.

För de offentligt anställda läkarna anger sjukvårdslag och sjukvårdskungö-

relse härutöver vissa föreskrifter avsedda att reglera det *medicinska ledningsansvaret*. Några av föreskrifterna är följande:

Enligt 15 § SjuvL skall i varje *läkardistrikt* finnas erforderligt antal distriktsläkare. Dessa är enligt 29 § p. 6 i samma lagrum, skyldiga att ställa sig till efterrättelse vad överordnade insatser föreskriver i fråga som ej direkt hör till deras medicinska verksamhet.

Enligt 16 § SjuvL skall vid *sjukhus* finnas läkare, som "har att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande". Enligt 31 § p. 1 SjuvL skall överläkaren ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande inom det verksamhetsområde som anförtrots honom. Enligt p. 12 i samma paragraf skall han ställa sig till efterrättelse vad sjukvårdsstyrelse samt överordnade instanser i övrigt föreskriver om tjänsten, utom i fråga som direkt hör till hans medicinska verksamhet.

Enligt 29 § p. 3 SjuvK åligger det distriktsläkare att med avseende på honom underställd personal ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande. Enligt p. 6 skall han i fråga som ej direkt hör till hans medicinska verksamhet ställa sig till efterrättelse vad sjukvårdsstyrelsen, sjukvårdsdirektören och distriksöverläkaren samt, om han lyder under direktion, direktionen, sjukhusdirektören och chefläkaren eller styresmannen samt blockchefen föreskriver om tjänsten.

Om avdelningsläkare, extra läkare, underläkare och biträdande distriktsläkare föreskriver sjukvårdskungörelsen (30 och 34 §§) att dessa är skyldiga att följa de direktiv och föreskrifter, som den överordnade läkaren ger om utredningen och behandlingen, för vilken denne är ansvarig.

Med det medicinska ledningsansvaret har vederbörande läkare ett chefsansvar, således inte bara för sitt eget yrkesmässiga handlande utan ytterst även för den underställda personalens.

Beträffande den verksamhet som ledningsansvaret omfattar – den "direkt medicinska verksamheten" – är läkaren inte underställd sjukvårdsstyrelsen. Han/hon är i stället direkt ansvarig inför tillsynsmyndigheten och medicinalväsendets ansvarsnämnd (enligt prop. 1978/79:220: hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd).

Den rent medicinska verksamhet som avses brukar definieras som undersökning och behandling (diagnos och terapi) – dvs. uppgifter, vilkas handhavande kräver särskild medicinsk utbildning. I sådan utredning och behandling ingår också fortlöpande verksamhet som gäller många vårdfall – även inom laboratorie- och annan serviceverksamhet. Ledningsansvaret gäller åtgärderna i varje enskilt vårdfall. Det innebär inget övergripande ansvar för verksamhetsområdet i fråga om exempelvis organisation, resurser eller utbildning. Alla andra ställningstaganden än medicinska faller utanför området för det medicinska ledningsansvaret. Till det medicinska området i lagens mening hör således inte frågan om vilka resurser – lokal, personal, materiel, förbrukningsartiklar m. m. – som skall ställas till förfogande. Här tillkommer beslutanderätten den som driver sjukhuset eller öppenvårdsverksamheten och fastställer anslagen.

Överläkarens medicinska ledningsansvar har på det nu angivna sättet avgränsats gentemot framför allt det allmänna ansvar för vården huvudmannen har såsom den som tillhandahåller resurserna.

Det finns också en gräns mellan den ansvarige läkarens medicinska ledningsansvar och det ledningsansvar som kan åläggas andra yrkesutövare i vården. De kan också ha ett ledningsansvar som avser utredning och behandling av enskilda vårdfall, och som alltså gäller även för annan personals insatser. Det är dock inte fråga om delat ledningsansvar. Inom varje särskilt område gäller att en enda ansvarig har det odelade ledningsansvaret.

Ledningsansvaret konstituerar rätten och skyldigheten för den läkare som har detta ansvar att ge direktiv angående den medicinska verksamheten. Läkaren ansvarar för riktigheten av råd och direktiv om behandlingen utifrån den yrkeskunskap han eller hon besitter. Den som fått råden eller direktiven ansvarar för sitt sätt att följa dem, alltså för hur de rekommenderade behandlingsåtgärderna utförs.

På samma sätt som de nuvarande sjukvårdsförfattningarna föreskriver att bl. a. klinikchefen skall ha en ledande och beslutsfattande ställning i alla administrativa frågor har alltså överläkaren (distriktsläkaren), på grund av de bestämmelser som redovisats i det föregående, den ledande och beslutsfattande ställningen i direkt medicinska frågor. Dennes ledningsansvar medför dock inte en helt ovillkorlig skyldighet för underordnade anställda att följa överläkarens order. En underläkare, sjuksköterska eller annan som också har ett yrkesansvar, är skyldig att för egen del bedöma det korrekta i en beordrad åtgärd, bedömning e. d. Skulle den förefalla felaktig ligger det i deras ansvar att påpeka detta för överläkaren men ändå lyda order om denne vidhåller sin bedömning. Skulle ordern vara uppenbart felaktig leder den underordnades eget yrkesansvar till en skyldighet att vägra utföra den beordrade åtgärden (jfr 9.5.1.1).

Utanför det direkt medicinska verksamhetsområdet har vederbörande sjukvårdsstyrelse den yttersta bestämmanderätten. Den utövar också ledningen över underordnade organ och befattningshavare.

I vårt förslag ingår att avskaffa slutenvårdsbegreppet. Därmed föreligger inte förutsättningar för att reglera in- och utskrivning vid sjukhuset. Ansvar för sådana åtgärder liksom för andra faller inom ramen för den ansvarsreglering vi redogjort för i det föregående.

9.5.1.6 Övriga bestämmelser i sjukvårdslag och kungörelse

Sjukvårdslagens regler om vårdverksamhetens bedrivande avser föreskrifter dels om att det skall finnas läkare för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande jämte dessas beslutsrätt – med vissa inskränkningar – avseende intagning på sjukhus, dels om att det för den sjukvårdande verksamheten skall finnas anställd den övriga personal som erfordras för att god vård skall kunna meddelas.

Sjukvårdskungörelsens tillämpningsbestämmelser ger vissa mer detaljerade föreskrifter. Huvudsakligen rör de distriktsläkares och överläkares åligganden, avseende t. ex. skyldighet att lämna underrättelse till anhöriga och myndigheter, utfärda intyg osv. Dessa regler, som i tillämpliga delar också gäller biträdande överläkare, avdelningsläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare, är inte uttömmande.

Den egentliga vårdverksamheten (utredning, behandling och omvårdnad etc.) styrs som tidigare framgått i stor utsträckning på annat sätt än genom sjukvårdslag och -kungörelse.

9.5.1.7 Delegering

De medicinska avgörandena förutsätter enkla och snabba beslutsgångar i akuta fall men också tillfälle till omfattande samråd i vissa mer komplicerade och svåranalyserade situationer.

Även sedan man valt en viss handlingslinje uppstår fortlöpande behov av en serie beslut om den medicinska åtgärden. Inom varje medicinsk verksamhet finns en viss basrutin för alla vanligt förekommande åtgärder.

Ibland måste emellertid val träffas mellan olika rutiner eller beslut fattas om skäl föreligger i det individuella fallet att göra undantag från gällande rutin. De flesta åtgärderna kräver dessutom inte bara ställningstaganden till metod och medel utan även till kvalitativa och kvantitativa frågor. Härvid krävs kunskap inte bara om alternativa sätt att utföra en och samma åtgärd, utan också om den enskilde patientens tillstånd och dess påverkan på val av metod eller alternativt sätt att utföra åtgärden.

I fråga om ett fåtal åtgärder ger gällande författningar och anvisningar besked om vilken formell behörighet som krävs för rätten till beslut, t. ex. vid förskrivning resp. utdelning av läkemedel, inskrivning av patienter vid vissa vårdinrättningar, abort, sterilisering m. m. Även i fråga om behandlingar, där beslutanderätten är författningsreglerad, måste praktiska anpassningar ske i fråga om beslut avseende den enskilde individen. Så kan t. ex. beslut av mera generell karaktär fattas av vårdansvarig läkare med möjlighet för sjuksköterska, för annan bland vårdpersonalen eller för patienten själv att bestämma om verkställande inom givna ramar.

Långt ifrån alla behandlingsbeslut är emellertid författningsreglerade. Det ges i stället en betydande handlingsfrihet för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Vissa sådana ställningstaganden ingår som ett naturligt led i det löpande vårdarbetet. Beroende på de skiftande förhållandena inom olika medicinska verksamheter kan ett och samma behandlingsbeslut ställa vitt skilda krav på den beslutandes kunskaper och erfarenheter.

En god sjukvård och jämn arbetsfördelning förutsätter en spridning av ansvar och beslutanderätt genom delegering. Delegeringen måste ske med hänsyn till den utbildning och erfarenhet den har som mottar beslutanderätten.

Vid delegation åligger det den som ger uppdraget att tillse att kraven på de kunskaps- och erfarenhetsmässiga individuella förutsättningarna hos den som mottar uppdraget tillgodoses och svarar mot den kompetens som krävs för de aktuella ställningstagandena. I vissa situationer ger författningsreglerade legitimationer och behörigheter uppdragsgivaren stöd i hans bedömning om vilket kunnande som kan förutsättas hos medarbetaren.

9.5.2 Behov av ändrade regler

Vi finner det angeläget att diskutera huruvida särskilda ansvarsregler är nödvändiga för tillgodoseendet av de vårdsökandes behov av trygghet och beslutet som vi behandlat.

Tryggheten för den vårdsökande och kvaliteten i vården baseras f. n. som tidigare framgått i första hand på olika regler om *medicinskt yrkesansvar* – dvs. ansvaret för egna medicinska bedömningar, beslut och åtgärder inom det egna kompetensområdet. Vid införande av en lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. (prop. 1978/79:220) vidgas detta ansvar till att omfatta all personal inom hälso- och sjukvård som drivs av det allmänna eller med bidrag från det allmänna. Detta vidgade ansvar bör innebära en förstärkning av garantierna för att också andra än rent medicinska kvalitetsaspekter, t. ex. behovet av omvårdnad, blir tillbörligt beaktade.

Ett annat förhållande som allmänt sett torde främja tryggheten och kvaliteten är utvecklingen mot ökat lagarbete. I lagarbetet deltar varje yrkesföreträdare med sin särskilda kunskap, insikt och förmåga till inlevelse osv. Den gemensamma kompetensen i ett vårdslag och ett gemensamt ansvarstagande utgör i dagens komplexa hälso- och sjukvårdssystem många gånger ett värdefullt stöd för den enskilde befattningshavarens ansvarstagande. Den främjar därigenom också vårdens kvalitet genom att informationen blir bättre och omvårdnads- och sociala hänsyn tillräckligt kan beaktas.

De föreskrifter som redan finns och väntas tillkomma om medicinskt yrkesansvar innebär sålunda goda grundläggande garantier för att kraven på trygghet och kvalitet blir tillgodosedda.

En fråga att härefter ta ställning till är huruvida behov finns av ytterligare regler – motsvarande nuvarande föreskrifter om *medicinskt ledningsansvar*.

Många beslut inom hälso- och sjukvården är av sådan karaktär att de kräver högsta sakkunskap och speciell erfarenhet hos beslutsfattaren. Besluten måste ofta fattas efter en sammanvägning av olika medicinska och andra experters bedömningar. Det gäller exempelvis vid kirurgiska operationer och i andra sammanhang då i praktiken alla åtgärder har ett avgörande medicinskt innehåll samt snabba och korrekta beslut är nödvändiga.

Vi förutsätter därför att i vårdorganisationen finns befattningshavare med övergripande beslutsbefogenheter i medicinska frågor, dvs. med ett medicinskt ledningsansvar. Som närmare utvecklas särskilt (jfr 9.1) är det ofta svårt att dra en klar gräns mellan administrativa och medicinska avgöranden. Problem av denna karaktär bör emellertid kunna lösas genom en organisation baserad på samråd och samverkan.

Problemet är då huruvida detta – att befattningshavare med medicinskt ledningsansvar skall finnas i vårdorganisationen – liksom vilken tjänstekategori som skall tilldelas detta ansvar, måste föreskrivas i hälso- och sjukvårdslagen. Som framgått i ett tidigare avsnitt har vi inte funnit det nödvändigt att andra slags ledningsfunktioner regleras genom lagstiftning. Vi räknar med att varje hälso- och sjukvårdshuvudman ändå kommer att införa en ändamålsenlig ledningsorganisation.

Frågan om ansvarsreglerna kompliceras av att många skilda verksamheter och organisationsformer förekommer inom den offentliga hälso- och sjukvården. Ofta förekommer en ansvarsfördelning, som innebär att olika spe-

cialister i praktiken är ansvariga för delar av vårdverksamheten, exempelvis diagnos/terapi resp. direkt patientvård/omvårdnad och rehabilitering. Det kan härigenom vara svårt att ålägga en enda yrkeskategori det medicinska ledningsansvaret. Utredningen anser ändå att detta – som innebär ett fasthållande vid nuvarande ordning – måste övervägas.

Slopad reglering av det medicinska ledningsansvaret skulle få till följd att man överläter åt arbetsgivaren att efter förhandlingar med arbetstagarparterna fastställa ledningsorganisationen. Det skulle t. ex. kunna innebära att den administrativt ansvarige chefen för viss verksamhet finge befogenhet att fatta beslut i alla frågor, även rent medicinska. En sådan lösning skulle sannolikt i det stora flertalet fall inte medföra åsidosättande av den behandlande läkarens medicinska bedömningar. En möjlighet skulle dock finnas för ifrågavarande chef att fatta beslut stridande mot läkarens bedömning. Det förhållandet, att den beslutsberättigade i efterhand skulle kunna ställas till ansvar för detta – enligt reglerna för vederbörandes eget ansvar – innebär ingen garanti för de från medicinsk synpunkt riktigaste besluten. Om det medicinska ledningsansvaret anförtros annan än läkare, torde man alltså få räkna med större risk än annars för att de medicinska bedömningarna inte blir utslagsgivande.

Borttagna bestämmelser om medicinskt ledningsansvar kan också befaras innebära risk för oklarheter om ansvarsförhållandena inom organisationen. Detta skulle för de vård sökande kunna medföra eller i vart fall uppfattas som försämrad trygghet och kvalitet i vården.

Det kan samtidigt konstateras att ansvarsfördelningen i vården i dag är mindre auktoritetsbunden och mer inriktad på samverkan än tidigare. Ledningsansvar för en av specialisterna kan förutsättas grundas på ett samarbete mellan de olika yrkesföreträdarna i vårdarbetet. Utvecklingen kan alltså väntas ytterligare leda till att det medicinska ledningsansvarets reella betydelse minskar och att ansvarsreglerna huvudsakligen aktualiseras i händelse enighet ej uppnås om det medicinska handlandet i en viss situation. I övriga fall förutsätts beslutsfattandet ske i samverkan med övriga anställda.

Mot denna bakgrund finner vi övervägande skäl föreligga för ett bibehållande av det medicinska ledningsansvaret för överläkare och motsvarande. Läkaren är i kraft av sin utbildning allmänt sett den mest kompetente att i det enskilda fallet ta ställning till de rent medicinska problemen. Tillämpningen bör dock ske så att läkaren utövar ledningsansvaret beträffande den diagnos och terapi, som vederbörande med hänsyn till sin kunskapsnivå och erfarenhet har att ställa resp. ordinera eller själv utföra. I övriga fall förutsätts att samarbetet med övriga specialister får ökad betydelse och i många fall blir avgörande för ställningstagandena.

Vid övervägandena om det medicinska ledningsansvaret har vi förutsatt att delegeringsmöjligheterna noga tillvaratas av läkare som anförtros sådant ledningsansvar. Detta stämmer väl överens med inriktningen på samverkan i vårdarbetet. Utredningen om sjukvårdens inre organisation (SIO) har närmare behandlat dessa frågor (SOU 1979:26).

9.6 Det företagsdemokratiska inflyttandet på hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens tillgång till en kunnig, intresserad och engagerad personal bestämmer i hög grad de insatser som kommer den enskilde patienten till del. Av största betydelse för vårdens innehåll och utveckling är därför det företagsdemokratiska inflyttandet och de möjligheter det ger att fånga upp och kanalisera personalens erfarenheter och synpunkter oberoende av en hierarkisk vårdorganisation. Den politiska ledningen får på detta sätt tillgång till en mer allsidig och nyanserad information än vad enbart den formella organisationen kan ge.

1970-talet har utmärkts av intensiva aktiviteter inom medbestämmande- och arbetsmiljöområdet. Ett flertal nya lagar och avtal har tillkommit som på ett genomgripande sätt påverkar arbetet inom landstingen. En kronologisk översikt över viktigare förändringar under senare år omfattar bl. a.:

- 1968 – företagsnämndsavtal
- 1972 – lagen om närvarorätt vid sammanträde med kommunal eller landstingskommunal nämnd
- 1973 – rationaliseringsavtal
- 1974 – vidgad förhandlingsrätt
- 1974 – ändrad arbetarskyddslagstiftning
- 1974 – lagen om anställningsskydd (LAS) och lagen om anställningsfrämjande åtgärder
- 1974 – lagen om facklig förtroendemans ställning på arbetsplatsen
- 1977 – lagen om offentlig anställning (LOA)
- 1977 – medbestämmandelagen (MBL)
- 1979 – arbetsmiljölagen
- 1979 – tillägg i kommunallagen rörande partssammansatta organ (PSO) i kommunen och landstingskommunen.

Enligt lag (1979:409) om ändring i KL kan beslutanderätt föras över till partssammansatta organ, PSO. Härigenom öppnas kommunalrättsliga möjligheter att i ett medbestämmandeavtal enligt 32 § MBL – dvs. om ingående och upphörande av anställningsavtal, ledningen och fördelningen av arbetet och verksamhetens bedrivande i övrigt – föreskriva att PSO skall finnas inom vissa kommunala verksamhetsområden.

PSO kan enligt dessa bestämmelser ha till uppgift att svara för beredning, förvaltning och verkställighet i ärenden som rör förhållandet mellan kommunen/landstingskommunen som arbetsgivare och dess arbetstagare. PSO får ej avgöra frågor som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet eller viss myndighetsutövning, som avser att för enskild bestämman om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinpåföljd, avskedande m. m.

PSO antas i första hand arbeta med frågor som gäller personalpolitik och personaladministration, arbetsmiljö, rationaliserings- och organisationsfrågor, personalinformation samt vissa drift- och servicefrågor etc., planering, budgetering och redovisning i de delar, som ligger inom det avsedda området för medbestämmandet, samt utvecklingsprogram för företagsdemokratien.

Med vidgad syn på människan och arbetets betydelse för en meningsfull

tillvaro har området för företagsdemokratiska insatser successivt utökats. Från en ursprunglig koncentration på löne- och anställningsvillkor har de fackliga insatserna utvidgats till att avse i princip samtliga villkor i arbetslivet såsom forskning och utbildning, planering, organisation och arbetsmiljö, lokalutformning och utrustning samt ekonomi. Vidgningen av det fackliga intresseområdet i en allt mer komplicerad samhälls- och företagsstruktur kompletteras av en strävan efter att fördjupa inflytandet på de enskilda arbetsplatserna genom ett vidgat medbestämmande i den löpande driften. Dessa generella utvecklingstendenser på arbetsmarknaden har sin direkta motsvarighet inom hälso- och sjukvården, där den integrerade vård- och arbetsmiljön innebär särskilda krav och förutsättningar. I olika sammanhang har också markerats den begränsning av det fackliga inflytandet vilken följer av grundläggande demokratiska principer.

Kraven på en bättre hälso- och sjukvård är i mycket liktydiga med krav på en organisation som bättre förmår att stimulera, ta till vara och utveckla de anställdas kunskaper och erfarenheter i en demokratisk arbetsgemenskap, som omfattar såväl patienter som personal. En grundläggande förutsättning för detta är ett rimligt mått av kontinuitet i både arbetsförhållandena och patientrelationerna. Detta ger möjligheter att lära känna varandra och att utveckla arbetsformer som tar till vara den enskildes förutsättningar. Den grundläggande kontinuiteten är i sin tur beroende av en rad olika "yttre" förutsättningar som regleras i grundläggande lagstiftning, avtal mellan arbetsgivare och arbetstagare eller genom beslut grundade på det demokratiska, det administrativa och det professionella systemet. Av olika skäl är ett förstärkt medinflytande från personalens sida önskvärt och en förutsättning för en positiv utveckling. Samtidigt är det uppenbart att detta inte får innebära en uttunning av det demokratiska inflytandet eller ett sämre tillvaratagande av olika professionella kompetenser i det direkta patientarbetet eller i organisationen av detta.

Även om patienternas och personalens intressen i långa stycken sammanfaller är det uppenbart att så inte alltid är fallet. Det kan också konstateras att anspråken på resurser alltid överstiger den tillgång som framkommer vid avvägningen mellan olika samhällssektorer och vårdområden. Ett vidgat medbestämmande för personalen måste således tillämpas med beaktande av demokratiskt fastlagda vårdpolitiska mål och resursramar.

9.6.1 *Nuvarande bestämmelser*

Lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL, gäller även de offentligt anställda enligt vissa ovan redovisade förutsättningar. Enligt MBL bör parterna på arbetsmarknaden träffa kollektivavtal om medbestämmande för arbetstagare bl. a. i frågor som avser ledningen och fördelningen av arbetet och verksamhetens bedrivande i övrigt. Sådant avtal blir dock inte giltigt om det innehåller föreskrifter som avviker från vad som föreskrivs i annan lag eller författning meddelad med stöd av annan lag. Sjukvårdslagstiftningen innehåller f. n. sådana föreskrifter.

Ovan redovisade förhållanden innebär att sjukvårdshuvudmannen – arbetsgivaren inte kan träffa giltigt avtal med arbetstagarna i sjukvården om en sådan organisation, ledning och fördelning av arbetet och verksamhetens

bedrivande i övrigt, som inte är förenlig med sjukvårdslagstiftningens bestämmelser.

9.6.2 *Behov av ändrade regler*

I våra direktiv är vi ålagda att lägga fram förslag om en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården och där undanröja sådan detaljreglering i lagstiftningen som inte längre behövs.

I övervägandena i det föregående har vi funnit att hälso- och sjukvårdens mål lättare nås genom att ett totalansvar för hälso- och sjukvården tilldelas landstingen som företrädare för samhället. Till ansvaret bör däremot inte knytas detaljerade föreskrifter i lagstiftningen om hur vården skall organiseras och bedrivas.

Frågan om utformande av särskilda bestämmelser om organisation, åligganden och ansvar i lag måste ses också mot bakgrund av kraven på arbetsplatsdemokrati. Inom hälso- och sjukvården bör givetvis, med beaktande av dess speciella förhållanden, finnas samma förutsättningar för samverkan i arbetet och medbestämmande för alla anställda som man eftersträvar i övrigt arbetsliv.

Den kommande hälso- och sjukvårdslagstiftningen bör ge förutsättningar för största möjliga samverkan i arbetet för alla, innefattande även rätt att ta del av beslutsfattandet.

Man bör i detta sammanhang uppmärksamma att hälsa och sjukdom rör även andra förhållanden än i snäv mening medicinska. Vården kräver att man ser till flera omständigheter, såsom behovet av mänsklig omvårdnad, psykologiska och sociala förhållanden osv., i både utredning och behandling. Hälso- och sjukvården är ett område som utvecklas snabbt, både till kunskaps- och erfarenhetsinnehåll och när det gäller dess samhälleliga förutsättningar. De som är verksamma i arbetet har var för sig tillgång till olika delar av den information som är nödvändig för att nå bästa effekt och för att kunna fortlöpande pröva om nya beslut, resurser och insatser behövs. Vårdpersonalens önskan att göra en mer meningsfull insats ger anledning att noga beakta möjligheterna att tillvarata alla vårdarbeters resurser.

Våra tidigare överväganden har lett till slutsatsen att en ändamålsenlig utveckling och drift av hälso- och sjukvårdsverksamheten bäst nås, om organisatoriska bestämmelser inte föreskrivs genom sjukvårdslagstiftningen. Detta ligger helt i linje med kraven från arbetsplatsdemokratisk synpunkt på att sådana regler inte bör finnas, som inskränker utrymmet för medbestämmande.

Vår bedömning är att medbestämmande i den form som föreslagits kommer att tillföra vårdarbetet värdefulla resurser. Skyddet för tredje part, de vårdsökande enskilda människorna, tillgodoses dessutom genom reglerna om medicinskt yrkesansvar och ledningsansvar. (Behovet av den vårdsökandes aktiva medverkan och hans krav på respekt har behandlats i kap. 6.) Kraven på företagsdemokratiskt inflytande måste mot den bakgrunden ses som ett ytterligare argument för att ta bort organisatoriska föreskrifter ur kommande lagstiftning. Frågan om skyddet för det demokratiska inflytandet över verksamheten skall inte prövas av oss, utan utifrån övervägandena i den fortsatta utredningen av frågan om medbestämmande för kommunalt anställda.

9.7 Sammanfattande bedömning

En av huvuduppgifterna för oss är att bedöma i vad mån generell lagstiftning för hela samhället, arbetsmarknaden eller den kommunala verksamheten behöver kompletteras med särskilda lagregler avseende hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Den hittillsvarande utvecklingen på hälso- och sjukvårdslagstiftningens område har inneburit en successiv avveckling av mer detaljerade bestämmelser och en vidgad handlingsfrihet när det gäller att utveckla och anpassa organisationen efter skiftande lokala förutsättningar. Utvecklingen har medfört ett växande ansvar och däremot svarande befogenheter för sjukvårdshuvudmännen att forma organisationen så att den bäst skall svara mot vårdbehoven i samhället. Vi har med våra förslag i det föregående velat skapa förutsättningar för en fortsatt utveckling i denna riktning och genom en reduktion av specialbestämmelserna även öppna möjligheter för ett vidgat inflytande från personalens sida.

Enligt utredningsdirektiven skall en helt ny hälso- och sjukvårdslagstiftning övervägas. Det har tidigare framhållits att i denna starkare bör markeras den vårdsökandes rättigheter och ställning liksom inriktningen på förebyggande åtgärder och insatser i öppen vård. Den nya lagstiftningen bör således innebära en förändring i förhållande till den nuvarande, som är baserad på den traditionella vårdorganisationen med en dominerande ställning för den slutna vården vid sjukhus. Samtidigt har betonats att en grundläggande förutsättning för modern hälso- och sjukvård är en organiserad samverkan i fasta former där skilda intressen får komma till uttryck och avvägas. Utredningens bedömning är dock att denna icke i detalj behöver regleras för hela landet genom lagstiftning. Huvudmännen har själva kompetens och resurser att efter skiftande lokala förutsättningar utveckla en sådan organisation i samverkansformer som skall gälla för hela den kommunala sektorn.

Allmänhetens intressen och krav på hälso- och sjukvården måste i grunden tillgodoses genom ett förstärkt demokratiskt inflytande på verksamheten. Kvaliteten i vårdarbetet och patientens trygghet bestäms i väsentliga avseenden av personalens kunskaper och engagemang liksom av den arbetsorganisation för samverkan och utveckling som tillämpas. Kraven på och förutsättningarna för denna arbetsorganisation skiftar i hög grad mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsgrenar samt mellan olika delar av landet. Vi har därför inte funnit skäl att organisationen regleras mera i detalj i ensartade former. Några skäl för att genom lagstiftning undanta den administrativa eller professionella organisationen från personalens rätt till medbestämmande har inte bedömts föreligga. Vi utgår härvid från att det grundläggande medicinska yrkesansvaret – som regleras utanför hälso- och sjukvårdslagen – bibehålls och vidgas i huvudsak enligt de intentioner som redovisats i proposition 1978/79:220.

Vi har dock bedömt det nödvändigt att – med understrykande av att delegationsmöjligheterna skall tillvaratas – i lagstiftningen bibehålla en bestämmelse om läkares medicinska ledningsansvar som avgränsas till att gälla undersökning och behandling av den enskilde patienten. Ansvaret för de övriga delarna av vårdverksamheten, t. ex. vilka resurser – lokaler,

personal, materiel, förbrukningsartiklar – som skall ställas till förfogande förutsätts däremot helt åvila sjukvårdshuvudmännen.

Vårt förslag vad gäller reglering av vårdorganisationen innebär inga omedelbara förändringar för den nuvarande verksamheten med dess fördelning av ansvar och befogenheter. Nuvarande reglering i sjukvårdsförfattningarna, som förslagits utgå, ersätts i utgångsläget av bestämmelser utgående från den demokratiska ledningen av resp. landstings verksamheter. Däremot öppnar förslagen möjligheter att på sikt anpassa och utveckla organisationen efter skiftande och förändrade krav och förutsättningar.

10 Samspelet mellan landstingen och staten

10.1 Inledning

Hälso- och sjukvården utgör en väsentlig del av samhällets totala välfärds-system. För att landstingens verksamhet inom denna sektor skall kunna bedrivas effektivt samt svara mot demokratiska, välfärdspolitiska, samhälls-ekonomiska och sysselsättningspolitiska mål fordras ett väl fungerande samspel mellan skilda intressen inom landstinget samt med primärkommuner, andra närliggande landsting och staten. Detta samspel är ofta av en mångskiftande och komplicerad karaktär.

Med samhällets och hälso- och sjukvårdens utveckling följer förändrade krav på och förutsättningar för samspelet bl. a. mellan landstingen och staten. I detta kapitel skall diskuteras de förändringar i detta avseende som följer av främst det ökade ansvar – i form av ett totalansvar – för hälso- och sjukvården, som landstingen i enlighet med vårt förslag kommer att få i framtiden.

Statens och landstingens gemensamma ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling tar sig i dagens läge väsentligen uttryck genom ett samarbete som avser följande funktioner:

- Lagstiftning med bl. a. reglering av vårdansvar och vårdorganisation
- Hälso- och sjukvårdsplanering
- Statlig tillsyn och kontroll
- Ekonomiska bidrag och överenskommelser
- Utformning av sjukförsäkringen
- Fördelning av läkare och tandläkare
- Investeringsramar för sjukvårdsbyggnader m. m.
- Inriktning och dimensionering av forsknings- och utvecklingsarbete (FoU)
- Sysselsättningsplanering och utbildning
- Hälsoupplysning.

Vi kommer i detta kapitel att behandla dessa funktioner och framlägga förslag om de förändringar i samarbetet mellan landsting och staten som därvid kan bli aktuella. Uppmärksamheten kommer att särskilt ägnas de frågor, vars avgörande får konsekvenser för en ny hälso- och sjukvårdslagstiftning.

Samverkan mellan landsting och staten kan givetvis också ske i andra former än de här upptagna. Bl. a. har utredningar och konferenser sin givna betydelse i detta sammanhang.

Inledningsvis redovisas vissa övergripande synpunkter på statens ansvar inom hälso- och sjukvården mot bakgrund av bl. a. den pågående decentraliseringen och förstärkningen av den kommunala självstyrelsen.

10.2 Statens roll inom hälso- och sjukvården

10.2.1 *Decentralisering och ökad kommunal självstyrelse*

Under de senaste årtiondena har landstingens och primärkommunernas verksamhet byggts ut kraftigt. Viktiga samhällsuppgifter har genom lagstiftning decentraliserats. De kommunala organen har idag vidsträckta befogenheter att själva ombesörja sina angelägenheter. Den kommunala självstyrelsen utgör i enlighet med regeringsformen en grund för vårt samhällssystem och vår demokrati. Kommunerna gör också väsentliga insatser för att förverkliga välfärdssamhället.

Det finns en klar strävan att ytterligare förstärka den kommunala handlingsfriheten. En rad åtgärder har vidtagits i detta syfte. Kommunernas lednings- och förvaltningsorganisationer har byggts ut. Detta ger möjligheter till en fortsatt vidgning av ansvar och arbetsuppgifter.

Olika utredningar har genomförts eller pågår med syfte att ytterligare begränsa den statliga detaljregleringen av kommunernas verksamhet och decentralisera arbetsuppgifter från stat till kommun. Av dessa kan nämnas kommunallagsutredningen, utredningen om den kommunala demokratin, 1976 års kommunalekonomiska utredning (KEU), decentraliseringsutredningen, utredningen om vidgad länsdemokrati och statskontrollkommittén. Hälso- och sjukvårdsutredningen hör också hit.

På grundval av KEU:s överväganden behandlas i regeringens proposition 1978/79:95 bl. a. frågan om samspelet mellan stat och kommun i samband med utvecklingen av den kommunala självstyrelsen. Föredraganden betonar att det från demokratiska utgångspunkter är väsentligt att den kommunala självstyrelsen garanteras ett betydande reellt innehåll. Det är angeläget, fortsätter föredraganden, att kommunerna och landstingen har en betydande handlingsfrihet. Förutsättningarna att öka deras ansvar har också i hög grad förbättrats under de senaste decennierna. Kommunerna och landstingskommunerna har numera personella och andra resurser att i större utsträckning än tidigare självständigt handha de uppgifter som anförtrots dem.

Föredraganden ser inte någon avgörande motsättning mellan KEU:s rekommendationer att statsmakterna i första hand bör dra upp allmänna riktlinjer för den kommunala verksamheten, bl. a. för den fortsatta utbyggnaden av välfärden, vilken skulle möjliggöra minskad statskontroll, och de krav på likformighet som medborgarna har rätt att ställa. Vid utformningen av den statliga tillsynen och kontrollen måste enligt föredraganden en avvägning ske mellan å ena sidan intresset av ett ökat lokalt inflytande och å andra sidan kraven på rättssäkerhet och lika tillgång på samhällsservice.

Föredraganden anser att man vid varje fråga om minskad statskontroll får göra erforderliga bedömningar härvidlag utifrån en sådan allmän grundsyn.

Riksdagen anslöt sig i sitt beslut (FiU 35, rskr 335) till denna grundsyn.

Landstingen har det politiska ansvaret gentemot sina invånare för hälso- och sjukvården och dess utveckling. Genom olika reformer har huvudmannaskapet för tidigare bl. a. statliga vårdverksamheter successivt förts över till dem. Statens reglering av hälso- och sjukvårdsarbetet liksom det statliga bidragssystemet har också förenklats.

I direktiven till hälso- och sjukvårdsutredningen framhålles behovet av en ytterligare förenkling av den statliga kontrollen. I den nya lagstiftningen för hälso- och sjukvården bör sådan detaljreglering undanröjas, som inte längre behövs. I direktiven understryks också betydelsen av att möjligheterna till decentralisering av verksamhetsformerna tas till vara och att en förstärkning av den kommunala demokratin underlättas.

Landstingens ansvar för hälso- och sjukvården kommer att förstärkas vid genomförande av det förslag till ny sammanhållen lagstiftning som vi lägger fram i detta betänkande (kap. 11). Enligt förslaget skall landstingen ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården inom sina respektive områden. Detta innebär att landstingen skall ha ett övergripande ansvar för hälso-situationen samt ha att tillse att hälso- och sjukvård på lika villkor kan erbjudas dem som är bosatta inom landstingsområdet.

10.2.2 Statens övergripande ansvar

Om landstingen får ett totalansvar för hälso- och sjukvård inom sina respektive områden kommer statens roll inom denna sektor att förändras i förhållande till vad som gäller idag. Det finns då inte behov av en tvingande statlig detaljstyrning och en kontrollerande byråkrati. I stället bör – på det sätt som decentraliseringsutredningen och KEU skisserat – utvecklas ett samråds- och förhandlingsförfarande i olika övergripande frågor, där bl. a. vårdpolitiska, arbetsmarknadsmässiga och samhällsekonomiska aspekter vägs samman.

Finansutskottet framhåller i sitt betänkande (1978/79:35) om den kommunala ekonomin m. m. med anledning av den kommunalekonomiska utredningens förslag bl. a. följande om statens roll (sid. 6):

”Statsmakterna har ett intresse av att på olika sätt påverka kommunerna och landstingskommunerna i syfte att nå vissa fundamentala mål i fråga om sysselsättnings-, regional- och stabiliseringspolitik m. m. Vidare har medborgarna krav på rättssäkerhet och lika tillgång till samhällsservice. Statsmakterna måste därför kunna ange ramar för kommunernas och landstingskommunernas befogenheter och utöva viss tillsyn och kontroll.

För att de olika landstingen skall kunna svara för hälso- och sjukvård på ett adekvat sätt förutsätter vi alltså olika samordnade insatser över landstingsgränserna. Det är inte rimligt, att varje landsting på egen hand skall ta fram t. ex. det planunderlag, som kan utarbetas gemensamt för hela landet, själv planera och genomföra all utbildning av läkare och annan vårdpersonal eller bedriva erforderligt forsknings- och utvecklingsarbete. Här behövs gemensamma insatser på både regional och nationell nivå. Sam-

verkan mellan olika landsting är erforderlig för bl. a. den högspecialiserade vården. Vi anser det naturligt att staten tar på sig sin del av ansvaret för de gemensamma insatserna på nationell nivå, som således bör utgå från landstingens behov.

Såsom skisserats i bl. a. decentraliseringsutredningen och KEU innebär övergången till ett system med ökad kommunal handlingsfrihet inom preciserade ramar behov av ett samordnat utvecklings- och rådgivningsarbete i komplexa frågor av gemensam natur. Exempel på sådana inom hälso- och sjukvården kan hämtas från den medicinska verksamheten samt från planerings-, byggnads- och utrustningsfunktionerna m. m. Den senare typen av frågeställningar ökar i takt med strävandena att med begränsade ekonomiska resurser tillgodogöra vården en växande kunskapsmassa och teknik.

Behovet av statlig samordning får också ses mot bakgrund av hälso- och sjukvårdens snabba tillväxt – liksom den kommunala sektorns utveckling i övrigt – och dess stora betydelse för bl. a. sysselsättningsmässig och samhällsekonomisk balans. Den utbyggnad och reformering som skett av såväl den statliga som den kommunala planeringen ger underlag för ett förlängt framtidsperspektiv och ett förbättrat samspel mellan staten och kommunerna i dessa avseenden.

Ett av de i kap. 6 angivna övergripande målen innebär att alla som bor i landet skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Detta betyder att vården så långt möjligt bör på lika villkor komma landets alla invånare till godo, oberoende av deras ålder, var de bor och deras ekonomiska, sociala och andra förhållanden.

Markeringen av en helhetssyn på hälso- och sjukvårdsproblemen samt därav följande krav på en starkare inriktning av hälsopolitiken på förebyggande åtgärder, bl. a. sådana som är inriktade på att undanröja hälsorisker i miljön, talar också för att en samordning kommer till stånd inte bara på lokal nivå utan även på riksnivå.

Det är ofta omöjligt att inom ramen för den sjukvårdsverksamhet, som bedrivs på lokal nivå eller inom ett landstingsområde, samla in alla de kunskaper och erfarenheter som är nödvändiga för att man t. ex. skall kunna relatera sjukdomar till riskförhållanden i miljön. För sådana epidemiologiska studier – men också för annat forsknings- och utvecklingsarbete – behövs vanligtvis ett större befolkningsunderlag. I vissa fall är inte ens ett nationellt underlag därvid tillräckligt. Av betydelse är därför att den samordning av forsknings- och utvecklingsarbete som blir nödvändig på nationell nivå också tar hänsyn till internationella samverkansintressen.

Hälsopolitiska effekter kan vinnas genom insatser inom bl. a. arbetsmarknad, boende- och arbetsmiljö. Initiativ till sådana insatser kan tas från olika håll men måste ofta samordnas nationellt för att nå avsedd effekt.

Staten och sjukvårdshuvudmännen har ett gemensamt intresse av att bevaka att hälso- och sjukvården över hela landet till sitt medicinska innehåll svarar mot vissa enhetliga krav på kvalitet. Bedömningen av vad som är medicinskt acceptabla åtgärder, dvs. står i överensstämmelse med vad som med läkarinstruktionens språkbruk kallas "vetenskap och beprövad erfarenhet", får inte vara olika på skilda platser. Detta är i hög grad avgörande för att vård sökande skall kunna känna säkerhet och trygghet. Denna be-

dömning måste ligga till grund för olika utbildningsinsatser samt för den kontroll av personalens yrkesutövning i medicinskt avseende som staten har att påta sig. Bedömningen påverkas i sin tur av bl. a. resultaten av det forsknings- och utvecklingsarbete, som bedrivs på riksnivå.

Mot den bakgrunden kan *de uppgifter som följer av statens övergripande ansvar* för hälso- och sjukvården hänföras

- till kravet på en rationell och rättvis fördelning av samhällets resurser inom hälso- och sjukvården samt mellan denna sektor och andra samhällssektorer (*välståndspolitik*),
- till behovet av en för riket samordnad utveckling av resurser för hälso- och sjukvården (t. ex. genom *arbetsmarknadspolitik* och *utbildning* av personal) jämte tillhandahållande av nya kunskaper (t. ex. genom *FoU*) samt
- till bevakning av enskilda människors trygghet och säkerhet i medicinskt avseende (*tillsyn*).

Dessa uppgifter förutsätts i enlighet med KEU:s förslag så långt möjligt bli utformade som ett bistånd och stöd till sjukvårdshuvudmännen.

Vi återkommer i det följande till olika funktioner beträffande samverkan mellan stat och landsting.

10.3 Samverkan mellan landstingen och staten inom hälso- och sjukvården

10.3.1 Inledning

Som utgångspunkt för våra överväganden kan vi konstatera, att det är landstingen som har det direkta ansvaret för utformning, finansiering och drift av hälso- och sjukvården. De övergripande målen för dessa verksamheter inom ramen för den allmänna välfärdspolitik fastställes av statsmakterna.

I diskussionerna om den kommunala självstyrelsen har frågan om hur det statliga inflytandet över kommunerna skall utformas fått en central plats. I propositionen 1976/77:1 angående minskad detaljreglering av kommunerna framhålls bl. a. att det knappast är möjligt att låta statens tillsyns- och kontrollfunktioner gentemot kommunerna regleras av någon enstaka allmän princip. En avvägning mellan delvis motstridiga intressen måste komma till stånd vid varje tillfälle.

I detta sammanhang finns anledning att erinra om de överväganden beträffande samverkan mellan landstingen och staten, som legat till grund för det förslag till uppgifter och organisation m. m. för socialstyrelsen, som regeringen lagt fram i en proposition till 1979/80 års riksmöte (prop. 1979/80:6) på grundval av de översyner av styrelsens verksamhet, som genomförts dels av styrelsen själv (ÖSoS), dels av en till socialdepartementet knuten beredningsgrupp (SoS-gruppen).

I propositionen framhåller den föredragande, att han anser att socialstyrelsens framtida roll och uppgifter har sin naturliga utgångspunkt i statens med kommunerna gemensamma ansvar för socialvårdens och hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalitet och framtida utveckling (sid 18.)

Föredraganden fortsätter:

”Det delade ansvaret innebär att primärkommuner och landsting har det närmaste ansvaret för att vården utformas med hänsyn till de rådande lokala och regionala behoven och förutsättningarna. Detta ansvar har under de senaste tio åren vuxit i omfattning. Kommunernas och landstingens ansvar för att förverkliga väsentliga delar av välfärdspolitiken har stadigt utökats. I samband med att ansvaret vidgats har också befogenheterna ökat för de kommunala organen att själva ombesörja dessa angelägenheter. En vidgning av den kommunala självstyrelsen har varit grundtanken bakom flera statliga utredningar som genomförts eller pågår. Den kommunala handlingsfriheten kommer ytterligare att markeras i den nya lagstiftning som föreslås för socialtjänsten och planeras för hälso- och sjukvården.

De uppgifter som följer av statens ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården har sin grund i statens övergripande ansvar för den samlade välfärdspolitiken och för samhällsekonomi. Staten fullgör dessa uppgifter genom lagstiftning samt genom en betydande medverkan i vårdens försörjning med ekonomiska resurser och utbildad personal. Statens ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården kan sägas omfatta ett övergripande planerings- och samordningsansvar som innebär att påverka omfattning och inriktning av socialvården och hälso- och sjukvården. Statsmakterna har vidare möjligheter att påverka den kommunala verksamheten inom ramen för den ekonomiska politiken och genom överläggningar med representanter för kommuner och landsting. Statsmakterna har slutligen ett tillsynsansvar som innebär att ytterst garantera de enskilda människornas trygghet och säkerhet såväl vad avser vårdens kvalitet som i rättsligt hänseende.

Enligt min mening skall socialstyrelsen som statlig myndighet på statsmakternas uppdrag verka för att statsmakternas beslut och intentioner verkställs. Styrelsen skall fullgöra denna uppgift dels genom att medverka i planeringen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården, dels genom en aktiv tillsyn inom dessa områden. Det är emellertid en klart uttalad strävan att i den statliga planeringen och tillsynen begränsa kontroll och detaljreglering till förmån för en ramstyrning som anger de allmänna riktlinjerna för den kommunala verksamheten.”

I det följande diskuteras översiktligt och principiellt möjligheterna att förändra det statliga inflytandet över den kommunala hälso- och sjukvården utifrån en redovisning av några samverkansfunktioner – ibland benämnda styrinstrument – som förekommer idag. En utgångspunkt för förändringarna är därvid den strävan till decentralisering och minskad statlig detaljkontroll, som präglar dagens utveckling, samt ett landstingens totalansvar för hälso- och sjukvården inom sina respektive områden. Våra överväganden om lagstiftning, planeringssamordning och tillsyn m. m. överensstämmer i huvudsak med det synsätt som legat till grund för förslagen om socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. i prop. 1979/80:6.

I detta sammanhang vill vi understryka betydelsen av att en samordning sker av användningen av de olika instrumenten. Statens insatser på olika områden för att påverka hälso- och sjukvårdsutvecklingen i landet bör således stämmas av och anpassas till såväl de övergripande hälsopolitiska målen som till den ekonomiska politiken och sysselsättningspolitiken m. m. Om sådana målsättningar saknas eller inte är tillräckligt klart uttalade, finns risker att motstridiga intressen gör sig gällande och att därmed inte full effekt erhålles. Hänsyn måste givetvis också kunna tas till varierande lokala förhållanden.

Av de funktioner, som kommer att behandlas i det följande, har vissa

en mera direkt verkan på hälso- och sjukvården (10.3.2–10.3.9) samt andra en mera indirekt sådan (10.3.10–10.3.12). Gränsen mellan dessa är givetvis mycket flytande. Därför har inte här någon särskild uppdelning gjorts mellan dessa två grupper.

10.3.2 *Lagstiftning*

Kommunernas åligganden i avseende på bl. a. hälso- och sjukvård regleras genom lagstiftning. Den legala grunden för landstingskommunernas och kommunernas verksamhet utgörs av den gemensamma kommunallagen (SFS 1977:179).

En redovisning av de viktigaste lagar och författningar som reglerar hälso- och sjukvård och närstående verksamheter har lämnats tidigare i kap. 2 samt anges senare under avsnittet statlig tillsyn m. m. (10.3.4). De av riksdag respektive regering fastställda lagarna, stadgarna och kungörelserna följs sedan upp genom tillämpningsföreskrifter, anvisningar och allmänna råd på hälso- och sjukvårdssidan utgivna av bl. a. socialstyrelsen.

Den nu gällande kommunallagen fastställdes av riksdagen år 1977 på grundval av ett omfattande utredningsarbete av kommunallagsutredningen och utredningen om den kommunala demokratin samt av proposition i ärendet (prop. 1975/76:187). I denna proposition föreslogs bl. a. åtgärder som syftade till att utveckla och fördjupa medborgarinflytandet. Syftet med förslagen var att göra kommunallagstiftningen enklare och mera enhetlig samt att anpassa bestämmelserna till utvecklingen i kommunal praxis. Karaktären av ramlag med minskad detaljreglering innebär bl. a. att landstingens handlingsfrihet ökar liksom möjligheterna att anpassa de kommunala verksamhetsformerna efter lokala förhållanden och till den framtida utvecklingen. I den nya kommunallagen har en mängd detaljföreskrifter slopats.

Arbetet inom hälso- och sjukvårdsutredningen med att utforma en målorienterad ramlag för hälso- och sjukvården samt att därvid begränsa detaljföreskrifter står i överensstämmelse med denna utveckling.

10.3.3 *Statlig planeringsamordning*

Den starka expansionen av hälso- och sjukvården i kombination med krav på förändringar i organisationsformer och verksamhetsinriktning förstärker behovet av en utbyggd och fördjupad hälso- och sjukvårdsplanering. Denna motiveras också av förändrade samhällsekonomiska förutsättningar. Kvardröjande och nya problem måste i högre grad än tidigare tillgodoses utan ökade resurser. Vi har i ett tidigare kapitel (kap. 8) relativt ingående beskrivit den utbyggnad av planeringen, som pågår på landstingsnivå, och om den samverkan som därvid måste etableras i olika riktningar. Därvid pekas bl. a. på behovet av planeringsunderlag och planeringsmedverkan från regionalt och centralt håll.

Behovet av en samordning av planeringen på riksnivå har understrukits av bl. a. decentraliseringsutredningen och regionsjukvårdsutredningen. I det följande redovisas – som underlag för våra fortsatta överväganden – några av de synpunkter som därvid anförts.

Decentraliseringsutredningen betonar i delbetänkandet "Decentralisering av beslut om hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar" (DsKn 1977:6) hälso- och sjukvårdsplaneringens växande betydelse samt behovet av samspel mellan de enskilda sjukvårdshuvudmännen i bl. a. detta arbete. Utredningen erinrar också om att de samordnande centrala organen – socialstyrelsen, landstingsförbundet och Spri – har kunnat ge grundläggande impulser för den framtida hälso- och sjukvården genom att utveckla metoder och ta fram underlag för sjukvårdshuvudmännens planering. Planeringen påverkas också genom att de centrala organen som regel följer planeringsarbetet, deltar i diskussioner om innehållet och slutligen yttrar sig över det utarbetade förslaget, innan det behandlas och antas på politisk nivå hos sjukvårdshuvudmännen.

Regionsjukvårdsutredningen tar i sitt betänkande (SOU 1978:70) bl. a. upp frågan om planeringen av denna sjukvårdsverksamhet, som dock utgör en mycket begränsad del av landstingens totala verksamhet. Till grund för den samverkan inom sjukvårdsregionerna, som därvid enligt utredningen är erforderlig, ligger dess förslag om ett utvidgat regionsjukvårdsbegrepp och ett vidgat regionalt samarbete mellan de sjukvårdshuvudmän, som ingår i regionen. Det regionala samarbetet föreslås bli grundat på gemensamt upprättade regionsjukvårdsplaner (10–15-åriga principplaner, som revideras omkring vart femte år, och 5-åriga genomförandeplaner, som revideras varje år). Skyldighet att medverka i sådan planering föreslås bli reglerad i lag. Sättet för samplaneringens genomförande samt inriktningen och omfattningen av det regionala samarbetet i övrigt förutsätts dock bli reglerat enbart genom överenskommelser mellan huvudmännen.

En styrning behövs, konstaterar regionsjukvårdsutredningen vidare, för att upprätthålla de grundprinciper för regionsjukvårdens planering och drift, som utredningen anslutit sig till. Metoder härför blir emellertid, enligt utredningen, beroende på om syftet begränsas till regionsjukvården eller om de önskvärda åtgärderna skall kopplas ihop med andra frågor som för närvarande regleras genom avtal mellan staten och landstingen, t. ex. om statsbidrag för forskning och utbildning och om mentalsjukvårdsbidrag.

Regionsjukvårdsutredningen, som för sin del begränsat sina överväganden till regionsjukvårdsfrågor, skisserar följande modell för att följa upp dessa frågor på riksplanet.

Utredningen förutsätter, att de regionala planerna på 10–15-års- respektive 5-årsperspektiv insamlas av socialstyrelsen. Erforderliga sammanställningar av de regionala planerna bör utgå från det samarbete, som etablerats mellan socialstyrelsen, landstingsförbundet och Spri, samt genomföras gemensamt av dessa. Huvuddelen av erforderlig bearbetning och analys bör också enligt utredningen kunna genomföras i samarbete.

Sedan de regionala planerna sammanställts och analyserats, bör, fortsätter regionsjukvårdsutredningen, överläggningar tas upp med berörda regioner beträffande sådana verksamhetsområden, där en samlad bedömning för hela riket motiverar förändring i planerna. Sådana överläggningar bör också tas upp under pågående planeringsarbete avseende samarbete mellan regioner, då någon så begär eller då anmälan inkommit om att sådana avvikelser som har betydelse för andra regioner avses ske från fastställd plan.

Utredningen understryker att på riksplanet särskild uppmärksamhet måste

ägnas sådan verksamhet, som bedrivs i samverkan mellan två eller flera sjukvårdsregioner. Frågor, som kräver överväganden av mer övergripande art, bör enligt utredningen kunna tas upp till behandling i socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Regionsjukvårdsutredningen erinrar också om de speciella styrmöjligheter, som socialstyrelsen har haft eller har i form av bl. a. reglering av byggenkap inom sjukvårdssektorn och av nya läkartjänster. Vi återkommer till dessa frågor längre fram (avsnitt 10.3.7 och 10.3.9).

Vi har i kapitel 8 föreslagit att sjukvårdshuvudmännen i den nya hälso- och sjukvårdslagen skall åläggas att planera för bl. a. hälso- och sjukvårdens utveckling. Enligt vår mening bör planeringen avse både ett kort och ett långt tidsperspektiv samt omfatta samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter, som bedrivs inom landstingsområdet – oavsett om detta sker i offentlig eller annan regi – eller som på annat sätt är avsedda för landstingets befolkning. Vi har i kapitlet också redovisat vissa utgångspunkter för denna totalplanering.

Såsom tidigare nämnts (sid 345) har staten en uppgift att samordna de olika delarna av samhällsverksamheten och göra de avvägningar, som är nödvändiga för att utnyttja tillgängliga resurser med hänsyn till dels samhällsekonomi och arbetskraftssituation, dels hälsopolitiska värderingar. Statens planeringsinsatser innebär i enlighet härmed ytterst en avvägning av resurser såväl mellan hälso- och sjukvården och övriga samhällssektorer som inom hälso- och sjukvårdssektorn. Det är därmed också klart att den statliga planeringssamordningen är en övergripande politisk uppgift.

Frågan om det på regeringsnivå erfordras något särskilt samrådsorgan av den utformning som socialdepartementets sjukvårdsdelegation för närvarande har samt – om så är fallet – dess sammansättning och arbetsformer får prövas i annan ordning. Vi saknar för vår del anledning att i lagstiftningen ange några särskilda uppgifter för ett sådant samrådsorgan.

Vi räknar med att det statliga intresset på central förvaltningsnivå i första hand skall representeras av socialstyrelsen. Denna bör även i fortsättningen ha ett allmänt ansvar att följa och stödja den regionala och lokala hälso- och sjukvårdsplaneringen samt att svara för tillsyn inom denna sektor. Vi återkommer längre fram till vad detta får för konsekvenser i den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen (kap. 11).

Vi räknar med att *socialstyrelsen skall ha uppgifter inom hälso- och sjukvårdsplaneringen enligt den redovisning som lämnas i det följande*. En utgångspunkt är därvid att det etablerade samarbetet mellan socialstyrelsen och andra centrala organ (landstingsförbundet och Spri samt vid behov även personalorganisationer) kan vidareutvecklas samt att fortlöpande överläggningar sker med berörda hälso- och sjukvårdshuvudmän och regionala samverkansnämnder.

1. Att inom den statliga processen för handläggning av ärenden rörande hälso- och sjukvårdsplanering ta fram *underlag till regering och riksdag* för hälsopolitiska beslut samt för planeringsöverväganden av mer övergripande art. Av statsmakterna uttalade hälsopolitiska mål och andra viljetryttringar måste även tolkas och vidareutvecklas – givetvis inom de ramar som dessa omfattar.

- Av betydelse i detta sammanhang är också att ta fram underlag för det samråd i vissa hälso- och sjukvårdsfrågor, som kan erbjudas i samband med att de av KEU föreslagna formerna för samverkan mellan landstingskommuner, primärkommuner och staten, skall komma att realiseras.
2. Att medverka till fortsatt utbyggnad av ett *enhetligt system för hälso- och sjukvårdsplanering* samt att utveckla *gemensamma begrepps- och referensramar* för samordning av planeringen på olika nivåer liksom för jämförelser och sammanställningar av planeringsresultaten till underlag för bl. a. bedömningar och värderingar på riksnivå. I detta sammanhang bör också uppmärksammas behovet av en enhetlig och för olika nivåer samordnad hälso- och sjukvårdsstatistik.
 3. Att ta fram *underlag för planering* på regional och lokal nivå. Exempel härpå är uppgifter om tillgång och efterfrågan på resurser, visst underlag för s. k. sektors- och vårdprogram jämte annat medicinskt bedömningsunderlag.

Såsom tidigare nämnts medför övergången till ett system med ökad kommunal handlingsfrihet krav på förstärkt utvecklings- och rådgivningsarbete i olika komplexa frågor av för huvudmännen gemensam natur.

4. Att *följa och stödja hälso- och sjukvårdsplaneringen på landstings- och regional nivå* samt att *ytttra sig* över enskilda planförslag före huvudmännens ställningstaganden.
5. Att *göra sammanställningar* av landstingens planer och de regionala planerna på 10-15-års respektive 5-års sikt samt härtill hörande bearbetning och analyser.
6. Att *medverka i sektorsövergripande planering* (sambhällsplanering eller nivåplanering) på riksnivå samt att tillhandahålla riktlinjer och underlag för sådan planering på läns- och lokal nivå. Sådant underlag kan variera från mera övergripande långtidsbedömningar om bl. a. ekonomi, utbildning och sysselsättning till mer preciserade värderingar om hälsorisker i arbets- eller annan miljö.

Samhällsplaneringen på riksnivå innebär samverkan med olika sektorsorgan, som har ansvar för hälso- och sjukvården närstående verksamheter. Hit hör i första hand den sociala tjänsten, vars frågor handläggs av samma statliga förvaltningsmyndighet som hälso- och sjukvården, dvs. socialstyrelsen. Vidare kan nämnas arbetsmarknad, socialförsäkring, miljövard och trafik m. m. samt utbildning och forskning. Hälso- och sjukvårdsorganisationens roll i detta arbete är att medverka i planeringen genom att tillföra planeringsprocessen kunskaper från hälso- och sjukvårdssektorn samt att ta initiativ till hälsopolitiska åtgärder och till insatser inom utbildning och forskning m. m.

I detta sammanhang bör erinras om hälso- och sjukvårdsplaneringens starka beröring med länsplaneringen med hänsyn inte bara till länsintressen (inomregionala intressen), som behandlats i kapitel 8, utan även till rikspolitiska (mellanregionala) intressen.

Vi vill understryka behovet av en stark samverkan mellan olika organisationer på central nivå liksom mellan dessa och berörda organ på landstings- och regional nivå i enlighet med de principer som kommit till uttryck i bl. a. KEU:s och regionsjukvårdsutredningens betänkanden.

Vi har tidigare (kap. 8) föreslagit en lagstadgad skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att planera för hälso- och sjukvårdens utveckling. Underlag för innehållet i och utformningen av planeringen med både ett kort och ett långt perspektiv, för formerna för inhämtande av yttranden över planerna från centrala myndigheter m. fl. samt för redovisning av dessa bör tas fram gemensamt av bl. a. socialstyrelsen, landstingsförbundet och Spri.

För närvarande finns inte några skyldigheter om planering (motsvarande) för socialstyrelsen eller annan statlig myndighet angivna i sjukvårdslagstiftningen. Det torde inte heller vara nödvändigt att införa några sådana i en hälso- och sjukvårdslag utöver de tillsynsuppgifter, som förutsätts komma att finnas där (sid 446 ff). Det torde räcka med att liksom nu ange sådana skyldigheter i socialstyrelsens instruktion samt i de rekommendationer för planeringen som kan komma att utformas inom ramen för ett etablerat samarbete mellan de centrala organen.

10.3.4 Statlig tillsyn och kontroll

10.3.4.1 Nuvarande förhållanden m. m.

I gällande sjukvårdslag anges (§ 5) att "högsta tillsynen över landstingskommunernas sjukvårdande verksamhet utövas av socialstyrelsen". Motsvarande tillsynsuppgifter för socialstyrelsen är angivna i en rad andra författningar som reglerar till hälso- och sjukvården hörande eller närstående verksamheter. Hit hör bl. a.:

- den allmänna hälsovården
- bekämpandet av smittsamma sjukdomar liksom åtgärder till förekommande av sådana sjukdomars införande och utbredning i landet (smittskyddslagen)
- folktandvården
- omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda
- sluten psykiatrisk vård
- abortlagen
- steriliseringslagen
- läkemedelsförordningen
- kontroll av fabrikssteriliserade engångsartiklar för hälso- och sjukvårdsändamål samt
- varningstext och innehållsdeklaration på tobaksvaror.

Uppgifter för socialstyrelsen av tillsynskaraktär beträffande personal inom hälso- och sjukvården återfinns också i lag om behörighet att utöva läkaryrket och motsvarande lag för tandläkaryrket samt i lag om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (den s. k. kvacksalverilagen). En närmare redovisning av dessa bestämmelser har lämnats i kap. 2 och 9.

En viktig tillsynsverksamhet utövas på socialstyrelsens vägnar av länsläkarna enligt bestämmelserna i § 6 i instruktionen för länsläkarväsendet (SFS 1965:792).

Socialstyrelsens ställning som central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården markeras alltså genom att ett omfattande tillsynsansvar ålagts

styrelsen i olika lagar. Detta tillsynsansvar regleras ytterligare genom tillämpningsförfattningar och i socialstyrelsens instruktion.

Inspektioner är sedan gammalt en etablerad form för tillsyn, som tillämpas av bl. a. socialstyrelsen. Inspektioner förekommer regelmässigt inom omsorgsvården. Inom sjukvården företas inspektioner, då särskilda omständigheter föranleder det. Stundom begär huvudman inspektion, t. ex. då man önskar ett klarläggande uttalande i någon fråga. Inspektionerna kan föranleda direkta åtgärder, t. ex. beträffande enskilda personer tillhörande medicinalpersonalen (se nedan), men också följas av råd om förändringar på längre sikt.

Många av de kategorier, som ingår bland sjukvårdspersonalen (t. ex. läkare, tandläkare och legitimerad sjuksköterska) står när det gäller det *medicinska yrkesansvaret* direkt under socialstyrelsens inseende, oavsett om personalen arbetar i offentlig eller privat verksamhet. Andra yrkeskategorier står på samma sätt under socialstyrelsens inseende (t. ex. kuratorer) och ingår bland medicinalpersonalen, om de arbetar inom offentlig hälso- och sjukvård. Frågor om fel och försummelser i den medicinska yrkesutövningen prövas med avseende på denna personal av medicinalväsendets ansvarsnämnd. Beslut av denna nämnd i ansvarsmål kan föranleda omedelbara åtgärder för den aktuella vårdverksamheten men verkar också normgivande för det medicinska handlandet på längre sikt. Nämndens beslut och iakttagelser ligger bl. a. till grund för föreskrifter och allmänna råd av socialstyrelsen. Nämndens tolkning av vad som är "vetenskap och beprövad erfarenhet" samt på annat sätt lämpligt inom olika områden har mot den bakgrunden visat sig ha stor betydelse för det praktiska vårdarbetet ute på fältet.

I det följande behandlar vi först den centrala statliga tillsynsfunktionen (10.3.4.2). Därefter diskuteras vissa ändringar av den anmälningsskyldighet, som f. n. åvilar läkare jämlikt 10 §, tredje stycket sjukvårdskungörelsen ("Lex Maria" – 10.3.4.3) samt den nuvarande länsläkarorganisationens tillsynsuppgifter (10.3.4.4).

10.3.4.2 Förändringar i den centrala statliga tillsynsfunktionen

Som tidigare nämnts sker för närvarande på olika sätt översyner av statens tillsyns- och kontrollfunktioner gentemot kommunerna och landstingen i samband med en strävan att öka handlingsfriheten för dessa. Flera utredningar har arbetat eller arbetar med dessa frågor. I oktober 1978 uppdrog regeringen vidare åt de centrala statliga myndigheter, vilkas verksamheter berör kommuner och landsting, att se över gällande föreskrifter, anvisningar och råd. Syftet är därvid att ta bort statlig tillsyn och detaljkontroll, när den inte längre kan anses behövlig.

I sammanhanget bör också erinras om den s. k. begränsningskungörelsen (SFS 1970:641), enligt vilken myndigheterna inte utan regeringens medgivande får utfärda sådana föreskrifter, anvisningar och råd, som kan påverka gällande standard eller tillämpade normer, om detta i mer än oväsentlig grad kan leda till kostnadsökningar i den verksamhet som berörs. Myndigheterna har därvid ålagts att höra företrädare för bl. a. de kommuner, som får bära de slutliga kostnaderna.

I det följande skall inledningsvis kort beröras behandlingen inom några *andra utredningar* (motsvarande) av den statliga tillsynsfunktionen liksom vissa förslag med anledning härav. Därefter redovisas våra överväganden.

Innebörden av bl. a. begreppet tillsyn och tillsynsmyndighet är oklar. Statsrevisorerna förklarade år 1975 i samband med sin granskning av viss på socialstyrelsen ankommande tillsynsverksamhet att det inte finns någon samlad definition av uttrycket tillsyn. Ordet leder enligt revisorerna i första hand tanken till kontroll med primärt syfte att tillse att den enskilde vårdtagaren får vård och behandling av godtagbar standard samt att gällande bestämmelser blir följda, bl. a. i fråga om vårdtagares säkerhet mot fel eller misstag i samband med behandling samt i fråga om deras rättigheter och deras rättssäkerhet. Som en annan huvudlinje anger revisorerna ledning och utveckling.

Enligt statsrevisorerna visade deras granskning av socialstyrelsens tillsyn att inspektioner och därmed jämbördiga besök tillgodoser flera angelägna behov. Av intresse är också att notera deras oro att socialstyrelsen inte hade kapacitet att själv i rimlig omfattning genom inspektioner och besök hålla sig underrättad om läget på ett så hårt belastat område som långtidssjukvården med dess ofta helt hjälplösa klientel.

En huvudfråga vid diskussionerna om begreppet tillsyn är om denna ger myndighet rätt att meddela tvingande bestämmelser eller att endast vara rådgivande. Frågan om myndighets befogenhet i detta avseende tas bl. a. upp i decentraliseringsutredningens principbetänkande "Lägg besluten närmare människorna" (SOU 1978:52) samt i förarbetet till lag om socialtjänst.

Decentraliseringsutredningen anser det angeläget att bringa reda i de begrepp och vedertagna beteckningar – bl. a. föreskrifter, anvisningar och råd – som används. Därvid bör enligt utredningen göras klart, vilka regler som är juridiskt bindande och vilka som endast skall tjäna som vägledning. Decentraliseringsutredningen förordar för sin del att endast två uttryck skall komma till användning, nämligen *föreskrifter* och *allmänna råd*. Beteckningen anvisningar bör enligt utredningen utmönstras. I det förslag till socialtjänstlag som nyligen presenterats (prop. 1979/80:1) används endast dessa två uttryck.

Beteckningen föreskrift bör enligt decentraliseringsutredningen användas för rättsregler, som är bindande för dem som har att tillämpa dem. För att en myndighet skall kunna utfärda föreskrifter bör fordras ett bemyndigande i lag eller förordning. Vi konstaterar, att socialstyrelsen, som tidigare redovisats, för närvarande har sådant bemyndigande i åtskilliga fall på hälso- och sjukvårdsområdet.

Allmänna råd binder inte mottagaren men de tjänar som vägledning för bl. a. tillämpningen av gällande bestämmelser. Socialstyrelsens ställning som central statlig myndighet medför i sig befogenheter att utfärda sådana allmänna råd inom sitt verksamhetsområde.

I den författningssamlingsförordning, som fastställdes 1976 (SFS 1976:725), används de av decentraliseringsutredningen föreslagna begreppen föreskrifter och allmänna råd. I förordningen avses nämligen med författning "lag eller förordning eller annan föreskrift som avses i 8 kap. regeringsformen". Allmänna råd definieras som "sådana rekommendationer av central förvaltningsmyndighet om tillämpningen av författning, som anvisar hur någon

lämpligen kan handla i vissa hänseenden, men som ej utesluter andra handlingsätt”.

Frågor om tillsynen över personal inom hälso- och sjukvården m. m. har utretts av en särskilt tillkallad utredning – medicinalansvarskommittén (MAK). På grundval av de förslag som MAK presenterat i ett år 1978 utgivet betänkande (SOU 1978:26), och däröver avgivna remissyttranden har regeringen lagt fram en proposition om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (prop. 1978/79:220). I denna presenteras flera förslag som syftar till att stärka patienternas ställning i vården.

Bland förslagen ingår att den personalkrets, som står under socialstyrelsens tillsyn, skall vidgas och att samhällstillsynen skall omfatta i princip all personal inom hälso- och sjukvård, för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar. Denna personal kallas hälso- och sjukvårdspersonal. I propositionen förutsätts att socialstyrelsen även framdeles kommer att ha tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal.

Ansvarsfrågorna för personal inom hälso- och sjukvården förutsätts även i fortsättningen bli handlagda av en för hela riket gemensam specialinstans, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Denna föreslås få en i förhållande till socialstyrelsen fristående ställning.

I lagförslaget finns också regler om rätt för patienter att ta del av sina journaler inom den privata hälso- och sjukvården samt om förstöring av journalanteckningar.

Det särskilda straffrättsliga ansvaret för hälso- och sjukvårdspersonalen begränsas. Förslag om landstingskommunala nämnder (s. k. förtroendekommittéer) med uppgift att främja kontakterna mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samt att åt patient förmedla den hjälp, som förhållandena påkallar, läggs fram. (Se även kap. 11.)

Hälso- och sjukvårdsutredningen har tidigare framhållit att staten har ett övergripande ansvar att bevaka de enskilda människornas trygghet och säkerhet i medicinskt avseende. Denna bevakning sker genom tillsyn. Socialstyrelsen bör därvid såsom central statlig förvaltningsmyndighet på hälso- och sjukvårdsområdet ges uppgiften att på statsmakernas vägnar utöva kontroll över verksamheten samt att genom cirkulär av allmän räckvidd vägleda hälso- och sjukvårdsarbetet. Däremot förutsätts tillsynen, som ovan nämnts, inte utan särskilt stadgande inrymma befogenhet att meddela föreskrifter.

Vi konstaterar att det statliga tillsynsarbetet för närvarande håller på att ändra karaktär. I enlighet med strävan att minska den statliga detaljkontrollen får tillsynen över bl. a. landstingens verksamhet en mera övergripande och rådgivande inriktning. *Tillsynen blir* därvid alltmer *en fråga om ett ömsesidigt informationsutbyte* med stöd och hjälp snarare än kontroll. Tillsynen *kopplas* också allt starkare *samman med planeringen* som en del i en gemensam process. Tillsynen kommer därvid att präglas av en uppföljning eller utvärdering av planeringsinsatserna. Kunskaper från tillsynen förutsätts kunna utnyttjas i det fortsatta planeringsarbetet, bl. a. genom att de läggs till grund för överläggningar med företrädare för vederbörande huvudman.

Uppföljning är inriktad på måluppfyllelse och utvärdering av resultaten av olika planeringsåtgärder. Utvecklingen mot en målorienterad ramlag för hälso- och sjukvården innebär att statens framtida tillsyn i växande ut-

sträckning bör avse *uppföljning*, dvs. kontroll av måluppfyllelse. Därmed kopplas tillsynen allt starkare samman med planeringsarbetet och får en klart vidareutvecklande karaktär.

Vi anser dock att även i fortsättningen behov kommer att finnas av individuell tillsyn från statligt håll, inriktad på kvalitet och säkerhet i vård och behandling av enskilda fall. Häri ligger ett rättsskydd för den enskilda medborgaren. Även denna tillsyn förutsätts kunna ge kunskaper om tillståndet inom hälso- och sjukvården.

Uppgiften att utöva tillsyn över en viss verksamhet innefattar också rätt att vid behov inspektera verksamheter. Styrelsen har därvid att genom påpekanden få rättelser till stånd då behov föreligger. Enligt vår uppfattning bör det vara av intresse för landstingen att i framtiden – inom ramen för ett även i övrigt utökad informationsutbyte och samråd – öka utnyttjandet av central expertis för att bl. a. för hjälp i skilda, bl. a. medicinska, bedömningsfrågor. Inspektionernas karaktär av rådgivning och vägledning till sjukvårdshuvudmännen bör därvid markeras.

Vi har mot bakgrund av de ändrade formerna för socialstyrelsens tillsynsverksamhet övervägt att ersätta ordet inspektion med annan beteckning. Med hänsyn till den hävd inspektionerna har i socialstyrelsens verksamhet har vi dock stannat för att inte använda någon ny benämning.

Genom undersökningar av den karaktär, som inspektionerna avses utgöra, erhålles också kunskaper om förhållanden på fältet, som är av betydelse för det centrala utvecklingsarbetet. Detta ligger också i linje med den strävan till förändring av den statliga tillsynen, som socialutredningen uttalat sig för (SOU 1977:40), nämligen att formerna för denna tillsyn förskjuts mot ett ökat inslag av allmänna riktlinjer, utvecklingsarbete, forsknings- och försöksverksamhet samt vidareutbildning.

Socialstyrelsen tillförs också kunskaper om förhållanden på fältet genom att huvudmännen sänder in planer och andra uppgifter som belyser verksamheter – bl. a. statistik och särskilda rapporter.

Socialstyrelsens tillsynsansvar för den övergripande och rådgivande inriktning som ovan angivits liksom dess skyldigheter att utfärda allmänna råd, bör enligt vår uppfattning komma till uttryck i en ny hälso- och sjukvårdslag. Vi återkommer härom i kap. 11.

I det förslag till socialtjänstlag som regeringen lagt fram i prop. 1979/80:1 anges att socialstyrelsen har att utöva tillsyn även över socialvården i riket. Sådan tillsynsuppgift har styrelsen inte haft tidigare.

Ytterligare preciseringar av bl. a. socialstyrelsens tillsynsfunktioner förutsätts kunna göras i dess instruktion.

10.3.4.3 Förändringar av viss särskild anmälningsskyldighet ("Lex Maria")

Bland författningsrummen i nu gällande sjukvårdslagstiftning ingår den s. k. Lex Maria. Vi har att bedöma om den anmälningsskyldighet för läkare, som därvid avses, skall – förändrad eller oförändrad – ingå i den kommande hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Bestämmelsen, dess tillkomst samt förslag om förändringar m. m. redovisas i det följande.

Gällande bestämmelser om anmälningsskyldighet inom hälso- och sjukvården

Enligt 10 § 3 stycket sjukvårdskungörelsen (1972:676) åligger det sjukhusdirektören – i vissa fall chefsläkaren – vid sjukhus att omedelbart anmäla till socialstyrelsen och polismyndighet samt underrätta sjukvårdsstyrelse och direktion om någon åsamkas skada eller får allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhuset eller anledning föreligger att befara att sådan skada eller sjukdom senare uppkommer på grund av behandlingen. Anmälan behöves dock ej göras, om det är uppenbart att vårdslöshet eller försummelse ej förelegat vid behandlingen.

Överläkare och i princip övriga läkare vid sjukhus har enligt 31 § 6 p., 32 § och 34 § sjukvårdskungörelsen att omedelbart underrätta chefsläkaren eller styresmannen om förhållanden som avses i 10 § 3 stycket.

Bestämmelsen tillkom ursprungligen i samband med ett par förgiftningsfall med dödlig utgång år 1936 på Maria sjukhus i Stockholm. Syftet med regeln, som från början föreskrev anmälan till *polis*en (enbart), var att tillse att en *opartisk* utredning om orsakerna till skadan eller sjukdomen *snarast* kom till stånd (kursiverat här – Reg. R:n 1974:S 150).

Bestämmelserna har senare ändrats något i främst formellt hänseende.

En något annorlunda formulerad men till sitt innehåll motsvarande bestämmelse om anmälningsskyldighet till socialstyrelsen och polismyndigheten i orten finns som ett åliggande för vårdhems-läkare enligt 16 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m. m.

I 3 § 6) tandläkarinstruktionen (1963:666) åläggs varje tandläkare, vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar tandläkaryrket, att om en patient avlidit och dödsfallet kan antas äga samband med behandlingen eller om patient vid behandlingen tillfogats skada eller sjukdom av allvarlig beskaffenhet – oavsett om försummelse eller vårdslöshet sätts i fråga – ofördröjligen anmäla förhållandet till socialstyrelsen (däremot ej till polis).en).

Något motsvarande åliggande för andra läkare än sådana som är anställda vid sjukhus och vårdhem finns inte. I viss mån besläktad är dock skyldigheten för läkare enligt 3 § 8) läkarinstruktionen (1963:341) att ofördröjligen göra anmälan till polismyndighet, om läkaren under sin verksamhet erhåller kännedom om att någon avlidit på annan plats än sjukvårdsinrättning under sådana förhållanden att en fullständig undersökning av den döda kroppen behövs för att dödsorsaken skall kunna fastställas.

Under åren 1972–1975 gjordes omkring 60 anmälningar enligt Lex Maria varje år. I genomsnitt 15 av dessa föranledde någon form av åtgärd; disciplinär eller åtalsanmälan. De avsåg till övervägande del behandlingsskador vid operation, blodöverföring eller liknande.

En utredningsgrupp med representanter från rikspolisstyrelsen och socialstyrelsen föreslog år 1972 att skyldigheten att göra polisanmälan skulle upphävas, med undantag av fall med dödlig utgång och sådana då fara för bevisförstöring förelåg. Rikspolisstyrelsen har i skrivelse till läkarförbundet 1972-11-08 anfört sig ej ha invändningar mot att anmälan görs endast till socialstyrelsen.

Någon direkt motsvarighet till Lex Maria-bestämmelserna finns inte inom statlig eller kommunal förvaltning eller på det privata näringslivets område.

Regler om skyldighet att anmäla skador finns t. ex. i luftfartslagens 5 kap. 8 § (befälhavare på luftfartyg är anmälningsskyldig till luftfartsverket) och i 16 § polisinstruktionen (enskild polisman är anmälningsskyldig till sin förman). Dessa föreskriver dock inte att anmälaren skall avgöra om försumlighet uppenbarligen inte förelegat.

Skäl för en Lex Maria-regel

Det torde inte råda någon tvekan om att någon form av övervakning och kontroll inom hälso- och sjukvården är nödvändig. Verksamhetens art kräver detta. Dels rör det sig ofta om besvärliga och farliga ingrepp eller andra åtgärder där största möjliga säkerhet alltid måste garanteras. Dels är de vårdsökande ofta i en utsatt ställning samtidigt som de känner sig osäkra och utlämnade, utan riktig möjlighet att själva överblicka eller påverka vad som sker. De måste därför kunna lita på att en fortlöpande uppsikt och kontroll sker.

Vår bedömning utgår därför från att bestämmelser om övervakning och kontroll för enskildas säkerhet måste finnas. I det följande tar vi upp frågan om hur den kommande hälso- och sjukvårdslagstiftningen skall utformas när det gäller föreskrifter om anmälningsskyldighet, vilket slags händelser och/eller underlåtelser som bör anmälas, vem som skall åläggas anmäla och hur/till vem anmälan skall göras.

Ett uppenbart *ändamål med en anmälningsskyldighet* är att förbättra sjukvårdens kvalitet. Kännedom om systematiska bristfälligheter och större sannolikhet än normalt för olycksfall för vissa slags metoder eller hjälpmedel ger möjlighet att förebygga samma eller liknande effekter i den fortsatta verksamheten. Detta torde vara det avgörande skälet till att man har föreskrifter om anmälan av det slag som redovisats i det föregående.

En anmälan om en inträffad skada kan i första rummet avse att leda till påföljd för den som varit försumlig och härigenom förorsakat skadan och indirekt därmed att uppnå en god kvalitet på verksamheten i fråga. Detta gäller t. ex. *den disciplinära tillsyn* över medicinalpersonal som utövas av medicinalväsandets ansvarsnämnd. På så sätt har denna ett samband med den mera allmänna strävan efter säkerhet som berörts i det föregående. Motiven är dock inte helt överensstämmande och kraven på disciplinär påföljd bör bedömas för sig.

Nu gällande regel förutsätter för anmälan skada eller sjukdom av allvarlig beskaffenhet eller risk för sådan. Motsvarande regel i tandläkarinstruktionen nämner även dödsfall som följd av behandling. Hur man mäter graden av allvar blir en bedömningsfråga.

I en bestämmelse av det slag som här diskuteras behöver urvalsgrunden i princip inte vara inriktad på skadans farlighetsgrad i det särskilda fallet. Här kan erinras om att den anmälningsskyldighet, som finns om läkemedelsbiverkningar, i första hand syftar till att ge erfarenheter av sådana effekter, som är annorlunda än de man avsett att nå. Detta kan vara något annat än skadeeffekter enligt Lex Maria.

I ingetdera fallet torde dock anmälningsskyldigheten avse sådana följder som ligger inom ramen för vad som kan förutses inträffa vid viss behandling,

t. ex. svullnad och/eller blodsutgjutning vid injektion, även om det kan röra sig om obehagliga och svåra skador.

Anmälningsskyldighet kan tänkas gälla för alla som är verksamma i hälso- och sjukvården och kan omfatta inte bara anställda utan även förtroendemän.

Lex Maria-regeln föreskriver en anmälningsplikt i två led. Överläkaren har att anmäla till styresman eller chefsläkare (ev. sjukhusdirektör) om inträffad skada och den senare skall anmäla vidare.

I 10 § 3 st. sjukvårdskungörelsen föreskrives omedelbar anmälan, i tandläkarinstruktionen ofördröjligen.

Mottagaren av anmälan enligt Lex Maria var ursprungligen enbart polismyndigheten. Senare har socialstyrelsen tillkommit som mottagare av anmälan. Sjukvårdsstyrelsen och direktionen förutsätts vidare få avskrift av anmälan.

Behov av framtida anmälningsskyldighet

Medicinalansvarskommittén (MAK) har behandlat frågan om en anmälningsskyldighet skall föreskrivas i kommande sjukvårdslagstiftning och därvid framhållit följande (SOU 1978:26, s. 156):

Anmälningsskyldigheten enligt "Lex Maria" tar enligt bestämmelsens avfattning sikte på främst sådana händelser där straff- eller disciplinrättslig påföljd kan ifrågakomma. Skyldigheten innebär att exempelvis en överläkare kan ha att anmäla sig själv eller sina medarbetare vid misstanke om brott eller förseelse. Någon motsvarande skyldighet torde inte gälla inom andra yrkesområden och det kan sättas ifråga om förhållandena inom sjukvården är så särpräglade att en anmälningsskyldighet av detta slag är motiverad. Tillämpningen av "Lex Maria" är förenad med svårigheter, eftersom den anmälningsskyldige har att själv pröva om det är uppenbart att vårdslöshet eller försummelse inte förelegat. Denna prövning är många gånger vanskelig att göra, särskilt som den skall ske omedelbart.

Anmälningsskyldigheten enligt "Lex Maria" bör också ses mot bakgrund av angelägenheten att socialstyrelsen snabbt får kännedom om händelser som kan innebära medicinska säkerhetsrisker.

Det kan ifrågasättas om inte "Lex Maria" i vart fall bör ersättas av en bestämmelse som inte är i samma grad färgad av straff- och disciplinrättsliga inslag (jfr arbetsgivares skyldighet enligt 5 § arbetarskyddskungörelsen att underrätta yrkesinspektionen om vissa olycksfall eller olyckstillbud). "Lex Maria" ingår bland de bestämmelser som omfattas av hälso- och sjukvårdsutredningens arbete med att se över sjukvårdslagen med tillhörande författningar. Med hänsyn härtill och då anmälningsskyldighet om säkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården bör ses i ett vidare sammanhang har kommittén inte ansett sig böra lägga fram förslag i ämnet.

Vi vill i likhet med MAK ifrågasätta om syftet med en anmälningsskyldighet skall vara att se till att disciplinär påföljd drabbar den eller dem inom vårdverksamheten som kan visas ha gjort sig skyldig till någon försumlighet. I vart fall är den bestämmelsen i Lex Maria-reglerna inte av sådan vikt, att den bör återfinnas i en hälso- och sjukvårdslag. Denna bör inte innehålla några regler som väsentligen avser disciplinära påföljder för personalen. En föreskrift om anmälningsskyldighet, som avser att säkerställa att disciplinära påföljder kommer till stånd bör, i den mån någon sådan behövs, förekomma i den föreslagna hälso- och sjukvårdspersonallagen (prop. 1978/79:220).

Syftet med en anmälningsskyldighet måste enligt vår mening vara att man förebygger skada och därigenom förbättrar sjukvårdens kvalitet. Med ett sådant syfte bör man inte begränsa anmälningsskyldigheten till enbart sådana fall, där försumlighet hos den anställda är i fråga. För de vårdsökandes och övrigas allmänna säkerhet är olycks- och vådafallen också av stor betydelse. Så är t. ex. sjukhusinfektioner sådana följder av verksamheten som kan få mycket vittgående konsekvenser för de vårdsökande utan att någon försumlighet i disciplinär mening vanligen föreläggas.

Om en anmälningsskyldighet skall övervägas bör den därför gälla alla fall av sjukdom och/eller skada, en generell anmälningsskyldighet, av samma typ som gäller för tandläkare resp. läkemedelsbiverkningar. Det bör vidare givetvis inte göras någon skillnad mellan vård vid sjukhus (som Lex Maria-bestämmelsen avser) och annan vård.

Anmälningsskyldighet bör inte avse fall, där behandlingen visserligen fört till skada, sjukdom eller död, men där denna följd låg inom ramen för vad som kunde inträffa, även om en sådan gräns många gånger är svår att dra i praktiken (typ radikala operativa ingrepp på gamla patienter). Det kan erinras om att ungefär nio av tio till medicinalväsendets ansvarsnämnd anmälda fall ej föranleder åtgärd. De praktiska följderna av att föreskriva anmälningsskyldighet måste därför betänkas.

Urvalet av anmälare bör sålunda bli ett annat än enligt Lex Maria, om det intresse som skall skyddas är den allmänna säkerheten. Det är svårt att utesluta iakttagelser som görs av andra personalkategorier än läkare. Vårdens organisation och de många olika personalkategorierna med olika slag av kunskaper och erfarenhet gör att dessa grupper inte bör uteslutas från skyldighet att meddela sina iakttagelser. En allmän anmälningsskyldighet kan dock inte föreskrivas i den meningen att det inte skulle finnas någon samordning. Envar inom vårdpersonalen kan rent praktiskt inte ha i uppdrag att vända sig till tillsynsmyndigheten. Ansvar för att organisera anmälningsformerna bör ligga på huvudmannen för vården. Den formella anmälningsskyldigheten bör därför läggas på landstingskommunen.

Om en anmälan, som syftar till att skydda den allmänna säkerheten i hälso- och sjukvården, skall införas, bör den uppenbarligen riktas till socialstyrelsen som tillsynsmyndighet. Dess tillsyn över hälso- och sjukvården är framför allt inriktad på att förebygga bristande säkerhet. Reglerna om anmälan till polismyndighet i Lex Maria-bestämmelserna har avseende på det disciplinära förfarandet, som ej skall regleras här.

Det bör ankomma på socialstyrelsen att systematisera erfarenhetsmaterial och låta det få avsedd säkerhetsförbättrande effekt genom att utfärda föreskrifter eller råd eller vidta andra åtgärder.

Anmälan bör ske utan onödigt dröjsmål. Kravet på snabbhet är dock inte lika utpräglat som vid tillämpningen av den nuvarande Lex Maria-bestämmelsen. Syftet är inte, som det var år 1937, att säkerställa bevisningen i det enskilda disciplinfallet, utan att ge erfarenhetsunderlag för allmänt säkerhetsförebyggande åtgärder.

Inte heller bör vårdpersonalen ställas inför så stränga krav att det kan bli fråga om en risk för envar inom vårdpersonalen, som inte gör anmälan, att därigenom göra sig skyldig till disciplinär förseelse. Man måste ta hänsyn till att det är mycket svårt att i förväg avgöra vad som är en möjlig och

godtagbar följd av en behandling för olika slags patienter.

Den stora och skiftande personalbemanningen inom många vårdinrättningar förutsätter vidare en anmälningsskyldighet, vars reglering svårigen kan inrymmas i en lagstiftning, som föreskriver mycket få detaljbestämmelser.

Den föreslagna hälso- och sjukvårdspersonallagen (prop. 1978/79:220) innehåller en föreskrift av följande lydelse:

3 § Regeringen bemyndigas att meddela sådana föreskrifter om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen, som behövs till skydd för enskilda eller för verksamhetens bedrivande i övrigt.

Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter som avses i första stycket.

Starka skäl talar enligt vår mening för att ett motsvarande åliggande införs i den nya hälso- och sjukvårdslagen för landstinget såsom huvudman för den offentliga hälso- och sjukvården och med ett totalansvar för all hälso- och sjukvårdsverksamhet inom landstingsområdet. Socialstyrelsen kan från denna utgångspunkt utarbeta normer för en skadeanmälningsskyldighet av nu diskuterat slag tillsammans med företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän och de olika personalgrupperna.

Vi föreslår mot den bakgrunden att den nya lagstiftningen bör innehålla en skyldighet för landstingskommun eller annan vårdansvarig att till socialstyrelsen göra sådana anmälningar vilka syftar till att trygga enskilda människors säkerhet i vården. Det bör ankomma på socialstyrelsen att utfärda de föreskrifter som är erforderliga för detta ändamål. Vi återkommer till de legala aspekterna i denna fråga i samband med behandlingen av förslaget till hälso- och sjukvårdslag (kap. 11).

10.3.4.4 Länsläkarorganisationen och dess tillsynsuppgifter m. m.

Vissa av socialstyrelsens tillsynsuppgifter inom hälso- och sjukvården handhas f. n. av dess regionala organisationer, däribland länsläkarorganisationen. Denna bildades år 1962 genom att man till en och samma organisation sammanförde förutvarande förste provinsialläkaren och länets hälsovårds-konsulent. För närvarande finns 25 länsläkare (en i varje län och två i Stockholm), 15 biträdande länsläkare samt 26 länshälsovårds-konsulenter.

Länsläkarorganisationens arbetsuppgifter ligger inom följande områden: sjukvårdsverksamhet (tillsyn över apotek, tillsyn över enskild sjukvårdsverksamhet, kontroll av efterlevnaden av kvacksalverilagen och sjukvårdsplanering), allmän hälsovård (uppgifter gentemot socialstyrelsen, länsstyrelsen och kommunerna), institutionell vård, experthjälp åt länsstyrelsen samt försvars- och katastrofberedskap. De områden som prioriterats vid en nyligen genomförd översyn av arbetsuppgifterna är tillsyn över den privata sjukvården, miljömedicin inom den allmänna hälsovården samt service till länsstyrelsen i medicinska och miljömedicinska frågor.

Ett flertal *utredningar*, som berör länsläkarorganisationen, har nyligen genomförts. På grundval härav – framför allt av de översyner som gjorts av socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. – har förslag framlagts

i proposition 1979/80:6 att avveckla länsläkarorganisationen och att överföra vissa av dess arbetsuppgifter till landstingen.

I propositionen framhålls, att frågan om roll och uppgifter för regionala statliga resurser måste ses mot bakgrund av den breddade och fördjupade kompetens som finns på kommunal nivå. I propositionen konstateras också, att väsentliga delar av det som idag ryms inom länsläkarfunktionen i framtiden normalt kommer att tillhöra landstingens arbetsfält samt att många av länsläkarnas arbetsuppgifter redan är stadda i kraftig utveckling inom landstingen.

I propositionen framhåller föredraganden, att en regional hälsovårdsorganisation enligt hans mening bör ersätta länsläkarorganisationens expertuppgifter inom områdena miljömedicin, omgivningshygien, epidemiologi och smittskydd. Hur denna regionala organisation bör organiseras i detalj bör avgöras av respektive landsting utifrån lokala behov. Föredraganden anser dock att en särskild enhet bör finnas som har ett rådgivnings- och samordningsansvar för ifrågavarande hälsovårdsuppgifter inom varje landsting. Härvid förutsätts de nuvarande länsläkarnas erfarenheter och kunskaper i största möjliga utsträckning bära tas till vara. Föredraganden framhåller också att grunden för landstingens insatser på hälsovårdsområdet bör utgöras av en utbyggd primärvårdsorganisation. Han utgår ifrån att hälso- och sjukvårdsutredningen i sitt kommande betänkande ytterligare kommer att behandla hithörande frågor.

Länsläkarorganisationens tillsyn över olika institutioner förutsätts i propositionen bli övertagna av landstingen, hälsovårdsnämnderna samt de nya socialtjänstenheter vid länsstyrelserna, som föreslås bli inrättade.

Tillsynen över privat meddelad hälso- och sjukvård bör tills vidare enligt propositionen vara en statlig uppgift. Därvid erinras om att den privata sjukvården är i huvudsak koncentrerad till storstadsområdena. Det finns därför inte behov av särskilda tillsynsläkare för detta ändamål i varje län. I propositionen föreslås i stället att landet i detta avseende delas in i fyra tillsynsområden. De läkare, som engageras i detta tillsynsarbete, kan placeras antingen centralt inom socialstyrelsen eller ute i landet, lämpligtvis på orter, där regionsjukvårdsnämndernas kanslier kommer att vara belägna. Den apotekstillsyn, som länsläkarna svarar för, bör också enligt propositionen inordnas i detta tillsynsarbete.

Hälso- och sjukvårdsutredningen har i kap. 8 närmare redogjort för den utvidgning av landstingens uppgifter, som följer av en tillämpning av den princip om totalansvar för hälso- och sjukvården inom sina respektive områden, som landstingen förutsätts få. Vi konstaterar, att ett sådant utökat tillsyns- och planeringsansvar, som landstingen föreslås få i propositionen om socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation m. m. (prop. 1979/80:6), ligger i linje med vårt förslag till utökat ansvar för landstingen. Bland de nya av oss föreslagna planeringsuppgifterna ingår bl. a. medverkan i samhällsplaneringen för att komma till rätta med olika hälsoproblem. En sådan medverkan inrymmer omfattande miljömedicinska funktioner av det slag, som tidigare åvilat länsläkarorganisationen.

Vi vill här erinra om att landstingsförbundet i en debattskrift till 1979 års förbundskongress (Hälsopolitiken i praktiken – förutsättningar och krav)

talat för en förstärkning av insatserna från landstingens sida på hälsoområdet. För att tillgodose de samlade kraven föreslås – som komplement till sjukvårdens nuvarande resurser och en förväntad utbyggnad av hälsovårdsinsatserna på primärvårdsnivå – att en miljömedicinsk enhet skall bli inrättad på central nivå inom varje landsting. En sådan enhet med epidemiologisk verksamhet och kännedom om den lokala sjukdomsbilden bör enligt debattskriften kunna ge landstingen ökade förutsättningar att leva upp till en åsyftad förstärkt roll inom hälsopolitiken med möjligheter att observera, dokumentera, informera, initiera och påverka hälsoutvecklingen.

Vi utgår ifrån att – om föreliggande förslag beträffande länsläkarorganisationen godkänns av riksdagen – organisationens nuvarande tillsynsuppgifter skall kunna fördelas mellan socialstyrelsen och regionala organ på det sätt som angivits i propositionen. Vi finner vidare – från de utgångspunkter som vi har att bevaka – att den fortsatta statliga tillsynen över viss enskild sjukvårdsverksamhet m. m. i första hand bör ske av regionalt placerade läkare.

Vi konstaterar att några konsekvenser för en ny ramlag för hälso- och sjukvården inte följer härav liksom inte heller i övrigt av förslaget till utveckling av länsläkarorganisationen. Ett riksdagsbeslut i ärendet får dock följder för socialstyrelsens instruktion samt för vissa andra författningar m. m.

10.3.5 *Ekonomiska bidrag och överenskommelser*

10.3.5.1 Inledning

Den kommunala sektorn har ökat kraftigt under efterkrigstiden. Kommunerna och landstingen har fått ansvar för nya samhällsuppgifter samtidigt som de övertagit funktioner som tidigare åvilat bl. a. staten. De har byggt ut sina verksamheter allt eftersom kraven på kommunal service stigit. Detta har medfört att den kommunala sektorn tagit i anspråk en allt större del av våra samlade resurser. Den kommunala konsumtionens andel av bruttonationalprodukten (BNP) uppgår numera till över 20 procent (mot 8 år 1950). Av den samlade offentliga konsumtionen svarar numera den kommunala sektorn för två tredjedelar och staten för en tredjedel.

Landstingen har under den senaste utvecklingsperioden haft en mer expansiv kostnadsutveckling än primärkommunerna. Enligt nationalräkenskaperna har landstingens utgifter under perioden 1968–1977 i löpande priser stigit med mer än 20 procent per år jämfört med mindre än 15 procent för primärkommunerna.

Den viktigaste inkomstkällan för kommunerna att finansiera den ökande verksamheten är kommunalskatten. Den svarar för drygt 60 procent av landstingens inkomster och drygt 40 procent av primärkommunernas. Den genomsnittliga utdebiteringen per skattekrona uppgår för år 1979 till ca 29 kr., varav ca 16:60 kr. för primärkommunerna och ca 12:60 kr. för landstingen. 1965 var motsvarande utdebitering 17:25 kr., varav ca 11 kr. för primärkommunerna och ca 6 kr. för landstingen.

Kommunerna och landstingen svarar sålunda för betydande delar av samhällsekonomin. Det råder en bred politisk enighet om nödvändigheten av

att få en uppbromsning av den kommunala utgiftsexpansionen under de närmaste åren. Riksdagen har vid olika tillfällen under de senaste åren uttalat sig för detta. De överenskommelser som under samma tid träffats mellan regeringen och kommunförbunden visar också att förbunden delar denna uppfattning. I dessa överenskommelser har också uttalats att den fortsatta kommunala expansionen i första hand skall inriktas på barnomsorg, äldre- och långtidssjukvård.

Vi har tidigare (kap. 3) redovisat kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. I det följande skall kort beröras föreliggande utbyggnadsplaner (10.3.5.2) samt riksdagens beslut om den kommunala ekonomin m. m. på grundval av den kommunalekonomiska utredningens förslag samt vissa av våra överväganden i samband därmed (10.3.5.3).

10.3.5.2 Föreliggande utbyggnadsplaner

Såsom redovisats i ett annat avsnitt bedriver landstingen ett omfattande sjukvårdsplaneringsarbete enligt ett enhetligt system. Häri ingår bl. a. femåriga s. k. genomförandeplaner (LKELP), som revideras varje år. Genom de årliga sammanställningar, som görs av dessa planer av landstingsförbundet och socialstyrelsen, är det möjligt att också jämföra utfallet av planerna med den faktiska utvecklingen.

Fortlöpande jämförelser av detta slag visar att utvecklingen inom den sjukhusanslutna hälso- och sjukvården hittills har överstigit vad som tidigare planerats. Motsatsen gäller för hälso- och sjukvård utanför sjukhus och därvid särskilt för folktandvård. Dessa verksamheter, som också omfattar långtidssjukvård, har alltså hittills inte kunnat byggas ut i planerad omfattning.

Sjukvårdshuvudmännens planer för den kommande femårsperioden (1977–83) innebär en i förhållande till närmast föregående period något reducerad utbyggnadstakt. Den totala volymökningen beräknas under perioden bli i genomsnitt 3,4 procent per år. De kraftigaste procentuella ökningarna förutsätts därvid ske inom områdena hälso- och sjukvård utanför sjukhus och folktandvård. Om man i stället ser till den absoluta ökningen av driftkostnader under perioden 1977–83, finner man dock att mer än hälften avser sjukhusanslutna hälso- och sjukvård.

Här bör erinras om att enligt den överenskommelse, som träffats mellan regeringen och kommunförbunden år 1978 om begränsningar i den kommunala expansionen, bör den fortsatta utbyggnadstakten – mätt i volymökning av landstingens konsumtion – för åren 1979 och 1980 ej överstiga 3 procent per år.

10.3.5.3 Den framtida kommunala ekonomin

I regeringens *proposition om den kommunala ekonomin* (1978/79:95) läggs fram förslag, som syftar till att främja den kommunala sektorns utveckling inom ramen för en godtagbar samhällsekonomisk balans. Förslagen bygger i huvudsak på den kommunalekonomiska utredningen (SOU 1977:78) och däröver avgivna remissyttranden.

I propositionen konstateras, att kommuner och landsting fått en allt större betydelse i samhällsekonomin samt för människors välfärd och trygghet. De kan också väntas få en fortsatt central roll i välfärdsutvecklingen. Det samhällsekonomiska utrymmet för utbyggnad av den kommunala verksamheten är emellertid enligt propositionen mycket begränsat under en överblickbar framtid. Både stat och kommun måste därför iakttä stark återhållsamhet med beslut om utbyggnad av de samhällsverksamheter, som har kommun och landsting som huvudmän. Utbyggnaden av barnomsorgen, långtidssjukvården och äldreomsorgen måste liksom hittills prioriteras.

I propositionen görs en genomgång av de medel som står till buds för att dämpa den kommunala utgiftsexpansionen. Därvid anges att det givetvis är kommunerna och landstingskommunerna själva som i första hand har ett ansvar för den kommunala sektorns utveckling. Nödvändigheten av att man i kommunerna och landstingskommunerna gör en kraftfull insats för att hålla utgiftsutvecklingen inom de samhällsekonomiska ramarna betonas. Någon lagstiftning om begränsning av det kommunala skatteuttaget för att dämpa den kommunala volymutvecklingen förordas inte nu. I propositionen föreslås i stället att överläggningar om den kommunala ekonomin bör äga rum mellan stat och kommun på liknande sätt som under de senaste åren.

De politiska partiernas agerande samt en ökad samverkan mellan kommuner och landstingskommuner anges vara mycket betydelsefulla för uppföljningen av de centralt träffade överenskommelserna mellan stat och kommun. Det sägs vidare i propositionen att om inte de frivilliga överenskommelserna leder till önskat resultat kommer det att bli nödvändigt att överväga även andra åtgärder, varvid lagstiftning om en begränsning av det kommunala skatteuttaget kan få förnyad aktualitet.

I propositionen behandlas kostnadsfördelningen mellan stat och kommun. Det konstateras att de kommunala avgifterna inte kan väntas ge några betydande nya tillskott till de kommunala inkomsterna. Inte heller kan något väsentligt ökat utrymme för den kommunala sektorns upplåning skapas. Kommunalskatterna anges ha nått en sådan höjd att det inte kan vara försvarligt att räkna med att dessa avsevärt kan höjas. Den dämpade utbyggnadstakt av den kommunala verksamheten som enligt propositionen krävs för att hålla utvecklingen inom de samhällsekonomiska ramarna innebär också att behovet av kommunalskattehöjningar och ökade statliga transfereringar minskar.

Ökade statliga bidrag till i första hand kommuner och landstingskommuner med ogynnsamma ekonomiska förutsättningar bedöms dock vara motiverade. I propositionen föreslås därför en omfattande reformering av skatteutjämningsystemet. Reformen får fullt genomslag år 1981. Jämfört med de skatteutjämningsbidrag som utgår år 1979 kommer den fullt genomförda skatteutjämningsreformen att innebära en ökad överföring av skatteutjämningsbidrag till kommuner och landstingskommuner.

Ökningen fördelar sig jämnt på kommuner och landstingskommuner och genomförs i två steg åren 1980 och 1981. I linje med att statsmakterna i ökad utsträckning bör dra upp allmänna riktlinjer och ramar för den kommunala verksamheten i stället för att detaljstyra denna föreslås vidare att

flera specialdestinerade bidrag skall upphöra och medlen överföras till det reformerade skatteutjämnningssystemet.

I propositionen understryks särskilt att det är nödvändigt att de enskilda kommuner och landstingskommuner, som genom de föreslagna reformerna får kraftigt förstärkta inkomster, inriktar sig på att sänka kommunalskatterna. De ökade statliga bidragen får inte utnyttjas för att driva upp den kommunala expansionstakten.

Vad sålunda anförts föranledde ingen riksdagens principiella erinran (FiU 1978/79:35, rskr 335). Riksdagen godkände också den föreslagna skatteutjämningsreformen.

Sysselsättningsutredningen har i sitt slutbetänkande (SOU 1979:24) bl. a. behandlat frågan om sysselsättningen och den kommunala ekonomin. Efter en genomgång av den offentliga tjänstesektorn konstaterar utredningen att det finns stora och angelägna utbyggnadsbehov. Det gäller därvid sådana kommunala områden som barnomsorg, åldrvård, långtidssjukvård och vissa delar av utbildningsväsendet. Beräkningar har gjorts om behovet av personalökningar inom den offentliga sektorn för tre utbyggnadsalternativ, utmynnande i personaltillskott från 55 000 till 275 000 personer under perioden 1980–85. Utredningen gör bedömningen att en ökning av sysselsättningen inom den offentliga sektorn förutsätter ökade intäkter för kommunerna. Utredningen menar att en ny skatteutredning bör tillsättas med direktiv att förutsättningslöst bedöma vägar att finansiera den offentliga sektorns expansion sett i ett långt tidsperspektiv.

Sysselsättningsutredningen understryker behovet av insatser för att nå upp till de mål som ställs om regional balans och om utjämnande sysselsättningsmöjligheter regionerna emellan. Den offentliga sektorns växande andel av den totala sysselsättningen ökar kraven på att mer aktivt få in denna sektor i det regionalpolitiska utjämningsarbetet.

Hälso- och sjukvårdsutredningen konstaterar kommunernas och därvid särskilt landstingskommunernas centrala roll i att förverkliga välfärdssamhället. Vårt förslag om bl. a. ett totalansvar för landstingen över hälso- och sjukvården innebär en ytterligare markering av den landstingskommunala hälso- och sjukvårdens betydelse. Starka krav föreligger från medborgarnas sida på fortsatta vidgade insatser inom hälso- och sjukvården, särskilt inom distriktsvården och långtidssjukvården.

Tidigare var tillgången på utbildad personal – och därvid främst läkare, tandläkare och sjuksköterskor – den faktor som i första hand begränsade takten i utbyggnaden av hälso- och sjukvården. Under det senaste decenniet har emellertid ekonomin i allt större utsträckning kommit att bli den återhållande faktorn. Detta kommer enligt vår mening att bli än mer påfallande i framtiden i samband med att personaltillgångarna växer och det samhällsekonomiska utrymmet för en fortsatt expansion inom hälso- och sjukvårdssektorn ytterligare begränsas.

Som framgått av diskussionerna med anledning av den kommunalekonomiska utredningens förslag råder stor enighet om vikten av att kommunernas verksamhet samordnas med den övergripande statliga politiken. Statsmakterna har intresse av att påverka kommunerna och landstingskommunerna i syfte att nå vissa fundamentala mål i fråga om samhällsekonomi samt sysselsättnings-, regional- och stabiliseringspolitik m. m.

Denna påverkan förutsätts i första hand ske genom allmänna riktlinjer och ramar för verksamheten samt genom att staten vid frivilliga överläggningar med representanter för kommunerna tar upp viktiga kommunala avvägningsfrågor till diskussion.

Mot bakgrund av den samhällsekonomiska utvecklingen kommer det, tror vi, att bli nödvändigt att hålla tillbaka expansionstakten inom hälso- och sjukvården. Behovet av omprioriteringar inom befintliga resursramar kommer att öka. Detta skärper bl. a. kravet på förmåga hos landstingskommunerna att genomföra strukturomvandlingar.

Intresset av att undvika ett ökat skattetryck är emellertid enligt vår uppfattning inte tillräckligt skäl mot en fortsatt utbyggnad av hälso- och sjukvården. Förutom formerna för finansiering måste även prioriteringen och avvägningen mellan behoven inom olika samhällssektorer tillmätas stor betydelse. Detta är självfallet en politisk fråga, som handlar om samhällets totala resurser och deras användning.

Det nu anförda bör enligt vår mening inte få några direkta återverkningar på innehållet i en hälso- och sjukvårdslagstiftning. Vi utgår från att formerna för finansiering av hälso- och sjukvårdens fortsatta expansion skall anpassas till det beslut som riksdagen har tagit med anledning av den kommunal-ekonomiska propositionen samt av de överväganden som bl. a. följer av sysselsättningsutredningens förslag i ärendet.

Vi finner det dock nödvändigt att här göra en markering av att det ökade ansvar, som statsmakterna genom en hälso- och sjukvårdslag ålägger landstingen, måste få sin motsvarighet i en beredvillighet från statsmakternas sida att ge dessa huvudmän reella möjligheter att leva upp till detta vidgade ansvar.

10.3.6 *Utformningen av sjukförsäkringssystemet*

Såsom tidigare nämnts (kap. 3) har under 1900-talet ett materiellt trygghetssystem utvecklats i vårt land som ett väsentligt led i välfärdsuppbyggnaden. En bas i detta system utgör den allmänna försäkringen. Den består av sjukförsäkring samt av folkpension och allmän tjänstepension (ATP). Med allmän försäkring samadministreras arbetsskadeförsäkring, delpensionsförsäkring, allmänna barnbidrag och bidragsförskott, ersättning åt smittbärare samt utbetalning av vissa sociala förmåner.

Efter en blygsam start med en knapp ålderspension 1913 har den allmänna försäkringen successivt byggts upp för att ge trygghet vid sociala kriser av olika slag. Dess ekonomiska omfattning ökar för varje år. De belopp som betalas ut från den allmänna försäkringen motsvarar idag över en fjärdedel av den totala privata konsumtionen i landet. Ökningen beror främst på de successiva höjningarna av folkpensionerna, det ökade antalet pensionärer med ATP och den allmänna ökningen av antalet pensionärer. Vidare har sjukförsäkringen byggts ut, med bl. a. tandvårdsförsäkring (1974) och föräldraförsäkring (1974). Den svenska allmänna sjukförsäkringen har sin största betydelse som skydd mot inkomstbortfall. Detta är förklaringen till att denna sjukförsäkring i en internationell jämförelse infördes relativt sent.

10.3.6.1 Nuvarande sjukvårdsersättningar

Utöver den redovisning som lämnas om sjukförsäkringen i kap. 3 presenteras här kortfattat nuvarande sjukvårdsersättningssystem.

Den allmänna försäkringen ger sjukvårdsersättning, sjukpenning och föräldrapenning (2-4 kap. AFL).

AFL omfattar alla svenska medborgare och här i landet bosatta utlänningar. Försäkrad som är bosatt i Sverige skall fr. o. m. den månad han fyller 16 år vara inskriven hos någon av landets 26 allmänna försäkringskassor, i regel den inom vars område han är mantalsskriven.

Sjukvårdsersättning kan enligt 2 kap. AFL utgå för läkarvård, tandvård, sjukhusvård, sjukvårdande behandling, konvalescentvård, hjälpmedel åt handikappade och sjukresor. Ersättning kan också ges för läkemedel, förbrukningsartiklar och rådgivning angående födelsekontroll, abort eller sterilisering.

En sjukvårdsersättning förutsätter i princip att den försäkrade är eller har varit sjuk. Man håller sig därvid i allmänhet till vad som är sjukdom enligt gängse språkbruk och läkarvetenskaplig uppfattning.

I tillämpningen beaktar man också skälighetsaspekter. Om någon söker läkare och med hänsyn till omständigheterna har skäl att anta att han är sjuk, kan besöket ersättas, även om läkaren inte har konstaterat någon sjukdom. Ersättning kan också ges i samband med operation för medfött kroppsfel i syfte att öka den försäkrades arbetsförmåga. Även sjukdomstillstånd till följd av vaccinering räknas som sjukdom.

Ersättning utgår däremot inte för åtgärder som bara syftar till att förebygga sjukdom (hälsovård). Undantag gäller dock för arbetsgivare, som under vissa förutsättningar kan få skäligen gottgörelse för hälsovårdande åtgärder (2 kap. 7 § AFL). Även tandvårdsförsäkringen ger ersättning för vissa hälsovårdande åtgärder. Här bör också nämnas lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Ersättning för läkarvård utgår om vården ombesörjs av sjukvårdshuvudman (staten, landstingskommun eller kommun som inte tillhör landstingskommun) eller lämnas av privatpraktiserande läkare, som är ansluten till försäkringen och därför upptagits på en särskild förteckning hos försäkringskassan. Samma ordning gäller för sjukvårdande behandling, som dessutom ersätts, om den ges av privatpraktiserande sjukgymnast som är ansluten till försäkringen. Även ersättning för tandvård förutsätter att vården lämnas genom det allmännas försorg eller av ansluten tandläkare. Landstingen svarar för folktandvården. De har därvid ett lagfäst ansvar att tillhandahålla avgiftsfri tandvård för barn och ungdomar.

Ersättning för läkarvård, tandvård och sjukvårdande behandling utgår enligt grunder som regeringen i fastställer. Därvid bestäms också högsta arvode och patientavgift som får tas ut av vårdgivaren. Ersättningssystemet är i princip utformat så att försäkringskassan betalar det mesta av arvodet direkt till vårdgivaren och patienten endast en viss mindre avgift. De närmare bestämmelserna finns i läkarvårdstaxan (1974:699), tandvårdstaxan (1973:638) och förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling m. m.

Arvodena för läkarvård och sjukvårdande behandling är bestämda per

patientbesök. De är enhetliga i offentlig vård men varierar för olika åtgärder när det gäller privatpraktiserande vårdgivare. Tandvårdstaxan bygger i huvudsak på utförda åtgärder, i vissa fall enligt tidsåtgång. Ersättningsgrunderna vid privat vård och offentlig tandvård fastställs för högst två år i sänder efter förslag av riks försäkringsverket.

De ersättningar som försäkringskassan betalar direkt till vårdgivarna kallas läkarvårdsersättning, tandvårdsersättning eller behandlingsersättning.

Ersättning för födelsekontrollerande verksamhet ges i huvudsak till staten, landstingskommun eller kommun och utgår för varje rådgivningstillfälle med ett visst av regeringen fastställt belopp. Meddelas rådgivningen av privatpraktiserande läkare, beror ersättningen dessutom på vilka åtgärder som utförs vid tillfället. Rådgivningen är avgiftsfri för den försäkrade och bekostas genom läkarvårds- eller behandlingsersättning.

Ersättning för sjukhusvård ges i princip med belopp som svarar mot vårdavgiften på allmän sal vid hemortssjukhus eller annan lägsta vårdavgift. Visst avdrag görs i stället på den försäkrades dagliga sjukpenning under vårdtiden. Den minskas numera med 30 kr, dock med högst 1/3 av sjukpenningbeloppet och inte till lägre belopp än 8 kr. Som sjukhus räknas dels allmänna sjukhus av olika slag, dels andra sjukvårdsinrättningar enligt särskild kungörelse (RFFS 1977:8).

Försäkrads utgift för konvalescentvård skall enligt den tidigare nämnda taxan för sjukvårdande behandling i princip ersättas med 3/4, om vården meddelas på konvalescenthem enligt särskild förteckning (RFFS 1977:7).

Läkemedel och förbrukningsartiklar vid sjukdom tillhandhålls av apoteken till nedsatt pris eller gratis.

Ersättning för ambulanstransporter o. d. och för hjälpmedel åt handikappade utgår till landstingskommun och kommun som inte tillhör landstingskommun. Ersättningarna utgår enligt vad regeringen föreskriver i förordningen (1975:963) om ersättning till sjukvårdshuvudman för handikapphjälpmedel och sjuktransporter. Ersättningarna kallas hjälpmedelsersättning respektive sjuktransportersättning och ges med visst belopp om året för varje invånare som var bosatt inom sjukvårdsområdet vid årets början. För sjuktransport får dessutom tas ut viss avgift av den sjuk.

Försäkrads utgifter för resa i samband med vård m. m. ersätts enligt grunder som regeringen fastställer i sjukreseförordningen (1975:964). Den försäkrade får själv bära viss del av resekostnaden.

Viss ersättning från sjukförsäkringen kan – som tidigare ingivits – utgå till arbetsgivare, som anordnar företagshälsovård. Då ersättningsformerna därvid anses stimulera till sjukvård framför hälsovård, har riks försäkringsverket framlagt förslag om ändrade former som skulle verka i andra riktningar. Beslut med anledning av dessa förslag har dock ännu inte fattats.

10.3.6.2 Sjukförsäkringens syfte och finansiering

Sjukförsäkringen är främst ett *social-ekonomiskt utjämningsinstrument*, som ger möjlighet för personer med svag ekonomisk bakgrund och personer med omfattande sjukvårdsbehov att på lika villkor med andrautnyttja hälso- och sjukvårdens tjänster. Systemet med låga fasta patientavgifter har därvid stor betydelse. Försäkringen ersätter också inkomstbortfall vid sjukdom

genom sjukpenning. För vårdsökande som gör många besök fungerar dock dagens sjukvårdsersättning inte helt tillfredsställande som utjämningsinstrument. Flertalet landsting har därför infört s. k. sjukvårdskort.

Försäkringen fungerar vidare som *finansieringsinstrument* genom att det till en del bekostar hälso- och sjukvården.

Försäkringen är slutligen också ett *styrinstrument*. Dagens sjukvårdsersättning har utformats så att den stimulerar till vissa bestämda sjukvårdsinsatser, t. ex. öppen vård.

Liksom andra socialförsäkringar finansieras sjukförsäkringen genom årliga avgifter från arbetsgivare och försäkrade egenföretagare (19 kap 1, 2 och 4 §§ AFL). Dessutom utgår statsbidrag med 15 procent av försäkringskassornas utgifter för sjukförsäkringsförmånerna (19 kap. 7 §). Arbetsgivaravgifterna tas f. n. ut med 10,6 procent av utgivna löner och uppdragsersättningar. Egenavgifterna utgör normalt 10,6 procent av taxerad inkomst av annat förvärvsarbete än anställning.

Arbetsgivaravgifterna debiteras och uppbärs av riks-försäkringsverket med tillämpning av lagen (1959:552) om uppbörd av vissa avgifter enligt lagen om allmän försäkring m. m. Egenavgifterna räknas som skatt och debiteras av de lokala skattemyndigheterna med tillämpning av uppbördslagen (1953:272).

Avgifter för visst år debiteras i regel preliminärt med utgångspunkt i underlagen för slutliga avgifter två år tidigare. De preliminära avgifterna erläggs i allmänhet genom sex inbetalningar under det löpande året. Under senare delen av året därpå bestäms slutliga avgifter med ledning av s. k. arbetsgivaruppgifter och inkomsttaxeringar.

10.3.6.3 Sjukförsäkringen och de hälsovårdande åtgärderna

Hälsovårdande åtgärder kan vara av mycket olika slag. I vissa fall ligger de nära dagens öppna sjukvård. De innefattar då individuella besök av personer som på eget initiativ begär någon form av utredning. Denna kan kompletteras med upplysning, rådgivning och behandling. Skillnaden mellan sjukvård och hälsovård är här förhållandevis ringa.

Andra hälsovårdande insatser är de s. k. hälsokontrollundersökningarna. De utmärks av att initiativet tas av hälso- och sjukvårdens organisationer och riktas till särskilt utvalda grupper. Man kan räkna med att sådana insatser till stor del kommer att genomföras av landstingen. Hit hör den organiserade barnhälsovården och mödrahälsovården. Andra viktiga vårdgivare är företagshälsovården och skolhälsovården. Troligen kommer särskilda åtgärder att bli aktuella också inom ramen för äldreomsorgen i samarbete med primärkommunernas socialtjänst.

Hälsokontrollutredningen (HKU), som tidigare redovisats i kap. 5 och 6) har behandlat frågan om försäkringsersättning för individuellt inriktad hälsovård. HKU finner att de hälsokontroller, som genomförts inom primärvården, bör kunna ersättas på det sätt som nu sker för sjukvård. För att en önskad anslutning skall kunna uppnås vid regelbundet återkommande undersökningar anser HKU det också vara nödvändigt att hälsokontroller görs utan kostnad för den enskilde.

Mot bakgrund av socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter rörande vaccinationsverksamhet (SoS FS /M/1976:70) anser HKU att vaccinationer, som inte bekostas av statsmedel, bör kunna ersättas av den allmänna försäkringen. Detta föreslås gälla både vid besök i offentlig vård och hos privatpraktiserande läkare. Vanlig patientavgift bör tas ut vid besöket. Vacciner, sera och immunglobuliner föreslås bli helt bekostade av försäkringen.

HKU:s förslag i dessa delar biträds av riks-försäkringsverket. I ett särskilt samrådsyttrande anges att de årliga kostnaderna för sjukförsäkringen för den hälsokontrollverksamhet som åsyftas av HKU – drygt 1 miljon undersökta per år – uppgår till 35 milj. kr i 1976 års kostnadsläge. Riks-försäkringsverket framhåller vidare att med den inriktning vaccinationsverksamheten i fortsättningen kan beräknas få torde vaccinationsersättningarna bli marginella mot bakgrund av sjukförsäkringens totala kostnader.

Som framgår av kap. 6 förutsätter vi att förebyggande åtgärder ingår i hälso- och sjukvården. Detta leder, liksom HKU:s överväganden, till att försäkringen enligt vår bedömning bör omfatta även sådana hälsovårdande åtgärder, som idag inte täcks av denna.

10.3.6.4 Försäkringens utformning

Vi har inte ansett det ligga inom ramen för vårt uppdrag att uttömmande behandla de konsekvenser för den allmänna försäkringen, som skulle bli följden av våra överväganden i det föregående. Vi vill dock något närmare ta upp frågan om försäkringssystemets förhållande till våra övriga förslag, i synnerhet det som rör landstingens totalansvar.

HKU pekar på att ersättning för hälsokontroller inom primärvården bör kunna utgå på samma sätt som för sjukvård. I princip bör det vara tekniskt möjligt att utsträcka den allmänna försäkringens nuvarande prestations-/besöksanknutna ersättningssystem till att även innefatta hälsovårdande åtgärder. Liksom beträffande sjukvårdsinsatser kan man t. ex. låta läkarens avgörande i varje enskilt fall bestämma, om en åtgärd skall falla inom området hälsovård och därmed berättiga till ersättning.

Här kan konstateras att det idag många gånger är svårt att dra en skarp gräns mellan en hälsovårdande åtgärd och en sjukvårdsinsats. Samma undersökningar används vid misstanke om sjukdomar som vid rena hälsokontroller.

HKU har valt ut vissa hälsovårdande åtgärder av många möjliga och föreslagit att dessa skall vara ersättningsberättigande. I remissyttrandena över HKU:s rapport hävdas att ett sådant urval aldrig kan bli invändningsfritt i den meningen att man på alla håll och vid samma tillfälle vill prioritera på samma sätt bland de olika möjligheterna till insatser.

Hälsovård omfattar dessutom andra slags åtgärder än sådana som nu är direkt individinriktade och som svarar mot sjukvårdens utredning och behandling av sjukdomsfall. Hälsoupplýsning och vissa andra åtgärder riktar sig till grupper av informationsmottagare och genom medier, som inte motsvarar konsultation och rådgivning i sjukvården. Planering och genomförande av åtgärder, som i första hand inriktas på miljövård och omgivningshygien, t. ex. i arbets- och bostadsmiljö, samt medverkan i samhällsplanering

är andra exempel på hälsovårdande verksamhet, som inte kan anknyta till individuella vårdinsatser.

Det bör också framhållas att den redan etablerade och även i framtiden viktiga mödra- och barnhälsovården inte bygger på något åtgärdsanknutet ersättningssystem.

Mot denna bakgrund möter det svårigheter att utforma den nya hälsovårdersättningen på samma sätt som dagens taxebundna sjukvårdersättningar per besök eller utförd åtgärd. En åtgärdsförteckning torde förutsätta att man kan fastställa vilka åtgärder som kan komma i fråga. Dessa beror emellertid bl. a. på vilka riskgrupper man vid varje tillfälle vill prioritera. Här spelar den övergripande planeringen inom hälso- och sjukvårdsområdet en avgörande roll. Det finns också samband med insatser från företagshälsovården, skolhälsovården och andra vårdgivare. Troligen bör särskilda åtgärder bli aktuella inom ramen för äldreomsorgen i samarbete med primärkommunernas socialtjänst. En viktig faktor är också vilka uppföljande åtgärder i form av fortsatt utredning och behandling som landstinget bedömer det möjligt att erbjuda i anslutning till de hälsovårdande åtgärderna.

I övervägandena måste vidare beaktas de insatser i form av hälsoupplysning och annan hälsovårdande verksamhet vid sidan av vaccinationer, t. ex. rökavvänjning, som kan komma att genomföras av hälso- och sjukvårdshuvudmännen inom ramen för en framtida mera "offensiv" hälsovård. Därvid kan också planeringsinsatser komma att bli aktuella som berör andra samhällssektorer, såsom arbets-, bostads-, fritids- och trafikmiljö.

HKU förutsätter att offentlig hälso- och sjukvårdshuvudman skall svara för hälsovård. Det finns skäl att i detta sammanhang peka på att sjukförsäkringens ersättning för sjukvård som meddelas av offentlig sjukvårdshuvudman f. n. utgår med ett enhetligt beräknat belopp per besök utan avseende på art av prestation. Ersättning för besök hos privat vårdgivare utgår med ett belopp som är beroende av behandlingens karaktär och omfattning. Dessa ersättningsformer kan anpassas att också gälla vissa av de förebyggande åtgärderna – dock inte alla.

Man kan å andra sidan i stället för en direkt motsvarighet till dagens ersättningsregler överväga en *annan ersättningsform, som inte bygger på prestationer*. För att passa till angivna förutsättningar bör de medge landstinget som den ansvarige huvudmannen – i förekommande fall i samplanering med andra vårdgivare – att använda sina resurser till att prioritera de insatser som vid varje tillfälle bedöms viktigast. Sjukförsäkringens ersättning är då alltså neutral och utgår till landstingen med generellt beräknade belopp. Det torde därvid vara lämpligt att antingen bestämma ett belopp motsvarande nuvarande ersättningsform per invånare eller låta landstingen få en på annat sätt beräknad andel av de socialförsäkringsavgifter som finansierar sjukförsäkringens.

Ett system med ersättning per invånare tillämpas f. n. då det gäller sjuktransporter och handikapphjälpmedel. I ett system med ersättning i form av andel av sjukförsäkringsavgiften skulle landstingen få *kollektiv vårderättning* med belopp som motsvarar viss procentenhet av sjukförsäkringsavgiften för det aktuella året. Detta belopp kan därefter delas upp mellan landstingen, enligt ett i förhand bestämt fördelningssystem, t. ex. efter invånarantal, eventuellt med andra kompletterande fördelningsfaktorer.

Vad vi har anfört om en kollektivt beräknad ersättning för den förebyggande hälsovården leder fram till motsvarande frågeställningar då det gäller de nuvarande sjukvårdsersättningarna från sjukförsäkringen.

Det ingår, som vi redan påpekat, inte i uppdraget att lägga fram ett direkt förslag beträffande den allmänna försäkringens ersättning för hälso- och sjukvård till landstingen. Dessa frågor måste utredas ytterligare och bli föremål för överläggningar mellan staten och landstingen. Därvid kan följande bedömningar tjäna som underlag för frågans fortsatta behandling med utgångspunkt i den av oss föreslagna hälso- och sjukvårdslagsiftningen med dess totalansvar för landstingen. Eftersom ett system med totalersättning är i det närmaste oprövat redovisas i ett följande avsnitt (10.3.6.5) ett exempel på hur en sådan modell kan utformas.

Ett kollektivt ersättningssystem med vissa styrande fördelningsfaktorer kan utformas genom en vidareutveckling från sjukförsäkringens grund. Det i det följande redovisade exemplet har utformats för att tillmötesgå de krav som bör ställas på försäkringssystemet utifrån förslaget om ett totalansvar för landstingen. Övergripande planering, överblick över alla tillgängliga resurser och prioritering av insatser är de väsentligaste syftena med detta totalansvar. Ett totalersättningssystem när det gäller försäkringsfinansieringen ger sålunda ytterligare förutsättningar för att nå dessa syften.

En utgångspunkt vid val av ersättningssystem måste vara att systemet, oavsett om det är prestationsbundet eller inte, skall tjäna ändamålet att såväl ge de försäkrade ekonomiskt skydd som vara ett instrument för finansiering av vården. Starka skäl för ett system med kollektivt beräknad ersättning till landstingen är möjligheterna att låta det omfatta även hälsovårdsinsatser som inte är individinriktade och/eller prestationsanknutna.

Ersättningssystem som inte anknyter ersättningen till åtgärder av bestämda personalkategorier ger vidare ökade möjligheter att omfördela arbetsuppgifter, organisera gruppvård etc. Detta torde få tillmätas stor betydelse.

I hälso- och sjukvårdsutredningens direktiv ges vissa anvisningar, bl. a. om vård på lika villkor för alla samt om en ramlag utan detaljbestämmelser. Ett system med kollektivt beräknade ersättningar från sjukförsäkringen till landstingen ger ökade möjligheter att på dessa punkter tillgodose direktiven. Rent administrativt innebär systemet betydande förenklingar, eftersom det rör sig om schablonersättningar. Landstingen ges också möjlighet att på längre sikt planera vårdutbud och finansiering utan att behöva anpassa sig till en detaljerad åtgärdsbunden ersättningsform.

Dessa administrativa, organisatoriska och planeringsmässiga fördelar framstår ännu tydligare om landstingens ansvar som vi föreslagit får formen av ett totalansvar för hela vårdutbudet inom deras respektive områden med bl. a. ett åliggande att i planeringen innefatta all hälso- och sjukvård. En möjlighet att kombinera totalöversikten i planeringen och driften med överblick över omfattningen av de ekonomiska resurser, som härrör från den allmänna försäkringen, skulle innebära en kraftig förstärkning av landstingens handlingsmöjligheter och deras möjligheter att i decentraliserade former svara för hälso- och sjukvård.

Ett system med kollektivt beräknade ersättningar från sjukförsäkringen till landstingen skulle också tillmötesgå direktivens krav på att detaljföreskrifter skall slopas. Försäkringsfinansieringen skall enligt denna modell

inte längre knyts till en central detaljreglering. Den nuvarande konstruktionen bygger på ett centralt auktoriserat beslut, i princip för var och en av de åtgärder som skall vara ersättningsberättigande.

Något som talar emot ett system med kollektivt beräknade ersättningar är att det inte ger samma möjligheter till central styrning av vårdutbudet. Behov av att styra utvecklingen i den riktning som anges i målsättningen för hälso- och sjukvården bör dock kunna tillgodoses genom generella fördelningsfaktorer i ersättningssystemet som vi senare återkommer till. Det förutsätts också att övergripande mål anges i anslutning till den nya lagstiftningen. En central uppföljning av landstingens planering liksom tillhandahållande av planeringsunderlag och annat basmaterial bör också kunna tillgodoses behovet av central styrning.

10.3.6.5 Ett nytt system med en total hälso- och sjukvårdsersättning från den allmänna försäkringen till landstingen

Ersättningssystemets omfattning

En kollektivt beräknad vårdersättning antas omfatta i princip alla olika slag av sjukvårdsinsatser som f. n. ersätts av försäkringen med undantag för tandvård och läkemedel (Frågan om landstinget eller annan skall vara huvudman för olika slag av vårdinsatser är icke föremål för bedömning i detta avsnitt). Ersättning för åtgärder för hälsovård antas också ingå i beloppet liksom ersättning till försäkrade i anledning av resor till och från läkare eller vårdinrättning m. m.

För de vårdområden som förutsätts ingå i det skisserade ersättningssystemet uppgick det sammanlagda ersättningsbeloppet för år 1976 till ca 2 350 milj. kr., vilket motsvarar ca 1,4 procentenheter av den dåvarande sjukförsäkringsavgiften på 8 procent av det slutliga avgiftsunderlaget. Detta avser såväl offentlig som privat vård. Om man håller sig enbart till den offentliga vården blir procentenheten ca 1,25.

För år 1978 var sjukförsäkringsavgiften 9,6 procent. Varje procentenhet kan enligt det preliminära avgiftsunderlaget beräknas motsvara en avgiftssumma på ca 2 000 milj. kr. Den sammanlagda ersättningen för offentlig och privat vård kan med 1978 års ersättningsregler och en framräknad vårdvolym antas komma att uppgå till ett belopp i storleksordningen knappt 3 500 milj. kr. Om man utgår från det preliminära avgiftsunderlaget skulle ersättningen motsvara ca 1,75 procentenheter av sjukförsäkringsavgiften, varav ca 1,6 procentenheter avser den offentliga vården.

I det följande behandlas frågan hur det totala ersättningsbeloppet med hjälp av olika slags fördelningsfaktorer kan delas upp mellan landstingen.

Ersättningens fördelning mellan huvudmännen

En enkel metod för fördelning mellan landstingen av det totala ersättningsbeloppet är att basera fördelningen på antalet invånare inom sjukvårdsområdet, dvs. på samma sätt som f. n. sker i fråga om ersättning för handikapphjälpmedel och sjuktransporter. I ett system där folkmängden utgör

ensam fördelningsgrund för vårdersättningen tas emellertid inte hänsyn till skillnader i vårdefterfrågan mellan olika grupper av befolkningen. Det är exempelvis välkänt att vårdutnyttjandet ökar kraftigt med stigande ålder, särskilt när det gäller den slutna vården. Det finns också skillnader mellan män och kvinnor. Det kan t. ex. nämnas att personer i åldern över 84 år har ett vårdtagsutnyttjande inom den somatiska långtidsvården som är 30 gånger större än genomsnittskonsumtionens. Även andra faktorer än åldern kan ha betydelse för sjukligheten och därmed förorsaka regionala skillnader. Också vårdorganisatoriska förhållanden, såsom vårdens tillgänglighet, torde ha betydelse för konsumtionen av sjukvård.

Av dessa skäl kan det vara motiverat att utöver invånarantalet, som utgör en grundläggande indikator på vårdbehovets omfattning inom ett sjukvårdsområde, också använda kompletterande faktorer, som syftar till att korrigera uppdelningen av vårdersättningen mellan landstingen med hänsyn till olikheter i fördelningen av vårdbehovet hos befolkningen. För att tillgodose behovet av ett enkelt och lättöverskådligt system bör relativt få sådana fördelningsfaktorer komma till användning vid sidan av invånarantalet. De bör också avspegla reella skillnader landstingen emellan. I de exempel på system för fördelning av vårdersättningen mellan landstingen, som redovisas här, har utöver antalet invånare hänsyn tagits till de skillnader i vårdkonsumtion, som sammanhänger med olikheter i åldersfördelningen. (Tillgängliga uppgifter tyder på att den del av befolkningen som är över 65 år svarar för närmare hälften av den sammanlagda konsumtionen av sjukvård. För åldersgruppen 80 år och däröver är motsvarande andel i storleksordningen 20 procent).

Fördelningsfaktorer av den art som hittills diskuterats är neutrala i förhållande till den faktiska omfattningen och dispositionen av vårdresurserna inom de olika sjukvårdsområdena. Det finns emellertid möjligheter för statsmakterna att i ett enkelt system för uppdelning av totalersättningen också styra utvecklingen i den riktning, som anges som målsättning för hälso- och sjukvården. En prioritering av vissa vårdområden kan ske genom att hänsyn tas till vårdutbud eller utbyggnadsgrad inom exempelvis långtids- sjukvården och distriktsvården vid fördelning av ersättningen. I de följande exemplen på system för uppdelning av totalersättningen har såsom styrande fördelningsfaktor använts antalet vård dagar inom långtidssjukvården och antalet läkarbesök inom distriktsvård och hos privatläkare.

Exempel på fördelningssystem

I tabell 10:1 redovisas några olika exempel på fördelningsmodeller. I kolumn 2 i tabellen anges hur den faktiskt utgivna vårdersättningen år 1976 fördelade sig procentuellt mellan huvudmännen. Av kolumn 3 framgår hur motsvarande ersättning skulle ha delats upp, om fördelningen skett med ledning av det totala antalet invånare i sjukvårdsområdet. I de följande fyra kolumnerna redovisas hur uppdelningen skulle skett vid tillämpning av olika kombinationer av korrigerande och/eller styrande fördelningsfaktorer.

Tabell 10:1 Sammanlagd ersättning för sjukvård för den allmänna försäkringen procentuellt fördelad på huvudmännen med ledning dels av antalet invånare i sjukvårdsområdet, dels kombinationer av olika fördelningsfaktorer (1976 års förhållanden)

Län/kommun	Utgiven ersättning år 1976	Ersättningen fördelad efter antal invånare totalt	Ersättningen fördelad efter kombination av fördelningsfaktorer			
			Alt 1	Alt 2	Alt 3	Alt 4
1	2	3	4	5	6	7
Stockholms	20,3	18,2	17,0	18,3	18,3	19,9
Uppsala	2,7	2,8	2,7	2,6	2,4	2,5
Södermanlands	2,8	3,1	3,0	3,1	3,0	3,0
Östergötlands	4,4	4,7	4,7	4,5	4,2	4,4
Jönköpings	3,4	3,7	3,8	3,7	3,9	3,5
Kronobergs	2,0	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1
Kalmar	2,6	2,9	3,1	3,1	2,9	2,8
Gotlands	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Blekinge	1,6	1,9	2,0	1,9	1,9	1,7
Kristianstads	3,0	3,3	3,5	3,3	3,3	3,1
Malmöhus	5,9	6,1	6,1	5,9	6,4	5,9
Hallands	2,3	2,7	2,7	2,8	3,0	2,6
Bohusläns	3,0	3,3	3,2	3,5	3,6	3,4
Älvsborgs	4,4	5,1	5,2	4,7	4,8	4,3
Skaraborgs	2,8	3,2	3,4	3,0	3,0	2,8
Värmlands	3,4	3,5	3,7	4,0	3,8	3,8
Örebro	3,4	3,3	3,4	3,4	3,2	3,4
Västmanlands	3,0	3,2	3,0	2,6	2,2	2,6
Kopparbergs	3,2	3,4	3,6	3,6	3,5	3,4
Gävleborgs	3,4	3,6	3,8	3,4	3,1	3,2
Västernorrlands	3,0	3,3	3,4	3,2	3,0	3,0
Jämtlands	1,9	1,6	1,8	1,9	1,8	2,0
Västerbottens	2,3	2,9	2,8	2,7	2,8	2,5
Norrbottnens	3,0	3,2	2,9	2,9	3,0	3,0
Malmö kommun	4,3	2,9	3,0	3,1	3,1	3,8
Göteborgs kommun	7,3	5,4	5,4	6,0	7,2	6,9
Samtliga	100	100	100	100	100	100

I tabell 10:2 (sid 377) har de olika alternativen för fördelning av totalersättningar ställts i relation till den ersättning som faktiskt utbetalades år 1976. Av tabellen framgår också hur vårdersättningen till huvudmännen utvecklas vid en ökning av ersättningsramen.

I kolumnerna 3–7 i tabell 10:2 visas först hur den totala ersättningen år 1976, uppdelad på huvudmännen enligt de olika fördelningsalternativen, förhåller sig till den faktiska fördelningen samma år. Av kolumnerna 8–12 och 13–17 framgår vidare hur ett med 10 respektive 50 procent uppräknat totalbelopp på motsvarande sätt förhåller sig till den år 1976 faktiskt utbetalade ersättningen. Dessa uppräknningar överensstämmer med den ökning av vårdersättningen från den allmänna försäkringen som skedde år 1977 och som beräknas ske år 1978. Uppgifterna i tabellen underlättar en jämförelse mellan utfallet enligt de redovisade fördelningsalternativen och en fördelning enligt nuvarande regler. Det bör understrykas att de i exemplen använda fördelningsmodellerna tjänar som illustrationer till den här skisserade metoden att dela upp ersättningen. De skall alltså inte uppfattas som slutliga alternativa förslag till fördelningsnycklar. De olika alternativen har följande innebörd.

Alternativ 1 beaktas enbart befolkningskomponenter. Några faktorer som verkar styrande till prioriterade vårdområden ingår alltså inte i detta alternativ. Det totala ersättningsbeloppet fördelas här med hänsyn till den ungefärliga andel av den totala vårdkonsumtionen som olika åldersgrupper svarar för. Hälften av ersättningen fördelas med ledning av det totala antalet invånare i sjukvårdsområdet, 40 procent med ledning av antalet invånare i åldern 65 år och däröver samt resterande 10 procent med ledning av antalet invånare i åldern 80 år och däröver.

Alternativ 2 fördelas en fjärdedel av den totala ersättningen efter antalet invånare och en fjärdedel efter antalet personer i åldern 65 år och däröver. Detta innebär att hälften av den totala ersättningen delas upp med ledning av neutrala fördelningsfaktorer. Den andra hälften av det sammanlagda ersättningsbeloppet fördelas med ledning av styrande faktorer. Därvid beaktas med lika vikt dels antalet vård dagar i somatisk långtidsvård, dels antalet läkarbesök inom distriktsläkarvården och hos privatpraktiserande läkare.

Alternativ 3 innebär att den slutna vården i huvudsak ersätts på samma sätt som f. n. Vidare fördelas ersättningen för öppen vård mellan landstingen med ledning av en styrande faktor, i detta fall vårdvolymen inom distriktsläkarvården (inkl. privatläkarvård). Resterande andel av ersättningen fördelas med ledning av antalet invånare i sjukvårdsområdet. I det här redovisade alternativet har uppdelningen av ersättningen på de olika vårdområdena gjorts med ledning av hur försäkringens ersättning år 1976 var fördelad. Ersättningen för slutna vård motsvarade då 20 procent av den sammanlagda vårdersättningen. Denna andel av ersättningsbeloppet fördelas här med ledning av det totala antalet vård dagar. Detta innebär att även vård dagar som avser bl. a. utförsäkrade patienter beaktas vid fördelningen av ersättningsbeloppet. Ersättningen för öppen vård motsvarar ca 60 procent av det totala ersättningsbeloppet, varför det blir ca 20 procent kvar att fördela med ledning av invånarantalet.

Tabell 10-2 Sammanlagd ersättning för sjukvård från den allmänna försäkringen åren 1976, 1977 och 1978, fördelad på huvudmännen med ledning dels av antalet invånare i sjukvårdsområdet, dels kombinationer av olika fördelningsfaktorer och relaterade till faktiskt utgiven ersättning år 1976. Index

Län kommun	Utgiven ersättning år 1976	Ersättningen år 1976 fördelad enligt				Ersättningen år 1977 fördelad enligt				Ersättningen år 1978 fördelad enligt						
		Alt 1	Alt 2	Alt 3	Alt 4	Alt 1	Alt 2	Alt 3	Alt 4	Alt 1	Alt 2	Alt 3	Alt 4			
	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt	invånare totalt			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Stockholms	100	90	81	90	90	98	99	92	99	99	108	135	126	135	135	117
Uppsala	100	104	100	96	89	93	114	110	106	98	102	156	150	141	131	140
Södermanlands	100	111	107	111	107	107	122	118	122	118	118	166	160	166	160	160
Östergötlands	100	107	107	102	95	100	118	118	112	104	110	160	160	153	142	150
Jönköpings	100	109	112	109	115	103	120	123	120	126	113	161	168	161	172	151
Kronobergs	100	105	110	110	105	116	121	121	121	121	116	158	165	165	165	158
Kalmar	100	112	119	119	112	108	123	131	131	123	119	168	178	178	168	162
Gotlands	100	100	100	100	100	100	100	110	110	110	110	150	150	150	150	150
Blekinge	100	119	125	119	119	106	131	138	131	131	117	178	188	178	178	159
Kristianstads	100	110	117	110	110	103	121	129	121	121	113	165	176	165	165	151
Malmöhus	100	103	97	100	105	100	113	107	110	116	110	154	146	150	158	150
Hållands	100	117	117	122	130	113	120	129	134	143	124	176	176	183	195	170
Bohusläns	100	110	107	117	120	113	121	118	129	132	124	165	160	176	180	170
Älvsborgs	100	116	118	107	109	98	128	130	118	120	108	171	177	160	164	147
Skaraborgs	100	114	121	107	107	100	125	133	118	118	110	171	182	160	160	150
Värmlands	100	103	109	118	112	112	113	120	130	123	123	154	164	177	168	168
Örebro	100	97	100	100	94	100	107	110	110	103	110	116	150	150	141	150
Västmanlands	100	107	100	87	73	87	118	110	96	80	96	160	150	130	110	130
Kopparbergs	100	106	113	113	109	106	117	124	124	120	117	159	170	170	161	159
Gävleborgs	100	106	112	100	91	94	117	123	110	100	103	159	168	150	136	141
Västernorrlands	100	110	113	107	100	100	121	124	118	110	110	165	170	160	150	150
Jämtlands	100	84	95	100	95	105	92	104	110	104	116	126	142	150	142	158
Västerbottens	100	126	122	117	113	109	139	134	129	124	120	189	183	176	170	164
Norrbottnens	100	107	97	97	100	100	118	107	107	110	110	160	146	146	150	150
Malmö kommun	100	67	70	72	72	88	74	77	79	79	97	100	105	108	108	132
Göteborgs kommun	100	74	74	82	99	95	81	81	99	109	104	111	111	123	148	142
Samtliga	100	100	100	100	100	100	110	110	110	110	110	150	150	150	150	150

Som framgår av tabell 10:2 skulle en fördelning av totalersättningen enbart med ledning av invånarantalet eller enligt alternativen 1-3 medföra en relativt betydande omfördelning av vårdersättningarna jämfört med nuvarande förhållanden. Orsaken härtill kan vara att också andra strukturella faktorer än de som beaktats i de olika alternativen har betydelse för vårdbehovets omfattning i de olika sjukvårdsområdena, exempelvis skillnader i urbaniseringsgrad och därav följande olikheter i fråga om vårdens lättillgänglighet, skillnader i fråga om sjuklighet eller i näringslivsstruktur. Det kan även vara så att det nuvarande prestationsrelaterade ersättningssystemet dåligt avspeglar vårdbehovet inom eller resursfördelningen mellan landstingen. Avvikelserna i förhållande till nuvarande ersättningssystem kan emellertid också till viss del bero på att fördelningen mellan landstingen av de totala vårdresurserna och dessas disposition inte överensstämmer med det faktiska vårdbehovets fördelning mellan sjukvårdsområdena.

Alternativ 4 är ett exempel på en övergångskonstruktion, där avvikelserna jämfört med nuvarande fördelning är betydligt mindre än i de fördelningsalternativ som skisserats i det föregående. Alternativet innebär att varje landsting erhåller ett grundbelopp som fastställs efter förhandlingar mellan landstingsförbundet och staten. Därutöver fördelas ett tilläggsbelopp mellan landstingen med ledning av generella fördelningsfaktorer. I det redovisade alternativet utgör grundbeloppet 50 procent av den totala ersättningen, fördelat i enlighet med nu gällande ersättningsregler. Tilläggsbeloppet, dvs. resterande 50 procent av totalersättningen, har fördelats med ledning av faktorer som verkar styrande till prioriterade vårdområden, nämligen till hälften på grundval av antalet vård dagar i somatisk långtidsvård och till hälften med ledning av antalet läkarbesök i distrikts- och privatläkarvård. En konstruktion av denna art kan möjliggöra en mjuk övergång från nuvarande regler till ett generellt fördelningssystem, om man t. ex. låter tilläggsbeloppets relativa storlek växa successivt från år till år.

En fördelningsmodell i enlighet med den skisserade övergångskonstruktionen (alternativ 4) kan också utvecklas till ett permanent system för uppdelning av vårdersättningen, vilket i sig innehåller dels ett särskilt grundbelopp till varje landsting, dels ett tilläggsbelopp som delas upp med ledning av lämpliga generella fördelningsfaktorer. Uppgifterna i tabellerna kan belysa också innebörden av ett sådant permanent fördelningssystem. Hur varje 100-tal milj. kr. av den del av totalersättningen som avsätts som grundbelopp respektive som tilläggsbelopp skulle kunna fördelas mellan landstingen med tillämpning av olika fördelningsmodeller kan direkt utläsas av tabell 10:1. Om exempelvis 1 000 milj. kr. skulle fördelas som tilläggsbelopp enligt alternativ 2 skulle, som framgår av tabell 10:1, t. ex. Stockholms läns landsting därav erhålla 18,2 procent eller 18,2 milj. kr. Om förhandlingsresultatet beträffande uppdelningen av grundbeloppet skulle innebära att detta fördelades på samma sätt som den faktiskt utgivna ersättningen år 1976, skulle Stockholms läns landsting erhålla 20,3 procent av det sammanlagda grundbeloppet. Om den totala vårdersättningen antas uppgå till samma belopp som beräknas utgå under 1978 (jfr avsnitt 10.3.6.5), skulle grundbeloppet i detta exempel bli $(3\,500 - 1\,000) = 2\,500$ milj. kr., varav 507,5 milj. kr. skulle tillfalla Stockholms läns landsting. Den totala ersättningen till detta landsting skulle då uppgå till $(183 + 507,5) = 690,5$ milj. kr., vilket motsvarar 19,7 procent av

den totala vårdersättningen eller 97 procent av det belopp landstinget skulle ha erhållit, om ersättningen i sin helhet hade fördelats i enlighet med nu gällande regler.

Ett sätt att illustrera uppdelningen av det efter förhandlingar fastställda totalbeloppet på grundbelopp och tilläggsbelopp i ett system som det nyss beskrivna kan vara att knyta an till sjukförsäkringsavgiften. Av avsnitt 10.3.6.5 framgår att den beräknade sammanlagda försäkringsersättningen år 1978 på närmare 3 500 milj. kr motsvarar ca 1,75 procentenheter av sjukförsäkringsavgiften detta år. Den i exemplet använda uppdelningen kan då uttryckas så att totalbeloppet, som motsvarar 1,75 procentenheter av sjukförsäkringsavgiften, fördelas på ett grundbelopp motsvarande 1,25 procentenheter och ett tilläggsbelopp motsvarande 0,5 procentenheter av sjukförsäkringsavgiften.

Vid jämförelser mellan å ena sidan utfallet av de olika alternativ för fördelning av försäkringsersättningen mellan huvudmännen som skisserats ovan och å andra sidan en fördelning enligt nuvarande regler bör uppmärksammas att redan en tämligen måttlig ökning av den totala ersättningsramen medför att ersättningens nominella belopp inte minskar för något landsting. Detta framgår av tabell 10:2.

10.3.6.6 Avslutning

Såsom tidigare nämnts ankommer det inte på hälso- och sjukvårdsutredningen att överväga formerna för en ersättning från den allmänna sjukförsäkringen, som innefattar både hälsovård och sjukvård. Denna fråga måste bli föremål för ytterligare utredning samt därpå följande överläggningar mellan staten och landstingen. Vi anser dock att frågans lösning inte bör få några direkta återverkningar på utformningen av en hälso- och sjukvårdslag.

10.3.7 Reglering av läkartjänster m. m.

10.3.7.1 Inledning

Såsom redovisats i kap. 3 fordras enligt sjukvårdslagen (31 §) *medgivande* av socialstyrelsen för att *inrätta i princip alla läkartjänster* inom offentlig hälso- och sjukvård (landsting och kommuner). Villkor för inrättande av läkartjänster anges i sjukvårdskungörelsen (16–18 §§). I 16 § berörs underläkartjänster för allmäntjänstgöring och i 17 § övriga läkartjänster för sjukvård. I 18 § preciseras vilka läkartjänster, som får inrättas utan styrelsens medgivande (bl. a. tjänst som stadsläkare, tjänst som omfattar kortare arbetstid än 15 timmar per vecka samt tjänst som extra läkare).

Socialstyrelsens prövning om inrättande av tjänst för läkare skall enligt 17 § sjukvårdskungörelsen "ske på grundval av ett för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation". Läkarfördelningsprogrammet (LP), som vanligtvis omfattar en period av fem år, revideras och fastställs i princip vart annat år av sjukvårdsdelegationen. Förslag om LP utarbetas av socialstyrelsen i samråd med UHÄ, landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund.

LP är utformat *dels* som ett *planeringsinstrument* för att fördela nytillkommande läkarresurser, dvs. främst nyexaminerade läkare, på olika vidareutbildningsområden (verksamhetsområden, dvs. specialiteter, motsvarande) i enlighet med långsiktiga sjukvårdspolitiska mål, *dels* som ett *ransoneringsinstrument* för att fördela tjänster för vidareutbildade läkare mellan olika verksamhetsområden och verksamhetsfält (enbart öppen somatisk vård, huvudsakligen slutna somatisk vård, psykiatri och långvård/rehabilitering). Båda instrumenten fördelar läkarna resp. tjänsterna mellan olika geografiska områden (landsting).

Vi har i tidigare avsnitt (kap. 3) redovisat hur LP fungerar som planerings- resp. ransoneringsinstrument. I det följande skall diskuteras effekterna av dessa instrument (10.3.7.2–3) samt läggas fram förslag om vissa förändringar av systemet för fördelning av läkare i landet (10.3.7.4).

10.3.7.2 Effekterna av LP som planeringsinstrument

De uppföljningar som gjorts av systemet med LP visar att detta ännu inte fått avsedd effekt som *planeringsinstrument* för fördelning av nytillkommande läkare på olika tjänstgöringsområden i enlighet med långsiktiga sjukvårdspolitiska mål. Svårigheterna är att hänföra *dels* till övergångsproblem, *dels* till det förhållandet att många läkare kunnat fullgöra tjänstgöring som räknas som vidareutbildning utanför blocksystemet, främst i form av vikariat. Orsakerna härtill är i sin tur att finna i rådande läkarbrist med omfattande vakanser på olika läkartjänster.

Detta har medfört att de vidareutbildningsblock – både på AT- och FV-nivå – som ställts till förfogande för läkartjänstgöring inte alltid till fullo utnyttjats för detta ändamål. Läkare, för vilka sådana block var avsedda, har kunnat få andra för dem mera attraktiva tjänstgöringsmöjligheter i form av vikariat. Härigenom har vakanser på blocken uppkommit. Vakanserna har främst drabbat de landstingsområden och sjukvårdsenheter, som även i övrigt har svårt att rekrytera läkare. För FV-blocken spelar vidare verksamhetsområdet (se nedan) men också konstruktionen av blocken och placeringen av dess olika deltjänstgöringar roll.

Av den senast tillgängliga statistiken (våren 1978) framgår sålunda att 86,2 procent av de inrättade/utannonserade *AT-blocken* i landet tillsatts. Av dessa block blev 100 procent tillsatta i 15 landsting – däribland flertalet landsting med regionsjukhus. I övriga landsting varierar vakanserna upp till 50 procent (t. ex. Kalmar läns landsting 50 procent, Värmlands läns landsting 48 procent, Västmanlands läns landsting 36 procent och Västerbottens läns landsting 22 procent).

I tabell 10:3 redovisas andelen inrättade och tillsatta *FV-block* inom några olika verksamhetsområden *dels* under perioden 1975–77, *dels* särredovisat för år 1977. Härav framgår att för år 1977 var totalt 84,6 procent av FV-blocken besatta. Vakanserna var särskilt höga inom de sjukvårdspolitiskt prioriterade områdena långvårdsmedicin och psykiatri samt inom laboratorieverksamheterna. Tidigare hörde även allmänläkarvård till denna grupp. Intresset hos de yngre läkarna för detta verksamhetsområde har dock stigit under de senaste åren. Därför fylls numera flertalet av de FV-block, som är avsedda för allmänläkarvård, trots att antalet sådana block ökat.

Tabell 0:3 Antal inrättade och tillsatta FV-block inom några verksamhetsområden i riket under perioden 1975-77 samt under året 1977

Verksamhets- område	1975-77 (3 år)			1977 (1 år)		
	Inrät- tade	Därav tills.	%	Inrät- tade	Därav tills.	%
Allmänakarvård	663	512	77,2	245	217	88,6
Barnmedicin	188	177	94,1	62	62	100,0
Invärtesmed. verks.	304	279	91,8	110	107	97,3
Långvårdsmedicin	188	68	36,2	62	27	43,5
Kirurgisk verks.	316	288	91,1	107	104	97,2
Laboratorieverks.	138	83	60,1	51	33	64,7
Kvinn sjukdomar	153	139	90,8	47	47	100,0
Allm. psykiatri	58	40	69,0	65	44	67,7
Övrigt	841	621	73,8	251	205	81,7
Totalt	2 849	2 207	77,5	1 000	846	84,6

Olika åtgärder har vidtagits för att positivt påverka intresset hos yngre läkare att söka sig till de prioriterade verksamhetsområdena, dvs. till allmänläkarvård, långvårdsmedicin och psykiatri. Samtidigt har man försökt att begränsa det s. k. läckaget vid sidan av blocksystemet. Bl. a. har regeringens beslutat att för dem, som erhåller läkarexamen efter 1979-01-01, skall endast tjänstgöring inom ramen för blockförordnanden få tillgodoräknas som AT. Detta bedöms också kunna ge effekter på fördelningen på FV-nivå.

10.3.7.3 Effekterna av LP som ransoneringsinstrument

Systemet med LP som ransoneringsinstrument uppvisar även brister. Såsom tidigare nämnts används systemet för att fördela den begränsade tillgången på vidareutbildade läkare med syfte att uppnå en så rimlig balans som möjligt mellan olika geografiska områden, verksamhetsområden och verksamhetsfält. Av särskilt intresse har därvid varit att slå vakt om glesbygdsområdena och den decentraliserade vården samt att fördela tillgången av specialister mellan regionsjukvård, länssjukvård och primärvård med särskilt beaktande av de två sistnämnda funktionsnivåernas behov.

Trots att LP-systemet använts under nästan 10 år, varierar tillgången på vidareutbildade läkare alltså starkt mellan olika delar av landet. Fortfarande finns ett stort antal vakanser på tjänster för läkare särskilt inom glesbygdsområden, vid vissa mindre sjukhus, inom verksamheterna öppen vård, långvårdsmedicin och psykiatri samt inom vissa laboratorieverksamheter. Sjukvårdshuvudmännen avstår också från att inrätta nya tjänster inom dessa områden på grund av den rådande vakanssituationen.

Här bör också erinras om att konsekvenserna för sjukvårdens del av en läkarvalans i många fall är svårare i glesbygd och vid mindre enheter inom primärvård och länssjukvård än inom storstadsområdena med regionsjukvård och ett stort antal läkare inom varje enhet.

I tabell 10:4 redovisas vakansläget under våren 1977 på vissa typer av tjänster för vidareutbildade läkare. Det bör då observeras, att enbart *helt* vakanta

tjänster redovisas. Detta gör att statistiken inte innefattar tjänster, som saknar innehavare till följd av sjukdom, semester eller tjänstledighet för utbildning m. m. Enligt den senaste undersökningen om läkares arbetstider och tjänster (LATT 77) fanns totalt i landet endast ca 50 procent läkare i allmänläkarvård med särskild utbildning inom detta verksamhetsområde i förhållande till antalet tjänster för sådana läkare. Motsvarande siffra för t. ex. allmänkirurgi var 110 procent.

Tabell 10:4 Helt vakanta tjänster för vidareutbildade läkare 1977-03-16 enligt LATT 77

Verksamhetsområde	Tjänster för vidareutbildade läkare	
	Antal	Därav helt vakanta tj. %
Öppen vård		
varav allmänläkarvård	1 532	16,0
specialiserad vård	911	17,3
Huvudsakl. slutenvård	5 119	9,0
varav bl. a. – Allm. internmed.	527	6,3
– Allm. kirurgi	501	4,2
– Allm. psykiatri	533	16,7
– Långvård	350	16,6
– Med rehab.	59	20,3

Att målsättningen med LP att reducera vakanserna på bl. a. tjänster för vidareutbildade läkare inte uppnåtts beror bl. a. på det s. k. läckage, som sker utanför tjänstesystemet genom att läkare vikarierar på mer attraktiva läkartjänster. I det underlag som tagits fram i LP-arbetet, har man inte tillräckligt kunnat beakta det ökade behov av sådana vikariat, som successivt vuxit fram genom arbetstidsförkortning och nya regler för jourkompensation etc. (bl. a. i form av s. k. SPUL-förordnanden – varmed menas specialistkompetenta underläkare utan tjänst för vidareutbildad läkare). Sjukvårdshuvudmännens och de enskilda sjukvårdsenheternas – och då främst undervisningssjukhusens – möjligheter att inrätta sådana vikariat har inte heller kunnat överblickas.

Till detta kommer också att den nu berörda kontrollen av etableringen av nya läkartjänster inte täcker alla verksamhetsfält. Den icke-kommunala företagshälsovården står t. ex. helt utanför liksom annan läkarverksamhet vid sidan av den offentliga sjukvården (t. ex. teoretisk utbildning och forskning, administration och privatläkarverksamhet m. m.).

I tabell 10:5 redovisas fördelningen under perioden 1975–79 av läkartjänster inom de olika programrådena för LP jämförd med sjukvårdshuvudmännens motsvarande ansökningar. Skillnaderna mellan antalet sökta och antalet beviljade tjänster har successivt minskat under senare år. Antalet icke beviljade läkartjänster uppgick således under år 1979 till 223 mot i medeltal 320 under åren 1975 och 1976.

Av tabell 10:5 framgår att medgivandeandelen är betydligt högre inom de prioriterade områdena öppen vård, psykiatri och långvård än inom området huvudsakligen slutna somatisk vård. Under hela perioden har 83 procent av de av sjukvårdshuvudmännen äskade nya läkartjänsterna inom öppen vård beviljats samtidigt som endast ca 50 procent medgivits för somatisk sjukhusvård. Läkartjänster har sålunda på detta sätt styrts till den öppna vården. Motsvarande siffror för psykiatri och långvård är 58 procent respektive 82 procent. Effekterna av denna styrning måste emellertid också bedömas mot bakgrund av ett högt och växande antal vakanser för samtliga prioriterade verksamhetsområden.

Av tabellen konstateras att antalet av sjukvårdshuvudmännen äskade tjänster för enbart öppen somatisk vård för perioden 1975-79 ligger lägre än den i LP fastställda kvoten för dessa tjänster - som i detta fall utgör en minimikvot. För år 1979 utgjorde sålunda andelen äskade tjänster endast 80 procent av kvoten.

Av betydelse är vidare att redovisa hur fördelningen av bifallna respektive avslagna ansökningar om tjänster för vidareutbildade läkare fördelar sig mellan olika landsting. Därvid kan nämnas att vid den senaste fördelningsomgången (för 1979) medgavs inrättande av 79 procent av de ansökta läkartjänsterna vid landsting utan regionsjukhus samtidigt som endast 45 procent av de sökta tjänsterna beviljades vid regionlandsting.

En av socialstyrelsens ambitioner vid fördelningen av läkartjänster är att åstadkomma en jämn fördelning av tjänsterna mellan olika sjukvårdsområden och -regioner. I tabell 10:6 redovisas den regionvisa fördelningen år 1979 av det tillgängliga antalet tjänster för vidareutbildade läkare i relation till befolkningen.

Tabell 10:5 Av landstingen äskade och av socialstyrelsen medgivna tjänster för vidareutbildade läkare 1975-79. Fördelning per programgrupp

	Programgrupp			
	Enb. öppen som. vård	Huvudsakligen slut. som. vård	Psykiatri	Långvård/ rehab.
1975-79				
Kvot i LP	1 138	1 202	217	95
Äskade tjänster	1 074	2 296	335	193
Medg. tj. abs.	891	1 155	194	158
%	83	50	58	82

Tabell 10:6 Antal tjänster för vidareutbildade läkare per sjukvårdsregion 1979

Region	Sluten vård	Öppen vård	Totalt	Antal 1 000 inv./tjänst
Stockholm	1 239	480	1 719	0,9
Uppsala	885	487	1 372	0,9
Linköping	638	368	1 005	0,9
Lund-Malmö	1 039	513	1 552	0,9
Göteborg	1 107	658	1 765	0,9
Örebro	528	356	884	0,9
Umeå	575	351	926	0,8
Riket	6 011	3 212	9 223	0,9

Som framgår av tabellen är andelen tjänster för vidareutbildade läkare i relation till befolkningen utomordentligt jämnt fördelad mellan de olika sjukvårdsregionerna.

Fördelningen mellan olika sjukvårdsområden är däremot – som framgår av tabell 10:7 – mera ojämn. Läkartjänstetätheten inom landsting med region-sjukhus är så gott som genomgående högre än inom andra landsting. Detta måste dock bedömas mot bakgrund av att landsting med regionsjukhus svarar för vissa gemensamma vårdinsatser (regionsjukvård) samt i regel även läkarutbildning och forskning. Variationerna mellan regionlandstingen är också stora, beroende bl. a. på att vissa områden har stora region- och undervisningssjukhus på relativt små befolkningsunderlag.

Tabell 10:7 Antal tjänster för vidareutbildade läkare inom offentlig sjukvård 1974 och 1979 inom olika sjukvårdsområden i relation till befolkningsantalet

Sjukvårdsområde	Antal tjänster för vidareutbildade läkare per milj. invånare		
	1974	1979	Ökning tjänstetäthet i %
Med regionsjukhus			
Totalt	901	1 249	39
Variation mellan sjukvårds- områden	780–1 135	1 099–1 602	33–45
Utan regionsjukhus			
Totalt	695	997	43
Variation mellan sjukvårds- områden	585–850	809–1 207	25–54
Totalt för landet	790	1 115	41

Av tabell 10:7 framgår också utvecklingen av läkartjänstetätheten under de senaste fem åren (1974–1979). Därav konstateras att en viss utjämning skett. Tjänstetäthetsökningen inom sjukvårdsområden utan regionsjukhus var 43 procent mot 39 procent inom områden med sådana sjukhus.

Betydligt svårare att bedöma är läkarfördelningsprogrammets effekter på

läkartätheten. Hänsyn måste i detta avseende tas till bl. a. vakansförhållanden på olika läkartjänster samt att flera än en läkare kan finnas på en tjänst. I tabell 10:8 redovisas utvecklingen i avseende på totalantalet läkare anställda inom offentlig vård samt på läkartätheten mellan år 1974 och 1978 inom olika sjukvårdsområden. Observeras bör att i denna beräkning medtagits samtliga läkargrupper som innefattas av LP och därvid även läkare under vidareutbildning (AT och FV) samt att jämförelse med basåret 1974 gjorts för 1978 och inte för 1979 som i de övriga tabellerna.

Tabell 10:8 Antal offentligt anställda läkare (leg. läkare och läkare med läkar-examen) inom sjukvård 1974 och 1978 inom olika sjukvårdsområden i relation till befolkningstalet

Sjukvårdsområde	Antal läkare per miljon invånare		
	1974	1978	Ökning i läkartäthet 1974-78 i %
Med regionsjukhus			
Totalt	1 610	1 890	17
Variation mellan sjukvårdsområden	1 200-2 200	1 320-2 580	10-26
Utan regionsjukhus			
Totalt	950	1 130	19
Variation mellan sjukvårdsområden	790-1 120	1 020-1 380	5-30
Totalt för landet	1 260	1 480	17

Den lämnade redovisningen visar att det fortfarande råder stora skillnader i läkartjänstetäthet – dvs. beträffande tjänster för vidareutbildade läkare i förhållande till befolkningstalet – mellan olika landsting, även om hänsyn tas till att landsting med regionsjukhus måste ha en högre sådan täthet än andra landsting. Vissa – om än relativt begränsade – utjämnings effekter kan noteras som resultat av läkartjänstefördelningen under den senaste femårsperioden. Skillnaderna är dock betydligt större när det gäller den faktiska fördelningen av läkare mellan olika specialiteter och geografiska områden. Det kan alltså konstateras att utjämnings effekterna av LP-arbetet på läkarsidan har blivit ändå mer begränsade. Vakanserna på tjänster är också koncentrerade till de prioriterade områdena.

Med en betydande skillnad mellan tillgången på tjänster och på läkare har mer attraktiva landstings- och verksamhetsområden kunnat tillföras vidareutbildade läkare i sådan grad att den avsedda utjämnningen uteblivit. Detta har – såsom tidigare nämnts – kunnat ske genom vikariatserbjudanden. Särskilt landsting med undervisningssjukhus har gynnats av dessa möjligheter.

Den redovisade utvecklingen måste enligt vår uppfattning bedömas som allvarlig, då den i allt väsentligt innebär en fortsatt bristande överensstämmelse mellan å ena sidan faktisk läkartillgång samt å den andra vårdbehovens fördelning och utveckling, vårdpolitiska prioriteringar och

strävandena efter en utjämning mellan geografiska områden och medicinska specialiteter. En fortsatt likartad utveckling anser vi äventyrar möjligheterna att realisera de mål, som vi vill förorda för hälso- och sjukvården och som i grunden gäller allas rätt till trygghet och vård, oberoende av t. ex. sjukdomarnas art och varaktighet eller bosättningen inom landet.

10.3.7.4 Behov av förändringar

Den centrala läkarfördelningen är utan tvekan en komplicerad verksamhet. Det gäller här bl. a. att fördela läkare på 26 olika sjukvårdsområden och på mer än 40 olika specialiteter. Med hänsyn till den långa utbildningstiden måste också fördelningen av läkare under vidareutbildning anpassas till sjukvårdsbehov på åtminstone 10–20 års sikt.

Vid bedömningen av frågan om ett system för central fördelning av läkare i framtiden skall finnas kvar och hur – i sådant fall – det skall utformas måste beaktas den förändrade planeringssituationen för landstingen i framtiden, bl. a. som konsekvens av totalansvaret.

I enlighet med detta ankommer det på landstingen att planera för de totala läkarresurserna på grundval av den förväntade hälso- och sjukvårdsefterfrågan samt med beaktande av bl. a. utvecklingen av övrig personal och av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Planeringsarbetet på riksnivå bör – i överensstämmelse med vad tidigare påtalats – bl. a. inriktas på att ta fram underlag för denna landstingens planering. Därvid måste särskilt beaktas frågan om läkarkårens dimensionering med hänsyn till läkarnas långa utbildningstid samt till deras relativt centrala ställning inom hälso- och sjukvården.

Den centrala planering av läkarutvecklingen, som i enlighet härmed blir nödvändig, bör enligt vår uppfattning mera utformas som ett bistånd och stöd till sjukvårdshuvudmännen än som en detaljstyrning. Läkarplaneringen bör också utvecklas inom ramen för det samråds- och förhandlingsförfarande mellan de kommunala och statliga nivåerna, som bl. a. decentraliseringsutredningen och KEU skisserat.

Vi kan mot den bakgrunden konstatera att det skulle vara fördelaktigt om den nuvarande bestämmelsen i sjukvårdslagen att landsting och kommuner skall ha skyldighet att inhämta socialstyrelsens medgivande för att få inrätta läkartjänster inte återfinns i en ny hälso- och sjukvårdslag. Det kan också synas som om en sådan bestämmelse har en detaljeringsgrad, som inte skulle passa in i en mer övergripande ramlag. Tveksamhet kan vidare anföras mot att i en ramlag med ett förhoppningsvis långt tidsperspektiv införa en bestämmelse, vars varaktighet kan komma att bli mer begränsad.

I det följande diskuterar vi möjliga förändringar i det nuvarande systemet för fördelning av läkare i riket.

Vår uppfattning är att systemet med *LP* som planeringsinstrument även i fortsättningen måste finnas kvar. Det är nödvändigt att använda läkarnas vidareutbildning för att fördela de tillkommande läkarresurserna på olika områden i överensstämmelse med långsiktiga hälso- och sjukvårdspolitiska mål. Genom ett sådant system kan dessa resurser kanaliseras till de områden, där de bäst behövs.

Vi anser det nödvändigt att med uppmärksamhet följa den fortsatta utvecklingen av LP såsom ett planeringsinstrument samt att vidtaga alla de åtgärder – både av rekryteringsstimulerande och vikariatsbegränsande natur – som är erforderliga för att man skall kunna nå en så god överensstämmelse som möjligt mellan fördelningen av läkare under vidareutbildning och de långsiktiga hälso- och sjukvårdspolitiska målen. Det kan därvid bli nödvändigt att t. ex. begränsa vikariatsmöjligheterna även på FV-nivå. Härvid förutsätts en god samverkan mellan statliga myndigheter, sjukvårdshuvudmän och läkarorganisationer.

Vi vill i detta sammanhang erinra om att sjukvårdshuvudmännen vid ställningstagandet till nu gällande lagstiftning på detta område förklarat sig beredda (prop. 1972:104) att medverka vid genomförandet av vidareutbildningen på det sätt, som den av riksdagen år 1969 beslutade utbildningsreformen förutsätter. Detta innebär bl. a., att tjänstgöringsplatser måste ställas till förfogande i erforderlig omfattning för såväl allmäntjänstgöring som fortsatt vidareutbildning.

Vi återkommer längre fram (sid 389) till frågan om fördelning av AT- och FV-block på olika sjukvårdsområden.

Behovet av det nuvarande systemet med reglering av tjänster för vidareutbildade läkare, dvs. LP såsom ett *ransoneringsinstrument*, sammanhänger med bristen på sådana läkare. Enighet har länge rått om att det i ett framtida läge med bättre balans mellan tillgång och efterfrågan på läkare saknas skäl att ha kvar ett sådant system. Ransoneringsinstrumentet bör då kunna avvecklas och landstingen ges möjligheter att inrätta läkartjänster och anställa vidareutbildade läkare enligt vanliga arbetsmarknadsmässiga principer. Det har dock bedömts att en sådan balans inom samtliga verksamhetsområden inte kommer att kunna uppnås inom förutsebar framtid – dvs. inte förrän tidigast under andra hälften av 1980-talet. Någon form av förfarande för att på riksplanet beräkna och fördela den begränsade tillgången på vidareutbildade läkare mellan olika landsting på grundval av sjukvårdspolitiska utjämningssträvanden måste därför finnas kvar, åtminstone under en övergångstid.

En form av ransoneringsförfarande är att från centralt håll fördela enskilda läkare på olika tjänstgöringsplatser. Detta skulle dock kräva bl. a. en stor byråkratisk organisation och en omfattande kontrollverksamhet.

Ett annat sätt är att på central nivå ta fram och tillhandahålla sjukvårdshuvudmännen sådant planeringsunderlag, som gör dem medvetna om de begränsningar som gäller för läkarutbyggnaden i de olika landstingsområdena och specialiteterna. Det är ett gemensamt ansvar för landstingen att åstadkomma en balanserad utveckling och att nå en avsedd utjämning. Detta innebär också att varje landsting har att solidariskt hålla sig inom de ramar för bl. a. anställning av läkare, som framgår av planeringsunderlaget.

Utredningen har ingående diskuterat de två ovan nämnda möjligheterna för systematisk fördelning av vidareutbildade läkare. Valet står därvid mellan ett rent byråkratiskt fördelningssystem och ett mera demokratiskt sådant. Vi har stannat för det sistnämnda systemet och utvecklar i det följande något närmare *en modell* för tillämpning av detta system. Det innebär en ramfördelning och baseras på en ökad samverkan mellan landstingskommunal och central nivå.

Till grund för den centrala planeringen av utvecklingen av vidareutbildade läkare i landet enligt den nya modellen bör även i fortsättningen finnas ett *läkarfördelningsprogram – LP*. Det finns här inte anledning att gå närmare in på formerna för att utarbeta och fastställa programmet liksom inte heller på det underlag i form av uppgifter från bl. a. LKELP, s. k. LATT-undersökningar och andra personalinventeringar, som är nödvändiga för programarbetet. Dessa frågor måste prövas i annan ordning.

Det statliga intresset vid den fortsatta centrala läkarplaneringen förutsätts liksom hittills i första hand bli representerat av socialstyrelsen, som har ett allmänt planerings- och tillsynsansvar inom hälso- och sjukvården.

På grundval av läkarfördelningsprogrammet – som lämpligtvis kan omfatta en period av fem år med de två första åren mer preciserade – utarbetar socialstyrelsen, efter vederbörligt samråd med sjukvårdshuvudmännen och läkarförbundet m. fl., en *läkarplaneringsram* för varje sjukvårdsområde. Denna ram – med läkarinsatserna angivna i årsarbetare (motsvarande) – skall tjäna som underlag för hälso- och sjukvårdshuvudmännens planering. I enlighet härmed skulle en ny läkarplaneringsram behöva fastställas vart annat år.

Läkarplaneringsramarna är att uppfatta som rekommendationer till landstingen enligt de grunder som kan komma att preciseras i den överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet som förutsätts bli träffad. Det ankommer givetvis på landstingen själva att anställa vidareutbildade läkare, att fastställa anställningsnivå samt anställningsform.

För att ge ytterligare underlag till de enskilda hälso- och sjukvårdshuvudmännen i läkarplaneringen är det nödvändigt att samråd i läkarfördelningsfrågor kan etableras mellan landstingen inom sjukvårdsregionerna. Härigenom skapas möjligheter för en balanserad fördelning av läkarresurserna mellan bl. a. regionsjukvård, länssjukvård och primärvård. Regionssjukvårdsutredningen har i sitt betänkande om regionsjukvården (SOU 1978:70) föreslagit att regionala samverkansnämnder skall finnas i varje region med uppdrag att fullgöra de olika uppgifter som av huvudman inom sjukvårdsregionen kan komma att anförtros nämnden. Utbyggnaden av det regionala samrådet i läkarfrågor får givetvis ske i den takt som det regionala samarbetet i övrigt utvecklas.

Efter denna presentation av en ny modell för fördelning av läkare mellan bl. a. olika sjukvårdsområden och specialiteter (motsvarande) redovisas några *principiella synpunkter på tillämpningen av modellen*.

Ett totalansvar för hälso- och sjukvården innebär som nämnts bl. a. skyldighet att för länets befolkning planera för all hälso- och sjukvård. Även de resurser som ligger utanför landstingets eget driftansvar, t. ex. privatpraktiserande läkare och företagsläkare, förutsätts bli medtagna i och ingå i denna totalplanering. Totalplaneringsprincipen skall således ligga till grund för de landstingens 10–15-åriga princip- och 5-åriga genomförandepaner, som skall sammanställas centralt, och därmed ligga till grund för bl. a. läkarplaneringsramen. Mot den bakgrunden räknar vi med att den centrala planeringen av läkarutvecklingen, med bl. a. landstingsvisa läkarplaneringsramar, skall innefatta samtliga de läkarresurser, som omfattas av landstingens totalplanering. Därvid kommer även bl. a. privatpraktiserande läkare och företagsläkare att ingå.

Det här skisserade fördelningssystemet avviker från det idag tillämpade systemet genom att det är helt inriktat på vidareutbildade läkare och inte på tjänster för sådana läkare. Såsom tidigare angivits är bristerna med det nu tillämpade läkartjänstprogrammet i första hand att hänföra till svårigheterna att kontrollera läkarutfallet. Avgörande för att det föreslagna systemet skall fungera är vidare att de enskilda landstingen lojalt håller sig inom de ramar för anställning av nya läkare, som framgår av ett på central nivå framtaget planeringsunderlag. Ansvaret för systemet decentraliseras alltså i stor utsträckning till den politiska nivå, som landstingen representerar.

I detta sammanhang kan även erinras om föreliggande svårigheter att förena det i nuvarande läkartjänstprogram använda tjänstebegreppet med moderna anställningsprinciper. Vidare bör uppmärksammas att relationen mellan antal läkartjänster och antal läkare undergått stora förändringar under det senaste decenniet genom nya regler om arbetstider, semestrar och andra ledigheter samt jourkompensation m. m. Denna relation varierar numera också starkt mellan olika sjukvårdsenheter, beroende på skilda jour- och beredskapsförhållanden m. m.

Socialstyrelsen förutsätts – som tidigare nämnts – basera sina bedömningar om läkarfördelningsprogram och landstingsvisa läkarplaneringsramar på det sjukvårdsplanematerial, främst LKELP, som sjukvårdshuvudmännen inlämnar samt på av statsmakterna angivna riktlinjer m. m. för hälso- och sjukvårdens utbyggnad.

Genom den årliga LKELP-undersökningen samt genom eventuella andra särskilda undersökningar bör det också vara möjligt att kunna kontrollera utfallet av läkarfördelningen.

Överläggningar med berörda landsting och eventuellt också sjukvårdsregioner beträffande bl. a. avvikelser från angiven ram bör givetvis fortlöpande kunna tas upp.

Det förfarande som här skisserats för fördelning av vidareutbildade läkare, kan också användas för den fördelning av vidareutbildningsblock – både på AT- och FV-nivå – som enligt vad som tidigare anförts (sid 386) har förutsatts komma till användning även i fortsättningen. Detta system tillämpas för övrigt i praktiken redan nu för dessa kategorier av läkare. Vidareutbildningsblocken är i stort redan idag inriktade på individer.

Här bör också erinras om de strävanden till regionalisering av blockfördelningen, som redan givit sig till känna (sid 122). Regionsjukvårdsutredningen har bl. a. framhållit, att utbyggnaden av den fortsatta vidareutbildningen med FV-block måste komma att omfatta ett antal sådana block med tjänstgöringen av utbildningsskäl förlagd till flera huvudmäns inrättningar.

Vi anser att möjligheten av att kunna tillämpa det här skisserade systemet med central planering av läkarutvecklingen, utan särskilda bestämmelser härom i en ny hälso- och sjukvårdslag, bör övervägas. Vi räknar med att – om sådana bestämmelser inte ingår i den nya ramlagen – en överenskommen system och om tillämpningsförfarandet skall kunna tecknas mellan staten och landstingsförbundet. Därvid bör erinras om den form av överläggningar och frivilliga överenskommelser mellan regeringen och kommunförbunden om bl. a. den kommunala sektorns utveckling, som enligt riksdagens beslut år 1979 med anledning av den kommunalekonomiska

utredningens förslag, förutsatts komma till användning i framtiden. Vi har också för vår del i förslaget till ramlag för hälso- och sjukvården utgått från ett utvidgat sådant samrådsförfarande (se kap. 11). Härigenom skapas möjlighet att flexibelt anpassa formerna för central planering av läkarutvecklingen med hänsyn till de sjukvårdsorganisatoriska och andra förändringar, som kan bli aktuella.

På grundval av en sådan överenskommelse bör det sedan vara möjligt för statlig myndighet (socialstyrelsen) att precisera formerna för den centrala planeringen – givetvis efter det samråd, som är erforderligt.

För att det ovan skisserade systemet för central planering av läkarutvecklingen skall kunna fungera förutsättes – som tidigare nämnts – att samtliga hälso- och sjukvårdshuvudmän lojalt håller sig inom de ramar för läkaranställning, som blir en konsekvens av läkarfördelningsprogrammet, den landstingsvisa läkarplaneringsramen och det eventuella sjukvårdsregionala samrådet. Det bör stå i överensstämmelse med sjukvårdshuvudmännens egna intressen att samverka till en rationell och bl. a. från sjukvårdspolitisk synpunkt ändamålsenlig fördelning av läkarresurserna.

Om de frivilliga överenskommelserna inte skulle leda till önskat resultat, har staten möjlighet att överväga andra åtgärder. Fråga härom bör i första hand aktualiseras vid de fortlöpande överläggningarna mellan staten samt hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Innan ett system av ovan skisserat slag kan läggas till grund för en eventuell överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet, förutsätts ett *fortsatt och fördjupat utvecklingsarbete*. Därvid kan också tas upp andra eventuella problem till behandling, t. ex. om möjligheten att bättre anpassa programområdena i LP till de sjukvårdsorganisatoriska strukturerna (t. ex. primärvård, länssjukvård etc.).

Vi anser emellertid att redan här gjorda överväganden skall kunna läggas till grund för ett *ställningstagande, att hälso- och sjukvårdslagen framdeles inte skall behöva innehålla en bestämmelse om skyldighet för landsting och kommun att inhämta socialstyrelsens medgivande för att inrätta tjänst för läkare i hälso- och sjukvårdande verksamhet*.

Genom att landstingen som redan tidigare anförts (sid 387) förklarat sig beredda att medverka vid genomförandet av vidareutbildningen av läkare och att därmed ställa tjänstgöringsplatser till förfogande i erforderlig omfattning för såväl allmäntjänstgöring som fortsatt vidareutbildning finns enligt vår mening inte anledning att föreslå någon särskild lagfäst skyldighet för sjukvårdshuvudmännen ens i detta avseende.

Vi anser dock nödvändigt – åtminstone till dess att behörighetsfrågorna för bl. a. läkare löses genom en särskild lagstiftning (se diskussioner härom i kap. 11 – att lagens tillämpningsbestämmelser reglera formerna för underläkartjänstgöring i enlighet med bl. a. de krav som vidareutbildningen av läkare för med sig (motsvarande nuvarande bestämmelser i 19 och 24 §§ sjukvårdskungörelsen). Vi återkommer med förslag härom i kap 11.

10.3.7.5 Etablering av privat läkarpraktik m. m.

Genom beslut av 1974 års riksdag fastställdes nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen för den läkarvård som lämnas av privatpraktiserande läkare. Ersättningen för denna vård anpassades härigenom till det ersättningssystem inom sjukförsäkringen, som genomfördes fr. o. m. 1970 för den öppna läkarvården i samhällets regi. Den nya reformen, som trädde i kraft 1975-01-01, innebar att samhällets inflytande över privatläkarvården ökades bl. a. genom taxekontroll. Vidare förstärktes försäkringsskyddet för patienterna. De privatpraktiserande läkarnas verksamhet knöts genom försäkringssystemet närmare samman med den av samhället organiserade sjukvården. Det förutsattes också att formerna för de privatpraktiserande läkarnas deltagande i den öppna vårdens jour m. m. skulle tas upp till överväganden mellan berörda parter.

I den proposition, som låg till grund för riksdagsbeslutet, förutsattes en allmän anslutning av de privatpraktiserande läkarna till det nya försäkringssystemet. Läkarnas anslutning sker genom anmälan till försäkringskassan. Av dessa har många privatpraktik som *heltidssyssla* (heltidsverksamma definieras sådana läkare, som har mer än 2 000 besök per år – för psykiater dock 1 000). Andra har praktiken som *deltidssyssla* vid sidan av annan läkarverksamhet, t. ex. som skolläkare och militärläkare. För läkare, som vid de nya reglernas ikraftträdande var anställda i den offentliga vården och vid sidan därav bedrev privatpraktik, gäller tills vidare särskilda anslutningsregler (s. k. *fritidspraktiker*). De fick sålunda tillfälle att ansluta sig till försäkringen, om de inte bereddades möjlighet att i motsvarande utsträckning på s. k. särskild arbetstid tjänstgöra hos den sjukvårdshuvudman de var anställda av. Detta senare krav är numera upphävt.

De privatpraktiserande läkarna tog under 1977 emot ca 3,2 miljoner patientbesök, som registrerats hos sjukförsäkringen, och besvarade ca 860 000 telefonförfrågningar. Detta betyder att privatpraktiserande läkare detta år svarade för ca 17 procent av alla läkarbesök i öppen vård i landet. Det bör dock understrykas, att en sådan beräkning inte tar hänsyn till att karaktären på läkarbesöken, t. ex. i form av remissbesök och specialundersökningar, kan variera mellan privat vård och offentlig vård.

Andelen privatpraktiserande läkare är högre i Stockholms län (28,5 procent av totalantalet besök), Göteborgs kommun (21,3 procent) och – framför allt – Malmö kommun (35,5 procent) än i övriga sjukvårdsområden.

Enligt riksförsäkringsverkets statistik var totalt över 1900 privatpraktiserande läkare anslutna till försäkringssystemet vid utgången av år 1977. Endast ca 700 av dessa betecknas som heltidsverksamma. Ungefär 600 är deltidverksamma och 500 är s. k. fritidspraktiker.

De heltidsverksamma privatpraktikernas medelålder är relativt hög – 57 år jämfört med 39 år för läkarkåren som helhet. 1/3 av dessa praktiker är också folkpensionärer. 30 procent av praktikerna är allmänläkare och 70 procent är specialister.

Antalet heltidsverksamma privatpraktiker har minskat under senare år, både absolut och relativt sett. År 1975 fanns över 800 sådana praktiker, som var anslutna till försäkringen. Totalantalet besök hos samtliga privatpraktiker har också minskat – från 3,6 miljoner 1975, dvs. med ca 12 procent under 2 år.

Ett beräkningsmässigt underlag för gällande läkarfördelningsprogram (LP) är antagandet att yngre läkare skall gå över till privatpraktik på heltid i sådan omfattning att kåren av heltidspraktiker hålles konstant. Detta har dock ännu inte skett. Kåren har i stället – som framgått av det nyss anförda – minskat i storlek.

Genom riksdagens beslut i anledning av propositionen 1977/78:23 kunde under åren 1978–1979 högst 60 nyetablerade läkare medges rätt att tillämpa en arvodesnivå inom den privatpraktiserande vården, som ligger 20 procent över läkarvårdstaxans grundnivå. Förutsättning härför var dock att etableringarna skedde utanför de tre storstadsområdena och i grupp om två eller flera läkare samt tillstyrktes av socialstyrelsen och den sjukvårdshuvudman, inom vars område etableringen skulle ske. Denna särskilda möjlighet att tillämpa en förhöjd taxenivå har dock hittills inte utnyttjats för mer än några enstaka läkare.

Här har tidigare (10.3.7.4) föreslagits vissa förändringar av arbetet med läkarfördelningsprogram. Innebörden härav är bl. a. att detta arbete skall anpassas till den totalplanering för all hälso- och sjukvård inom varje landstingsområde – oavsett vårdgivare – som landstingen avses ha skyldighet att utföra. Vidare räknas med att på längre sikt en samverkan i planeringen av läkarutvecklingen skall etableras inom de olika sjukvårdsregionerna.

Vi räknar med att den *centrala planering av läkarutvecklingen*, som utgör en fortsättning på det nuvarande arbetet med läkarfördelningsprogram, skall *innefatta samtliga de läkarresurser, som omfattas av landstingens planering*. Därvid kommer även bl. a. privatpraktiserande läkare och företagsläkare att ingå. En sådan lösning kommer att ge vissa möjligheter att anpassa etableringen av privat läkarpraktik till hälso- och sjukvårdsutvecklingen inom varje landstingsområde. Detta förutsätter givetvis en samverkan mellan vederbörande landsting och läkarorganisationer.

10.3.8 *Fördelning av tandläkare m. m.*

10.3.8.1 Nuvarande förhållanden m. m.

I samband med ett beslut år 1973 om införande av allmän tandvårdsförsäkring tog riksdagen också ställning till utbyggnaden av den organiserade barn- och ungdomsvården (prop. 1973:45, SfU 20, rskr 212). Denna förutsattes i folktandvårdens regi vara fullt utbyggd före 1979 års utgång. I enlighet härmed förväntades folktandvården vid denna tidpunkt svara för tandvård åt alla barn och ungdomar t. o. m. det år de fyller 19 år. En målsättning för utbyggnaden var härutöver att folktandvården då även skulle svara för i runt tal 1/3 av vuxentandvården i landet. 1978 svarade den för ca 15–20 procent av den utförda vårdvolymen, mätt i tandläkartimmar. Enligt riksdagsbeslutet skulle vidare folktandvården svara för all specialtandvård i landet.

När den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes fr. o. m. 1974 anslöts från början i princip samtliga privatpraktiserande tandläkare till denna. Tandläkare, som kunde förebära särskilda skäl, kunde dock medges rätt att bedriva verksamhet utanför försäkringen. Detta obligatorium är numera upphävt.

När 1973 års riksdagsbeslut fattades, utgick statsmakterna från att målet

för folktandvårdens utbyggnad skulle kunna uppnås inom angiven tid. För detta krävdes bl. a., att hela nettotillskottet av tandläkare under resten av 1970-talet skulle tillföras folktandvården. För att motverka en befarad överströmning av tandläkare från folktandvården till privattandvården infördes en särskild regel, som ger riks försäkringsverket möjligheter att begränsa antalet nya tandläkare i privat tandvård.

Redan i samband med tandvårdsförsäkringens införande år 1974 blev folktandvårdens läge så utsatt att dessa bestämmelser måste användas. Riks försäkringsverket beslöt att begränsa tandläkarnas möjligheter att ansluta sig till tandvårdsförsäkringen. Fr. o. m. 1975-01-01 kan av den anledningen endast ersättningsetablering godkännas, dvs. ersättning av tidigare etablerad verksamhet i enskild regi. I vissa fall kan dock tandläkare föras upp på förteckning med villkor i form av begränsning till viss tid och/eller beträffande verksamhetens omfattning, t. ex. i samband med vikariat, vissa kombinationstjänstgöringar eller pensionsavgångar.

Under den tid riks försäkringsverkets etableringsbegränsning gällt har antalet privattandläkare i stort sett varit oförändrat.

Etableringsreglerna har tidigare tillåtit att tandläkare, som är ansluten till försäkringen, flyttar från ett kassaområde till ett annat liksom att vederbörande flyttar inom kassaområdet. Sådana flyttningar har dock kunnat medföra olägenheter. Riks försäkringsverket föreskriver därför numera att – om inte synnerliga skäl föranleder annat – ersättningsetablerad tandläkare föres upp på förteckningen med verkan endast så länge denne bedriver verksamhet uteslutande på den ort, där den tidigare verksamheten bedrivits. Någon begränsning till orten gäller dock ej, om ersättningsetablering sker i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö.

Sedan år 1975 har socialstyrelsen regeringens uppdrag att meddela föreskrifter om anspråktagande av tjänster för tandläkare hos landstingen. Uppdraget har tidigare gällt utgången av år 1979. Landstingen får därvid inte ta i anspråk tidigare icke besatta tandläkartjänster och inte heller nya sådana tjänster utan medgivande av socialstyrelsen. Beslut om sådana medgivanden fattas vanligen två gånger per år av styrelsen. Fördelnings- eller – som det också benämns – kvoteringsförfarandet syftar till att anpassa utbyggnadsgraden i de olika landstingen mot en större likformighet samt att hålla den totala utbyggnaden av tandvården i nivå med nettotillskottet av tandläkare. Fördelningen av tandläkarresurser sker per landsting utan precisering av tjänstgöringsort eller -plats (t. ex. klinik).

Utbyggnaden av folktandvården har t. o. m. 1978 gått olika långt i skilda landsting. De ställda förväntningarna på folktandvårdens tillväxt har i princip uppnåtts för den del av barn- och ungdomstandvården, som gäller personer i åldrarna 6–16 år, men inte för övrig folktandvård och då särskilt vuxentandvården. Folktandvården bedöms, enligt vad som anges av 1978 års tandvårdsutredning (TU 78) i dess delbetänkande "Tandvården i början av 80-talet" (SOU 1979:7), kunna bli utbyggd först under perioden 1982–84 i den omfattning, som angivits i 1973 års riksdagsbeslut.

Betydelse för folktandvårdens del kommer också det beslut att få om tandläkares utbildning m. m., som tagits av 1979 års riksdag (UbU:23, rskr:205) på grundval av förslag i proposition 1978/79:41. Beslutet innebär bl. a. att den allmänna utbildningslinjen för utbildning till tandläkare mo-

derniseras och förkortas från tio till nio terminer fr. o. m. läsåret 1979/80. Vidare införs en ettårig allmäntjänstgöring för tandläkarna den 1 januari 1984. Allmäntjänstgöringen förläggs till folktandvården och blir ett krav för legitimation som tandläkare.

Riksdagen har även fattat principbeslut om att den tandvård, som staten bedriver i anslutning till odontologisk utbildning och forskning, skall föras över till landstingskommunalt – i förekommande fall kommunalt – huvudmannaskap. Vidare införs en ny specialistutbildning för tandläkare. Specialistutbildningen, som innebär dels tjänstgöring, dels systematisk kursundervisning, kommer därvid att införas, när huvudmannaskapet för tandvården i anslutning till odontologisk utbildning och forskning förs över till folktandvårdshuvudmännen.

I TU 78:s uppdrag ingår bl. a. att göra en översyn av den allmänna tandvårdsförsäkringen m. m. I dess första tidigare omnämnda delbetänkande har utredningen föreslagit att den av 1973 års riksdag angivna målsättningen för utbyggnaden av den organiserade barn- och ungdomstandvården skall ligga fast även efter år 1979 samt att statsmakternas nu gällande beslut om medel för att underlätta utbyggnaden av folktandvården skall förlängas att gälla till utgången av år 1982. Dessa medel är bl. a. etableringsbegränsning för privatpraktiserande tandläkare och kvotering av tandläkarresurser inom folktandvården. TU 78 räknar med att kunna framlägga ett slutbetänkande med förslag om bl. a. tandvårdsförsäkringens framtida utformning i sådan tid att statsmakterna skall kunna hinna ta ställning i ärendet före denna tidpunkt.

Arbetet inom TU 78 bedrivs i nära samverkan med en inom socialstyrelsen pågående utredning om tandvårdspersonalen (TPU), som har att bl. a. överväga den lämpliga fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika kategorier av tandvårdspersonal samt behovet av tandvårdspersonal på längre sikt. TPU:s förslag i ärendet har nyligen redovisats.

10.3.8.2 Behov av förändringar

Såsom tidigare nämnts i kap. 8 har inom länen etablerats ett samarbete mellan folktandvården och vederbörande tandläkarorganisationer i bl. a. olika driftfrågor. Viss försöksverksamhet har också påbörjats för att få till stånd en s. k. befolkningsinriktad planering av vuxentandvården i samverkan mellan folktandvård och privattandvård. Intresset för sådan planering och samverkan har ökat efter hand som barn- och ungdomstandvården byggts ut.

Såsom ovan angivits är frågan om den regionala fördelningen av tandvårdsresurserna samt de eventuella etableringsregler som är erforderliga för att få till stånd en balanserad utveckling härvidlag föremål för prövning av TU 78. Vi utgår från att TU 78 i sitt fortsatta arbete kommer att behandla frågan om den framtida fördelningen av tandläkare på olika landstingsområden samt mellan de offentliga och privata sektorerna med beaktande jämväl av de totalplaneringsprinciper, som vi anser bör gälla för hälso- och sjukvårdsplaneringen (kap. 8). Mot den bakgrunden finner vi för vår del inte anledning av framlägga några särskilda förslag i en hälso- och sjukvårdslag i frågan om reglering av tandläkarutvecklingen m. m.

10.3.9 Reglering av byggenskap och byggnadsgranskning

10.3.9.1 Reglering av byggenskap inom hälso- och sjukvården

Lagen om byggnadstillstånd (SFS 1971:1204) ger regeringen möjlighet att besluta om att byggnadsarbete inte får påbörjas utan tillstånd. Med stöd av lagen har regeringen i kungörelse (SFS 1971:1205) föreskrivit att byggnadsarbete för s. k. oprioriterade åtgärder inte får utföras utan byggnadstillstånd. Kravet på byggnadstillstånd gäller inom hälso- och sjukvården

- sjukhus som avses i sjukvårdslagen
- lokaler för öppen hälso- och sjukvård
- vårdhem och specialistsjukhus för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda samt
- enskilda sjukhem av sjukhuskaraktär (för sjukvård och rehabilitering).

För byggnadsarbete inom hälso- och sjukvården fattas beslut av arbetsmarknadsverket efter samråd med socialstyrelsen. Bedömningarna inom socialstyrelsen grundas på de riktlinjer för prioriteringen av investeringarna, som årligen antas av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Från att i första hand ha utgjort ett konjunkturinstrument har byggnadsregleringens funktion inom hälso- och sjukvårdssektorn under senare år alltmer förskjutits till att bli ett instrument för sjukvårdspolitisk och samhällspolitisk påverkan av landstingens verksamhet.

Decentraliseringsutredningen föreslog i ett år 1977 avgivet betänkande (Ds Kn 1977:6) att den obligatoriska prioriteringen av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar skulle ersättas med riktlinjer och rådgivning.

På grundval av detta betänkande och däröver avgivna remissyttranden samt i enlighet med vad som förordats av en till socialdepartementet knuten beredningsgrupp för socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation m. m. (SoS-gruppen) har förslag framlagts i prop. 1979/80:6 att den centrala prioriteringen av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar skall avvecklas.

Förslaget om att avveckla den centrala byggnadsprioriteringen bygger enligt propositionen på en intensifierad och utvecklad planering vad gäller såväl principplaneringen på 10–15 års sikt som på verkställighetsplaneringen på 5 års sikt. Enligt propositionen bör investeringsbedömningarna inordnas i ett längre planeringsperspektiv samt integreras med bedömningen av den totala ekonomin. Socialstyrelsens verksamhet skall i det sammanhanget inriktas på rådgivning i strukturfrågor mer än på granskning av enskilda projekt. I propositionen förutsättes att det nuvarande arbetet inom socialstyrelsen med bl. a. sammanställning av samtliga investeringsönskemål enligt det anpassade LKELP-materialet bibehålls. De kommunalekonomiska överläggningarna förutsättes bli utökade till att omfatta även investeringsutrymmet för hälso- och sjukvården.

Vi har för vår del inte anledning att ytterligare behandla frågan om prioriteringar av byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvården. Ett genomförande av det framlagda förslaget i denna del i prop. 1979/80:6 bör inte få några särskilda konsekvenser för en hälso- och sjukvårdslag.

10.3.9.2 Granskning av byggnadsritningar m. m.

Enligt tidigare lydelse i sjukvårdslagen (8 §) fick "anläggning av sjukhus icke påbörjas förrän sjukhusets förläggning ävensom ritningar för sjukhuset godkänts i den ordning regeringen bestämmer. Vad nu sagts skall gälla jämväl större till- och ombyggnader av sjukhus".

Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB) hade enligt sjukvårdskungörelsen (3 §) vidare att pröva ärende om förläggning av sjukhus och att granska ritningar för arbetena. Om ett ärende omfattade medicinsk fråga av "större principiell räckvidd", skulle NSB med eget yttrande överlämna avgörandet till socialstyrelsen. Gällde utbyggnaden statliga eller kommunala undervisningssjukhus skulle Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) yttra sig till NSB.

Riksdagen har på grundval av förslag i proposition 1978/79:174 beslutat att NSB skall upphöra fr. o. m. 1979-07-01 (SoU:39, rskr 396). Den tidigare granskningen och det tidigare godkännandet av förslag till byggnadsarbeten för vissa sjukvårdsändamål har därvid förutsatts bli ersatt av samråd och ett kontinuerligt erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdshuvudmännen och Spri.

Verksamheten inom nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) berörs inte av riksdagens ovan nämnda beslut.

Vi finner mot bakgrund av det anförda att den skyldighet för statlig myndighet att granska byggnadsritningar m. m., som tidigare ingick i sjukvårdslagen, inte bör återfinnas i en hälso- och sjukvårdslag.

I samband med att beslutet om att avveckla NSB togs av riksdagen behandlades också en motion med förslag att avveckla NUU (motion 1978/79:2404). Motionen avslogs med bl. a. hänvisning till att hälso- och sjukvårdsutredningen har att pröva frågan om NUU skall bibehållas (SoU 1978/79:39).

Vi har för vår del inte haft anledning att pröva behovet av en statlig organisation med de uppgifter som NUU har, bl. a. att för statens del granska och godkänna förslag till byggnadsarbeten och anskaffande av utrustning vid kommunala undervisningssjukhus i de fall, där statlig investeringsersättning kan utgå enligt avtal om läkarutbildning och forskning. Frågan är inte av den art att dess lösning får konsekvenser för en ramlag för hälso- och sjukvården. Hur ifrågasvarande granskningsuppgifter skall handhas är också beroende av förhandlingar mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

10.3.10 *Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU)*

10.3.10.1 Pågående FoU-verksamheter m. m.

Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) är nödvändigt för att utveckla hälso- och sjukvårdens verksamheter. FoU inom hälso- och sjukvården domineras för närvarande av medicinsk forskning, till vilken här även räknas odontologisk och delvis också farmaceutisk forskning. Sådan forskning bedrivs i första hand vid högskoleinstitutioner och undervisningssjukhus samt finansieras genom egna basresurser vid dessa samt av forskningsråd och stiftelser. Omfattande medicinsk forskning bedrivs också vid företag, framför

allt inom läkemedelsområdet. Den svenska medicinska forskningen har en internationellt sett aktad ställning. Inom vissa medicinska forskningsområden finns inom vårt land en tradition och en vetenskaplig miljö, som givit underlag för vetenskapliga insatser, vilka rönt stor internationell uppmärksamhet.

Under senare år har vid sidan om den rent medicinska forskningen också utvecklats en FoU-verksamhet, som direkt syftar till att underlätta planeringen av hälso- och sjukvård eller som har omedelbar relevans för sjukvårdsorganisatoriska överväganden. Verksamheten, som benämns hälso- och sjukvårdsforskning (motsvarande det engelska uttrycket *health service research*), är dock hittills av begränsad omfattning i vårt land. Hälso- och sjukvårdsforskning är inriktad på hälso- och sjukvårdens problem (forskning om hälso- och sjukvård) och kräver ofta samtidiga insatser från olika vetenskapliga discipliner – medicin, beteendevetenskap, samhällsvetenskap, inklusive ekonomi, och teknik. Den har en klar praktisk inriktning och skall bidra till att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och utnyttjandet av dess resurser.

Till hälso- och sjukvårdsforskning brukar vanligtvis räknas

- epidemiologiska studier, varmed menas studier om symtoms, sjukdomars och beteendevikelers uppkomst och utbredning i en definierad befolkning,
- studier av vårdefterfrågan och vårdkonsumtion,
- studier av resursutbudets omfattning och struktur jämte resursutnyttjandet samt
- utvärderingsstudier.

Tillsammans med hälso- och sjukvårdsforskning brukar också nämnas

- studier av medicinska innovationers utveckling och spridning,
- framtidsstudier för hälso- och sjukvården samt
- omvårdnadsforskning.

Omvårdnadsforskning är inriktad på praktisk patientvård och på sådana insatser – fysiska, psykiska och sociala – som vid sidan av medicinska åtgärder är erforderliga för att hjälpa en individ att klara sina vardagliga och personliga problem. Forskningen rör rutiner i den dagliga sjukvården och attityder från patienter och personal till olika sjukvårdsinsatser och situationer etc., där vederbörande forskares specifika erfarenheter från rollen som sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut m. fl. utgör den viktiga basen i forskningen. Ett av de problemområden som därvid f. n. särskilt uppmärksammas är vården av döende patienter.

Omvårdnadsforskningen har således en klar anknytning till de medellånga vårdutbildningarna. Utbyggnaden av denna forskning kräver ofta ett klart tvärvetenskapligt angreppssätt med insatser från olika vetenskapliga discipliner, inte minst beteendevetenskapliga.

Det är svårt att få en överblick över de totala resurser, som går till FoU inom hälso- och sjukvården. De beräknas – på grundval av SCB:s statistik – för närvarande uppgå till i storleksordningen 1 250 miljoner kronor per år. En fjärdedel härav kan hänföras till läkemedelsområdet, främst inom

läkemedelsindustrin. De statliga insatserna är, som tidigare nämnts, till övervägande del inriktade på medicinsk forskning.

Som tidigare nämnts är huvuddelen av de statliga resurserna för forskning – grundforskning och tillämpad forskning – förlagda till universitet och högskolor eller förmedlas dit via forskningsråd (motsvarande). Under senare år har funnits en klar strävan att koppla den tillämpade forskningen och utvecklingsarbetet närmare olika samhällsliga verksamhetsområden. Bakgrunden härför är bl. a. insikten om FoU:s betydelse för samhällets utveckling.

Som följd härav finns en strävan att öka sektoriseringen av framför allt finansieringen av FoU. Detta innebär att ansvaret för FoU av intresse för hälso- och sjukvården får en starkare anknytning till hälso- och sjukvårdssektorn än tidigare, då den var i huvudsak enbart relaterad till en fristående FoU-sektor. Andelen av de totala FoU-resurserna, som kanaliseras över s. k. sektoriella FoU-organ och myndigheter med egna forskningsanslag, har ökat under senare år. Inom hälso- och sjukvårdssektorn är dock denna andel fortfarande begränsad.

För närvarande pågår en omorganisation av den statliga FoU-verksamheten. Förutsättningarna för denna påverkas av de förändringar som skett inom universitets- och högskolesystemet. Genom riksdagens beslut år 1977 reformerades forskningsrådsorganisationen. Antalet statliga forskningsråd är nu tre, varav ett medicinskt (MFR). Vidare finns en samordnande organisation, forskningsrådsnämnden (FRN). Riksdagen har år 1979 fastställt vissa riktlinjer för den statliga forsknings- och forskarutbildningspolitiken på grundval av forskningsrådsutredningens (FRU) och forskarutbildningsutredningens (FUN) förslag i ärendet och däröver avgivna remissyttranden (prop. 1978/79:119 om vissa frågor rörande forskning och forskarutbildning, UbU:41, rskr:391).

I enlighet med vad ovan anförts om den ökade sektoriseringen av FoU har under senare år förmärkts ett visst intresse såväl att förändra inriktningen av den traditionella medicinska forskningen mot bl. a. mer förebyggande insatser, decentraliserade vårdformer (primärvård), psykiatriska och långvariga sjukdomar som att bygga ut resurserna för hälso- och sjukvårdsforskning samt omvårdnadsforskning.

För närvarande pågår en utbyggnad och omstrukturering av FoU-resurserna enligt dessa strävanden. Därvid kan nämnas följande åtgärder:

- Planering under UHÄ:s överinseende för att inom högskoleorganisationen få till stånd *dels* fasta forskningsresurser i form av bl. a. professorer i allmänmedicin, långvårdsmedicin och alkoholforskning samt i omvårdnadsforskning och annan forskning i anslutning till de s. k. medellånga vårdutbildningarna, *dels* forskarutbildning i bl. a. hälso- och sjukvårdsadministration (i anslutning till de s. k. yrk-kurserna).
- Uppbyggnad av tvärvetenskapliga forskningsresurser vid Linköpings universitet under temat "Hälso- och sjukvården i samhället".
- Insatser inom statens medicinska forskningsråd för hälso- och sjukvårdsforskning, bl. a. med ett par forskargrupper under ledning av professorer (motsvarande) samt för omvårdnadsforskning.

- Uppbyggnad av fasta forskarresurser vid den Nordiska Hälsovårdshögskolan i hälso- och sjukvårdsforskning; bl. a. har år 1978 inrättats en professur i vartdera av ämnena a) epidemiologi och biostatistik, b) socialmedicin och preventiv medicin samt c) hälso- och sjukvårdsadministration.
- Initiativ till epidemiologisk forskning har tagits av bl. a. arbetarskyddsfonden. Vidare byggs fasta forskningsresurser upp i detta ämne dels inom högskoleorganisationen, dels vid en miljömedicinsk enhet, som planeras få anknytning till socialstyrelsen.
- Initiativ och stöd till olika projekt inom hälso- och sjukvårdsforskningens område har härutöver tagits respektive givits av bl. a. Spri, institutet för social forskning (SOFI), delegationen för social forskning (DSF), Centrum för arbetslivsvetenskap, institutet för gerontologi och sekretariatet för framtidsstudier.

10.3.10.2 Behov av förändringar

I våra tidigare överväganden i kap. 6 om hälso- och sjukvårdens framtida inriktning m. m. har vi understrukit behovet av ett hälsopolitiskt synsätt. Hälso- och sjukvårdens insatser måste som vi hävdade förändras och planeras utifrån en orsaksinriktad bedömning av behovet av vårdinsatser. Det resonemang som förs i anslutning härtill leder till bedömningen, att vårdorganisationen inte bara skall svara för utredning och behandling av sjukdomar och skador. Den skall även i samverkan med andra kartlägga hur bl. a. omgivningsfaktorer av kemisk, biologisk, fysikalisk och social natur påverkar den mänskliga organismen och skapar ohälsa.

I kap. 6 konstateras sålunda att hälso- och sjukvården har att arbeta i två huvudriktningar. Den måste *dels* försöka klarlägga olika omgivningsfaktorerens inverkan på befolkningens hälsotillstånd och ge underlag för allmänt hälsoskyddande arbete, *dels* – med en orsaksorienterad verksamhet – så långt möjligt är bota eller lindra sjukdom och skada samt öka människors motståndskraft mot de olika påfrestningarna i livet. De mål för hälso- och sjukvården, som vi föreslagit, är utformade mot denna bakgrund.

I kap. 7 behandlar vi den funktionella och organisatoriska utformningen av hälso- och sjukvården. Därvid framhålls angelägenheten av att samordna hälsovård med sjukvård samt att starkare inrikta verksamheterna mot förebyggande insatser och decentraliserade vårdformer innefattande bl. a. långtidssjukvård och psykiatri m. m.

Vi har i samband därmed betonat att forsknings- och utvecklingsarbete är ett av de viktigaste instrumenten för att påverka hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess framtida utveckling. Framtagning, utveckling och spridning av nya kunskaper genom FoU är av central betydelse härför. Den medicinska vetenskapen ger underlag för nya framsteg och förändrade arbetsformer beträffande förebyggande åtgärder, diagnostik, terapi och rehabilitering. Samtidigt får hälso- och sjukvårdsforskning allt större betydelse för planeringen liksom för den kontroll och utvärdering som fortlöpande måste ske av hälso- och sjukvården. Kunskaper om bl. a. samhället och

den tekniska utvecklingen ger en nödvändig bas för långsiktigt beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Nya krav på forsknings- och utvecklingsarbete föranleds slutligen av det ökade intresset för omvårdnad samt för en helhetssyn på människan och hennes problem.

Utredningen ansluter sig till strävandena att starkare knyta ansvaret för FoU inom hälso- och sjukvården till hälso- och sjukvårdssektorn. Detta innebär att de som inom samhället svarar för hälso- och sjukvård måste i större utsträckning än för närvarande engagera sig i övergripande forskningsfrågor och skaffa sig kunskaper om forsknings- och utvecklingsarbetets omfattning, inriktning och förutsättningar. För att få till stånd en meningsfull dialog med forskningens företrädare om de breda utvecklingslinjerna krävs också att hälso- och sjukvårdspolitikerna formulerar och konkretiserar problemen för FoU med angivande av deras från samhälleliga synpunkter önskvärda avgränsningar och inriktningar.

Detta gör det enligt vår uppfattning nödvändigt att få fram ett informationsunderlag som på ett bättre sätt än hittills belyser omfattning och inriktning av FoU-insatser inom hälso- och sjukvård, däribland deras fördelning på olika tillämpningsområden. Hälso- och sjukvårdsstatistiken måste i enlighet härmed bättre anpassas till de krav som ställs från en på hälso- och sjukvårdens problem allt mera inriktad FoU-verksamhet.

Enligt vår uppfattning måste således FoU-verksamheterna inom hälso- och sjukvården starkare inriktas på föreliggande utvecklings- och planeringsproblem. Den påbörjade förändringen av inriktningen av den medicinska forskningen mot bl. a. mer förebyggande insatser, decentraliserade vårdformer, psykiatriska och långvariga sjukdomar m. m. måste fortsätta och påskyndas. Detta gäller också den pågående utbyggnaden av hälso- och sjukvårdsforskningen samt omvårdnadsforskningen. Detta kommer att kräva omfördelningar inom rådande resursramar liksom organisatoriska förändringar.

Mot den bakgrunden måste bl. a. särskilda insatser göras för att stärka den högskoleanknutna forskningen inom områdena allmänmedicin/primärvård och långvårdsmedicin. Det är också nödvändigt att komplettera den medicinska forskningen med andra typer av forskningsinsatser. Analys av vårdbehov, vårdkostnader, vårdorganisation och vårdeffektivitet – som rymms inom begreppet hälso- och sjukvårdsforskning – liksom av arbetsmiljöfrågor inom hälso- och sjukvården behövs som underlag för fortsatta vårdpolitiska överväganden samt beslut om ambitionsnivå och prioriteringar. På samma sätt erfordras forskningsinsatser med anknytning till patienternas personliga och den vardagliga hälso- och sjukvårdens praktiska problem. Basresurserna för omvårdnadsforskning måste därför betydligt förstärkas. Forskningsanknytning av de medellånga vårdutbildningarna enligt de riktlinjer som bl. a. angivits i prop. 1978/79:119 om vissa frågor rörande forskning och forskarutbildning bör öppna nya möjligheter till FoU-arbete – inte minst inom detta område.

Denna förändringsinriktning måste också påverka FoU-arbetet inom de traditionella medicinska verksamhetsområdena. Så gott som alla sådana rymmer problem av den art, som nyss prioriterats. Viktiga frågeställningar inom öron- och ögonsjukvård måste t. ex. vara att få fram åtgärder som förhindrar

eller reducerar hörsel- respektive synskador. Motsvarande problem inom ortopedin och invärtesmedicinen rör rygg- och ledbesvär respektive hjärt- och cirkulationsrubbingar. Som exempel på mer generella uppgifter med angiven inriktning kan nämnas alkohol- och andra missbruksproblem, trafik- och andra olycksfall samt inverkan på individ och miljö av nya kemiska ämnen.

Vi har tidigare (kap. 8) föreslagit ett utvidgat landstingsansvar för hälso- och sjukvården (totalansvar). I enlighet härmed har landstingen att svara för samordningen av hälso- och sjukvården inom landstingsområdet och för att vårdtjänster kan erbjudas alla på lika villkor. Landstingen har emellertid också att påverka annan samhällsplanering för att säkerställa hälso- och sjukvårdens behov. En uppgift som berörs av detta ansvar är forsknings- och utvecklingsarbetet. Av särskilt intresse är därvid bl. a. att dess inriktning är anpassad till vårdens utveckling och förändringar. För att få till stånd en bättre överensstämmelse mellan sjukvårdspolitikens mål och forskningens inriktning och omfattning krävs en lokalt förankrad planeringskompetens i forsknings- och utvecklingsfrågor hos huvudmännen.

Landstingen måste således göra sig förtrogna med det pågående forsknings- och utvecklingsarbetet samt precisera sina krav på förändringar av detta arbete. Såsom nämnts i annat sammanhang är det dock inte rimligt att varje landsting på egen hand tar fram allt det underlag i form av FoU, som är erforderligt för hälso- och sjukvårdens utveckling. Här behövs gemensamma insatser på både sjukvårdsregional och riksnivå för att detta arbete skall kunna anpassas till de övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målen.

Det ankommer dock på landstingen att svara för bl. a. kontroll av hälso- och sjukvårdsverksamheterna, för effektvärdering och utveckling av metoder inom sjukvårdsområdet, för miljömedicinska riskbedömningar på grundval av uppgifter om sjukdomsförhållanden m. m. samt för därtill hörande fortbildning av personal inom såväl länssjukvård som primärvård för att tillgodose kraven på kvalitet, rationalitet, kontinuitet och effektivitet i vårdarbetet.

Motsvarande uppgifter bör kunna läggas på regionsjukvårdsnivå, som även har att svara för forsknings- och utvecklingsarbete av mer grundläggande natur och bl. a. därtill hörande fortbildningsinsatser. Vi vill därvid hänvisa till vad regionsjukvårdsutredningen (SOU 1978:70) anfört om forsknings- och utvecklingsarbete på denna nivå. Enligt denna utredning rymmer sjukvårdsregionerna med deras nära relation till de nyinrättade utbildningsregionerna stora potentiella resurser för klinisk forskning. Detta kliniska FoU-arbete måste ske inom alla sjukvårdsområden för att sjukvården skall utvecklas till patienternas bästa. Regionsjukvårdsutredningen pekar också på behovet av ökad samverkan i fråga om forskarutbildning mellan regionsjukhus och länssjukhus. Enligt regionsjukvårdsutredningens mening bör det ligga i de regionala samverkansnämndernas intresse att, genom ett beredande organ, följa planeringen för FoU och genom ett ömsesidigt informationsutbyte med forskningens företrädare påverka planeringen och aktivt ta del av forskningsresultaten på de områden som direkt berör samverkansnämndernas intressen.

Staten har enligt vår uppfattning ett särskilt ansvar att bevaka att det för landet samlade och fortlöpande forsknings- och utvecklingsarbetet står i överensstämmelse med de övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna. Det framstår som naturligt att socialstyrelsen tar fram en väsentlig del av underlaget för de politiska ställningstagandena härvidlag. Socialstyrelsen har också som statlig planerings- och tillsynsmyndighet inom området att bevaka att forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården såväl inriktas på väsentliga planeringsproblem som utgör ett instrument i tillsynen av den praktiska hälso- och sjukvården. Denna bevakning i förhållande till högskoleorganisationen och forskningsråd m. m. förutsätts ske i nära samverkan med dels landstingsförbundet, dels Spri, som utgör ett branschforskningsinstitut för gemensamma och praktiskt inriktade utvecklingsinsatser inom hälso- och sjukvården. Det finns också anledning understryka det behov av samordning av forsknings- och utvecklingsarbetet på nationell nivå, som följer av landets internationella samverkansintressen, bl. a. inom ramen för WHO. Av betydelse är slutligen att hälso- och sjukvårdsstatistiken får en sådan utformning att den kan svara mot forsknings- och utvecklingsarbetets krav.

I den översyn av socialstyrelsens organisation m. m. (av den s. k. SoS-gruppen och i proposition 1979/80:6) som presenterats under år 1979 behandlas bl. a. styrelsens FoU-roll och dess avgränsning till vissa närstående organisationer, däribland Spri. Socialstyrelsen bör enligt propositionen följa och analysera patienternas krav och behov i olika avseenden, initiera forskning samt sammanställa och föra ut dess resultat för praktisk användning hos vårdhuvudmännen. Styrelsen förutsättes dock i princip inte bedriva egen sådan verksamhet. Nämnda uppgifter bör enligt propositionen i första hand gälla medicinsk forskning, omvårdnadsforskning samt epidemiologisk forskning, dvs. forskning som har sin primära utgångspunkt i patienternas behov och krav. Här föreligger enligt propositionen ett naturligt samband med styrelsens tillsynsfunktion och övervakande ansvar för kvalitet och säkerhet i den vård patienterna erhåller.

Spris FoU-ansvar förutsätts i propositionen i huvudsak bli inriktad på övrig hälso- och sjukvårdsforskning. Dess FoU-uppgifter bör utformas såsom ett direkt stöd till sjukvårdshuvudmännens konkreta förändringsarbete vad gäller vårdmetoder, vårdorganisation, vårdadministration och teknik med särskild tonvikt på utvärdering och erfarenhetsåterföring.

Vad ovan framhållits om forsknings- och utvecklingsarbetets betydelse för hälso- och sjukvårdens verksamheter och utveckling bör enligt vår uppfattning inte få några konsekvenser för hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

10.3.11 Utbildning

10.3.11.1 Pågående utbildningsverksamheter m. m.

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna tagit i anspråk en allt större del av arbetskraften. För närvarande är närmare 350 000 personer anställda inom denna vårdsektor, motsvarande mer än 7,5 procent av totalantalet yrkesverksamma i landet (mot 4 procent år 1960). Antalet anställda kommer att ytterligare växa som följd av bl. a. den fortsatta utbyggnaden av verksamheten samt kraven från patienter på ökade omvårdnadsinsatser och från personalen på bättre arbetsmiljö jämte ökad andel deltidsarbete etc.

För närvarande råder stor brist på utbildad personal inom hälso- och sjukvården, bl. a. på läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Tillgången på personal inom dessa yrkeskategorier är vidare mycket ojämnt fördelad mellan olika regioner och verksamhetsområden. Tidigare är detta kapitel har redovisats läkarbristen (avsnitt 10.3.7.2-3) och dess sneda fördelning, medförande särskilda problem för glesbygdsområden liksom för bl. a. öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri, samt tandläkarbristen (avsnitt 10.3.8). På sjuksköterskesidan är knappheten särskilt kännbar inom operationssjukvård, intensiv- och antestesivård och distriktsvård samt för nattjänstgöring. Tillgången på annan vårdpersonal (sjukvårdsbiträden m. fl.) uppvisar stora regionala variationer. Problemen är här också relaterade till den relativt stora andelen utbildad sådan personal (på vissa platser upp till 50 procent).

Utbildningen av vårdpersonal är i stor utsträckning en kommunal angelägenhet. Kommunerna – och då främst landstingen – står för huvuddelen av vårdutbildningarna på gymnasienivå och för därtill anknutna vuxenutbildningar samt även för närvarande för s. k. medellång vårdutbildning på högskolenivå (till sjuksköterska, sjukgymnast och medicinsk teknisk assistent). Staten svarar direkt för vissa vårdutbildningar, bl. a. läkar- och tandläkarutbildningarna, samt indirekt – genom statsbidrag och fastställande av utbildningsplaner – för övrig vårdyrkesutbildning. För närvarande pågår en utredning med uppdrag att se över frågan om huvudmannaskapet för de landstingskommunala och kommunala högskoleutbildningarna. Utredningen bör därvid enligt sina direktiv sträva efter att nå ett enhetligt statligt huvudmannaskap för samtliga dessa utbildningar.

På läkarsidan finns grundutbildning inom högskoleorganisationens ram samt vidareutbildning genom nämnden för läkares vidareutbildning (NLV). Denna nämnd har f. n. en självständig ställning men är kanslimässigt knuten till socialstyrelsen. Den har att genom vidareutbildningsinsatser anpassa läkarnas kunskaper inom olika verksamhetsområden i enlighet med långsiktiga sjukvårdspolitiska mål.

För läkare och andra personalkategorier bedrivs en omfattande fortbildning/efterutbildning. Landstingen men också staten använder sig av dessa utbildningsaktiviteter som planeringsinstrument med bl. a. syfte att åstadkomma förändringar på relativt kort sikt. De riktas mot vissa bristområden, t. ex. öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri. De utnyttjas även i samband med att nya metoder eller ny lagstiftning introduceras. Sålunda förekom statliga efterutbildningsinsatser för läkare och barnmorskor m. fl. vid realiserandet av riksdagens uttalande om smärtlindring vid förlossning samt

vid införande av en ny abortlag. I övrigt bedriver specialistföreningar och läkemedelsindustrier m. fl. omfattande fortbildning/efterutbildning.

Som närmare kommer att redovisas i det följande har en omfattande utredningsverksamhet inom vårdutbildningsområdet avslutats eller pågår. Därvid analyseras de förändringar beträffande omfattning och innehåll i olika vårdutbildningar liksom i olika delar av samma utbildning (t. ex. grundutbildning, vidareutbildning och fortbildning), som är nödvändiga för att de skall kunna bättre svara mot bl. a. de omstruktureringar som sker inom vårdorganisation och utbildningssamhälle.

För närvarande genomförs en decentralisering av ansvaret för både planering och genomförande av vårdutbildning i enlighet med de riktlinjer för decentralisering och minskad statlig detaljkontroll, som tidigare angivits. Den nya högskoleorganisationen med bl. a. regionala högskolestyrelser är ett uttryck för dessa strävanden. Härigenom skapas bättre möjligheter än tidigare att relatera planeringen av högskolans samtliga utbildningar till den regionala och lokala hälso- och sjukvårdsplaneringen samt att genomföra dessa utbildningar på grundval av lokala förutsättningar.

Bland de utredningar som arbetat med eller fortfarande arbetar med frågor om personal och utbildning inom vårdområdet må nämnas följande:

- *Utredningen med översyn av sjukvårdens inre organisation (SIO)*. Denna har haft i uppdrag att se över personalstrukturen inom såväl öppen som sluten vård med utgångspunkt i en samlad bedömning av kvantitativa och kvalitativa krav på vårdorganisationen och fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier. En idépromemoria har framlagts under våren 1979 (SOU 1979:26).
- *Utredningen om den gymnasiala utbildningen*. Utredningen kommer att i ett sammanhang se över bl. a. den nuvarande vårdlinjen, konsumtionslinjen och den sociala linjen i gymnasieskolan samt de specialkurser inom ramen för vuxenutbildningen, som nära anknyter till dessa linjer. Förslag förväntas inte förrän om några år.
- *Utredningen om vissa frågor om vårdutbildningen inom den nya högskolan (Vård 77)*. Förslag om vissa förändringar av de s. k. medellånga vårdutbildningarna (till sjukgymnast, sjuksköterska och medicinsk teknisk assistent) framlades i ett slutbetänkande under sommaren 1978. Efter remissbehandling har regeringen framlagt förslag om utbildningsförändringar i huvudsaklig överensstämmelse med Vård 77 (prop. 1978/79:197 om vårdutbildning inom högskolan).
- *Utredningar om läkarutbildning*
Inom UHÄ har bedrivits en förstudie om samhällsmedicinska moment i *grundutbildningen* av läkare. Förslag framlades vid årsskiftet 1978/79 om vissa förändringar i denna utbildning, som leder fram till förbättrad utbildning i bl. a. allmänmedicin, långvårdsmedicin samt miljö- och arbetsmedicin. Överväganden pågår om en mer genomgripande översyn av läkarutbildningen.
Inom NVL pågår
dels en översyn av den fortsatta vidareutbildningen – specialist- och allmänläkarutbildningen (ÖSUT) – dels en översyn av efterutbildningen.
Förslag beträffande efterutbildningen har framlagts under våren 1979.

- Inom landstingsförbundet pågår försöksverksamhet med *fortbildning i administration för läkare* (s. k. FAL-kurser). Dessa kurser är framför allt inriktade på klinikchefer (motsvarande) eller blivande sådana.
- *Utredningar m. m. om utbildning inom tandvårdsområdet*
1979 års riksdag har fattat beslut om *tandläkares utbildning m. m.* (prop. 1978/79:41, UbU:23, rskr:205). Beslutet innebär – som också tidigare nämnts (sid 393) – en omläggning och förkortning av tandläkarnas grundutbildning från fem till fyra och ett halvt år. Samtidigt införs en ettårig allmäntjänstgöring inom folktandvården som krav på legitimation. Även specialistutbildningen av tandläkare berörs.
I juni 1979 redovisades en inom socialstyrelsen genomförd utredning om *den framtida arbetsfördelningen* mellan olika personalkategorier inom tandvården samt *dimensioneringen av utbildningen* för tandvårdspersonal (TPU). Utredningen föreslår bl. a. en begränsning av den nuvarande utbildningen av tandläkare (från 500 till 400 intagna per år) samtidigt med att utbildningen av främst tandhygienister utökas kraftigt.
- *Projekt angående Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)*. Under ledning av socialdepartementets sjukvårdsdelegation har inom socialstyrelsen arbete påbörjats med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på perioden 1990–2000. I detta arbete kommer särskild uppmärksamhet att ägnas frågor om behovet av hälso- och sjukvårdspersonal i framtiden. På grund av läkarutbildningstidens längd förväntas därvid läkarkårens dimensionering komma att ges förtur.

10.3.11.2 Behov av förändringar

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården är i hög grad beroende av tillgången på utbildad arbetskraft. Utbildning av personal är ett viktigt medel för att förändra och förbättra situationen för de vård sökande samt för att förverkliga uppsatta mål för vårdens såväl omfattning som innehåll. Vårdutbildningen är som vi ser det tillsammans med FoU ett av de viktigaste instrumenten för att påverka hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess framtida utveckling.

En ny inriktning av samhällets vårdpolitik för med sig krav på ändringar både av vårdutbildningarnas innehåll och dimensionering. Mot denna bakgrund måste utbildningsplaneringen arbeta i nära samband med vårdplaneringen och ses som en del i en mer övergripande personalförsörjningsplanering. För närvarande råder enligt vår uppfattning en betydande obalans mellan vårdplaneringen och utbildningsplaneringen.

Innehållet i vårdutbildningarna måste relateras till kraven på yrkeskunskande hos de olika personalkategorierna och utbildningsdimensionerna anpassas till de framtida personalbehoven. Utbildningsplaneringen förutsätts ha sin utgångspunkt i landstingens planer för hälso- och sjukvårdens utbyggnad.

Landstingen har att svara för att planeringen och genomförandet av vissa grund- och vidareutbildningar inom vårdområdet anpassas till bl. a. de vård- och regionalpolitiska utvecklingssträvandena inom länen. Samtidigt ankommer det på landstingen att genomföra fortbildningsinsatser för personal inom

såväl länssjukvården som primärvården för att tillgodose kraven på kvalitet, rationalitet och effektivitet i vårdarbetet.

Såsom tidigare nämnts är det dock inte rimligt att varje landsting på egen hand tar fram allt det underlag som erfordras för personal- och utbildningsplanering. Här behövs som vi bedömer det gemensamma insatser bl. a. på sjukvårdsregional nivå. En samverkan mellan landstingen inom de olika sjukvårdsregionerna kommer därvid att bli alltmer nödvändig. Det förslag till regional samverkan, som regionsjukvårdsutredningen framlagt i sin år 1978 avgivna slutrapport (SOU 1978:70) – med bl. a. regionala samverkansnämnder – ger underlag för att samordna även personalplaneringen på denna nivå. Denna personalplanering bör ligga till grund för utbildningsplaneringen inom högskoleregionerna, även om dessa inte helt sammanfaller med sjukvårdsregionerna.

Staten har ett starkt intresse att påverka utbildningarnas innehåll och dimensionering utifrån sina bl. a. vårdpolitiska, utbildningspolitiska, regionalpolitiska och arbetsmarknadspolitiska utgångspunkter. Det bör ankomma på i första hand socialstyrelsen såsom fackmyndighet på hälso- och sjukvårdens område att medverka i en fortlöpande personal- och utbildningsplanering för vårdsektorn och att tillhandahålla ansvariga statliga utbildningsmyndigheter – och därvid i första hand UHÅ och SÖ – erforderligt beslutsunderlag rörande vårdutbildningarnas innehåll och dimensionering. Det är nödvändigt att utbildningsplaneringen även på denna nivå förankras i vårdplaneringen. Denna personal- och utbildningsplanering måste givetvis ske i nära samverkan med bl. a. landstingsförbundet och – som ovan nämnts – ha sin utgångspunkt i landstingens planer för hälso- och sjukvårdens utbyggnad.

I det följande skall beröras några krav på förändringar inom vårdutbildningarna.

Genom de utbildningsinsatser som gjorts under de senaste decennierna ökar tillgången på vårdpersonal successivt. Sålunda beräknas – utifrån dagens utbildningsförhållanden – det totala antalet läkare komma att under perioden fram till 1990 stiga från för närvarande ca 18 000 till över 30 000, antalet tandläkare från ca 10 000 till 14 000 samt antalet sjuksköterskor från ca 65 000 till över 90 000. Som tidigare nämnts är det stora problemet för läkarutbildningens del att kunna fördela tillskottet av nya läkare på olika verksamhetsområden – däribland allmänläkarvård, långvårdsmedicin och psykiatri – i enlighet med långsiktiga sjukvårdspolitiska mål. När det gäller medellång vårdutbildning finns behov av att öka utbildningen totalt (t. ex. av sjuksköterskor och sjukgymnaster) men också särskilt för vissa verksamheter, främst operationssjukvård och distriktsvård. Kraven på vuxenutbildningsinsatser för undersköterskor, sjukvårdsbiträden och närstående personalkategorier är mycket stora, bl. a. som följd av den relativt stora andelen utbildad arbetskraft.

Innehållet i hälso- och sjukvårdsutbildningarna måste också förändras för att de skall kunna bättre svara mot bl. a. de omstruktureringar, som sker inom vårdorganisation och utbildningssamhälle. Till grund för dessa förändringar ligger bl. a. följande krav:

- ökad inriktning av vårdverksamheterna mot insatser av förebyggande natur och inom öppen vård (primärvård) samt ökad omfattning av långtidssjukvård,
- ökat intresse för omvårdnadsaspekter utifrån en helhetssyn på människornas problem,
- i konsekvens härmed en strävan att begränsa specialiseringen; graden av basspecialisering inom utbildningarna bör i första hand relateras till primärvårdens och länssjukvårdens behov,
- samordning av utbildningar för olika kategorier med så långt möjligt gemensamma basutbildningar och därefter successiva differentieringar – kritik riktas mot att dagens personal- och utbildningsstruktur inom vårdområdet är starkt splittrad,
- ökad samverkan mellan olika personalkategorier (vårdlag) såväl inom hälso- och sjukvården som mellan denna och angränsande sektorer – i första hand inom socialvården – samt
- omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier bl. a. med hänsyn till de förändringar i personaltillgångarna, som är att förvänta som följd av vårdutbildningsinsatserna på gymnasial nivå.

Dessa krav bör inte få några konsekvenser för hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Vi vill i detta sammanhang också erinra om de många olika utredningar som pågår inom personalförsörjnings- och vårdutbildningsområdena och som förväntas komma att behandla flertalet av här angivna frågor.

10.3.12 Hälsoupplýsning

10.3.12.1 Nuvarande förhållanden m. m.

I all den hälso- och sjukvårdande verksamhet, som bl. a. landstingen bedriver, förutsätts ingå information och hälsoupplýsning. De enskilda patienterna förväntas i samband med diagnos, terapi och rehabilitering bli informerade om sina sjukdomsproblem, de åtgärder som vidtas och om möjligheterna att förebygga eller begränsa problemen. Flertalet landsting bedriver särskild hälsoupplýsning dels för vissa grupper av patienter, dels mer generellt för att begränsa vissa riskfaktorer (för rökare och personer med övervikt etc.). I vissa fall är hälsoupplýsningen därvid integrerad i aktiviteter av typen friskvård, som är inriktade på att informera människor om och få dem att vidmakthålla en ändrad livsföring, som befrämjar hälsan, främst i avseende på kost och motion. Nära sammanhängande härmed är den betoning på den enskilda människans aktiva deltagande och engagemang i vården på olika nivåer, som ligger i begreppet egenvård.

Såsom ett komplement till denna verksamhet har socialstyrelsen att bedriva hälsoupplýsning. Denna verksamhet har gamla anor. Under den första hälften av 1900-talet inriktade dåvarande medicinalstyrelsen hälsoupplýsningen främst mot tbc, barnsjukdomar, veneriska sjukdomar och tandsjukdomar. Numera handhas hälsoupplýsningen inom socialstyrelsen av en särskild nämnd för hälsoupplýsning, h-nämnden. Denna har ”till uppgift att planera, leda och samordna styrelsens hälsoupplýsning samt verka för regional och lokal verksamhet på detta område. Nämnden skall vidare upp-

märksamt följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården så att hälsoupplýsning i första hand kan bedrivas inom de områden, som ur samhällets synpunkt är viktigast.”

Socialstyrelsens hälsoupplýsning är för närvarande organiserad inom områdena kost och motion, beroendeframkallande medel, sexualitet och samlevnad samt övrig hälsovårdsupplýsning. Denna senare innefattar främst tandhälsovård, utbildningsmedverkan och olika integrerade verksamheter. H-nämndens årsbudget uppgår för närvarande till omkring 12 miljoner kronor.

I samband med den förändring av landstingens funktioner på hälso- och sjukvårdens område med en bl. a. starkare hälsopolitisk inriktning, som diskuterats under det senaste decenniet, har även betonats hälsoupplýsningens stora betydelse. I socialstyrelsens principprogram, HS 80, ansågs förebyggande verksamheter, innefattande bl. a. hälsoupplýsning, vara viktiga uppgifter för primärvården inom ramen för dess ansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningområde.

I det för kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri gemensamma utvecklingsarbetet om bl. a. primärvården har de olika arbetsuppgifterna inom denna vård (motsvarande närvård) ytterligare behandlats. Därvid framhålls bl. a. följande om hälsofrämjande åtgärder.

”En huvuduppgift för hälsoupplýsningens verksamhet är att öka människors insikt och medvetenhet om olika förhållanden som påverkar hälsa och sjukdom. På sikt kan man härigenom stimulera till vanor som förebygger sjukdom och befrämjar hälsa och välbefinnande. Hälsoupplýsning bör ges individuellt i vårdarbetet men kan också bedrivas som information om olika hälsofrågor till speciella målgrupper. Varje informationsaktivitet måste föregås av en analys av de aktuella målgruppernas situation beträffande risker, utbildning, sociala förhållanden etc.

Kunskapen måste införlivas med mottagarens norm- och värdesystem. Detta sker bäst om man etablerar en dialog där mottagaren aktiveras och informationen individualiseras. I princip kan samma teknik användas i hälsoupplýsning i grupp där det viktiga är ett utbyte av kunskaper, erfarenhet och upplevelse mellan deltagare i gruppen.

Viktiga målgrupper inom primärvården är t. ex. blivande och nyblivna föräldrar, ungdomar, patienter med symtom som kan relateras till rökning, felaktiga matvanor etc. och för vilka en förändring av livsföringen kan påverka sjukdomen. Pensionärer är en annan viktig målgrupp. Inom primärvården har hälsoupplýsningen stort utrymme i föräldrautbildningen med bl. a. information om amning, tobaksrökning, kost och motion samt samlevnadsfrågor.”

10.3.12.2 Behov av förändringar

Tidigare i detta betänkande har preciserats hälso- och sjukvårdens övergripande arbetsuppgifter. De är att främja en god hälsa hos befolkningen samt att svara för att alla medborgare på lika villkor vid behov skall kunna få ta del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Vi har därvid betonat den enskildes ansvar för att vårda sin hälsa men också framhållit att detta kräver upplýsning och information om bl. a. sambanden mellan livsföring och hälsa. Hälsoupplýsning och information bör mot den bakgrunden betraktas som en integrerad del av hälso- och sjukvårdsverksamheten i alla dess faser.

Vi konstaterar sålunda hälsoupplýsningens allt viktigare betydelse i en

på offensiv hälsopolitik inriktad hälso- och sjukvård. Inom ramen för det totalansvar för hälso- och sjukvården inom sina respektive områden, som landstingen förutsätts få – innefattande även ett övergripande ansvar för att bevaka hälsosituationen hos befolkningen – kommer hälsouppllysning att ha en central roll. Det gäller därvid information och uppllysning, som riktas till allmänhet, till personal och till särskilda risk- eller patientgrupper. Hälsouppllysning bör därvid ses som en integrerande del i en mer övergripande verksamhet, bl. a. inom ramen för ett vårdprogramarbete. Vi hänvisar till vad som framförts härom i det för kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri gemensamma utvecklingsarbete om primärvården, som ovan redovisats.

Staten förutsätts även i fortsättningen ha en kompletterande och samordnande roll när det gäller hälsouppllysning i landet. Denna verksamhet är ett viktigt medel för att influera på utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Härigenom påverkas attityder till och därmed efterfrågan på vårdinsatser. Staten – och därvid i första hand socialstyrelsen – har att inom området medverka i kunskapsförmedlingen till bl. a. andra berörda samhällssektorer, såsom skola, arbetsmarknad och massmedia (press, radio och TV). Socialstyrelsen har vidare att ge underlag till sjukvårdshuvudmännen samt bistå och stödja dem i deras informations- och hälsouppllysningsverksamhet. Av betydelse är att denna verksamhet liksom andra närstående insatser samordnas och relateras till de övergripande hälsopolitiska målen. Hälsouppllysning bör även på central nivå integreras med andra hälso- och sjukvårdsaktiviteter. Vilka följder detta får för uppbyggnaden av socialstyrelsens organisation får prövas i annan ordning.

Med hänsyn till den betydelse som hälsouppllysningen har i den framtida hälso- och sjukvården, bör den innefattas i det allmänna ansvar för att främja hälsan hos befolkningen och för att bl. a. en god hälsovård skall erbjudas människan, som förutsätts bli ålagt landstingen i en ny hälso- och sjukvårdslag. Vi återkommer därför till denna fråga i vårt lagförslag i kap. 11.

11 Utgångspunkter för ny lagstiftning. Specialmotiveringar till förslaget till hälso- och sjukvårdslag

I detta kapitel görs först en sammanfattning av utgångspunkter och överväganden med konsekvenser för vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag (redovisade i kap. 6–10). Därefter följer specialmotiveringar till själva lagförslaget, paragraf för paragraf. Slutligen lämnar vi en kommentar till vårt förslag till förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården samt gör en översiktlig jämförelse mellan de nuvarande sjukvårds- och folktandvårdsförfattningarna och våra författningsförslag.

11.1 Allmänna synpunkter mot bakgrund av nuvarande lagstiftning

En redogörelse för den nuvarande lagstiftningens huvudsakliga innehåll har lämnats i kap. 2. Som där framgått regleras verksamheten inom sjukvården i första hand av sjukvårdslagen (1962:242) och sjukvårdskungörelsen (1972:676). För folktandvården gäller folktandvårdslagen (1973:457) och folktandvårdskungörelsen (1973:637).

Den nuvarande sjukvårdslagen har sitt ursprung i sjukhuslagen (1959:112). Denna lag var liksom tidigare lagstiftning på området enbart inriktad på sjukhus, dvs. lasarett, sjukstugor och anstalter för tuberkulossjukvård och epidemisjukvård m. m.

Genom beslut av 1962 års riksdag byggdes sjukhuslagen ut till en sjukvårdslag genom att bestämmelser om öppen sjukvård utanför sjukhus infogades i lagen. Samtidigt utfärdades en sjukvårdsstadga (1963:70). Lagstiftningen kompletterades på nytt år 1966 med vissa bestämmelser som följd av att mentalsjukvården inordnades i den landstingskommunala sjukvårdsverksamheten. Även under 1970-talet har sjukvårdslagstiftningen genomgått omfattande förändringar, beträffande såväl den slutna som den öppna vården.

Det kan konstateras att lagen trots denna fortlöpande modernisering ännu har sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten.

Ett uppmärksammat förhållande är också att sjukvårdslagstiftningen saknar närmare riktlinjer för hur hälso- och sjukvården bör vara beskaffad. Ett behov av övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska mål, dokumen-

terade genom lag eller i annan ordning har därför påtalats bl. a. i samband med allmänna välfärdspolitiska överväganden. Det har även hävdats att mer allmänt vedertagna mål som utgångspunkt bl. a. för hälso- och sjukvårdsplaneringen är nödvändiga för en effektivare och bättre behovsanpassad vård. Vidare har det ansetts önskvärt att genom en allmän målformulering kodifiera samhällets ambitioner att undanröja ekonomiska, sociala, kunskapsmässiga och geografiska hinder för den enskilde att utnyttja vårdorganisationen.

Lagen anger vidare inte någon skyldighet för landstingen eller annan att bedriva förebyggande verksamhet (hälsovård). Även i avsaknad av lagstiftning härom har dock förebyggande verksamhet – till viss del med stöd av statsbidragsbestämmelser – växt fram inom landstingen och förekommer nu i större eller mindre omfattning hos alla. Den alltmer ökade insikten om de förebyggande åtgärdernas betydelse och utvecklingen av olika former av hälsovård har föranlett krav på att lagstiftningen om hälso- och sjukvård mer uppmärksammar även verksamhet av detta slag.

I den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten har vidare bevakningen av de vårdsökandes intressen kommit att tillmätas allt större betydelse. Nuvarande sjukvårdslag innehåller emellertid inga bestämmelser härom. Detta har medfört krav på att de vårdsökandes rättigheter och ställning markeras i den nya lagen.

På vårdlagstiftningens område har på senare tid pågått en avveckling av mer detaljerade bestämmelser och en vidgning av möjligheterna att utveckla och anpassa vårdorganisationen efter skiftande lokala förutsättningar. Därigenom har sjukvårdshuvudmännen fått ökad handlingsfrihet när det gäller att forma organisationen så att den bäst svarar mot medborgarnas krav. Från sjukvårdshuvudmännens sida har en fortsatt utveckling i denna riktning framhållits såsom önskvärd. En minskad detaljreglering eftersträvas också för att öppna möjligheter till ett vidgat personalinflytande.

Som framgått finns f. n. en särskild lag för folktandvården. Genom folktandvårdslagen samt den därtill knutna folktandvårdskungörelsen och tillämpningsföreskrifterna har folktandvården kommit att underkastas en viss detaljreglering. Tandvården uppfattas emellertid numera som en integrerad del av den totala hälso- och sjukvården. Med hänsyn härtill och mot bakgrund av strävandena att avveckla detaljerade bestämmelser för den övriga hälso- och sjukvården har behovet av särslagstiftning för folktandvården starkt ifrågasatts.

11.2 Utredningens direktiv

De här ovan beskrivna förhållandena kan ses som bakgrund till hälso- och sjukvårdsutredningens tillkomst.

I direktiven till utredningen erinras om att lagstiftningen fortfarande har sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten liksom om den nuvarande relativt omfattande detaljregleringen. Utredningens uppgift är med hänsyn härtill att framlägga förslag till en helt ny lagstiftning för hälso-

och sjukvården, som förutsätts utformad som en ramlagstiftning. Denna skall även avse förebyggande åtgärder.

Lagstiftningsarbetet bör enligt direktiven förankras i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvårdspolitiken. En utgångspunkt skall därvid vara att alla som bor i landet har rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Målsättningen förutsätts även bygga på en social helhetssyn. Utredningen har att i sina överväganden särskilt beakta behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialvården liksom hälso- och sjukvårdens samband med den allmänna sjukförsäkringen.

Den nya lagstiftningen avses omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet, oavsett vårdgivare (huvudman). Det innebär bl. a. att de privatpraktiserande läkarnas och tandläkarnas verksamhet bör omfattas av lagstiftningen. Skolhälsovården och företagshälsovården liksom folktandvården bör också uppmärksammas. Uppdraget till utredningen att även beakta de psykiskt utvecklingsstörda har sedermera förfallit genom att en särskild kommitté (omsorgskommittén) tillkallats av regeringen.

I direktiven markeras således en inriktning av den nya lagstiftningen mot en målorienterad ramlag för hälso- och sjukvården som helhet. I direktiven förutsätts härutöver att möjligheterna till decentralisering av verksamhetsformerna tillvaratas och att en förstärkning av den kommunala demokratin underlättas.

11.3 Utredningens tidigare överväganden

11.3.1 Grundläggande utgångspunkter för den nya lagstiftningen

En ny lagstiftning bör enligt vad som anförts i kap. 6 utgå från både den friska och den sjuka människans behov för att kunna bevara resp. återställa sin hälsa. Lagstiftningen bör således omfatta såväl hälsovård som sjukvård. Beskrivningen av dessa behov utgör grundvalen för den i detta betänkande lämnade redogörelsen för hälso- och sjukvårdens uppgifter och för avgränsningen av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Därmed anges också riktlinjer för den nya lagstiftningens innehåll.

Hälsovård

Utredningen har i kap. 6 påpekat nödvändigheten av att insatser i större utsträckning än tidigare inriktas på sjukdomsförebyggande åtgärder. En strävan hos hälso- och sjukvården bör också vara att främja befolkningens hälsa i vidare bemärkelse.

Vi har därför förordat en mer offensivt hälsovårdsinriktad verksamhet och ett mer orsakorienterat arbete inom hälso- och sjukvården. Det innebär en långt gående samordning mellan hälsovård och sjukvård. Tandvården är ett område där sådan samordning med gott resultat redan kommit till stånd.

Utredningen har också framhållit vikten av att stödja och stärka den enskildes medvetenhet om den personliga livsföringens betydelse för hälsan.

Ett vidgat hälsopolitiskt synsätt står i överensstämmelse med vad som anförts i direktiven om förebyggande verksamhet och helhetssyn. Vi har framhållit som angeläget att den nya lagstiftningen klart ger uttryck för landstingens ansvar också för hälsovården.

Vi har vidare betonat hälsoupplýsningens allt större betydelse i en offensivt inriktad hälso- och sjukvård. En utgångspunkt för utredning är att hälsoupplýsningen skall betraktas som en integrerad del av hälso- och sjukvården i alla dess former.

De vårdsökandes behov

Hälso- och sjukvården har i kap. 6 förutsatts bli inriktad på att tillgodose de samlade behoven hos den vårdsökande.

Vården måste i enlighet därmed tillgodose den vårdsökandes allmänna trygghet och kunna möta högt ställda kvalitativa krav. Vårdinsatserna måste vara baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet och andra kvalitetsnormer. Vårdformer och vårdmetoder skall vara anpassade till vad tillståndet i det enskilda fallet kräver. När det inte till följd av särskilda skäl är olämpligt eller obehövt bör en helhetssyn anläggas, vilket innebär beaktande av såväl individuella som sociala och miljömässiga förhållanden.

I vårdarbetet måste också beaktas behovet av andra än rent medicinska åtgärder, däribland omvårdnadsbehoven. Vårdresurserna bör utformas och organiseras så att vården, så långt detta är möjligt, kan ges i den vårdsökandes närhet och göras lätt tillgänglig. Vård i hemmet eller i hemliknande former är ofta ett starkt önskemål, som i möjligaste mån bör tillgodoses. Kontinuitet, innebärande möjlighet för den vårdsökande att vid enskilda vårdtillfällen och under längre tidsrymd uppehålla kontakt med en och samma läkare eller andra personer inom ett och samma vårdlag, bör av flera skäl eftersträvas.

Att som vårdsökande få delta i beslut som rör vården, liksom i det arbete som föregår och som blir följden av sådana beslut, medför enligt vår uppfattning positiva effekter på patientens och personalens engagemang och självkänsla, uppfattning av den egna rollen och de yrkesmässiga och mänskliga förutsättningarna för medverkan och inflytande. Detta bör i sin tur öka de vårdsökandes önskemål att få, vilja att ge och förmåga att ta emot upplýsningar.

Vi har därför förutsatt att vårdorganisationen anpassas också till de vårdsökandes behov av självbestämmande och medinflytande.

Det är också angeläget att tillgodose de berättigade kraven på integritet för den vårdsökande.

Vi har ansett dessa behov vara av grundläggande betydelse för lagstiftningens utformning. Föreskrifter med anknytning till de vårdsökandes behov har därför föreslagits som vägledning inte bara för vårdorganisationens inriktning och utformning utan även för klargörande av den vårdsökandes ställning i vårdsituationen.

Hälso- och sjukvårdens uppgifter och innehåll

Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det individinriktade arbetet sammanfattas av utredningen i funktionerna förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom och skada. I hälso- och sjukvården ingår även funktionsförbättrande och funktionsuppehållande behandling för handikappade.

Vid sidan av det individinriktade arbetet förutsätts i hälso- och sjukvårdens ansvar och uppgifter ingå åtgärder avsedda att främja hela befolkningens hälsotillstånd.

Der förutsatta integreringen av hälsovård och sjukvård har lett utredningen till slutsatsen att hälso- och sjukvården bör betraktas som en sammanhängande verksamhet.

Hälso- och sjukvården omfattar all verksamhet i samhället som är huvudsakligen inriktad på att förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom och skada (motsvarande) hos enskilda människor. Hälso- och sjukvården förutsätts därvid omfatta i princip alla vårdgivares verksamhet.

Detta sätt att ange hälso- och sjukvårdens uppgifter och innehåll innebär i förhållande till tidigare vedertagna uppfattningar stora förändringar. I första hand utvidgas arbetsområdet för hälso- och sjukvården till att inte bara omfatta utredning och behandling utan även uppgifter av förebyggande karaktär. Dock är det angeläget att arbetsområdet inte vidgas på grund av en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet. Hälso- och sjukvårdens uppgift att påverka samhället i övrigt i hälsofrämjande syfte innebär också en utvidgning av ansvaret. Dessa förändringar har avsetts komma till klart uttryck i den nya lagen. En mer samlad syn på hela hälso- och sjukvårdens verksamhet – oavsett vårdgivare – medför också ändrade krav på lagstiftningen.

11.3.2 Övergripande mål

Vi har i kap. 6 också understrukit behovet av allmänna mål och riktlinjer för den totala hälso- och sjukvården. Dessa bör enligt vad vi anfört vara inriktade på att allmänt beskriva det framtida tillstånd som bör uppnås. Vi har valt att formulera de övergripande målen på följande sätt:

Hälso- och sjukvården i dess helhet skall

- främja en god hälsa hos hela befolkningen samt
- erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor.

Den närmare innebörden av "lika villkor" har belysts i kap. 6. Den behandlas dessutom i specialmotiveringarna till lagförslaget.

I utredningsdirektiven anges att lagstiftningsarbetet bör förankras i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvårdspolitiken. Vi har med understrykande av detta uttalande redovisat målsättningen genom en grundläggande s. k. portalparagraf i vårt förslag till ny hälso- och sjukvårdslag.

11.3.3 Landstingens ansvar och uppgifter

Vi har i kap. 8 hävdade behovet av att samhället får ett samlat ansvar för hälso- och sjukvården.

På länsnivå har detta övergripande samhällsansvar för hälso- och sjuk-

vården lagts på landstingen. Det ansvar landstingen i dag har avser huvudsakligen uppgifter i egenskap av sjukvårdsgivare. Det särskilda ansvar som nu avses har i betänkandet fått benämningen landstingens *totalansvar*. Föreskrifter om detta totalansvar har tagits in i vårt lagförslag.

Totalansvaret innebär sammanfattningsvis en skyldighet för landstingen att vidta hälsofrämjande åtgärder, kartlägga vårdbehoven, i samverkan med andra vårdgivare planera, utveckla och även driva verksamheter, ange hälso- och sjukvårdens krav på insatser av andra samhällsorgan samt skyldighet att i sista hand påta sig ytterligare vårdgivaransvar.

En av de grundläggande förutsättningarna för att totalansvaret skall få ett reellt innehåll är enligt vad vi påpekat i kap. 8 att landstingen i lagen åläggs en skyldighet att i samverkan med andra vårdgivare planera all hälso- och sjukvård inom sina resp. områden. Denna planering – landstingens *totalplanering* – bör syfta till en samordning av landstingens egna och de övriga vårdgivarnas insatser och resurser till ett från befolkningens synpunkt ändamålsenligt och samlat utbud av hälso- och sjukvård.

En väsentlig del av arbetet vid totalplaneringen bör gälla samverkan inom hälso- och sjukvården. Med hänsyn till den angivna målsättningen bör en samverkan dessutom ske mellan hälso- och sjukvården och andra områden för samhällets välfärdspolitik, i första hand socialtjänsten. I lagförslaget har därför tagits in ett allmänt åliggande för landstingen att samverka med andra verksamheter av betydelse för hälso- och sjukvården.

Vidare har vi understrukit regionsjukvårdsutredningens synpunkter på behovet av en planmässig utveckling av regionsjukvården. Vi ansluter oss till denna utrednings förslag att en skyldighet för landstingen att medverka i gemensam planering inom och mellan regionerna regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Frågan hur samarbetet skall vara organiserat har däremot inte förutsatts bli författningsmässigt reglerad utan bör kunna avgöras av sjukvårdshuvudmännen själva.

I regionsjukvårdsutredningen har också föreslagits att frågan om rikets indelning i sjukvårdsregioner skall regleras i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Vi har beaktat detta förslag vid utformningen av lagförslaget.

11.3.4 *Organisatoriska föreskrifter*

Det demokratiska inflytandet

Det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården föreslås bli säkerställt genom att en särskilt angiven politisk styrelse liksom f. n. föreskrivs i lagen. Vi har därför förutsatt att det i varje landsting skall finnas en hälso- och sjukvårdsnämnd med uppgift att utöva ledningen av hälso- och sjukvården. Nämndens åligganden bör dock inte detaljregleras.

Även möjligheten för landstinget att låta förtroendemannaorgan som är underställda den centrala hälso- och sjukvårdsnämnden svara för den närmare ledningen av olika delar av verksamheten bör enligt vår mening finnas kvar. Hälso- och sjukvårdslagen skall alltså ge de formella förutsättningarna för att under hälso- och sjukvårdsnämndens ledning lägga ett ansvar på politiskt utsedda organ. Däremot har vi inte ansett att det bör föreskrivas i lagen hur dessa organ skall vara sammansatta eller hur deras ansvarsområde närmare skall preciseras.

Det administrativa inflytandet

De administrativa reglerna i nuvarande lagstiftning avser ansvaret för i princip alla åligganden i hälso- och sjukvårdsverksamheten som inte med sjukvårdskungörelsens ord "direkt hör till medicinsk verksamhet". Exempel härpå är regler som anger vilka tjänstemän som skall finnas i sjukhusledningen och föreskrifter om deras åligganden. Viktiga funktioner som inryms i det administrativa ansvaret är exempelvis planering, organisation, utbildning och anskaffande av för vårdarbetet erforderliga resurser.

Vi har funnit starka skäl tala mot författningsbestämmelser som binder huvudmännens organisation. En ramlagstiftning behöver inte ge föreskrifter om den organisatoriska uppbyggnaden av hälso- och sjukvården. Vi har därför förutsatt att föreskrifter som bygger på begreppen sluten vård och öppen vård inte skall förekomma i den nya lagstiftningen. Vi har heller inte funnit skäl att förorda lagstiftning om begrepp som anger funktioner, nivåer, organisationsstruktur och arbetsenheter utan finner att det i stället bör överlämnas åt hälso- och sjukvårdens ansvariga att fritt utveckla vårdorganisationen i samspel med berörda intressenter.

I ett avseende har vi dock ansett det angeläget att föra fram ett önskemål med avseende på den organisatoriska uppbyggnaden av hälso- och sjukvården. Närvård har i betänkandet använts som beteckning på den hälso- och sjukvård (innefattande tandvård), som organiseras för att inom geografiskt avgränsade områden, representerande människornas närmiljö, ansvara för befolkningens hälsotillstånd samt erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster.

Det professionella inflytandet

Arbetsorganisationen inom hälso- och sjukvården skiftar i hög grad mellan olika verksamhetsgrenar samt mellan olika delar av landet. Vi har därför inte funnit skäl att föreslå en närmare reglering av denna organisation i ensartade former. Några skäl – t. ex. medicinska säkerhetsskäl – att genom lagstiftning undanta den professionella organisationen från personalens rätt till medbestämmande har i princip inte bedömts föreligga. Detta ligger helt i linje med kraven från företagsdemokratisk synpunkt på att det inte bör finnas regler, som inskränker utrymmet för medbestämmande.

Vi har därvid utgått från att det grundläggande medicinska yrkesansvaret, som regleras utanför hälso- och sjukvårdslagen, bibehålls och omfattar i princip all personal inom den hälso- och sjukvård, för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar.

Vi har trots att arbetsorganisationen i övrigt inte regleras ansett det nödvändigt att i lagstiftningen behålla en bestämmelse om läkares medicinska ledningsansvar. I anslutning till föreskrifter om detta ledningsansvar bör särskilt understrykas vikten av att möjligheterna att delegera tas till vara vid utövandet av ansvaret.

Det företagsdemokratiska inflytandet

I vårt arbete har vi också behandlat det företagsdemokratiska inflytandet på hälso- och sjukvården. Några konsekvenser för vårt lagförslag uppkommer emellertid inte i detta hänseende.

11.3.5 Samspelet mellan landstingen och staten

Statlig planeringssamordning

F. n. finns inte några skyldigheter om planering (motsvarande) för socialstyrelsen eller annan statlig myndighet angivna i sjukvårdslagstiftningen. Vi har heller inte bedömt det nödvändigt att föreslå några sådana i en ny lag, utöver de tillsynsuppgifter som förutsätts komma att finnas angivna där.

Statlig tillsyn m. m.

I gällande sjukvårdslag anges att "högsta tillsynen över landstingskommunernas sjukvårdande verksamhet utövas av socialstyrelsen". Motsvarande tillsynsuppgifter för socialstyrelsen är angivna i en rad andra författningar som reglerar främst de till hälso- och sjukvården hörande eller närstående verksamheterna.

Vi har i kap. 10 konstaterat att det statliga tillsynsarbetet f. n. håller på att ändra karaktär. I enlighet med strävan att minska den statliga detaljkontrollen får tillsynen över bl. a. landstingens verksamhet en mera övergripande och rådgivande inriktning.

Socialstyrelsens tillsynsansvar med en sådan inriktning förenad med en skyldighet att utfärda allmänna råd och i förekommande fall föreskrifter, har i kap. 10 förutsatts komma till uttryck i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

I den nuvarande sjukvårdskungörelsen finns föreskriven en anmälnings- och underrättelseskyldighet för vissa befattningshavare vid sjukhus om någon åsamkas skada eller får allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhuset eller anledning föreligger att befara att sådan skada eller sjukdom senare uppkommer på grund av behandlingen (den s. k. Lex Maria, 10 § tredje stycket sjukvårdskungörelsen). Den nya lagstiftningen bör enligt vår mening innehålla en liknande bestämmelse. I vårt förslag har den dock utformats som en principiell skyldighet för den vårdansvarige huvudmannen eller annan vårdgivare att till socialstyrelsen anmäla alla fall där skada eller risk för skada följt på behandling i hälso- och sjukvården utom där behandlingen visserligen lett till skada, sjukdom eller död men där denna följd låg inom ramen för vad som kunde förutses inträffa. Vi anser att det i fortsättningen bör ankomma på regeringen (eller efter regeringens bestämmande socialstyrelsen) att utfärda de föreskrifter som kan behövas i detta hänseende.

I regeringens prop. 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. har bl. a. föreslagits att länsläkarorganisationen skall avvecklas. Om riksdagen beslutar enligt regeringens förslag bör länsläkarnas nuvarande tillsynsuppgifter fördelas mellan socialstyrelsen och de regionala

organisationerna. Detta förhållande torde inte få några konsekvenser för den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Regleringen av inrättande av läkartjänster

Enligt sjukvårdslagen fordras medgivande av socialstyrelsen innan i princip någon läkartjänst inom den offentliga hälso- och sjukvården får inrättas. Villkoren för inrättade av läkartjänster anges i sjukvårdskungörelsen.

Socialstyrelsens prövning då det är fråga om inrättande av tjänster för läkare skall enligt sjukvårdskungörelsen "ske på grundval av ett för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation". Läkarfördelningsprogrammet (LP), som vanligtvis omfattar en period av fem år, revideras och fastställs i princip vartannat år av sjukvårdsdelegationen.

Läkarfördelningsprogrammet fungerar dels som ett planeringsinstrument för att fördela nytillkommande läkare under den praktiska delen av läkares vidareutbildning (AT- och FV-block) i enlighet med långsiktiga sjukvårdspolitiska mål, dels som ett ransoneringsinstrument för att fördela tjänster för vidareutbildade läkare på medicinska verksamhetsområden och landsting enligt bl. a. regionalpolitiska utjämningssträvanden.

Vi anser att det även i fortsättningen behövs en central planering av läkarutvecklingen inom landet med upprättande av läkarfördelningsprogram både för läkare under vidareutbildning och – så länge läkarbristen består – för vidareutbildade läkare. Vi har dock funnit starka skäl föreligga att reformera det nuvarande systemet för fördelning av läkartjänster. Anledningen härtill är dels de brister som vidlåder nuvarande läkartjänstprogramarbete och som främst är att hänföra till svårigheterna att kontrollera läkarutfallet, dels att planeringssituationen för landstingen i framtiden bör komma att ändras, bl. a. som konsekvens av det totalansvar för hälso- och sjukvården som de föreslagits få.

Enligt vårt förslag bör formerna för fördelning av läkararbetskraft mellan landstingskommunerna bli reglerade genom överenskommelse mellan berörda parter och inte genom lagstiftning. Därför bör i en hälso- och sjukvårdslag inte föras in någon skyldighet för landstingskommunerna att inhämta socialstyrelsens medgivande för att få inrätta nya anställningar för läkare i hälso- och sjukvårdande verksamhet.

Reglering av byggnad och ritningsgranskning

Vi redovisar i vårt betänkande inte några egna överväganden i fråga om byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvården. Vi erinrar om regeringens förslag i prop. 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. att den centralstyrda prioriteringen av investeringarna skall avskaffas. Vi konstaterar därvid att förslaget, om det genomförs, inte får några konsekvenser för vårt lagförslag.

Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB) har numera avvecklats (fr. o. m. den 1 juli 1979) efter riksdagsbeslut på grundval av förslag i regeringens prop. 1978/79:174. Nämndens uppgifter avseende granskning

och godkännande av byggnadsritningar för sjukhus m. m. avses bli ersatta av samråd och kontinuerligt erfarenhetsutbyte mellan landstingen och Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Några bestämmelser om ritningsgranskning etc. behöver inte införas i den nya hälso- och sjukvårdslagen. De har numera också mönstrats ut ur de nuvarande författningarna.

11.4 Vissa övriga frågor

11.4.1 *Behörighet till anställning inom hälso- och sjukvården*

I många av nu gällande bestämmelser om hälso- och sjukvården regleras behörigheten att inneha tjänster.

Såvitt gäller läkare finns behörighetsvillkor för underläkartjänst i 19 § sjukvårdskungörelsen och för en rad andra läkartjänster (för vidareutbildade läkare) i 20 § samma kungörelse. I 21 § finns en föreskrift om deslegitimations betydelse för uppehållande och innehav av läkartjänst. 22 § sjukvårdskungörelsen innehåller en kompletterande dispensregel. I 20 § 1 mom. sjukvårdslagen och framför allt i 25–26 §§ sjukvårdskungörelsen finns detaljerade bestämmelser om sakkunnigförfarande vid tillsättning av vissa läkartjänster.

I 35 § sjukvårdskungörelsen finns bestämmelser om vikariatsförordnande på läkartjänster. För läkartjänster vid de kommunala undervisningssjukhusen finns behörighetsbestämmelser i kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisningssjukhus (den s. k. KUSK).

Kraven på behörighet för innehav av eller vikariat på tjänst som sjuksköterska, barnmorska eller sjukgymnast regleras i 36 § sjukvårdskungörelsen.

Behörighetsbestämmelserna i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen kompletterar de grundläggande behörighetsregler som återfinns i lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket samt i kungörelsen (1937:864) om legitimation av sjukgymnaster, reglementet (1955:592) för barnmorskor, reglementet (1957:656) för sjuksköterskor, kungörelsen (1963:456) om legitimation av glasögonoptiker och förordningen (1978:341) om legitimation av psykolog. Villkoren för specialistkompetens för läkare regleras i kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket.

För folktandvården gäller behörighetskrav i folktandvårdskungörelsen (1973:637) för tandvårdschef (4 §), föreståndare för specialisttandpoliklinik (5 §) samt tandtekniker, tandhygienist eller tandsköterska (6 §). I 8–10 §§ finns föreskrifter om sakkunnigförfarande vid tillsättningen av vissa tandläkartjänster.

Dessa bestämmelser är komplement till grundläggande behörighetsregler i lagen (1963:251) om behörighet att utöva tandläkaryrket samt i brevet den 30 juni 1948 om tandtekniker- och tandsköterskeutbildningens organisation och socialstyrelsens instruktion (MF 1969:77) för tandhygienist. Villkoren för tandläkares specialistbehörighet regleras i kungörelsen (1963:663) med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket.

Kompletterande tillämpningsföreskrifter har i några fall utfärdats av socialstyrelsen.

Enligt de bestämmelser som före 1971 gällde beträffande tillsättningen av läkartjänster stadgades bl. a. att Kungl. Maj:t utnämnde överläkare efter förslag från socialstyrelsen sedan sjukvårdsstyrelsen avgett förord för en av de föreslagna. Alla överläkare hade härigenom Kungl. Maj:ts fullmakt på sina tjänster.

Denna ordning blev föremål för särskild utredning (socialdepartementet, stencil 1969:1).

I utredningen övervägdes bl. a. om sjukvårdshuvudmännen borde ges rätt att tillsätta överläkartjänst med sökande som inte uppförts på förslag. Då behörighetsvillkoren för överläkartjänster i de flesta fall ansågs helt otillräckliga, borde denna fråga enligt utredningen anstå till dess nya behörighetsregler utfärdats.

Den ändring av 20 § 1 mom. sjukvårdslagen, som trädde i kraft den 1 januari 1971, innebar dels att överläkartjänst därefter skulle tillsättas genom förordnande av vederbörande sjukvårdsstyrelse, dels att de sökande inte längre skulle uppföras på förslag i den ordning de ansågs böra komma i fråga för den sökta tjänsten. Socialstyrelsens åliggande att upprätta förslag skulle alltså bestå.

Frågan om tillsättning av överläkare har diskuterats även sedan de nya bestämmelserna trätt i kraft. Sedan en motion framlagts i ämnet under riksdagsarbetet anförde socialutskottet i sitt betänkande (SoU 1971:9) att en utvidgning av möjligheterna för sjukvårdshuvudmännen att välja bland de sökande förutsatte att huvudmännen kunde pröva de sökandes kompetens med utgångspunkt i moderna behörighetsregler. Utskottet erinrade om att läkartjänstutredningens uppdrag bl. a. omfattade en översyn av behörighets- och meritvärderingsregler för läkartjänster och förklarade att utredningens förslag borde avvaktas innan man tog ställning. På grundval av läkartjänstutredningens försag (SOU 1971:68) infördes därefter med giltighet fr. o. m. den 1 januari 1973 nu gällande behörighetsbestämmelser (19–22 § sjukvårdskungörelsen). Samtidigt genomfördes en ändring av 20 § sjukvårdslagen av innebörd att förslag till bl. a. tjänst som överläkare inte längre skulle ligga på socialstyrelsen utan i stället upprättas av i särskild ordning utsedda sakkunniga. Vidare infördes rätt att hos socialstyrelsen anföra besvär över beslut om tjänsteförslag (jfr kap. 2).

Vid sidan av grundreglerna om tillsättning och förslag gäller förhållandevis detaljerade föreskrifter om handläggning och besvär. För meritvärderingen har socialstyrelsen utfärdat cirkulär till vägledning (MF 1973:33).

Utöver de enskilda läkarnas krav på rättssäkerhet vid tillsättning av tjänst har vid utformandet av reglerna om läkartillsättning två skilda intressesynpunkter ansetts böra uppmärksammas. Å ena sidan är det ett allmänt intresse att till sjukhusen kan knytas läkare med de bästa medicinska kvalifikationerna. Å andra sidan bör landstingen själva få välja sina befattningshavare och därvid ha möjlighet att beakta även andra förtjänster hos de sökande.

Behörighets- och tillsättningsreglerna avser, liksom många andra av sjukvårdslagstiftningens föreskrifter, att man så långt som möjligt skall kunna tillgodose patienternas intresse av hög kvalitet och säkerhet i sjukvården.

Ett bundet tillsättningsförfarande har ansetts innebära säkraste möjliga garantier för att varje ledig befattning inom hälso- och sjukvården tillsätts med den som är bäst skickad att ombesörja de åligganden, som är förenade med befattningen. I detta sammanhang bör understrykas den stora betydelse det i tillsättningsförfarandet ingående meritvärderingsmomentet har för att tillgodose kraven på såväl patientsäkerhet som de anställningssökandes rätts-säkerhet.

Som vi anförde bl. a. i kap. 9 behövs numera inte så detaljerade förvaltningsbestämmelser som tidigare för att garantera att den regionala och lokala förvaltningen drivs ändamålsenligt. Vi har därför räknat med att den nuvarande lagstiftningens detaljerade organisatoriska bestämmelser inte skall ingå i en ny hälso- och sjukvårdslag. Sådana bestämmelser är inte förenliga med den principiella inställningen om att landstingen skall bära samhällets ansvar för hälso- och sjukvården.

Samma principiella syn bör enligt vår mening läggas också på tillsättningsförfarandet, utan att de tidigare nämnda intressena – att ett välgrundat val träffas bland dem som uppfyller gällande meritkrav och att rätts säkerhet gäller för de sökande – behöver hotas. Moderniserade behörighetskrav gäller sedan 1973.

För bedömningen av de medicinska kvalifikationerna hos sökande till tjänster av olika slag har hälso- och sjukvårdens huvudmän möjlighet att förlita sig till socialstyrelsens cirkulär. Därutöver driver landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund gemensamt en meritvärderingsbyrå för läkartjänster som också kan biträda huvudmännen. Det inflytande för arbetsmarknadens parter som de arbetsrättsliga reglerna numera öppnar möjligheter till torde utesluta all risk för rättsosäkerhet för den enskilde läkaren.

Det bör också anmärkas att ordningen i vårt land väsentligt avviker från vad som gäller t. ex. i de nordiska grannländerna. Där finns inga lagfästa föreskrifter som begränsar huvudmannens rätt att till tjänsten utse någon av de sökande. (I Finland kan dock medicinalstyrelsen ingripa och förordna om nytt val, om den valde är "betydligt mindre lämpad" än annan sökande.)

Vi redovisar inte här det på sina håll ganska detaljrika innehållet i de många behörighetsbestämmelserna. Enligt vår uppfattning kan det anföras åtskilliga skäl för att en särskild översyn av behörighetsreglerna kommer till stånd. Bestämmelserna har tillkommit vid många olika tidpunkter och är splittrade på en rad författningar av olika valör. Det skulle därför vara av stort värde om alla hithörande frågor kunde underkastas ett samlat övervägande, som då också skulle omfatta frågorna om behörighet på områden som f. n. inte är författningsreglerade (detta gäller t. ex. arbetsterapeuter) och om tillsättningsförfarandet (jfr nedan). Vi anser emellertid att det faller utanför ramen för vårt uppdrag att åta oss den uppgiften i vårt utredningsarbete. Vi förordar därför att en sådan utredning genomförs i särskild ordning. I detta sammanhang kan erinras om att föredragande departementschefen i den nyligen avlämnade prop. 1979/80:6 förordat att de nuvarande bestämmelserna för legitimation ses över.

Som vi redovisat i kap. 10 (10.3.11) pågår redan en utredning som rör vidareutbildningen av läkare (ÖSUT). Vidareutbildning är en av de viktigaste grunderna för angivande av behörighetskrav för läkare – i dag i princip den enda.

En av de frågor som ÖSUT behandlar rör tjänstgöring som föregår viss läkarverksamhet i ledande ställning, t. ex. när en viss tjänst är förenad med särskilt ansvar för olika slags utbildning. Vi utgår från att den behörighetsutredning vi förutsatt skall komma till stånd också prövar frågan om kompetenskrav på olika nivåer.

Oavsett vad en sådan prövning leder till för behörighetskrav anser vi det möjligt och lämpligt att redan nu förenkla själva tillsättningsförfarandet. Vi föreslår därför att de särskilda reglerna för tillsättning av läkartjänst som finns i sjukvårdslagen nu utmönstras ur lagstiftningen. Dessa regler påverkar inte behörighetsnivån, utan endast hälso- och sjukvårdshuvudmännens möjlighet att välja mellan sökande som alla är kompetenta. Genom att behålla sådana bestämmelser skulle man också bryta den karaktär av ramlag för denna lagstiftning som förutsatts i direktiven.

Enligt vår bedömning kommer härigenom varken intresset för patientsäkerhet att åsidosättas eller läkarnas rättssäkerhet att minska. Vi förutsätter att det tillsättningsförfarande som arbetsmarknadsparterna enas om kommer att i många avseenden överensstämma med det nuvarande väl prövade och fungerande förfarandet och att även i framtiden t. ex. meritvärderingsråd från socialstyrelsen kommer att vara vägledande.

11.4.2 Besvär

Vi har inte funnit skäl att i vårt lagförslag öppna några möjligheter att anföra s. k. förvaltningsbesvär, dvs. att hos en högre instans söka få till stånd en överprövning av lämpligheten i de beslut som fattas inom hälso- och sjukvården. Sådana möjligheter föreligger inte heller enligt sjukvårdslagen, om man bortser från vissa besvär hos socialstyrelsen över tjänsteförslag av sakkunniga (34 §).

Utöver möjligheten att vända sig till medicinalväsendets ansvarsnämnd med klagomål av olika slag beträffande behandlingen föreligger för den enskilde enligt vårt förslag endast utvägen att anföra kommunalbesvär över beslut av nämnderna inom landstingens hälso- och sjukvård, om det är något han är missnöjd med. Eftersom kommunalbesvärsreglerna följer redan av kommunallagen (1977:179), behöver de inte tas in också i en hälso- och sjukvårdslag.

Av 7 kap. 2 § kommunallagen följer – anpassat till våra övriga förslag – att besvär över beslut av hälso- och sjukvårdsnämnd eller organ motsvarande direktionerna enligt sjukvårdslagen skall anföras hos regeringsrätten (i de landstingsfria kommunerna dock hos länsstyrelsen) inom tre veckor från den dag då justering av protokollet som innehåller det beslut som överklagas blivit tillkännagivet genom anslag på landstingskommunens anslagstavla. Besvär får endast grundas på att beslutet

1. ej har tillkommit i laga ordning,
2. står i strid mot lag eller annan författning,
3. på annat sätt överskrider nämndens befogenhet,
4. kränker klagandens enskilda rätt eller
5. annars vilar på orättvis grund.

Besvär får inte anföras över beslut av rent förberedande eller rent verkställande art.

Om regeringsrätten godtar besvären blir följden i regel en s. k. kassation, dvs. regeringsrätten upphäver det överklagade beslutet. Regeringsrätten kan däremot inte sätta ett nytt beslut i det upphävdas ställe. Rättsläget blir därigenom tillbakaflyttat till det tillstånd som rådde innan nämnden fattade det överklagade beslutet. Det blir nämndens sak att fatta ett nytt beslut i ärendet och att då undvika att de felaktigheter upprepas, som föranledde upphävandet.

Behörig att anföra besvär är endast medlem av landstingskommunen, dvs. den som är kyrkobokförd, äger fast egendom eller är taxerad till kom-

11.4.5 *Hälso- och sjukvården i krig*

Nära området för vårt utredningsarbete ligger också betänkandet (SOU 1978:83) Sjukvården i krig, som lagts fram av utredningen om sjukvården i krig. Betänkandet har remissbehandlats under våren 1979 men har vid den tidpunkt då vår utredning avlämnas inte föranlett någon proposition. Förslagen om sjukvården i krig förutsätter bl. a. att fredssjukvårdslagstiftningen i princip skall gälla också under krigsförhållanden, med möjligheter bl. a. för regeringen att meddela särskilda bestämmelser enligt ett förslag till ny lydelse av 22 § lagen (1964:63) om kommunal beredskap.

11.4.6 *Förändringar i andra författningar med anledning av förslaget till hälso- och sjukvårdslag*

Vårt förslag till ny hälso- och sjukvårdslag medför behov av följdändringar i en lång rad författningar. Åtskilliga termer som förekommer i den nuvarande sjukvårdslagen men som mönstrats ut i vårt lagförslag återfinns sålunda i andra författningar. Betydelsen av att följdändringarna genomförs i ett sammanhang kan variera. Vi har inte gjort någon systematisk genomgång av vilka författningsrum som direkt påverkas av vårt förslag utan har förutsatt att detta kommer att göras i annat sammanhang.

11.5 Specialmotiveringar till förslaget till hälso- och sjukvårdslag

I detta avsnitt redovisas paragraf för paragraf specialmotiveringarna till vårt förslag till ny hälso- och sjukvårdslag. De innebär preciseringar och förtydliganden av lagtextförslaget samtidigt som de fortlöpande knyter an till vad som anförts i de föregående kapitlen.

Inledande bestämmelser

Under denna inledande huvudrubrik tas upp två grundläggande paragrafer. I dessa definieras vad som avses med hälso- och sjukvård som nytt samlat begrepp (1 §) samt anges målen för hälso- och sjukvården (2 §).

Hälso- och sjukvård

1 §

Paragrafen anger vad som i vårt lagförslag innefattas i begreppet hälso- och sjukvård. Innebörden har närmare utvecklats i kap. 6. Hit räknas verksamhet som riktar sig till enskilda människor eller människor i grupp och som syftar till att motverka uppkomst och negativa verkningar av sjukdomar och skador. Också insatser för att främja hela befolkningens hälsa är en del av hälso- och sjukvården enligt vad som redovisas i det följande under 2 §.

Vad som är nytt i förhållande till vad som stadgas om sjukvård i sjukvårdslagen (1962:242) är sålunda framför allt att den förebyggande och upp-

spårande verksamheten skall ingå i vad som i fortsättningen kommer att sammanfattas under det gemensamma lagbegreppet hälso- och sjukvård. I denna del ligger utredningens förslag mycket nära dem som förut framförts av socialstyrelsens hälsokontrollutredning (Socialstyrelsen redovisar 1978:6).

Till en samlad lagreglerad hälso- och sjukvård kommer alltså att räknas allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplýsning, mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård, studerandehälsovård, företagshälsovård och annan därmed jämställd verksamhet som förut i stor utsträckning – om också inte helt och hållet – fallit utanför författningsregleringen. Skolhälsovård, företagshälsovård och andra liknande verksamheter är visserligen inte alltid riktade till en viss individ men väl till grupper av individer och hör därmed till hälso- och sjukvårdsområdet. Sådan verksamhet som helt inriktas på den allmänna miljön blir däremot inte att anse som hälso- och sjukvård. Vad som tidigare kallats allmän hälsovård och som enligt hälsovårdsstadgutredningens betänkande (SOU 1978:44) Kommunalt hälso- och sjukvården. Det går emellertid knappast att dra någon klar gräns mellan hälso- och sjukvården i denna mening och exempelvis hälsoupplýsning och andra allmänt hälsofrämjande åtgärder. Vårt lagförslag avser inte att rubba den praxis som f. n. gäller i fråga om avgränsning på dessa områden. Det påverkar inte heller principen om den primärkommunala socialtjänstens yttersta ansvar för den enskilde.

I 3 § sjukvårdslagen finns i första stycket en definition av den sjukvård som det åligger landstingskommunerna att ombesörja. Den anges där omfatta såväl öppen som slutna vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barns-börd. Det föreliggande lagförslaget avser inte att göra någon materiell ändring av innebörden i den del av hälso- och sjukvården som alltjämt kommer att kunna avgränsas som mer renodlad sjukvård.

Orden *kroppsfel* och *barnsbörd* som specificerade begrepp i sjukvårdslagen saknar dock motsvarigheter i det lagförslag vi lägger fram. Därmed avses inte någon förändring i sak. De kroppsliga handikappen kan anses falla inom ramen för begreppet skador. Såvitt gäller barnsbörd vill vi peka på att också den förebyggande verksamheten lagfästs genom vårt lagförslag. Till sådan verksamhet kommer bl. a. att räknas alla åtgärder som hör till mödrahälsovården, även själva barns-börden. Om sjukdom uppkommer i anslutning till en förlossning, täcks den i lagteknisk mening på samma sätt som alla andra sjukdomar.

Den nya lagen kommer lika litet som sjukvårdslagen att omfatta den verksamhet som avser att tillgodose de särskilda behoven hos psykiskt utvecklingsstörda. Dessa kommer alltså att åtminstone tills vidare omfattas av särskild lagstiftning, f. n. lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda med tillhörande stadga (1968:146). Hithörande frågor utreds dock på regeringens uppdrag av omsorgskommittén.

För tvångsomhändertagande inom psykiatrik kommer det att liksom hittills finnas särskilda författningsbestämmelser genom lagen (1966:293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall (den s. k. LSPV) med tillhörande kungörelse (1966:585). Genom regeringens prop. 1979/80:1 om socialtjänsten har vissa förslag till ändringar i LSPV underställts riksdagen. Beslut har dock inte hunnit fattas när vårt betänkande avlämnas.

Det psykiska barna- och ungdomsvården (PBU) berör vi inte i vårt betänkande. I den delen vill vi endast erinra om att föredragande departementschefen i prop. 1979/80:1 uttalat sig för att frågan om huvudmannaskapet för PBU bör utredas särskilt.

Som framgår av paragrafens andra stycke ingår i hälso- och sjukvården även tandvård och sjuktransporter.

Landstingskommunernas åligganden inom tandvården författningsregleras f. n. i folktandvårdslagen (1973:457) och folktandvårdskungörelsen (1973:637). Genom att tandvården förs in under samlingsbegreppet hälso- och sjukvård kan dessa författningar upphävas. Övergångsvis måste dock gälla vissa begränsningar i landstingskommunernas ansvar på detta område. Utredningen återkommer till dessa frågor i det följande, i anslutning till sitt förslag till övergångsbestämmelser.

Enligt 3 § tredje stycket sjukvårdslagen skall landstingskommun "tillse att inom sjukvårdsområdet finnes ändamålsenlig organisation för transport till och från sjukhus eller läkare av personer, vilkas tillstånd kräver att transporten utföres med fordon, som är inrättat för ändamålet". Vad som avsetts enligt förarbetena till nuvarande lagstiftning är det vägbundna sjuktransportväsendet, dvs. i allt väsentligt ambulanstransporterna. Icke-vägbundna marktransporter ingår i den allmänna räddningstjänsten och åvilar det primärkommunala brandförsvaret enligt brandlagen (1974:80).

De sjuktransporter som omfattas av begreppet hälso- och sjukvård i lagförslaget förutsätts åtminstone tills vidare bli begränsade till de vägbundna transporterna. Någon ändring i vad som f. n. gäller på detta område föreslås sålunda inte. Frågan om huvudmannaskapet för sjuktransporter och annan räddningstjänst håller på att utredas av kommittén för utredning av frågan om ersättning på grund av naturkatastrofer m. m., enligt tilläggsdirektiv som regeringen utfärdat under sommaren 1979. Detta har översiktligt berörts i det föregående under kap. 8.

Hälso- och sjukvårdens mål

2 §

I denna paragraf läggs fast de övergripande målen för hälso- och sjukvården, mot bakgrunden av de överväganden utredningen förut redovisat under kap. 6.

Tekniskt har valts modellen att först ange hälso- och sjukvårdens centrala mål enligt utredningens förslag. Därefter tas under fem uppräknade punkter upp vad som särskilt skall anses känneteckna en god hälso- och sjukvård.

Det första övergripande målet att främja en god hälsa hos hela befolkningen innefattar hälsofrämjande åtgärder med utgångspunkt i den definition av begreppet hälso- och sjukvård, som lämnats i 1 §.

Det andra övergripande målet innebär att den som bedriver hälso- och sjukvård får ett direkt lagstadgat åliggande att erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor.

Alla skall i princip ha lika lätt att komma i åtnjutande av hälso- och sjukvårdens service. Härmed avses självfallet inte att alla i princip kan bli lika nära eller lika långt från en vårdcentral eller en distriktssköterskemottagning. I stället syftar punkten bl. a. på den allmänna kommunala lik-

ställighetsprincipen som förbjuder särbehandling av vissa kommunmedlemmar. Den syftar också på grunderna för den allmänna sjukförsäkringen, som möjliggör för alla att med samma ekonomiska stöd från samhället kunna få hjälp och vård när det behövs. Den avser därutöver också en rad jämställdhetsvillkor av allmänmänsklig natur: det måste eftersträvas att skillnader i fråga om ålder, kön, inkomst och utbildning mellan olika våldsökande i möjligaste mån utjämnas i den meningen att alla ges likvärdiga möjligheter att t. ex. förstå en diagnos eller sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd. Det är ett viktigt jämställdhetskrav att man i sådana fall alltid skall kunna ta hänsyn till skiljaktigheter i individuella förutsättningar. Vidare skall den som ansvarar för hälso- och sjukvården så långt det är möjligt inrätta sin verksamhet så att betydelsen av t. ex. geografiska eller språkliga och kulturella olikheter kan begränsas.

Slutligen innebär "på lika villkor" också att det inte skall göras någon principiell skillnad mellan våldsökande med olika slag av vårdbehov. Den långtidssjuka skall alltså ha precis samma rätt att ställa anspråk på hälso- och sjukvårdens tjänster som den akut sjuka.

De våldsökande har den besvärsrätt som följer av kommunallagen (jfr avsnitt 11.4.2 i det föregående) och har därutöver alltid möjligheten att vända sig till medicinalväsendets ansvarsnämnd för att få prövat om någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen förfarit felaktigt. I prop. 1978/79:220 har regeringen nyligen lagt fram vissa förslag som avser att förändra ansvarsnämndens ställning m. m. Med hänsyn till att några beslut ännu inte hunnit fattas av riksdagen har vi inte ansett oss kunna beakta förslagen i vårt arbete.

Enligt de fem uppräknade kraven för att hälso- och sjukvården skall kunna uppnå sina övergripande mål och vara en "god" hälso- och sjukvård skall den särskilt

1. *tillgodose de våldsökandes behov av trygghet och kvalitet:*

Härigenom fastslås som ett grundläggande krav att hälso- och sjukvården skall tillgodose uppkommande behov av vård med den form av ingripande som varje enskilt fall fordrar. Kraven på rent medicinsk säkerhet och kvalitet går många gånger före andra avgöranden. Även om de till stor del kan tillgodoses inom vårdformer som inte kräver så stora resurser, måste den enskilde våldsökande alltid kunna känna tryggheten att han blir väl omhändertagen när han vänder sig till hälso- och sjukvården och att rådgivning och behandling sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eller andra kvalitetsnormer.

2. *präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållanden:*

Så långt det är möjligt och lämpligt skall hälso- och sjukvården grundas på god kunskap om den enskildes förhållanden i deras helhet. De rent medicinska behov som i regel varit den direkta anledningen till att en människa sökt vård skall alltså inte ensamma bilda utgångspunkten för hur vården skall läggas upp. Vården skall där det går och inte är uppenbart onödigt eller olämpligt utformas under hänsynstagande också till andra faktorer, t. ex. den våldsökandes allmänna sociala situation, arbetsförhållanden, utbildning och kulturella bakgrund. Inte minst är det angeläget att förhållanden som särskilt gäller invandrare kan beaktas.

3. vara nära och lätt tillgänglig:

Hälso- och sjukvård skall i princip stå till alla vårdsökande människors förfogande utan att någon skall behöva företa långa resor för att kunna komma till en läkare eller en distriktssköterska. Mottagningar skall lokaliseras så att det vid behov är lätt för vem som helst att ta sig dit eller omvänt lätt för läkaren eller distriktssköterskan att komma hem till den som behöver vård eller tillsyn i sin bostad.

För att vara nära tillgänglig bör verksamheten vidare från början ha byggts upp från förutsättningen att den skall kunna grundas på god förtroenhet med människornas levnadsvillkor och på ett lätt och förtroendefullt informationsutbyte mellan hälso- och sjukvården och de vårdsökande. Med att vara lätt tillgänglig avses inte minst – som utvecklats i kap. 6 – att kunna hålla öppet på tider som passar dem som söker sig till en mottagning m. m.

Det behöver här inte bara vara en rent vårdorganisatorisk fråga som uteslutande har anknytning till hur själva hälso- och sjukvårdens lokalmässiga uppläggning skall se ut. Närhet och lättillgänglighet har också avseende på exempelvis planeringen av den kollektiva persontrafiken, så att t. ex. busstidtabeller i möjligaste mån anpassas till mottagningstider på en vårdcentral etc. I den delen har landstings- och primärkommunerna numera goda förutsättningar att gemensamt verka för en ändamålsenlig organisation genom bestämmelserna i lagen (1978:438) om huvudmannaskap för viss kollektiv persontrafik.

4. utgå från den enskildes eget ansvar för sin hälsa och vara grundad på aktning för människors rätt till självbestämmande och okränkbarhet:

I denna punkt markeras den enskildes roll och att vad han gör eller inte gör är en central fråga inom hälsopolitiken. Det egna engagemanget kan inte begränsas till att gälla enbart vid människornas kontakt med hälso- och sjukvården utan måste också omfatta den enskilde när han är frisk och hans val av livsstil. Hälso- och sjukvårdens uppgift skall inte uteslutande vara att stå till tjänst vid sjukdomstillstånd utan även omfatta råd och hjälp i syfte att förebygga ohälsa.

Punkten avser också att stryka under vikten av en medmänsklig och förstående inriktning av hälso- och sjukvården. En vårdsökande är alltid en medmänniska som har rätt att behålla sin värdighet och sin integritet i vilket tillstånd han än befinner sig när han kommer till sjukhuset eller mottagningen. Han har också alltid ett eget ansvar för sin hälsa, välfärd och livsföring. Verksamheten i hälso- och sjukvården måste utgå från detta förhållande: det är emellertid här inte bara fråga om vad som brukar kallas egenvård och som diskuterats i det föregående under kap. 6. Det är väsentligt för effekten av den insatta vården att den kan genomföras i ett positivt samspel med den vårdsökande själv och att det därmed finns en ytterligare motivation hos denne för att resultatet skall bli så bra som möjligt.

Vårdpersonalens samarbete med den vårdsökande behandlas under 13 §.

Det är ofrånkomligt att frågorna kring rätten till dödshjälp aktualiseras när rättigheter och skyldigheter regleras. I detta sammanhang bör därför påpekas att innehållet i förevarande punkt under inga förhållanden är avsett att kunna åberopas i en dödshjälpssituation. Aktningen för människors själv-

bestämmanderätt kan alltså aldrig sträcka sig så långt att en begäran från en svårt sjuk människa att av någon som är verksam inom hälso- och sjukvården få aktiv hjälp att beröva sig livet skall efterkommas. Varje vård-sökande har däremot en obegränsad rätt att avstå från behandling och kan därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas. Detta gäller bl. a. när en vård-sökandes religiösa tro förbjuder honom att gå med på ett visst förfarande, t. ex. när ett Jehovas vittne nekar att ta emot en blod-transfusion. Hithörande frågor behandlas också av utredningen beträffande sjukvård i livets slutskede.

Slutligen bör det påpekas att bestämmelsen begränsas genom annan lagstiftning. Exempel på tvångsåtgärder som inskränker självbestämmande-rätten föreligger genom lagen (1944:133) om kastrering, lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall samt smittskyddslagen (1968:231).

5. vara organiserad så att goda kontakter mellan den vård-sökande och hälso- och sjukvårdens personal underlättas:

Den femte punkten avser att fästa uppmärksamheten på vikten av kontinuitet i vården och av att detta också måste beaktas när man bygger upp en god hälso- och sjukvårdsorganisation.

För många vård-sökande innebär det ett problem – utöver andra svårigheter som möter dem – att de ofta träffar ny personal varje gång de kommer till en mottagning. De måste då lämna ut samma sakuppgifter varje gång, i den mån journalen inte är tillräckligt fyllig. För dem som vid mycket täta tillfällen måste söka läkare för t. ex. vissa ingående undersökningar inför en presumtiv operation eller långa behandlingsserier kan detta te sig mycket besvärande och därutöver äventyra resultatet av vården. Kontinuiteten är också viktig för hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att genomföra en god vård. Problemen gäller inte bara inom den öppna vården utan i lika hög grad inom den slutna. Genom bl. a. en lämplig uppläggningsplan för t. ex. återbesök likaväl som för kompensationsledighet och semestrar bör sådana förhållanden kunna bli bättre, om de också knappast kan elimineras helt som problem. Frågorna har utvecklats i kap. 6.

Hälso- och sjukvården i landstingskommunerna

Under lagförslagets andra huvudrubrik finns 12 paragrafer med grundläggande bestämmelser om den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Sex underrubriker markerar de olika delarna av det materiella innehållet: landstingskommunens totalansvar (3–6 §§), nämnder (7–10 §§), personal (11 §), villkor för anställning (12 §), samverkan och förtroende i vården (13 §) och vårdavgifter (14 §).

Landstingskommunens totalansvar

3 §

Genom denna paragraf lagfästs det *totala* ansvar för hälso- och sjukvården, som enligt vad som närmare utvecklats under kap. 8 skall åvila landstingskommunerna, var och en inom sitt område.

Totalansvaret är till sin innebörd ett samlat åliggande för landstingskommunen att värna om ett gott hälsotillstånd hos alla sina invånare och att se till att deras gemensamma behov av god hälso- och sjukvård tillgodoses på lika villkor. Det är i allt väsentligt fråga om ett ansvar för att den offensiva hälsopolitiken förverkligas och förs ut i praktisk tillämpning. Landstingskommunen skall med utgångspunkt i de övergripande mål som angetts i 2 § aktivt medverka till att förebygga sjukdomar, så omsorgsfullt som möjligt kartlägga hälso- och sjukvårdsbehoven, ansvara för att möjligheter till vård finns att tillgå och gemensamt med andra vårdgivare planera och utveckla hälso- och sjukvården i hela dess omfattning.

Landstingskommunens ansvar innebär dels ett förstahandsansvar för att hälso- och sjukvård erbjuds alla vård sökande, dels ett åtagande att inrikta hälso- och sjukvårdens verksamhet på att främja hälsotillståndet hos hela befolkningen, på sätt som närmare preciseras bl. a. i 4 och 5 §§.

Totalansvaret går utöver det andrahandsansvar som finns stadgat i sjukvårdslagen, nämligen att sörja för vård i den mån ingen annan gör det. Som närmare anges i 4–6 §§ skall landstingskommunen planera för vårdens utbyggnad och inriktning i dess helhet, inte bara stå till förfogande för de vård sökande som inte kunnat erbjudas vård någon annanstans. Totalansvarets avgränsning i förhållande till företagshälsovård, privatpraktiserande vårdgivare och andra verksamhetsområden har behandlats i kap. 8.

Ansvaret innebär att hälso- och sjukvård skall kunna erbjudas alla som är bosatta inom landstingskommunen. Den personkrets som omfattas av ansvaret sammanfaller alltså med den som avses i nuvarande lagstiftning (3 § första stycket sjukvårdslagen). Det är var man är bosatt som är avgörande (12 § folkbokföringsförordningen 1967:198). Någon anknytning till medlemskap i landstingskommun (1 kap. 3 § kommunallagen) föreligger sålunda inte.

I andra stycket stadgas ett ansvar för att de som mer tillfälligt vistas inom landstingskommunen skall kunna beredas akutvård om det blir nödvändigt. Någon närmare precisering av gränserna för vad som skall anses som "den vård som omedelbart behövs" kan inte komma i fråga; detta får prövas i varje enskilt fall. Läkare eller annan vårdpersonal bör som hittills kunna avgöra om en sjuk patient måste tas om hand genast eller om hans tillstånd medger att han kan skickas hem till sitt eget län.

Vissa speciellsituationer med anknytning till regionsjukvården är i ansvarshänseende inte lösta genom föreskrifterna i lagförslaget men förutsätts bli reglerade genom särskilda överenskommelser. Hit hör t. ex. den situationen att en patient är bosatt i en landstingskommun som saknar regionvårdsresurser inom sitt område och har behov av specialistvård på regionnivå.

Enligt tredje stycket jämföras de landstingsfria kommunerna och deras organ med landstingskommunerna. Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 1 § 2 mom. sjukvårdslagen. Primärkommunerna Göteborg, Malmö och Got-

land står utanför landstingskommunerna. I sin egenskap av sjukvårdshuvudmän omfattas de av alla bestämmelser som i sådant hänseende avser landstingskommun. Det gäller också vårt lagförslag.

4 §

Enligt paragrafen skall landstingskommunen svara för en orsaksinriktad totalplanering av hälso- och sjukvården inom sitt område. Vad som avses är ett allmänt planeringsansvar; någon speciell form för uppfyllandet av detta ansvar, t. ex. att översikts- eller detaljplaner skall upprättas eller att detta måste ske i vissa tidsperspektiv föreskrivs inte. Det anges inte heller någon underställnings- eller samrådsskyldighet med socialstyrelsen. En kontakt med tillsynsmyndigheten förutsätts ändå vara naturlig. Planeringen skall alltså kunna genomföras på det sätt landstingskommunerna finner mest ändamålsenligt, med beaktande av olika gemensamma intressen.

Med hänsyn till den vikt utredningen velat fästa vid det som i det föregående kallats närvård har i paragrafen uppställts krav på en särredovisning beträffande den delen av landstingskommunens planering.

Planeringen skall också, som framgår av paragrafens andra stycke, avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra. Detta är ett led i totalansvaret. Landstingskommunen skall alltså i planeringshänseende, vid sidan av sitt vårdgivaransvar för den övervägande delen av hälso- och sjukvården, i sin planering också ta med de grenar som andra huvudmän svarar för, däribland såväl t. ex. den vård som tillhandahålls av privatpraktiserande läkare och tandläkare som företagshälsovården. Vidare har landstingskommunen en skyldighet att väga in en allmän bevakning av den verksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet av riksomfattande karaktär som bedrivs i statlig regi, t. ex. vid riks försäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås.

5 §

Paragrafen lägger ett ansvar på landstingskommunerna att samarbeta med andra i planerings- och utvecklingsarbetet avseende hälso- och sjukvården. Samarbetsparter kan vara *samhällsorgan*, dvs. i huvudsak socialstyrelsen och kommunerna i länet men också t. ex. skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen och riks försäkringsverket samt på länsplanet bl. a. länskolnämnden, länsarbetsnämnden och de regionala stiftelserna för skyddat arbete, *organisationer*, exempelvis arbetsmarknadens organisationer och patientföreningarna, samt *enskilda*, i första hand privata vårdgivare av olika slag, t. ex. läkare, tandläkare och sjukgymnaster. Särskilt viktigt – inte bara i planeringsledet utan också i det dagliga arbetet – är samarbetet med den primärkommunala socialtjänsten.

Det bör också strykas under att planeringssamarbetet hela tiden innebär ett ömsesidigt givande och tagande. Det är alltså inte bara fråga om att landstingskommunerna skall ges tillfälle att få del av vad andra organ har att ge, utan i lika hög grad om att landstingskommunala erfarenheter skall kunna nyttiggöras också i planeringen av verksamheter som andra har ansvaret för.

Landstingskommunernas delaktighet i den allmänna samhällsplaneringen har på senare år blivit mer markerad än tidigare. Sålunda är landstingen enligt 18 § förordningen (1979:637) om länsplanering obligatoriska remissinstanser inför länsstyrelsernas länsplanering, och de har genom att de enligt lagen (1976:891) om val av ledamöter i länsstyrelsens styrelse fungerar som valkorporationer i detta hänseende ett icke oväsentligt inflytande på länsstyrelsernas länsplaneringsbeslut. Landstingen har också gemensamt med staten bildat regionala utvecklingsfonder, som ersatt de tidigare företagareföreningarna och som – genom bl. a. lagen (1978:19) om beslutanderätt för stiftelse som har bildats för att på regional nivå främja näringslivets utveckling – bereder dem goda möjligheter att påverka näringspolitiken på länsplanet. Därjämte har landstingskommunerna genom den redan i kommentaren till 2 § omnämnda lagen (1978:438) om huvudmannaskap för viss kollektiv persontrafik ett med primärkommunerna i princip gemensamt ansvar för länets kollektivtrafik.

Förevarande paragraf ålägger landstingskommunerna att vid sin medverkan i samhällsplaneringen ta till vara möjligheterna att väga in också allmänna hälsoaspekter i planeringsarbetet. Frågan är diskuterad i kap. 8 och 9.

6 §

I paragrafen berörs den del av landstingskommunens totalansvar som inom ramen för regionvårdssamarbetet knyter an till andra landstingskommuners planeringsansvar. Varje landstingskommun åläggs att i regionplaneringsledet samverka med de övriga landstingskommuner som ingår i samma region.

I andra stycket bemyndigas regeringen att fastställa indelningen i hälso- och sjukvårdsregioner. Också regionerna kommer alltså att avse hela hälso- och sjukvården och inte som hittills endast sjukvårdsdelen. I en rad detaljer är detta avsnitt beroende av den ännu inte avslutade departementsberedningen av regionsjukvårdsutredningens betänkande (SOU 1978:70) Region-sjukvården med tillhörande bilagor (SOU 1978:71–72). Dess innehåll har översiktligt redovisats i kap. 8.

Nämnder

7 §

Genom denna paragraf överförs i allt väsentligt innehållet i 9 § 1 mom. sjukvårdslagen till den föreslagna nya lagen. Till följd av att hälso- och sjukvården som samlingsbegrepp avses innefatta även tandvården överförs på samma gång också innehållet i 5 § folktandvårdslagen (1973:457).

I överensstämmelse med den föreslagna lagens rubrik och allmänna anda föreslås det samlande ledningsorganet för landstingskommunens hälso- och sjukvård få benämningen *hälso- och sjukvårdsnämnd*. Härigenom skulle man i lagtexthänseende i princip återgå till den benämning som återfunnits i äldre lagstiftning: 1924 års landstingslag talade sålunda efter en lagändring 1940 om hälso- och sjukvårdsberedning, kommunallagskommittén föreslog i sitt betänkande (SOU 1952:48) med förslag till landstingslag m. m. be-

nämningen hälso- och sjukvårdsnämnd och i prop. 1954:119 med förslag till landstingslag m. m. föreslogs benämningen hälso- och sjukvårdsstyrelse. Först genom 1962 års sjukvårdslag infördes lagtextmässigt den nuvarande benämningen sjukvårdsstyrelse.

Liksom tidigare har lagtextens uttryck ingen bindande verkan för landstingskommunerna: man kan som förut välja vilken benämning man finner lämplig utan att vara bunden av att lagstiftaren stannat för att kalla organet hälso- och sjukvårdsnämnd.

Genom att den nya lagen i denna del föreslås behålla samma tekniska konstruktion som den tidigare, lämnas landstingskommunen full frihet i valet mellan att ha en självständig hälso- och sjukvårdsnämnd, att låta en annan nämnd vara hälso- och sjukvårdsnämnd eller att lägga hälso- och sjukvårdsnämndens uppgifter hos förvaltningsutskottet. Därmed blir hälso- och sjukvårdsnämnden inte heller med det föreliggande förslaget någon obligatorisk landstingskommunal nämnd i den mening som t. ex. skolstyrelsen är en obligatorisk kommunal nämnd, utan liksom förut endast en fakultativ nämnd som är bärare av en obligatorisk landstingskommunal funktion.

Det bör framhållas att hälso- och sjukvårdsnämnden kommer att ha det övergripande ansvaret för landstingskommunens hälso- och sjukvård i dess helhet. Nämndens ansvar kommer alltså också att omfatta tandvården. Detta innebär att man inte längre kommer att kunna ha såväl en särskild nämnd för sjukvården som en separat nämnd för tandvården. Om man i en landstingskommun skulle önska lägga tandvårdsfrågor hos en särskild grupp förtroendemän står emellertid andra möjligheter öppna genom den nya lagstiftningen: man kan med stöd av 8 § – varom mera nedan – tillsätta ett eller flera särskilda organ för att under hälso- och sjukvårdsnämnden ha ledningsuppgifter på tandvårdens område, och man kan med stöd av hänvisningen i 9 § till 3 kap. 12 § andra stycket kommunallagen inrätta en tandvårdsdelegation inom hälso- och sjukvårdsnämnden.

Om förvaltningsutskottet är hälso- och sjukvårdsnämnd och utskottet inom sig inrättar en hälso- och sjukvårdsdelegation, bör det observeras att denna delegation inte därmed är att anse som hälso- och sjukvårdsnämnd. En sådan delegations uppgifter är begränsade på det sätt som anges i 3 kap. 12 § andra stycket kommunallagen och beroende av vad som särskilt föreskrivs genom reglemente eller i separata beslut. Delegationen är inte heller att anse som nämnd i kommunallagens mening och har inte alla en nämnd tillkommande befogenheter, sålunda bl. a. inte rätten att avge framställning till landstinget.

Den möjlighet till centraliserad personaladministration och egendomsförvaltning, som första styckets hänvisning till 3 kap. 14 § kommunallagen syftar på, är en direkt överföring från 9 § 1 mom. sjukvårdslagen. Genom detta stadgande, som infördes i anslutning till att den nya kommunallagen trädde i kraft den 1 juli 1977, får sålunda landstinget, i den mån annat inte är föreskrivet i lag eller annan författning, besluta att förvaltningsutskottet eller annan nämnd skall

1. handha förvaltning och verkställighet i fråga om egendom som annars förvaltas av annan nämnd, och

2. handlägga frågor om anställning, ledighet, vikariat eller skiljande från tjänst samt andra frågor beträffande personal som är underställd annan nämnd.

Landstinget kan alltså med stöd av detta stadgande besluta att den personaladministration och den egendomsförvaltning, som normalt skulle åligga hälso- och sjukvårdsnämnden, i stället skall föras över till förvaltningsutskottet eller en annan landstingskommunal nämnd.

Motiven bakom bestämmelsen i 3 kap. 14 § kommunallagen redovisas inte särskilt i detta sammanhang. I stället hänvisas till vad som anförs i ämnet i prop. 1975/76:187 Kommunal demokrati, ny kommunallag m. m. (sid. 473 ff).

8 §

Paragrafen kan närmast sägas motsvara 11 § 1 mom. första stycket sjukvårdslagen. Den innebär emellertid också vissa förändringar som öppnar betydelsefulla utvecklingsmöjligheter.

11 § 1 mom. sjukvårdslagen innebär att tillsynen vid och ansvaret för förvaltningen av sjukhus kan utövas av en direktion närmast under sjukvårdsstyrelsen. En sådan direktion kan vara gemensam för två eller flera sjukhus och kan utöver sjukhusförvaltningen anförtros andra motsvarande uppgifter inom sjukvården. Sjukvårdsstyrelsen kan vara direktion, om landstinget beslutar det.

Bestämmelsen är nödvändig för att förvaltande och verkställande uppgifter skall kunna anförtros ett lokalt landstingskommunalt organ. Med hänsyn till vad som brukar kallas det odelade ansvarets princip kan det nämligen annars för varje förvaltningsområde finnas bara ett enda förvaltningsorgan för hela landstingskommunen. Det fordras alltså uttryckligt lagstöd för att ett sådant organ som sjukhusdirektionen skall kunna tilldelas uppgifter av den art som direktionerna nu handlägger. Omvänt gäller att de utan sådant lagstöd skulle reduceras till att bli kommunallagsreglerade, endast rådgivande lokala beredningsorgan under sjukvårdsstyrelsen.

I kap. 9 har anförts att det liksom f. n. bör finnas möjlighet för landstinget att låta förtroendemannaorgan svara för den närmaste ledningen av olika delar av verksamheten. Vidare har hävdats att huvudmannen därvid bör kunna välja mellan olika organisationsformer och att det inte finns några avgörande skäl för att någon särskild form skulle vara att föredra framför andra. Därför borde den nya lagen endast ge de formella förutsättningarna för att man under hälso- och sjukvårdsnämnden skall kunna lägga ett ansvar på politiskt utsedda organ. Lagtexten borde inte närmare ange hur organen skulle vara sammansatta eller hur deras ansvarsområde skulle avgränsas.

Dessa frågor tas nu upp i lagförslagets 8 §. Därvid har den enligt sjukvårdslagen obligatoriska anknytningen till förvaltning av sjukhus inte tagits med. Det blir alltså möjligt för landstingskommunen att inrätta sådana organ både med och utan sådan anknytning. Det är inte heller nödvändigt att organets verksamhetsområde blir lokalt begränsat till en del av landstingskommunen. På detta sätt får landstingskommunen full frihet både att inrätta direktioner av nuvarande typ och med nuvarande ansvarsområden och att tillsätta nya förtroendemannaorgan för exempelvis den öppna vården,

tandvården, mödra- och barnhälsovården, den kirurgiska verksamheten eller preventivmedelsrådgivningen, endera inom landstingskommunen som helhet eller för geografiskt avgränsade sektorer. Härigenom öppnas också i dag inte föreliggande möjligheter att bredda förtroendemannainflytandet på hälso- och sjukvårdsområdet.

Den nuvarande benämningen direktion har i förslaget ersatts av det mer neutrala *organ*. Liksom i fråga om hälso- och sjukvårdsnämnden kan landstingskommunerna fritt bestämma vad de vill kalla dessa organ.

De organ som avses i denna paragraf blir liksom direktionerna att betrakta som nämnder i kommunallagens mening. Detta innebär bl. a. att de kan avge förslag direkt till landstinget och att landstinget skall besluta i ett sådant ärende (2 kap. 15 § kommunallagen), att de skall delta i beredningen av ärenden som berör dem innan landstinget fattar beslut (2 kap. 16 §), att de under sedvanliga förutsättningar kan väljas proportionellt (2 kap. 23 §), att deras ordförande kan interpelleras vid landstingsmöte (2 kap. 24 §), att de kan revideras av särskilda revisorer (5 kap. 1 §) och att besvär över deras beslut förs genom kommunalbesvär (7 kap. 2 §). Friheten för organ av denna typ är – på samma sätt som hittills gällt i fråga om direktionerna – i viss utsträckning beskuren genom att de enligt lagtexten verkar *under* hälso- och sjukvårdsnämnden. Härmed avses att hälso- och sjukvårdsnämnden i sin egenskap av det för hela landstingskommunen övergripande förtroendemannaorganet har en viss direktivrätt gentemot de övriga organen och därjämte en viss samordningsfunktion. Enligt 4 § första stycket 7. sjukvårdskungörelsen (1972:676) åligger det sålunda f. n. sjukvårdsstyrelsen att ge sjukhusdirektionerna de anvisningar för förvaltningen som behövs. Det överlämnar åt landstingskommunerna att genom reglementen eller på annat sätt slå fast vilka gränser som skall uppställas i detta hänseende.

9 §

I denna paragraf har samlats de allmänna hänvisningar till kommunallagen som behövs i fråga om hälso- och sjukvårdsnämnden och organ enligt 8 §. Vad som gäller om förvaltningsutskottet enligt 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen skall alltså gälla i tillämpliga delar också beträffande de nämnder som omnämns i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Motsvarande hänvisningar finns intagna i den nuvarande sjukvårdslagen (9 § 2 mom. och 11 § 4 mom.).

Hänvisningarna till kommunallagen innebär för hälso- och sjukvårdslagens nämnder i huvudsak följande.

Landstinget väljer ledamöter och suppleanter i nämnderna och bestämmer också antalet. Nämnderna skall ha minst fem ledamöter och antalet suppleanter bör vara minst lika stort som antalet ledamöter. Inkallelseordningen för suppleanterna skall bestämmas vid valet, om suppleanterna inte valts proportionellt (3 kap. 2 §).

Valbar till ledamot eller suppleant är den som a) är kyrkobokförd i kommun inom landstingskommunen, b) har uppnått aderton års ålder senast den dag nämndvalet förrättas och c) inte är omyndigförklarad av domstol. För den som inte är svensk medborgare tillkommer kravet att han skall ha varit kyrkobokförd i Sverige – men inte nödvändigtvis i kommun inom

landstingskommunen – den 1 november de tre åren närmast före valåret. Vissa särskilt angivna personer kan inte ingå i någon nämnd: landshövdingen, länsöverdirektören (i Stockholms län) och länsråden från länsstyrelsen samt inom landstingskommunen vissa ledande tjänstemän, t. ex. landstingsdirektören, sjukvårdsdirektören och sjukhusdirektörerna. Om ledamot eller suppleant upphör att vara valbar, förfaller uppdraget genast. Om en ledamot eller suppleant vill lämna sitt uppdrag, skall detta i princip respekteras (3 kap. 3 §).

Ledamöter och suppleanter har laglig rätt till den ledighet från anställning, som behövs för deras uppdrag (3 kap. 4 §).

Mandatperioden för ledamöter och suppleanter är tre år och räknas fr. o. m. den 1 januari året efter varje landstingsval. Om någon ledamot avgår före mandatperiodens slut, rycker den suppleant som står i tur upp som ordinarie, om valet varit proportionellt. Har valet inte varit proportionellt, förrättas fyllnadsval (3 kap. 5 §).

Landstinget väljer ordförande och en eller två vice ordförande i nämnden. Landstinget bestämmer också mandatperioden, som kan bli kortare men inte längre än mandatperioden som nämndledamot. Vissa särskilda bestämmelser om förfarandet vid förfall för ordinarie ledamot finns också (3 kap. 6 §).

Nämnden bestämmer tid och plats för sina sammanträden. Om ordföranden eller minst en tredjedel av nämndledamöterna anser det, skall sammanträde hållas även utan beslut i nämnden. Nämnden får kalla vissa särskilt angivna förtroendemän samt tjänstemän hos landstingskommunen och särskilda sakkunniga att närvara vid sammanträde med nämnden. Nämnden får också besluta att dessa skall få delta i nämndens överläggningar men inte i besluten. De har ingen laglig s. k. falsk reservationsrätt, dvs. rätt att få sin mening antecknad i protokollet (3 kap. 7 §).

Om en ledamot inte kan komma till ett sammanträde eller måste lämna ett sammanträde, inträder den suppleant som står närmast i tur. Om ledamoten inte varit med från början utan kommer senare till sammanträdet, får han gå in och tjänstgöra i suppleantens ställe. Har han däremot deltagit i sammanträdet och sedan gått därifrån, får han inte komma tillbaka och återuppta sin tjänstgöring, om suppleant ryckt in i stället för honom. Undantag föreligger för tjänstgöringsavbrott på grund av jäv och för sammanträden som varar mer än en dag. Motsvarande gäller för förhållandet mellan t. ex. förste och andre suppleanten, när den ordinarie ledamoten över huvud taget inte tjänstgör. Suppleanterna får närvara vid nämndens sammanträden och skall hållas underrättade om när och var nämnden sammanträder (3 kap. 8 §).

Enligt en beslutförhetsregel får nämnden handlägga ärende endast om mer än hälften av ledamöterna är närvarande. Det finns också en jävsregel, enligt vilken ledamot i nämnden eller annan som har att handlägga ärende hos nämnden inte får delta i eller närvara vid handläggningen av ärende som personligen rör honom själv eller hans make, föräldrar, barn, syskon eller annan honom närstående (3 kap. 9 §).

Beslut i nämnden fattas genom att ordföranden först ställer en proposition, som kan besvaras med ja eller nej, och därefter talar om vilket beslut han anser har fattats. Sedan "befäster" han nämndens beslut genom att slå sin

klubba i bordet, såvida ingen först begärt votering. Om votering begärs, verkställs den efter upprop och sker i allmänhet öppet men slutet om det är fråga om val eller tjänstetillsättning. Utgången bestäms genom enkel majoritet om det inte finns särskilda bestämmelser för någon speciell situation. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst om det inte är fråga om val eller tjänstetillsättning; i så fall skall man lotta. Protokoll förs på ordförandens ansvar. Protokollet skall innehålla vissa minimiuppgifter som särskilt anges i lagen. Det justeras av ordföranden och minst en ledamot, men justeringen kan också verkställas av hela nämnden. Justeringen skall äga rum senast fjorton dagar efter sammanträdesdagen (justering av hela nämnden kan dock göras vid nämndens nästa sammanträde). Ordföranden skall tillkännage justeringstidpunkten redan vid sammanträdet. Senast andra dagen efter justeringen skall uppgift om att den ägt rum och om var man kan ta del av protokollet anslås på landstingskommunens anslagstavla. Reservation mot beslut skall intas i protokollet och avges senast i anslutning till justeringen. Nämndernas protokoll skall vårdas enligt arkivreglemente som landstinget fastställer. Normalreglemente för landstingskommunal arkivvård har utfärdats av riksarkivet den 17 mars 1978 (3 kap. 10 §).

För precisering av tidpunkten när en handling skall anses ha kommit in till nämnden tillämpas bestämmelserna i 7 § förvaltningslagen (1971:290). Det innebär i huvudsak att en handling skall anses ha kommit in till nämnden "den dag då handlingen eller avi om betald postförsändelse, i vilken handlingen är innesluten" anlänt till nämnden eller på annat sätt nått en behörig tjänsteman. Denna paragraf i förvaltningslagen innehåller också en del specialbestämmelser för särskilda fall, som inte redovisas här. Delgivning med nämnden sker med ordföranden eller den som enligt reglemente, instruktion eller särskilt beslut är behörig att ta emot delgivning (3 kap. 11 §).

Landstinget får men måste inte anta reglemente med närmare bestämmelser om nämndens verksamhet. Reglemente är alltså inte obligatoriskt. Landstingsförbundet brukar åta sig att utarbeta underlag för landstingskommunernas lokala arbete med reglementen. Ett normalreglemente för sjukvårdsstyrelse utfärdades senast den 13 april 1977 (cirkulär AC 14/77). Landstinget kan också besluta att nämnden får uppdra åt a) "särskild avdelning, bestående av ledamöter eller suppleanter i nämnden" (dvs. en eller flera delegationer inom nämnden, ofta kanske nämndens presidium), b) en enda ledamot i nämnden, c) en enda suppleant i nämnden eller d) en enda tjänsteman hos landstingskommunen att på nämndens vägnar besluta i viss grupp av ärenden, vilkas beskaffenhet skall anges i reglemente eller särskilt beslut. Delegation av beslutanderätt kan alltså komma till stånd först efter beslut i två led: landstinget måste medge att delegation över huvud taget får ske och nämnden har sedan att utnyttja och precisera medgivandet. Delegation får inte förekomma i någon annan variant än dem lagen anger. Det innebär att s. k. *blandad delegation* (delegation till förtroendemän och tjänstemän gemensamt) och s. k. *vidaredelegation* (en delegat lämnar uppdraget vidare till någon annan utan den delegerande nämndens vetskap) inte anses tillåtna. I princip skall delegation avse beslutanderätt i ärendegrupper av saklig natur, i regel rutinärenden. S. k. *lokal delegation* (dvs. som avser ärenden som är knutna till ett geografiskt område) brukar därför inte godkännas. För lokalt förtroendemannainflytande står i stället organ

av den typ som behandlas i 8 § till buds. *Delegation till partssammansatta organ* är inte tillåten. (Den möjlighet för landstinget att efter kollektivavtal inrätta partssammansatta organ, som öppnas genom den 1 juli 1979 genomförda ändringar i kommunallagen mot bakgrunden av regeringens förslag i prop. 1978/79:188 om fördjupad företagsdemokrati i kommuner och landstingskommuner är alltså en annan sak och innefattar inte delegation av beslutanderätt från en nämnd.) Beslut som fattas med stöd av delegation skall anmälas till nämnden, men det är den som bestämmer hur – t. ex. hur ofta – detta skall ske. Delegation kan återkallas när som helst. Val av "särskild avdelning" kan under sedvanliga förutsättningar förrättas proportionellt. Vissa frågor får inte delegeras: det gäller framställning eller yttrande till landstinget och yttrande med anledning av att ett beslut hos nämnden överklagats. Sådana beslut måste alltså fattas av nämnden samfällt (3 kap. 12 § samt 10 § första stycket).

Utöver de paragrafer i kommunallagen där det finns en direkt hänvisning i förslaget till hälso- och sjukvårdslag bör här erinras om bestämmelsen i 3 kap. 15 §. Enligt den kan landstinget – oberoende av vad nämnden själv anser – besluta att ledamot eller suppleant i landstinget, förvaltningsutskottet, annan nämnd eller beredning skall få närvara vid nämndens sammanträden, även om han inte är ledamot eller suppleant i nämnden, och delta i överläggningarna men inte i besluten samt ha rätt att få sin mening antecknad i protokollet (falsk reservationsrätt). Paragrafen avser bl. a. att öka möjligheterna till insyn för den politiska oppositionens företrädare.

10 §

Denna föreskrift om tystnadsplikt för förtroendevalda innebär i allt väsentligt en överföring till den nya lagen av en bestämmelse som nu finns intagen i 35 § sjukvårdslagen. Vi har inte ansett det nödvändigt att behålla den precisering av tystnadspliktens räckvidd som nu gäller, dvs. att den begränsas till att avse vad den förtroendevalde fått veta "i sin egenskap" av ledamot eller suppleant i nämnden etc.

Om den nya sekretesslag, som är under förberedelse, får den innebörd som nu kan förutses, är det sannolikt att förevarande paragraf inte kommer att behövas. Vi måste emellertid i vårt förslag utgå från gällande rätt.

Personal

11 §

Vårt lagförslag innehåller inte lika detaljerade bestämmelser om landstingskommunernas hälso- och sjukvårdspersonal som den nuvarande sjukvårdslagen. Detta följer bl. a. av den nya lagens karaktär av övergripande ramlag.

Det har emellertid ansetts lämpligt att ta in en bestämmelse som – utöver att den innehåller föreskrifter om det medicinska ledningsansvaret (se nedan) – översiktligt anger att det skall finnas personal i hälso- och sjukvården med ett – var för sin kategori – avgränsat yrkesansvar som finns reglerat genom särskilda bestämmelser. Exempel på sådana bestämmelser är lagen

(1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvården m. fl. samt reglementet (1955:592 för barnmorskor, reglementet (1957:656) för sjuksköterskor, allmänna läkarinstruktionen (1963:341), allmänna tandläkarinstruktionen (1963:666), och kungörelsen (1964:428) om medicinpersonal under socialstyrelsens inseende. Det finns därutöver bestämmelser som utfärdats av socialstyrelsen, t. ex. instruktionen (MF 1969:77) för tandhygienist och kungörelsen (MF 1975:158) med föreskrifter om åligganden m. m. för personal inom hälso- och sjukvård m. fl.

Med yrkesansvar avses här det ansvar som omfattar alla personer som innehar den för sin yrkeskategori föreskrivna behörigheten och gäller det ansvar för sin yrkesutövning, som dessa har att bära inför socialstyrelsen. Såvitt gäller läkarna har det medicinskt-professionella ansvaret närmast utvecklats i läkartjänstutredningens betänkande (SOU 1971:68) *Läkartjänster. Konstruktion, behörighet, tillsättning m. m.* (sid 43 ff.). Vad som där sagts i ämnet gäller i huvudsak även i fråga om övriga berörda yrkeskategorier.

Yrkesansvaret skall skiljas från det *medicinska ledningsansvaret*, som regleras i denna paragraf.

Paragrafen första stycke motsvarar 16 § 1 mom. första punkten sjukvårdslagen samt 29 § 6. och 31 § 1. och 12. sjukvårdskungörelsen. Enligt förslaget skall ledningen av den medicinska verksamheten inom olika medicinska verksamhetsområden vara ett åliggande för läkare i överordnad ställning (behörig för självständig verksamhet) som tilldelats denna ställning av arbetsgivaren-huvudmannen. Ledningsansvaret innebär att dessa läkare inte bara ansvarar för sin egen medicinska verksamhet utan även har ett ansvar för underställd personals – andra läkares såväl som annan hälso- och sjukvårdspersonals – verksamhet. Den underställda personalen är skyldig att följa de direktiv och anvisningar som den ansvarige läkaren meddelar rörande den medicinska verksamheten. Den medicinskt ledningsansvarige läkaren är i sin tur skyldig att gå den underställda personalen till handa med de råd som behövs. Denna personal ansvarar härefter, på eget yrkesansvar, för sitt eget handlande inom ramen för sin kompetens.

Med medicinsk verksamhet avses här sådana arbetsuppgifter som kräver medicinsk utbildning, dvs. utredning och behandling i det enskilda vårdfallet jämte förebyggande insatser. Också fortlöpande verksamhet som gäller många vårdfall – även inom laboratorie- och annan serviceverksamhet – kan omfattas av medicinskt ledningsansvar. Inom sådan verksamhet som inte till övervägande del är medicinsk i denna mening bestämmer däremot huvudmannen själv enligt allmänna regler hur ledningen av verksamheten skall organiseras. Detta gäller t. ex. tandvården; i den delen bör emellertid observeras att frågan om ett lagfäst odontologiskt ledningsansvar torde komma att aktualiseras när riksdagens beslut med anledning av prop. 1978/79:41 om tandläkares utbildning m. m. börjar tillämpas. Vi har dock inte i vårt förslag tagit med några bestämmelser med anknytning till det odontologiska ledningsansvaret utan förutsätter att den frågan övervägs i samband med att övriga författningar om den nya tandläkarutbildningen utarbetas.

Beträffande den medicinska verksamheten är den ansvarige läkaren – i motsats till vad som gäller om hans övriga verksamhet – inte skyldig att följa föreskrifter av arbetsgivarens överordnade administrativa organ, t. ex. hälso- och sjukvårdsnämnden. Här är läkaren enbart ansvarig inför

socialstyrelsen som tillsynsmyndighet och medicinalväsendets ansvarsnämnd.

Avgränsningen av ledningsansvaret görs på samma sätt som i nuvarande lag, dvs. området för medicinskt ledningsansvar är undantaget från hälso- och sjukvårdsverksamheten som helhet. Avgränsningen har således betydelse när det gäller att skilja mellan läkarens medicinska ledningsansvar och det allmänna övergripande ansvar som åvilar landstingskommunen som vårdansvarig huvudman. Det finns också en gräns mellan läkarens ledningsansvar och det ledningsansvar som huvudmannen kan ålägga andra yrkesutövare med arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Ett sådant ledningsansvar kan också avse utredning och behandling av enskilda vårdfall. Det har samma innebörd som läkarnas medicinska ledningsansvar i så måtto att det gäller även för annan personals insatser. Inom varje särskilt område gäller ett enda ledningsansvar: flera yrkeskategorier kan alltså inte dela ett ledningsansvar.

Vi räknar med att ledningsansvaret för utredning och behandling – liksom gäller nu – till största delen kommer att ligga inom ramen för läkarnas ledningsansvar. Eftersom hälso- och sjukvårdande verksamhet i vidare mening inte är begränsad till medicinsk verksamhet, finns det dock områden där huvudmannen – som nyss nämnts – kan lägga ett ledningsansvar på annan personal än läkare. I den mån åliggandet att leda arbetet ej grundas på lagens bestämmelser om medicinskt ledningsansvar kommer arbetsledningen att utövas på grund av bestämmelser utfärdade i annan ordning. En lydadsplikt kan nämligen föreligga också på grund av vad hälso- och sjukvårdsnämnden särskilt förordnat, ensam eller efter överläggningar med personalorganisationerna utifrån de förutsättningar som uppställs av den arbetsrättsliga lagstiftningen. En anställd inom hälso- och sjukvården kan i sådan ordning ha tilldelats ett ledningsansvar för en viss del av verksamheten, som dock inte kan avse det område som lagen förbehållit den ansvarige läkaren. Lydnadsplikt gentemot en på detta sätt ledningsansvarig person gäller för alla slags yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården, sålunda även läkare.

Paragrafen anger som en naturlig förutsättning att det skall finnas flera läkare som var och en inom sitt verksamhetsområde – dvs. inom sin resp. specialitet – har det medicinska ledningsansvaret. Någon ytterligare reglering som hänvisar till en organisatorisk uppdelning i block e. d. behövs inte.

Härutöver finns också vad som brukar kallas det *administrativa ledningsansvaret*. Detta avser i det väsentliga det ansvar för samordning och disposition av resurserna inom en klinik eller ett block, som åvilar klinikchefer och blockchefer gentemot arbetsgivaren-huvudmannen. Det regleras f. n. genom bestämmelser i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen. Vi har emellertid kommit till slutsatsen att någon fortsatt lagreglering i denna del inte är nödvändig utan att det administrativa ansvaret bör kunna avgränsas genom överenskommelser mellan parterna på arbetsmarknaden. Frågan har förut diskuterats i kap. 9.

Det kan behöva erinras om att alla typer av ansvar alltid grundas på förutsättningen att den som bär ansvaret för en viss verksamhet aldrig kan göra gällande någon särskild rätt att ställa krav på större resurser som villkor för att han skall ta på sig ett sådant ansvar. På detta sätt finns alltså, vid

sidan av övriga förekommande ansvar av olika slag, också ett mer renodlat *resursansvar*.

I lagförslaget ges ett direkt stöd för läkarna att till annan personal delegera arbetsuppgifter som hänger samman med deras ansvar för den medicinska verksamheten. Detta innebär också ett överlämnande av beslutanderätt och ansvar inom de arbetsområden som berörs. En allmän strävan efter sådan delegation har i lagtexten uttryckts så att ansvaret bör så långt det är möjligt och lämpligt lämnas över till annan hälso- och sjukvårdspersonal. Delegation av detta slag är redan vanlig i hälso- och sjukvårdsarbetet och förekommer på alla nivåer inom de flesta verksamheter.

Den lagreglerade delegationsmöjligheten är begränsad till området för det medicinska ledningsansvaret, eftersom det är det ansvaret som enligt lagtexten åvilar läkarna. Delegation av annan beslutanderätt följer av allmänna regler och behöver inte lagregleras särskilt. Ansvaret bör delegeras när det är *möjligt*, dvs. när det föreligger rimliga förutsättningar för delegation genom att en person med tillräcklig kompetens finns tillgänglig för att ta över ansvaret i det aktuella hänseendet, och *lämpligt*, dvs. när den delegerande läkaren utifrån även andra grunder än ren kompetensbedömning anser att den som skall ta emot uppdraget kommer att klara av en mer ansvarsfylld uppgift och det inte i övrigt föreligger särskilda skäl för att läkaren skall behålla ansvaret.

Till skillnad från vad som gäller enligt kommunallagens delegationsregler kan s. k. vidaredelegation få förekomma i detta sammanhang, dvs. den person som tagit över ett ansvar kan få lämna detta vidare till annan person utan att först underställa frågan den ursprungligen delegerande läkarens prövning. En underordnad läkare med primärjour som fått ta över visst ansvar från läkaren som bär det medicinska ledningsansvaret kan alltså delegera detta vidare till annan vårdpersonal.

Villkor för anställning

12 §

Regeringen ges genom paragrafen ett allmänt bemyndigande att utfärda bestämmelser om villkor för anställning inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Regeringen kan överlåta åt socialstyrelsen att i stället meddela sådana bestämmelser. Paragrafen motsvarar delvis 36 § sjukvårdslagen.

Behörighetsvillkor för innehav av läkartjänst finns nu föreskrivna i 19–22 §§ sjukvårdskungörelsen (1972:676). Bestämmelser om villkor för läkarvikariat återfinns i 35 § samma kungörelse och om villkor för tjänst som sjuksköterska, barnmorska eller sjukgymnast i 36 §. För tandvården finns behörighetsföreskrifter avseende tandvårdschef, föreståndare vid specialisttandpoliklinik samt tandtekniker, tandhygienist eller tandsköterska i 4–6 §§ folktandvårdskungörelsen (1973:637). Sakkunnigförfaranden vid tillsättning av vissa läkar- och tandläkartjänster finns föreskrivna i 20 § 1 mom. sjukvårdslagen, 25–26 §§ sjukvårdskungörelsen och 8–10 §§ folktandvårdskungörelsen. Det närmare innehållet i alla dessa författningsrum redovisas inte här (se avsnitt 11.7). Enligt vad vi förut anfört (avsnitt 11.4.1) bör

behörighetsfrågorna bli föremål för särskild utredning. Vissa nu gällande bestämmelser i detta hänseende kan tills vidare föras in i den särskilda förordning vi har föreslagit.

I paragrafens andra stycke lämnas en hänvisning till särskilda bestämmelser om villkor för anställning vid undervisningssjukhusen. F. n. gäller i detta hänseende kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisnings-sjukhus (den s. k. KUSK). I beaktande av att vårt lagförslag avses omfatta även tandvården innebär detta en begränsning så tillvida som tandläkare vid vissa specialisttandpolikliniker för oralkirurgisk vård inte omfattas av hänvisningen.

Samverkan och förtroende i vården

13 §

Innehållet i denna paragraf knyter an till och utgör en påbyggnad av vad som förut tagits upp under punkten 4 i 2 § av vårt lagförslag. Där angavs att all hälso- och sjukvård skall vara grundad på aktning för människors rätt till självbestämmande och okränkbarhet med utgångspunkt i den enskildes eget ansvar för sin hälsa. Här ges nu – med de tidigare angivna grundprinciperna som en bibehållen bas – föreskrifter för hur vårdarbetet inom landstingskommunens hälso- och sjukvård skall bedrivas i förhållande till den enskilde vård sökande. I vårt förslag har vi velat lägga särskild vikt vid den enskildes möjligheter att själv kunna påverka den vård som skall meddelas honom och att hela tiden i princip ha full insyn i vad som sker.

Som vi berört i det föregående (avsnitt 11.4.3) har regeringen nyligen avlämnat prop. 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. till riksdagen. I det förslag till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl., som återfinns i propositionen, finns bl. a. ett par paragrafer som ligger mycket nära 13 § i vårt lagförslag. Med hänsyn till att riksdagen ännu inte fattat beslut om den nya tillsynslagen har vi inte ansett oss kunna ta ställning till hur en sådan lag skulle påverka vårt lagförslag i denna del.

Enligt första stycket skall hälso- och sjukvården för den enskilde vård sökande så långt det är möjligt läggas upp och genomföras i nära och förtroendefull samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och honom. Härigenom avses själva atmosfären i vårdmiljön medverka till en ökad motivation hos den vård sökande i syfte att vården skall kunna leda till bästa möjliga resultat. Personalen – och därmed avses självfallet inte bara läkare utan också all annan hälso- och sjukvårdspersonal – skall alltså i möjligaste mån tillsammans med den vård sökande gå igenom "hur det är fatt" och vad som skall ske under vistelsen på sjukhuset eller vårdcentralen. Därvid är det särskilt viktigt att den vård sökande får klart för sig att han inte är utlämnad i händerna på andra utan att vad han själv har för uppfattning tillmäts betydelse och kan påverka de åtgärder som kommer att vidtas med honom.

I andra stycket ges den vård sökande rätt till upplysning om sin hälsa

och om de behandlingsalternativ som kan föreligga. Detta är en förutsättning för att han skall kunna ge sin medverkan på ett sådant sätt som avsetts i paragrafens första stycke. Det innebär bl. a. att han inte bara skall ha rätt att få svar på de frågor han själv ställer utan också att han oberoende härav skall kunna få den information i övrigt om sitt tillstånd m. m. som kan lämnas. De inskränkningar som likväl följer av sekretesslagstiftningen berörs i tredje stycket.

En vårdsökandes rätt att få läsa sin journal och att mot avgift få en egen kopia av den följer inte av denna paragraf utan av annan lagstiftning (2 kap. 12–14 §§ tryckfrihetsförordningen). Beträffande den avgift som bör tas ut för journalkopior föreligger en rekommendation från landstingsförbundet den 29 november 1976 (cirkulär AC 50/76).

Genom sista meningen i andra stycket medger lagförslaget att samma information får lämnas till någon anhörig eller på annat sätt närstående, om den vårdsökande själv inte kan ta emot den på grund av att han är medvetlös, förvirrad eller av något annat sådant skäl. I detta ligger att en närstående eller anhörig kan medverka tillsammans med eller i stället för den vårdsökande själv. Det kan vara fråga om en anhörig men också om en närstående som inte är make eller släkting. I den mån det står klart att det är i den vårdsökandes intresse och sker med hans goda minne skall information lämnas till den närstående, om inte särskilda skäl talar emot det. Denne har emellertid inte någon egen rätt till information oavsett vad den vårdsökande kan antas vilja, om det inte rör sig om föräldrar som är vårdnadshavare eller någon som står i ett liknande förhållande till exempelvis en omtöcknad eller medvetlös person.

I tredje stycket ges en hänvisning till vad som i annan lagstiftning stadgas om tystnadsplikt och sekretess gentemot den vårdsökande. De nu gällande bestämmelserna återfinns dels i 3 § lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl., dels i 14 § lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar. I de delar som är aktuella i detta sammanhang har paragraferna för närvarande följande lydelse.

3 § 1975 års lag:

”Den som utövar eller har utövat verksamhet, för vilken gäller föreskrifter enligt 1 § (1975 års lag), får ej yppa något som har meddelats honom i förtroende i verksamheten eller obehörigen uppenbara vad han däri har erfarit om enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt. Vad som har sagts nu medför dock ej någon inskränkning i den skyldighet att lämna uppgifter som kan följa av annan författning.”

14 § 1937 års lag:

”Handlingar - - i ärenden rörande hälsovård, sjukvård - - må, i vad de angå enskilds personliga förhållanden, icke utan hans samtycke till annan utlämnas tidigare än sjuttio år efter handlingens datum. Även utan sådant samtycke skall dock handling som nu sagts utlämnas, om, med hänsyn till det ändamål för vilket utlämnande åstundas och omständigheterna i övrigt, trygghet kan anses vara för handen, att det ej kommer att missbrukas till skada eller förklenande för den vilkens personliga förhållanden i handlingen avses eller för hans nära anhöriga. Vid utlämnande böra erforderliga förbehåll göras.

Angår handling, som i första stycket avses, någons intagning, vård eller behandling å anstalt eller inrättning eller någons vård eller behandling av läkare annorledes än å anstalt, och finnes grundad anledning antaga att genom handlingens utlämnande ändamålet med vården eller behandlingen skulle motverkas eller någons personliga säkerhet sättas i fara, må utlämnande vägras, ändock att enligt bestämmelserna i första stycket utlämnandet bör ske. - - -"

Innehållet i dessa paragrafer medför vissa inskränkningar i fråga om den rätt till information m. m. som andra stycket avser att stimulera. Begränsningarnas mer exakta innebörd analyseras inte närmare i detta sammanhang, i beaktande av att regeringen inom kort väntas lägga fram en proposition med förslag till en helt ny sekretesslag med samordnade bestämmelser om tystnadsplikt och handlingssekretess.

Tystnadsplikten för förtroendevalda i hälso- och sjukvårdsnämnd eller organ som avses i 8 § följer av bestämmelserna i 10 § av vårt lagförslag.

Vårdavgifter

14 §

I paragrafen anges landstingskommunernas befogenhet att bestämma avgifter för hälso- och sjukvården.

Den kommunala avgiftsmakten leder sitt ursprung till 8 kap. 5 § regeringsformen, där det förutom att grunderna för kommunal beskattning skall regleras i lag föreskrivs att "i lag meddelas också föreskrifter om kommunernas befogenheter i övrigt".

I kommunallagen beaktas detta inte på annat sätt än att det genom lydelsen av 4 kap. 2 § - "Kommuns och landstingskommuns medelsbehov skall, i den mån det ej fylls på annat sätt, täckas med skatt - - -" - är förutsatt att kommunerna skall kunna ha andra finansieringsinstrument än beskattningen. Eftersom ett utnyttjande av andra inkomstkällor innebär att kommunerna tar i anspråk en dem tillkommande befogenhet, måste själva befogenheten till följd av grundlagens bud ha uttryckligt lagstöd. Detta har i förevarande lagförslag tagits in i 14 §. I nuvarande sjukvårdslag finns vårdavgiftsbestämmelser i 27-28 §§.

Enligt paragrafen får landstingskommunen besluta om de vårdsökandes avgifter för sin hälso- och sjukvård, i den mån annat inte är särskilt föreskrivet. Den frihet att fastställa vårdavgifter som kan tyckas föreligga är dock i många hänseenden beskuren just genom att det finns en rad särskilda bestämmelser av begränsande innehåll. Ett generellt "tak" finns också genom den allmänt gällande kommunala självkostnadsprincipen, dvs. den huvudsakligen på rättspraxis grundade princip enligt vilken kommuner och landstingskommuner inte får ta så mycket betalt för sina tjänster att intäkterna överstiger de kostnader som samma tjänster inneburit för kommunen eller landstingskommunen.

Den övervägande delen av landstingskommunens inkomster via patientavgifter har en nära anknytning till sjukförsäkringssystemet. I den delen öppnas genom 2 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring en möjlighet för regeringen att sätta ett "tak" för patientavgiften för läkarvård, tandvård och sjukvårdande behandling. En motsvarande möjlighet som avser sjuk-

husvård finns i 2 kap. 4 § samma lag. I praktiken får dessa frågor sin lösning genom de överenskommelser som regelbundet träffas mellan socialdepartementet och landstingsförbundet om storleken av såväl patientavgift som ersättning från sjukförsäkringen. Regeringens begränsningsmöjlighet har emellertid likväl tagits till vara genom en föreskrift i 19 § läkarvårdstaxan (1974:699). Detaljerna redovisas inte i detta sammanhang.

Andra begränsningar finns intagna i 24 § lagen (1956:2) om socialhjälp med dess hänvisning till vårdtaxan (1956:632) enligt socialhjälp- och barnvårdslagarna.

Det finns också bestämmelser av innebörd att viss vård skall vara kostnadsfri för den enskilde. Exempel på sådana återfinns i 25 a § skollagen (1962:319), 6, 18 och 23 §§ smittskyddslagen (1968:231), 2 § folktandvårdslagen (1973:457) och 35 § värnpliktsförmånsförordningen (1976:1008).

Det är alltså författningsbestämmelser av detta slag som lokutionen ”i den mån annat inte är särskilt föreskrivet” syftar på. Uppräkningen gör inte anspråk på att vara fullständig.

Frågan om avgiftsreglerna för s. k. utförsäkrade patienter har en tid varit aktuell och bl. a. medfört utslag i regeringsrätten av begränsande innebörd. Enligt en överenskommelse den 1 mars 1979 mellan socialdepartementet och landstingsförbundet om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen under åren 1980–1981 skall denna fråga skyndsamt ses över av en särskild arbetsgrupp. Översynen berörs också i regeringens prop. 1978/79:177 om ändrade ersättningsregler inom sjukförsäkringen, m. m. Härutöver har samma frågor också behandlats av socialutredningen i betänkandet (Ds S 1977:2) Avgifter inom långtidsvården.

Taxor för åtgärder som faller utanför vad som ersätts av den allmänna sjukförsäkringen har hittills brukat rekommenderas av landstingsförbundet (senast den 27 oktober 1977, cirkulär AC 50/77).

En översikt av vad som gäller i fråga om den kommunala avgiftsfinansieringen inom området hälso- och sjukvård har lämnats av 1976 års kommunalekonomiska utredning i betänkandet (SOU 1977:78) Kommunerna. Utbyggnad. Utjämning. Finansiering (sid. 194 ff).

Tillsyn m. m.

I en fristående avslutningsparagraf behandlas bl. a. tillsynsfunktionen över hälso- och sjukvården.

15 §

Genom paragrafen tilldelas socialstyrelsen rollen som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården i den mån annat inte är särskilt föreskrivet. Den motsvarar därigenom närmast 5 § sjukvårdslagen och 6 § folktandvårdslagen men också i viss mån 2 § reglementet den 30 juni 1960 för karolinska sjukhuset.

Socialstyrelsens samlade tillsynsfunktion kan rubbas något av att det med stöd av andra författningar kan finnas andra tillsynsmyndigheter för vissa grenar av hälso- och sjukvården. Bestämmelser av denna innebörd finns

t. ex. i 7 kap. 1 § arbetsmiljölagen (1977:1160), enligt vilket stadgande tillsynen över lagens efterlevnad på visst sätt delas mellan arbetarskyddsstyrelsen och yrkesinspektionen. En motsvarande bestämmelse avseende tillsynen över skolhälsovården finns i 1 kap. 5 § skollagen (1962:319), där denna uppgift läggs på skolöverstyrelsen. Vi har emellertid i kap. 8 föreslagit att tillsynen över skolhälsovården skall föras över från skolöverstyrelsen till socialstyrelsen.

Socialstyrelsens tillsyn preciseras genom föreskrifterna i förordningen (1967:606) med instruktion för socialstyrelsen.

Genom andra meningen i första stycket tillerkänns socialstyrelsen en generell rätt att utfärda allmänna råd till ledning för vården, t. ex. avseende diagnostik och behandling av olika slag. Därvid har styrelsen att som alla andra ämbetskrav beakta bestämmelserna i kungörelsen (1970:641) om begränsning i myndighets rätt att meddela föreskrifter, anvisningar eller råd.

Anvisningar beträffande t. ex. kommunalrättsligt betingade avgränsningar av hälso- och sjukvårdsnämndernas kompetens kan inte anses falla inom ramen för socialstyrelsens tillsynsfunktion. Sådana anvisningar bör vid behov i stället lämpligen kunna lämnas genom landstingsförbundets försorg.

I andra stycket ges regeringen rätt att ge ut de föreskrifter som behövs för att trygga enskilda människors säkerhet i vården. Regeringen bemyndigas vidare att föreskriva en skyldighet för den som bedriver hälso- och sjukvård att göra anmälan till socialstyrelsen när någon har skadats eller löpt risk att skadas i samband med vård. Vad som avses är en motsvarighet till den s. k. Lex Maria (10 § tredje stycket sjukvårdskungörelsen), som vi behandlat i det föregående i kap. 10.

Anmälningsskyldigheten skall alltså åläggas "den som bedriver hälso- och sjukvård", dvs. inom den offentliga hälso- och sjukvården den vårdansvarige huvudmannen/landstingskommunen. Det innebär att det inte som i den nuvarande Lex Maria är en specificerad befattningshavare (sjukhusdirektören, chefsläkaren eller styresmannen) som är ålagd skyldigheten, utan att landstingskommunen i stället lämnas frihet att själv avgöra hur denna skall uppfyllas, t. ex. genom en föreskrift i det lokala reglementet för hälso- och sjukvårdsnämnden. För att en sådan skyldighet skall kunna åläggas en landstingskommun eller en kommun fordras – till följd av bestämmelsen i 8 kap. 5 § regeringsformen – uttryckligt lagstöd.

Eftersom de vårdsökandes intresse av att skador och skaderisker förhindras är det väsentliga har vi i vårt förslag inte begränsat anmälningsskyldigheten till fall där vårdslöshet eller försummelse är för handen. Skyldigheten skall alltså vara generell och gälla oberoende av hur skadan eller risken för skada uppkommit.

De skador som avses i bestämmelsen är sådana av mer eller mindre allvarlig art. Detta har vi ansett självklart utan att någon särskild precisering behöver behållas i författningstexten: bagateller skall alltså inte anmälas. Vidare bör det vara självklart att det här är fråga om skador som drabbar eller kan drabba de vårdsökande; skador och skaderisker som avser hälso- och sjukvårdspersonalen omfattas i stället av ett motsvarande stadgande i 2 § arbetsmiljöförordningen (1977:1166).

I sammanhanget kan böra nämnas att den för sjukvårdshuvudmännen och konsortiet för patientförsäkring gemensamma samrådsgruppen nyligen

tillsatt en arbetsgrupp med uppdrag att överväga möjligheterna att utnyttja patientförsäkringens statistik för att förebygga nya skador och olycksfall inom hälso- och sjukvården.

En allmän skyldighet att tillhandahålla socialstyrelsen de uppgifter som styrelsen kan begära t. ex. i samband med en utredning som föranletts av en anmälan om skada bör anses föreligga utan särskild föreskrift i lagen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att lämna upplysningar till socialstyrelsen följer f. n. av 2 § kungörelsen (1964:428) om medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende. Frågan har i prop. 1978/79:220 föreslagits bli reglerad i en ny lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. Denna lag är ännu inte beslutad av riksdagen. Genom vårt förslag kompletteras alltså denna skyldighet med en motsvarande skyldighet för huvudmannen. Denne kan i sin tur anmoda anställd personal att yttra sig i uppkommande ärenden.

Genom paragrafens tredje stycke bemyndigas regeringen att delegera befogenheten att utfärda säkerhetsbestämmelser m. m. till socialstyrelsen.

Övergångsbestämmelser

1. Vi avstår från att ge något förslag i frågan när den nya lagen skall träda i kraft. Detta kan emellertid kan emellertid knappast ske tidigare än den 1 juli 1981. När lagen träder i kraft upphävs de nuvarande sjukvårds- och folktandvårdslagarna.

2. Enligt 34 § 1 mom. första stycket sjukvårdslagen kan besvär anföras hos socialstyrelsen över tjänsteförslag från sakkunniga i ärenden som gäller tillsättning av vissa läkartjänster (distriktsläkare, överläkare, biträdande distriktsläkare, biträdande överläkare och avdelningsläkare). Mot socialstyrelsens beslut med anledning av sådana besvär får talan inte föras.

I den mån sådana besvär anförts men inte hunnit slutbehandlas när den nya lagen träder i kraft, behövs en övergångsbestämmelse som reglerar hur man skall förfara. I punkten 2 anges att äldre bestämmelser skall tillämpas fram till dess socialstyrelsens beslut föreligger i de ärenden som kan vara aktuella. Eftersom socialstyrelsens beslut inte kan överklagas, behöver giltigheten inte utsträckas längre än till denna tidpunkt.

3. När folktandvårdslagen upphävs behöver vissa av dess bestämmelser finnas kvar under en övergångsperiod. De har tagits in under punkten 2 i övergångsbestämmelserna. Vi avser, som vi utvecklat under kap. 6, inte att genom våra förslag aktualisera några materiella ändringar i vad som f. n. gäller om folktandvården och landstingskommunens ansvar i den delen. Enligt vad vi kommit fram till bör de ifrågavarande bestämmelserna i folktandvårdslagen på detta sätt fortsätta att gälla intill utgången av december 1985. Tidpunkten kan få prövas om när 1978 års tandvårdsutredning lämnat sina förslag.

4. När sjukvårdslagen och folktandvårdslagen upphävs bör hänvisningar i andra författningar till dessa lagar i stället avse den nya lagen.

11.6 Förslaget till förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården

Vårt förslag om en hälso- och sjukvårdslag innebär bl. a. att de nu gällande sjukvårds- och folktandvårdslagarna avses bli upphävda. Detta har vi berört i det föregående.

I anslutning här till bör också sjukvårdskungörelsen (1972:676) och folktandvårdskungörelsen (1973:637) upphävas. Vi har tidigare i detta kapitel uttalat oss för att en särskild översyn bör göras av gällande behörighetsbestämmelser inom hälso- och sjukvården. I avvaktan på att en sådan översyn hinner genomföras och leda till beslut bör enligt vår mening en särskild förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården gälla övergångsvis. I en sådan förordning bör i det väsentliga föras in de behörighetsbestämmelser som nu gäller enligt sjukvårds- och folktandvårdskungörelserna. Ett förslag till förordning har redovisats på sid 46 i betänkandet.

Vi tar här upp några kommentarer till vårt förslag till förordning. Därvid har vi inte ansett det nödvändigt att göra dessa lika utförliga som specialmotiveringarna till vårt lagförslag.

I 1 § anges förordningens räckvidd till att ge bestämmelser om behörighet till vissa anställningar i landstingskommunal och kommunal hälso- och sjukvård. Ett andra stycke öppnar en möjlighet för socialstyrelsen att ge behörighetsdispenser vid vikariatsförordnanden. Vikariatsbestämmelserna i sjukvårdskungörelsen återfinns i 35–36 §§ och är i fråga om vikariat för läkare mer detaljerade än i vårt förslag. Vi har emellertid inte kunnat finna att dessa detaljer behöver stå kvar.

Det finns en allmän strävan att i nyare författningstexter använda de neutrala begreppen "anställning" och "arbetstagare" i stället för "tjänst" och "tjänsteman", som ofta lett till avgränsningssvårigheter. I vårt förslag till förordning använder vi därför genomgående begreppet "anställning".

2 § motsvarar helt 19 § sjukvårdskungörelsen.

3 § motsvarar i allt väsentligt 20 § sjukvårdskungörelsen. Vi har dock föreslagit en precisering i fråga om det i och för sig självklara undantaget för läkare under allmäntjänstgöring – dvs. läkare som har läkarexamen men som håller på att fullgöra den praktiska tjänstgöring som fordras för att legitimationen skall kunna meddelas (s. k. AT-läkare) – från de behörighetskrav som paragrafen uppställer. AT-läkare återfinns i den nu gällande sjukvårdskungörelsen under benämningen "underläkare", en benämning som enligt vårt förslag inte längre skall förekomma i författningstext.

4 § motsvarar 22 § sjukvårdskungörelsen. Genom den kan en läkare få allmänläkar- eller specialistkompetens även om hans utbildning inte i varje enskildhet följt vad som gäller enligt 5 § kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket. Dispens kan medges t. ex. om läkaren har annan utbildning som väl svarar mot krav som uppställs i kungörelsen.

5 § motsvarar 36 § sjukvårdskungörelsen. I vårt förslag är dock uppräkningsdelen i den nuvarande paragrafen kompletterad med två andra personal-

kategorier som också har legitimation från socialstyrelsen, nämligen glasögonoptiker och psykologer.

6 § saknar motsvarighet i nuvarande författningar. Att endast legitimerade tandläkare är behöriga att inneha tandläkartjänster i folktandvården har naturligtvis ändå ansetts gälla. Vi har dock av bl. a. tekniska skäl funnit det lämpligt att ta in bestämmelsen i vårt förslag.

7 § motsvaras av 5 § folktandvårdskungörelsen. De behörighetskrav för tandvårdschefstjänst som finns intagna i 4 § samma kungörelse har vi inte ansett oss böra ta med i vårt förslag till förordning, eftersom landstingskommunerna som en följd av vårt lagförslag kommer att få avgöra själva om denna personalkategori skall ingå i organisationen eller inte.

8 § motsvarar 6 § folktandvårdskungörelsen.

Genom 9 § slutligen ges socialstyrelsen en generell behörighet att utfärda de kompletterande behörighetsbestämmelser som kan visa sig erforderliga. Lagstöd för en sådan delegation till socialstyrelsen har tagits in i 12 § första stycket av vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag.

Enligt 21 § sjukvårdskungörelsen får läkare, som med stöd av 7 a § lagen om behörighet att utöva läkaryrket fått sin behörighet återkallad, inte anställas som läkare utan att socialstyrelsen åter förklarar honom behörig. De läkare som avses är dels de som utan att vara legitimerade förordnats att uppehålla statlig eller kommunal anställning som läkare eller att tjänstgöra som extra läkare eller som amanuens vid klinik eller poliklinik där medicinsk undervisning bedrivs, dels de som fått särskild begränsad behörighet att utöva läkaryrket (1 § b) och c) samt 9 § behörighetslagen). Någon bestämmelse i sjukvårdskungörelsen eller folktandvårdskungörelsen om verkan av deslegitimation finns inte. I vårt förslag till förordning har vi inte tagit med någon sådan bestämmelse och vi har heller inte fört över bestämmelsen i 21 § sjukvårdskungörelsen.

I sammanhanget bör noteras att regeringen i prop. 1978/79:220 föreslagit en lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. Det lagförslaget, som ännu inte hunnit leda fram till riksdagsbeslut, innehåller bl. a. bestämmelser om verkan av återkallelse av såväl legitimation som behörighet av annan valör.

I andra punkten förslaget till övergångsbestämmelser har tagits in en dispensregel för vissa psykologer som innehar anställning hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen utan att vara legitimerade. Dessa bör få behålla sin anställning eller kunna gå över till likvärdig anställning utan hinder av att legitimationskravet inte är uppfyllt. Detsamma gäller vikarier som psykolog.

Tredje punkten övergångsbestämmelserna ansluter – i fråga om besvär över sakkunnigas beslut om tjänsteförslag vid vissa tandläkartillsättningar – helt till andra punkten övergångsbestämmelserna till förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

11.7 Översiktlig jämförelse mellan våra författningsförslag och nu gällande sjukvårds- och folktandvårdsförfattningar

Det har framgått av det föregående att våra författningsförslag getts karaktären av ramlagstiftning, där endast övergripande och grundläggande bestämmelser tagits in. Därigenom bortfaller en rad föreskrifter – huvudsakligen avseende detaljer – i de nuvarande författningarna om sjukvård och folktandvård.

Våra förslag innebär inte i sig att det nu skulle förestå stora och genomgripande förändringar i den landstingskommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen. Tvärtom torde det vara rimligt att anta att den nuvarande organisationen åtminstone till att börja med kommer att behållas i stort sett oförändrad. Vi vill understryka att det inte har varit vår avsikt att alla bestämmelser skulle upphöra att gälla genom att de inte tas med i våra förslag till nya författningar. Även om åtskilliga detaljföreskrifter kan mönstras ut just genom att det varit vår strävan att hälso- och sjukvårdens huvudmän skall lämnas så stor frihet som möjligt att själva anpassa sin verksamhet efter egna önskemål, kommer innehållet i många bestämmelser att behöva gälla också i fortsättningen, trots att de inte passar in i ett ramlagstiftningsmönster. Föreskrifter som meddelas inom ramen för socialstyrelsens tillsynsfunktion m. m. är en teknik att täcka in behovet av sådana bestämmelser i annan författningsdräkt. Andra möjligheter står till buds i form av lokala bestämmelser som utfärdas av landstingskommunerna. mot bakgrund av allmänna råd från socialstyrelsen, rekommendationer från landstingsförbundet eller överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter.

Vi har ansett det angeläget att översiktligt redovisa hur innehållet i de nuvarande författningstexterna kommer att påverkas av de olika förslagen i vårt betänkande. Därvid går vi igenom sjukvårdslagen (1962:242), sjukvårdskungörelsen (1972:676), folktandvårdslagen (1973:457) och folktandvårdskungörelsen (1973:637) paragraf för paragraf, med deras lydelse uppdaterad fram till den 1 september 1979. I de fall där vi i vår kommentar angett att det är fråga om "detaljföreskrifter som inte behövs" i en hälso- och sjukvårdsförfattning av ramkaraktär kan de modeller för ersättningsbestämmelser, som vi nyss skisserat, komma till användning efter prövning i varje enskilt fall.

Vid vår genomgång har vi bortsett från vissa alltjämt gällande övergångsbestämmelser.

Sjukvårdslag (1962:242)**Inledande bestämmelser**

1 § 1 mom. Varje landstingskommun och kommun som ej tillhör landstingskommun eller ett *sjukvårdsområde*.

2 mom. Vad i denna lag sägs om landstingskommun skall, om ej annat särskilt stadgas eller eljest framgår, gälla jämväl kommun som ej tillhör landstingskommun.

3 mom. Bestämmelserna i denna lag gälla icke sådan vård av psykiskt utvecklingsstörda, som avses i lagen den 15 december 1967 (nr 940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, i vidare mån än som föreskrives i sistnämnda lag.

2 § 1 mom. Med sjukhus förstås i denna lag av landstingskommun driven anstalt för ombesörjande av sådan vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd, som fordrar intagning på anstalt (*sluten vård*). Såsom sjukhus skall dock ej anses tillfällig sjukvårdslokal för vård av sjuka, behäftade med smittsam sjukdom.

Vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd, som meddelas åt annan än den som är intagen på sjukhus, benämnes *öppen vård*.

2 mom. Därest landstingskommun bidrager till driftkostnaderna för sjukvårdsanstalt utan att likväl kunna anses driva den, äger regeringen förordna, att denna lag och med stöd därav meddelade föreskrifter helt eller delvis skola tillämpas på sjukvårdsanstalten.

Skyldighet att ombesörja sjukvård

3 § Landstingskommun åligger att för dem, vilka äro bosatta inom sjukvårdsområdet, ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom,

Bestämmelsen i 1 mom. utgår. Jfr. bl. a. avsnitten 7.3-4.

Bestämmelsen i 2 mom. motsvaras av 3 § tredje stycket i förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Bestämmelserna i 3 mom. utgår. Jfr. bl. a. specialmotiveringarna till 1 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Bestämmelserna i 1 mom. utgår. Begreppen sluten och öppen vård skall inte förekomma i den nya lagen (se avsnitt 7.4.4).

Bestämmelsen i 2 mom. utgår (detta följer av att 1 mom. utgår).

Bestämmelserna motsvaras av 3 § första och andra styckena (jfr. också 1 § andra stycket) i vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag.

skada, kroppsfel och barnsbörd, i den mån icke annan drager försorg här om.

Enahanda skyldighet att ombesörja vård åvilar landstingskommun för dem, som vistas inom sjukvårdsområdet utan att vara där bosatta, därest behov av omedelbar vård föreligger. I sådant fall gäller dock skyldigheten att bereda sluten vård endast så länge den vårdbehövande ej utan men kan flyttas till sjukhus, där den landstingskommun, i vilken han är bosatt, förfogar över vårdplatser.

Landstingskommun skall tillse, att inom sjukvårdsområdet finnes ändamålsenlig organisation för transport till och från sjukhus eller läkare av personer, vilkas tillstånd kräver att transporten utföres med fordon, som är inrättat för ändamålet.

4 § För öppen läkarvård utanför sjukhus skall landstingskommun vara indelad i läkardistrikt.

Bestämmelsen utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

Tillsyn

5 § Högsta tillsynen över landstingskommuns sjukvårdande verksamhet utövas av socialstyrelsen.

Bestämmelsen motsvaras av 15 § första stycket i förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Anordnande av sjukhus m. m.

6 § 1 mom. Sjukhus benämnes, om ej annat följer av vad nedan stadgas, *lasarett*, därest det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, och *sjukstuga*, om det företrädesvis är avsett för mindre krävande vård. Sjukstuga må vara försedd med högst 30 vårdplatser; dock må utan hinder härav vid sjukstuga anordnas vårdplatser för mindre krävande förlossningsvård och för sådan vård som avses i 6 mom. första stycket.

Bestämmelsen i 1 mom. utgår (jfr. bl. a. avsnitt 7.4.4).

2-3 mom, har upphört att gälla (*lag 1968:232*).

4 mom, har upphört att gälla (*lag 1966:294*).

5 mom, har upphört att gälla (*lag 1972:665*).

6 mom. Sjukhus benämnes *sjukhem* om det till huvudsaklig del är inrättat för vård av

a) långvarigt kroppssjuka, vilka äro i behov av sjukhusvård främst i form av personlig skötsel men icke lida av tuberkulos,

b) lättskötta psykiskt sjuka,

c) konvalescenter eller

d) vårdbehövande, jämförliga med de i a)-c) nämnda.

Vid sjukhem må anordnas vårdplatser för mindre krävande förlossningsvård.

7 § har upphört att gälla (*lag 1968:232*).

8 § har upphört att gälla (*lag 1979:607*).

Sjukvårdsstyrelse

9 § 1 mom. I landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun utövas ledningen av den sjukvårdande verksamheten enligt denna lag av en sjukvårdsstyrelse, i den mån annat ej följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179).

Landstingskommunen eller kommunen får tillsätta särskild sjukvårdsstyrelse eller uppdraga åt annan nämnd att vara sjukvårdsstyrelse. Har så ej skett är förvaltningsutskottet eller kommunstyrelsen sjukvårdsstyrelse.

2 mom. I fråga om särskild sjukvårdsstyrelse tillämpas bestämmelserna i 3 kap. 2-12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt.

Bestämmelsen i 6 mom. utgår (jfr. bl. a. avsnitt 7.4.4).

Bestämmelserna i 1 mom. motsvaras av 7 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Bestämmelsen i 2 mom. motsvaras av 9 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

3 mom. har upphört att gälla (*lag 1977:210*).

4 mom. Drives sjukhus gemensamt av landstingskommun och kommun, som ej tillhör landstingskommun, eller av flera landstingskommuner eller kommuner, som nyss sagts, äger regeringen medgiva att särskild styrelse utses för att fullgöra de åligganden, som eljest ankomma på sjukvårdsstyrelsen.

10 § Sjukvårdsstyrelse har att med uppmärksamhet följa sjukvårdens behov och utveckling samt att för landstinget eller kommunfullmäktige framlägga de förslag rörande sjukvården som finnas påkallade. Styrelsen skall verka för främjande av största möjliga planmässighet i sjukvården.

Direktion för sjukhus

11 § 1 mom. Närmast under sjukvårdsstyrelsen utövas tillsynen vid och ansvaret för förvaltningen av sjukhus av en direktion, i den mån annat ej följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179). Direktion må vara gemensam för två eller flera sjukhus och kan utöver sjukhusförvaltningen anförtros andra motsvarande uppgifter inom sjukvården.

Landsting äger besluta, att sjukvårdsstyrelsen skall utgöra direktion. I kommun som icke tillhör landstingskommun äger kommunfullmäktige motsvarande befogenhet.

2-3 mom. har upphört att gälla (*lag 1977:210*).

4 mom. I fråga om särskild direktion tillämpas bestämmelserna i 3 kap. 2-12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt.

5 mom. har upphört att gälla (*lag 1977:210*).

Bestämmelsen i 4 mom. utgår (jfr. bl. a. 6 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag).

Bestämmelsen utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

Bestämmelserna i 1 mom. motsvaras närmast av 8 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Bestämmelsen i 4 mom. motsvaras av 9 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

6 mom. Regeringen äger för särskilt fall medgiva undantag från bestämmelserna i denna paragraf.

12 § har upphört att gälla (*lag 1977:210*).

Tjänstemän i sjukhusledningen

13 § 1 mom. Ledningen av sjukhus och annan direktions underställd verksamhet inom sjukvården utövas under direktions av en särskild tillsatt *sjukhusdirektör* eller en läkare vid sjukhuset såsom *styresman*. Vid sjukhus med styresman skall dock ledningen av den ekonomiska förvaltningen utövas i den ordning sjukvårdsstyrelsen bestämmer. Ut ses annan än läkare till sjukhusdirektör, skall en läkare vid sjukhuset förordnas att såsom *chefsläkare* biträda sjukhusdirektören i medicinska angelägenheter.

Sjukhusdirektör tillsättes och entledigas av sjukvårdsstyrelsen efter direktions hörande. Styresman är den läkare, som ansvarar för sjukvårdens handhavande å sjukhuset, eller, om flera sådana läkare finnas, den av dem som förordnas till styresman. Dylikt förordnande meddelas, efter förslag av direktions, av sjukvårdsstyrelsen för viss tid eller tills vidare. I samma ordning utses chefsläkare för viss tid, högst fyra år, varvid dock sjukhusets överläkare, om flera sådana finnas, skola beredas tillfälle att yttra sig över direktions förslag.

2 mom. Flera sjukhus må ställas under ledning av en sjukhusdirektör eller en styresman. Är sjukhusdirektören gemensam för flera sjukhus, må även gemensam chefsläkare förordnas vid sjukhusen.

3 mom. Sjukvårdsstyrelsen må uppdraga åt tjänsteman vid visst sjukhus att fullgöra uppgift, som el-

Bestämmelsen i 6 mom. utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

Bestämmelserna i 1 mom. utgår (jfr. bl. a. avsnitt 7.4.4).

Bestämmelsen i 2 mom. utgår (administrativ detaljföreskrift som inte behövs).

Bestämmelsen i 3 mom. utgår (administrativ detaljföreskrift som inte behövs).

jest ankommer på tjänsteman i sjukhusledningen.

14 § Har inom landstingskommun anställts *sjukvårdsdirektör* såsom högsta chef närmast under sjukvårdsstyrelsen för förvaltning av sjukvården, skall tjänsteman i sjukhusledningen handhava sin förvaltning under sjukvårdsdirektörens ledning.

Sjukvårdsdirektör må i den omfattning och ordning regeringen bestämmer tilläggas uppgifter, som eljest ankomma på direktion eller tjänsteman i sjukhusledningen.

Efter sjukvårdsstyrelsens bestämmande må befattningshavare, som anställts såsom biträde åt sjukvårdsdirektören, självständigt fullgöra vissa på sjukvårdsdirektör ankommande uppgifter.

Bestämmelserna utgår (administrativa detaljföreskrifter som inte passar in i en ramlagstiftning).

Läkare

15 § I varje läkardistrikt skall finnas erforderligt antal *distriktsläkare*.

Härjämte må för biträde i sjukvården i läkardistrikt anställas *biträdande distriktsläkare* och *extra distriktsläkare*.

16 § 1 mom. Vid varje sjukhus skall finnas läkare, som har att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande, envar inom det verksamhetsområde som anförtrotts honom. Sådant verksamhetsområde må omfatta även sjukvård utanför sjukhuset.

2 mom. Läkare som avses i 1 mom. benämnes

- 1) vid lasarett, *överläkare*
- 2) vid sjukstuga, *sjukstuguläkare* samt
- 3) vid sjukhem *sjukhemsläkare*.

Socialstyrelsen kan efter framställning av sjukvårdsstyrelsen förordna att läkare som avses i 1 mom. även

Bestämmelserna utgår (föreskrifter om olika läkarkategorier skall inte finnas i den nya lagen).

Bestämmelsen i **1 mom.** motsvaras närmast av 11 § första stycket i förslaget till hälso- och sjukvårdslag (det medicinska ledningsansvaret).

Bestämmelserna i **2 mom.** utgår (detaljföreskrifter som inte behövs).

vid sjukstuga eller sjukhem skall benämnas överläkare.

3 mom. För fullgörande av viss del av överläkares åligganden må anställas *biträdande överläkare*. Därjämte må för biträde i sjukvården anställas *avdelningsläkare* och *extra läkare*.

Om särskilda skäl föranleda det, må extra läkare anställas med uppgift att fullgöra åligganden som ankomma på överläkare; och skall, om ej annat föreskrives, vad om överläkare stadgas äga tillämpning å sådan läkare, dock med undantag för de föreskrifter som gälla tjänstens tillsättning.

17 § För biträde i öppen och slutenvård må inom varje sjukvårdsområde anställas *underläkare*.

18 och 19 §§ har upphört att gälla (*lag 1972:665*).

20 § 1 mom. *Distriktsläkare* och *överläkare* förordnas av sjukvårdsstyrelsen tills vidare.

När tjänst som distriktsläkare eller överläkare skall tillsättas efter ansökning, åligger det sakkunniga, vilka utses i den ordning regeringen föreskriver, att, i den mån behöriga sökande anmält sig, på förslag uppföra de fyra med avseende å förtjänst och skicklighet främsta sökandena.

Närmare föreskrifter om sakkunnigförfarandet meddelas av regeringen.

Sedan förslag upprättats, förordnar sjukvårdsstyrelsen, i förekommande fall efter direktionens hörande, en av de sökande, som uppförts på förslaget.

2 mom. *Biträdande distriktsläkare*, *biträdande överläkare* och *avdelningsläkare* förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, i förekommande fall efter styrelsens bemyndigande, av direktionen tills vidare eller för viss tid.

Bestämmelserna i *3 mom.* utgår (föreskrifter som inte behövs).

Bestämmelsen utgår (föreskrift som inte behövs).

Bestämmelserna i *1 mom.* utgår (vi har i avsnitt 11.4.1 föreslagit att frågorna om behörighet och tillsättningsförförande skall utredas särskilt). Det är utan särskild reglering naturligt att hälso- och sjukvårdsnämnden som företrädare för landstingskommunen / arbetsgivaren är det organ som meddelar erforderliga förordnanden.

Bestämmelserna i *2 mom.* utgår.

Förordnande, som meddelats för viss tid, må förlängas.

När tjänst som avses i föregående stycke skall tillsättas efter ansökning äger 1 mom. motsvarande tillämpning. Därjämte gäller att den distriktsläkare eller överläkare som innehavaren av tjänsten närmast skall vara underställd skall höras innan förordnande meddelas.

3 mom. Sjukstuguläkare och sjukhemsläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen tills vidare.

4 mom. Underläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, i förekommande fall efter styrelsens bemyndigande, av direktionen för viss tid. För tillsättning av sådan tjänst gäller i övrigt de föreskrifter som meddelas av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer.

5 mom. Extra distriktsläkare och extra läkare tillsätts av sjukvårdsstyrelsen eller, i förekommande fall efter styrelsens bemyndigande, av direktionen genom förordnande på viss tid, dock att beträffande den som icke äger behörighet att utöva läkaryrket förordnande meddelas av socialstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande av sjukvårdsstyrelsen eller direktionen.

Omfattar tjänst som extra läkare åliggande som ankommer på överläkare, får direktionen ej meddelas sådant bemyndigande som avses i första stycket.

21 § Föreligger inom läkardistrikt eller vid sjukhus behov av att för särskilda sjukvårdsuppgifter konsultera annan läkare än sådan som avses i 15 eller 16 §, må dylik läkare (*konsultläkare*) stadigvarande knytas till läkardistriktet eller sjukhuset genom förordnande av sjukvårdsstyrelsen.

Bestämmelsen i 3 mom. utgår.

Bestämmelsen i 4 mom. utgår.

Bestämmelsen i 5 mom. utgår.

Bestämmelsen utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

22 § Har socialstyrelsen vidtagit åtgärd för att ställa läkare under åtal för förseelse i tjänsten eller enligt vad därom är särskilt föreskrivet anmält förseelsen till den som enligt lagen (1976:600) om offentlig anställning har att besluta om läkares avskedande, äger socialstyrelsen, om förseelsen är av sådan beskaffenhet att det för sjukvårdens behöriga uppehållande finnes nödigt att försätta läkaren ur tjänstgöring, med omedelbar verkan avstänga honom från utövning av tjänsten, dock icke längre än till dess frågan om tjänsteförseelse slutligt har prövats.

Övrig personal

23 § Förutom befattningshavare som i det föregående sagts skall för den sjukvårdande verksamheten finnas anställd den personal, som erfordras för att god vård skall kunna meddelas.

Intagning på sjukhus m. m.

24 § Om intagning på sjukhus beslutar inom ramen för vad sjukvårdsstyrelsen bestämt vederbörande överläkare, sjukstuguläkare eller sjukhemsläkare. Denne äger vid behov överlåta sin beslutanderätt på annan vid sjukhuset anställd läkare.

Vad i första stycket stadgas om intagning på sjukhus skall, om ej annat är särskilt föreskrivet, äga motsvarande tillämpning beträffande utskrivning av intagen person.

I fråga om intagning i vissa fall för beredande av sluten psykiatrisk vård och utskrivning efter sådan intagning meddelas bestämmelser i särskild lag.

25 § *1 mom.* På sjukhus må intagas endast den som är i behov av vård eller observation på sjukhus.

Bestämmelsen utgår (behöver inte tas in i en hälso- och sjukvårdslag; jfr. bl. a. 13 och 38 §§ regeringens förslag till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl., prop. 1978/79:220).

Bestämmelsen utgår (att god vård skall meddelas framgår av 3 § i vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag, och att det måste finnas personal torde vara självklart).

Bestämmelserna utgår (ryms i praktiken inom ramen för bestämmelsen om medicinskt ledningsansvar i 11 § av vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag).

Bestämmelserna i *1 mom.* utgår (följer av att 24 § utgår).

Intagning må ej äga rum för annan vård eller observation än sådan, varför sjukhuset är avsett, med mindre särskilt trängande omständigheter äro därtill.

Utan sjukvårdsstyrelsens medgivande må på sjukhus ej intagas annan än den, för vilken landsföretingskommunen jämlikt denna lag eller enligt avtal har att ombesörja sluten vård.

2 mom. Utan sådan prövning av vårdbehovet, som avses i 1 mom., skall intagning ske av

1) den som av läkare förklarats behäftad med eller misstänks vara behäftad med allmänfarlig sjukdom som avses i smittskyddslagen,

2) den som enligt 12 eller 13 § smittskyddslagen erhållit föreskrift eller anmaning att låta intaga sig för vård på sjukhus eller beträffande vilken beslut om intagning meddelats enligt 14 § nämnda lag samt

3) den som söker inträde på sjukhem, till vilket han hänvisats av läkare, som sjukvårdsstyrelsen bemyndigat att meddela dylik hänvisning.

3 mom. Har läkare enligt sjukvårdsstyrelsens bemyndigande hänvisat någon till intagning på sjukhus med angivande att vårdbehovet är trängande, skall denne utan vidare prövning omedelbart intagas, även om det fastställda antalet vårdplatser däri genom överskrides.

4 mom. Om sjukhus är uppdelat på kliniker, skall vad i denna paragraf sägs om sjukhus äga motsvarande tillämpning å klinik.

26 § Sjukvårdsstyrelse äger föreskriva, att intagning på visst sjukhem må ske endast efter ansökan som gjorts i den ordning styrelsen bestämt.

De bestämmelser i 2 mom. som berör smittskyddslagstiftningen bör finnas kvar men inte i en hälso- och sjukvårdslag (i samband med den författningsgenomgång som vi förutsatt i avsnitt 11.4.6 bör övervägas att föra in motsvarande regler i smittskyddslagen 1968:231).

Bestämmelsen i 3 mom. utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

Bestämmelsen i 4 mom. utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

Bestämmelsen utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

Vårdavgift m. m.

27 § Den som driver sjukhus äger bestämma efter vilka grunder och till vilket belopp vårdavgift skall erläggas till sjukhuset för där meddelad sjukvård, dock att beträffande vårdavgift, som det jämlikt lagen om socialhjälp eller barnvårdslagen åligger kommun att vidkännas, skall gälla vad i sagda lagar finnes stadgat.

Sättes vårdavgift till lägre belopp för sjuka från det egna sjukvårdsområdet än för andra sjuka, må ej till sistnämnda grupp hänföras den, som vid intagning är bosatt inom sjukvårdsområdet.

Vårdavgift må ej uttagas för vård och underhåll på allmän sal av den, som enligt smittskyddslagen är berättigad att kostnadsfritt åtnjuta vård och underhåll på sjukhus.

28 § Den, som intages på sjukhus och som själv har att svara för vårdavgiften eller del därav, är pliktig att i förskott inbetala vårdavgift för femton dagar åt gången. I stället för förskottsbetalning må lämnas godtagbar ansvarsförbindelse.

I fall då skyndsam vård är av nöden eller intagning för sluten psykiatrisk vård begäres av annan än den sjuke själv, skall intagning på allmän sal ske utan hinder av att vårdavgiften ej inbetalas i förskott och att godtagbar ansvarsförbindelse saknas, och skall i sådant fall vårdavgiften inbetalas eller ansvarsförbindelsen tillhandahållas så snart ske kan efter intagningen.

Förskottsbetalning eller ansvarsförbindelse må ej heller krävas vid intagning av försvaret tillhörande personal, för vilken vårdavgiften enligt vad därom är särskilt stadgat skall gäldas av statsverket.

Bestämmelserna motsvaras i vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag av 14 § (se bl. a. specialmotiveringarna).

Bestämmelserna utgår (se kommentaren till 27§).

29 § Den som är anställd i sjukvårdande verksamhet som avses i denna lag må ej för egen räkning mottaga ersättning av patient som undersökes eller behandlas inom verksamheten.

Bestämmelsen – som infördes 1970 i anslutning till genomförandet av ett system med enhetlig taxa i den öppna sjukvården ("7 kr.-systemet") och en därmed sammanhängande "totallöne reglering" för den offentligt anställda läkarkåren – behöver inte finnas med i en hälso- och sjukvårds lag men kan behövas tas in i administrativa föreskrifter som landstingskommunen/arbetsgivaren meddelar.

Särskilda bestämmelser

30 § I anslutning till sjukhus, där sluten psykiatrisk vård meddelas, må för där intagna sjuka som åtnjuta sådan vård anordnas vård i enskilt hem. Vården i enskilt hem benämnes *kontrollerad familjevård*.

Bestämmelsen utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

31 § Tjänst för läkare i hälso- och sjukvårdande verksamhet hos landstingskommun eller annan kommun må i den utsträckning regeringen föreskriver inrättas endast efter medgivande av socialstyrelsen.

Bestämmelsen utgår (se avsnitt 10.3.7).

Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer må meddela föreskrifter i syfte att anpassa antalet underläkartjänster inom olika verksamhetsområden till behovet av läkare med fullgjord vidareutbildning.

Bestämmelsen utgår (hithörande frågor bör lösas inom ramen för landstingskommunernas totalansvar; se bl. a. 5 § i vårt förslag till hälso- och sjukvårds lag).

32 § Driver kommun som tillhör landstingskommun anstalt, vilken är inrättad för ombesörjande av sluten vård, skall i fråga om sådan anstalt vad i denna lag och med stöd därav meddelade föreskrifter stadgas i tillämpliga delar lända till efterrättelse. Regeringen äger beträffande anstalt som nu sagts medgiva de undantag från lagens bestämmelser, som finnas erforderliga.

Kommunens fullmäktige må beträffande anstalt som avses i första stycket utan hinder av vad i denna

lag sägs uppdraga åt kommunal nämnd att vara sjukvårdsstyrelse och direktion.

33 § 1 mom. Beträffande sjukhus där undervisning för blivande läkare bedrivs eller avses skola bedrivs må regeringen meddela från denna lag avvikande föreskrifter.

2 mom. På framställning av sjukvårdsstyrelse äger regeringen medgiva de undantag från bestämmelserna i denna lag, som befinnas påkallade i samband med att huvudmannskapet för sjukvårdsanstalt övergår från staten till landstingskommun eller att styrelsen avser att pröva annan organisation beträffande ledningen av den sjukvårdande verksamheten under styrelsen än som föreskrives i lagen.

34 § 1 mom. Talan mot beslut av sakkunniga om tjänsteförslag enligt 20 § föres hos socialstyrelsen genom besvär. Mot socialstyrelsens beslut med anledning av sådana besvär får talan icke föras.

Om besvär över beslut av sjukvårdsstyrelse eller direktion gäller vad som stadgas i kommunallagen (1977:179).

2 mom. Vad i 1 mom. andra stycket sägs om besvär över direktionsbeslut skall äga motsvarande tillämpning beträffande sådana beslut av sjukvårdsdirektör eller i 14 § tredje stycket avsedd befattningshavare som, därest befattning såsom sjukvårdsdirektör icke funnes inrättad, det skulle ankomma på direktion att fatta.

35 § Den som är eller varit ledamot eller suppleant i sjukvårdsstyrelse eller direktion må ej till obehörig yppa något om patients hälso-tillstånd eller personliga förhållan-

Bestämmelsen i 1 mom. motsvaras av 12 § andra stycket i förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Bestämmelsen i 2 mom. utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

Bestämmelserna i 1 mom. utgår (jfr. avsnitt 11.4.2 och punkt 2 i övergångsbestämmelserna till vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag).

Bestämmelsen i 2 mom. utgår (delegationsreglerna i kommunallagen 1977:179 blir tillämpliga).

Bestämmelsen motsvaras av 10 § i förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

den i övrigt, om vilka han i sin nämnda egenskap erhållit kunskap.

36 § Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer äger meddela föreskrifter om särskilda villkor för behörighet till läkartjänst, så ock närmare bestämmelser angående tillämpningen av denna lag.

Tjänst som distriktsläkare får vara förenad med tjänst som lärare vid högskola. Regeringen meddelar bestämmelser om tillsättning av distriktsläkartjänst, förenad med sådan tjänst.

Bestämmelsen i första stycket motsvaras av 12 § första stycket i förslaget till hälso- och sjukvårdslag. Vid den författningsgenomgång vi förutsatt i avsnitt 11.4.6 kan böra övervägas om bestämmelsen i andra stycket behöver föras in i högskolelagstiftningen.

Sjukvårdskungörelse (1972:676)

1 § har upphört att gälla (*förordning 1975:103*).

2 § har upphört att gälla (*förordning 1979:734*).

3 § har upphört att gälla (*förordning 1979:608*).

Sjukvårdsstyrelse

4 § Sjukvårdsstyrelse åligger att

1. pröva fråga om sjukvårdsområdets indelning i läkardistrikt och om den öppna vårdens anordnande i övrigt, i den mån landstinget eller kommunfullmäktige ej beslutat därom,

2. se till att inom varje läkardistrikt finns erforderliga resurser för att tillgodose i första hand behovet av allmänläkarvård,

3. besluta om sjukhusens indelning i kliniker och avdelningar och om sammanförande av dessa till block,

4. vid behov besluta att distriktsläkare, som är underställda distrikts-

Bestämmelserna utgår (jfr. bl. a. avsnitt 9.3.2. Andra stycket motsvaras närmast av 4–5 §§ i förslaget till hälso- och sjukvårdslag).

överläkare, skall inordnas i block vid sjukhus,

5. meddela föreskrifter om fördelningen av läkarvårdsuppgifterna mellan distriktsläkare i läkardistrikt med flera sådana läkare och mellan överläkarna på klinik eller avdelning med flera sådana läkare,

6. se till att den som av domstol överlämnats till öppen psykiatrisk vård får lämplig vård och behandling,

7. ge sjukhusens direktioner de anvisningar för förvaltningen som behövs,

8. avge redogörelse före den 1 maj varje år för verksamheten under nästföregående år inom läkardistriktet och vid sjukhusen enligt föreskrifter som socialstyrelsen meddelar,

9. fullgöra vad som i övrigt enligt författningar eller landstingets eller kommunfullmäktiges beslut ankommer på styrelsen.

Sjukvårdsstyrelse bör efter samråd med berörda myndigheter göra upp översiktsplaner för sjukvården och olika grenar av denna.

Om beslut om indelning i läkardistrikt skall styrelsen underrätta socialstyrelsen.

Direktion

5 § Direktionen meddelar de föreskrifter som behövs för skötseln av den verksamhet som är underställd direktionen.

6 § har upphört att gälla (*förordning 1977:185*).

Sjukvårdsdirektör

7 § Sjukvårdsstyrelsen får uppdraga åt sjukvårdsdirektören att bereda och föredraga ärenden i direktion och vara dess verkställande

Bestämmelsen utgår (detaljföreskrift som inte behövs).

Bestämmelserna utgår (detaljföreskrifter som inte behövs).

tjänsteman. Sjukvårdsstyrelsen får även uppdraga åt sjukvårdsdirektören att i den utsträckning styrelsen bestämmer förfoga över anslag samt ansvara för vården av fastigheter och inventarier samt fullgöra organisatoriska och administrativa uppgifter som ankommer på lokal sjukhusledning.

Distriktsöverläkare

8 § Sjukvårdsstyrelsen får förordna distriktsläkare att som distriktsöverläkare leda den vård inom sjukvårdsområdet eller del av detta som bedrivs av distriktsläkare. Förordnande meddelas för högst fyra år.

Sjukvårdsstyrelsen eller i förekommande fall, efter styrelsens bemyndigande, direktion får förordna distriktsläkare att som biträdande distriktsöverläkare fullgöra vissa uppgifter som ankommer på distriktsöverläkare.

Har distriktsläkare ställts under ledning av direktion får förordnande som avses i första och andra styckena meddelas även överläkare som är underställd direktionen.

9 § Distriktsöverläkare skall iaktta vad sjukvårdsstyrelsen, sjukvårdsdirektören och i förekommande fall direktionen, sjukhusdirektören och chefsläkaren eller styresmannen samt blockchefen föreskriver om tjänsten. I övrigt åligger det distriktsöverläkare att

1. leda, planera och samordna distriktsläkarnas verksamhet,
2. verka för samordning av distriktsläkarnas och sjukhusens verksamhet,
3. se till att författningar samt andra föreskrifter och anvisningar som gäller för verksamheten finns tillgäng-

Bestämmelserna utgår (föreskrifter om olika läkarkategorier skall inte förekomma i den nya lagstiftningen).

Bestämmelserna utgår (administrativa detaljföreskrifter som inte passar in i en ramlagstiftning).

liga och att de som berörs därav underrättas om deras innehåll,

4. svara för att jourtjänsten ordnas tillfredsställande,

5. svara för att personal och utrustning utnyttjas effektivt,

6. se till att direktiv och riktlinjer för vården iakttages och att personalen noggrant fullgör sina åligganden,

7. föreslå åtgärder som behövs för att främja den verksamhet som är underställd honom,

8. se till att verksamheten bedrivs så ekonomiskt som möjligt.

Om distriktsläkarna ställts under ledning av direktion skall 3 och 4 gälla endast i den utsträckning sjukvårdsstyrelsen med stöd av 13 § 3 mom. sjukvårdslagen (1962:242) uppdragit åt distriktsöverläkaren att fullgöra göromålen.

Sjukhusdirektör, chefsläkare och styresman

10 § Sjukhusdirektören är direktionens verkställande tjänsteman, om denna uppgift ej tillagts sjukvårdsdirektör enligt 7 §. Han skall verka för att verksamhet som är underställd direktionen drives rationellt och under skäligt hänsynstagande till ekonomiska synpunkter.

Sjukhusdirektör skall iaktta vad sjukvårdsstyrelsen, direktionen och sjukvårdsdirektören föreskriver om tjänsten. I övrigt åligger det sjukhusdirektören att

1. verka för samordning av sjukvården inom den verksamhet som är underställd direktionen,

2. ha överinseende över personalen,

3. se till att författningar samt andra föreskrifter och anvisningar som gäller för verksamheten finns tillgängliga och att de som berörs därav underrättas om deras innehåll,

Bestämmelserna utgår (till större delen detaljföreskrifter som inte behövs. Beträffande tredje stycket – Lex Maria – se 15 § andra stycket i förslaget till hälso- och sjukvårdslag).

4. svara för att jourtjänsten ordnas tillfredsställande,

5. ha tillsyn över hygien i inom sjukhuset.

Om någon åsamkas allvarlig skada eller får allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhuset eller anledning föreligger att befara att sådan skada eller sjukdom senare uppkommer på grund av behandlingen, åligger det sjukhusdirektören att omedelbart anmäla förhållandet till socialstyrelsen och polismyndigheten samt sända avskrift av anmälan till sjukvårdsstyrelsen och direktiönnen. Är det uppenbart att vårdslöshet eller försummelse ej förelegat vid behandlingen behöver dock anmälan ej göras.

Är sjukhusdirektör ej läkare, är han befriad från de i andra stycket 4 och 5 samt tredje stycket angivna åliggandena.

Sjukhusdirektör, som ej är läkare, skall samråda med chefsläkaren vid beredning av ärende som skall handläggas av direktiönnen och i vilket medicinsk fråga förekommer.

11 § Chefsläkaren skall iaktta vad sjukvårdsstyrelsen, direktiönnen och sjukvårdsdirektören föreskriver om tjänsten. I övrigt åligger det chefsläkare att

1. fullgöra de uppgifter som anges i 10 § andra stycket 4 och 5 samt tredje stycket och därvid samråda med sjukhusdirektören.

2. anmäla de förslag rörande sjukvården som han finner påkallade för sjukhusdirektören,

3. biträda sjukhusdirektören i övrigt i medicinska angelägenheter.

12 § Styresman skall fullgöra vad enligt 10 § åligger sjukhusdirektör som är läkare. Han skall dock ej leda den ekonomiska förvaltningen eller

Bestämmelserna utgår (administrativa detaljföreskrifter som inte behövs i författningstext).

Bestämmelserna utgår (detaljförskrifter som inte behövs).

ha överinseende över den personal som tillhör denna förvaltning.

Styresman skall vid behov samråda med den som leder den ekonomiska förvaltningen och gemensamt med denne bereda de ärenden som skall handläggas av direktionen.

Klinik- och blockchefer

13 § Klinikchef är överläkare vid kliniken. Finnes flera överläkare vid kliniken förordnas en av dem till klinikchef. Till blockchef förordnas en av klinikcheferna inom blocket. Är distriktsläkare inordnade i block får även distriktsöverläkare inom blocket förordnas till blockchef. Förordnaden som här avses meddelas av sjukvårdsstyrelsen för högst fyra år.

Sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, direktionen får förordna överläkare eller biträdande överläkare vid kliniken att som biträdande klinikchef fullgöra vissa uppgifter som ankommer på klinikchef. Distriktsöverläkare, klinikchef, distriktsläkare eller överläkare inom blocket får även förordnas att som biträdande blockchef fullgöra vissa uppgifter som ankommer på blockchef.

Vad i första och andra styckena sägs om klinik och klinikchef äger motsvarande tillämpning på annan motsvarande avdelning vid sjukhus där medicinsk verksamhet bedrivs och på chef för sådan avdelning.

14 § Blockchef skall iakttä vad sjukvårdsstyrelsen, direktionen, sjukvårdsdirektören, sjukhusdirektören och chefsläkaren eller styresmannen föreskriver om tjänsten. I övrigt åligger det blockchef att

1. leda, planera och samordna verksamheten inom blocket,

Bestämmelserna utgår (jfr. bl. a. avsnitt 7.4.4 och 9.4.2).

Bestämmelserna utgår (jfr. bl. a. avsnitt 7.4.4 och 9.4.2).

2. svara för att vårdplatser, personal och utrustning inom blocket utnyttjas effektivt,

3. se till att direktiv och riktlinjer för blockets verksamhet iakttages och att personalen noggrant fullgör sina åligganden,

4. föreslå åtgärder som behövs för att främja blockets verksamhet och utveckling,

5. se till att verksamheten bedrivs så ekonomiskt som möjligt.

15 § Klinikchef skall iakta vad sjukvårdsstyrelsen, direktionen, sjukvårdsdirektören, sjukhusdirektören och chefsläkaren eller styresmannen samt blockchefen föreskriver om tjänsten. I övrigt åligger det klinikchef att

1. leda, planera och samordna verksamheten inom kliniken,

2. svara för att klinikkens vårdplatser, personal och utrustning utnyttjas effektivt,

3. se till att direktiv och riktlinjer för klinikkens verksamhet iakttages och att personalen noggrant fullgör sina åligganden,

4. föreslå åtgärder som behövs för att främja klinikkens verksamhet och utveckling,

5. se till att verksamheten bedrivs så ekonomiskt som möjligt.

Första stycket äger motsvarande tillämpning på chef för annan avdelning än klinik där medicinsk verksamhet bedrivs.

Inrättande av läkartjänst

16 § Socialstyrelsen beslutar hur många underläkartjänster för allmäntjänstgöring som får finnas inom varje sjukvårdsområde. Innan beslut meddelas skall styrelsen höra sjukvårdsstyrelserna i samtliga landstingskommuner och kommuner som ej tillhör landstingskom-

Bestämmelserna utgår (jfr. bl. a. avsnitt 7.4.4 och 9.4.2).

Bestämmelsen utgår (jfr. bl. a. avsnitt 10.3.7.4).

mun. Samråd skall också äga rum med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet.

17 § Tjänst för läkare i hälso- och sjukvårdande verksamhet hos landstingskommun eller kommun får, utom i fall som avses i 18 §, ej inrättas utan socialstyrelsens medgivande. Prövning av fråga om inrättande av tjänst för läkare skall ske på grundval av för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. I fråga om tjänst för läkare med allmänläkar- eller specialistkompetens skall prövningen i övrigt begränsas till att avse tjänstens medicinska verksamhetsområde.

Utan hinder av första stycket får socialstyrelsen utan prövning av medicinskt verksamhetsområde medge att tjänst inrättas som extra avdelningsläkare. Socialstyrelsen får föreskriva särskilda villkor för innehav av sådan tjänst.

Sjukvårdsstyrelsen i landstingskommun skall beredas tillfälle att yttra sig över ansökan om inrättande av tjänst som läkare hos kommun som tillhör landstingskommunen.

Socialstyrelsen meddelar de ytterligare föreskrifter om inrättande av läkartjänst som behövs.

18 § Utan socialstyrelsens medgivande får inrättas

1. tjänst som kräver en genomsnittlig arbetstid av högst 15 timmar i veckan,
2. tjänst som omfattas av beslut enligt 16 §,
3. tjänst som stadsläkare.

Utan medgivande av socialstyrelsen får också läkare som avses i 15 § sjukvårdslagen (1962:242) anställas som extra läkare och läkare som avses i 16 § nämnda lag anställas som

Bestämmelsen utgår (jfr. bl. a. avsnitt 10.3.7.4).

Bestämmelserna utgår (jfr. avsnitt 10.3.7.4).

extra distriktsläkare under förutsättning att anställningen avser en tid av högst tre månader under samma kalenderår.

Behörighet till läkartjänst

19 § Behörig till underläkartjänst för allmänläkar- eller specialistutbildning eller för därmed jämförlig utbildning är den som vunnit legitimation som läkare.

Den som har allmänläkar- eller specialistkompetens eller fyller kraven för sådan kompetens får ej utan socialstyrelsens medgivande förordnas till innehavare av tjänst som underläkare.

20 § Behörig till annan tjänst som läkare hos landstingskommun eller kommun än som deltidsanställd sjukstuguläkare eller som sjukhems- läkare, underläkare, extra distrikts- läkare eller extra läkare är den som förvärvat kompetens som allmänlä- kare eller specialist inom det område som tjänsten avser.

Socialstyrelsen fastställer särskilda behörighetsvillkor för läkartjänst, vars verksamhetsområde inte faller inom området för fastställd specialitet enligt 5 § kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket.

21 § Läkare, som med stöd av 7 a § lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket fått sin behörighet som läkare återkallad, får ej på nytt förordnas att uppehålla eller inneha läkartjänst utan att socialstyrelsen förklarat honom behörig att mottaga sådant förordnande.

22 § Socialstyrelsen får, om särskilda skäl föreligger, förklara läkare behörig till tjänst som avses i 20 §

Bestämmelserna motsvaras av 2 § i vårt förslag till förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården.

Bestämmelserna motsvaras av 3 § i förslaget till förordning.

Bestämmelsen utgår (jfr. avsnitt 11.6 och 18 § i regeringens förslag till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl., prop. 1978/79:220).

Bestämmelsen motsvaras av 4 § i vårt förslag till förordning.

även om hans utbildning avviker från vad där föreskrives.

Tillsättning av läkartjänst

23 § När tjänst som distriktsläkare eller överläkare skall tillsättas, skall sjukvårdsstyrelsen eller i förekommande fall, efter styrelsens bemyndigande, direktionen kungöra tjänsten ledig till ansökan. Sådan tjänst får dock utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan tillsättas med annan innehavare av tjänst som distriktsläkare eller överläkare inom sjukvårdsområdet om denna till följd av ändrad organisation blivit övertalig eller om andra särskilda skäl föreligger.

Första stycket äger motsvarande tillämpning i fråga om tjänst som biträdande distriktsläkare, biträdande överläkare och avdelningsläkare.

Kungörelse om att tjänst som avses i första och andra styckena är ledig skall införas i Post- och Inrikes Tidningar eller, om regeringen medger det, i annan publikation med föreläggande av tre veckors ansökningstid, räknad från dagen för kungörandet.

24 § Tjänst som avses i 19 § första stycket tillsättes genom förordnande för högst sex månader utöver den sammanlagda tid som behövs för den sökta utbildningen.

Underläkartjänst för allmäntjänstgöring tillsättes genom förordnande för högst två år.

Förordnande som meddelats enligt första eller andra stycket får förlängas utöver däri föreskriven längsta tid om särskilda skäl föreligger och socialstyrelsen ej förordnat annat. Sjukvårdsstyrelsen skall till socialstyrelsen anmäla när sådan förlängning skett.

Bestämmelserna utgår (jfr. vårt förslag i avsnitt 11.4.1 att frågorna om behörighet och tillsättningsförfarande skall utredas särskilt).

Bestämmelserna utgår.

24 a § Tjänst för extra avdelningsläkare, vars inrättande medgivits enligt 17 § andra stycket, tillsättes genom förordnande för viss tid, dock längst tre år. Förordnande som extra avdelningsläkare får ej innehas längre sammanlagd tid än tre år utan socialstyrelsens medgivande.

Bestämmelsen utgår.

25 § Socialstyrelsen utser efter samråd med sjukvårdsstyrelsen för högst fyra år sakkunniga som avses i 20 § 1 mom. sjukvårdslagen (1962:242). För varje sjukvårdsområde utses tre sakkunniga samt en suppleant för var och en av dem. Socialstyrelsen utser en av de sakkunniga att vara ordförande och en att vara vice ordförande.

Bestämmelserna utgår (särskild utredning).

Två sakkunniga skall om möjligt vara överläkare vid sjukhus inom sjukvårdsområdet. En sakkunnig samt en suppleant skall vara distriktsläkare eller eljest huvudsakligen verksam inom den öppna vården utanför sjukhus. Upphör sakkunnigs anställning inom sjukvårdsområdet under mandattiden, utser socialstyrelsen ny sakkunnig för återstoden av tiden.

De sakkunniga skall, om ingen av dem är verksam inom den specialitet som den lediga tjänsten närmast avser, tillkalla en läkare inom specialiteten att ingå som sakkunnig.

Vid behov får de sakkunniga efter medgivande av sjukvårdsstyrelsen inhämta yttrande från annan läkare med särskild erfarenhet från det verksamhetsområde som den lediga tjänsten avser.

26 § De sakkunniga skall samråda med varandra och utan onödigt dröjsmål meddela beslut.

Som de sakkunnigas beslut gäller den mening om vilken de flesta för enar sig eller, vid lika röstetal, ordförandens mening.

Bestämmelserna utgår.

27 § Den myndighet som skall tillsätta tjänsten skall utan dröjsmål anslå tjänsteförslaget på landstingskommunens anslagstavla med uppgift om den dag då anslaget skedde. Förslaget skall innehålla uppgift om eventuell skiljaktig mening. I kommun som ej tillhör landstingskommun anslås förslaget på kommunens anslagstavla.

Besvär över tjänsteförslaget skall ha kommit in till socialstyrelsen inom tre veckor från den dag då tjänsteförslaget anslogs.

28 § Beslut om tillsättande av läkartjänst, utseende av konsultläkare och förordnande av vikarie på vakant överläkartjänst skall anmälas till socialstyrelsen när tillträde har skett. Avser beslutet underläkartjänst för allmäntjänstgöring behöver anmälan dock ej göras.

Bestämmelsen utgår.

Åligganden för läkare i läkardistrikt

29 § I fråga om den som är bosatt inom hans distrikt eller som eljest vistas inom distriktet och behöver omedelbar vård åligger det distriktsläkare att

1. meddela enskild läkarvård, vari inbegripes hälsoundersökning, ympning, provtagning och därmed jämförlig åtgärd som utföres på enskilds begäran,

2. på begäran av den han undersökt eller behandlat utfärda intyg på grund av undersökningen eller behandlingen.

Distriktsläkare är skyldig att, om arbetsförhållandena medger det, meddela läkarvård och utfärda intyg även åt personer som besöker honom från angränsande läkardistrikt.

Det åligger vidare distriktsläkare att

3. med avseende på honom underställd personal ansvara för sjuk-

Bestämmelserna utgår (detaljföreskrifter som inte behövs. I samband med den författningsgenomgång som vi förordat i avsnitt 11.4.6 kan behovet av att föra över innehållet i punkterna 1-2 i t. ex. allmänna läkarinstruktionen 1963:341 behöva övervägas. Beträffande punkterna 3 och 6 kan erinras om bestämmelsen om det medicinska ledningsansvaret i 11 § första stycket vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag).

vårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande,

4. mottaga förordnande som blockchef, biträdande blockchef, distriktsöverläkare, biträdande distriktsöverläkare eller sakkunnig enligt 25§.

5. mottaga förordnande att tillsammans med egen tjänst uppehålla distriktsläkartjänst inom samma verksamhetsområde i angränsande läkadistrikt inom sjukvårdsområdet under högst tre månader varje kalenderår.

6. i fråga som ej direkt hör till hans medicinska verksamhet ställa sig till efter rättelse vad sjukvårdsstyrelsen, sjukvårdsdirektören och distriktsöverläkaren samt, om han lyder under direktion, direktionen, sjukhusdirektören och chefsläkaren eller styresmannen samt blockchefen föreskriver om tjänsten.

Vid fullgörande av sina åligganden enligt första stycket skall distriktsläkare iakttä de föreskrifter som meddelats enligt 4 § första stycket 5.

30 § Biträdande distriktsläkare, extra distriktsläkare och underläkare åligger att biträda distriktsläkaren. De är därvid skyldiga att fullgöra överordnad läkares åligganden vid tillfälligt förfall för sådan läkare och skall ställa sig till efter rättelse de bestämmelser som gäller för distriktsläkare.

Åligganden för läkare vid sjukhus

31 § Överläkare åligger att

1. ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande inom det verksamhetsområde som anförtrotts honom,

2. se till att när intagen person avlider eller hans tillstånd allvarligt för-

Bestämmelsen utgår (administrativ detaljföreskrift som inte behövs).

Bestämmelserna utgår (de kan i den mån behov kvarstår ersättas av bestämmelser genom socialstyrelsens försorg eller av administrativa föreskrifter som meddelas av landstingskommunen/arbetsgivaren. Vid den författningsgenomgång vi förör-

sämras någon av de närmaste anhöriga omedelbart underrättas,

3. anmäla till överförmyndaren när intagen person kan antagas behöva förmyndare eller god man samt när intagen icke längre bör vara omyndigförklarad,

4. omedelbart anmäla till polismyndigheten om vid dödsfall behov av rättsmedicinsk obduktion eller annan rättsmedicinsk undersökning kan antagas föreligga,

5. med iakttagande av bestämmelserna i obduktionslagen (1975:191) föranstalta om klinisk obduktion när någon avlidit på sjukhuset och obduktion är påkallad,

6. omedelbart underrätta chefsläkaren eller styresmannen om förhållande som avses i 10 § tredje stycket,

7. om patient som lämnar eller avser att lämna sjukhuset är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv, omedelbart underrätta någon av patients närmaste anhöriga och, om patienten är farlig för viss person, denne samt, om det behövs, lämplig myndighet,

8. se till att föreskrivna eller eljest behövliga journaler m. m. föres,

9. avgiftsfritt utfärda intyg om orsaken till intagning och om tid därför och för utskrivning om den som varit intagen på sjukhus begär det,

10. övervaka att förskrivning av läkemedel sker rationellt och med skälig hänsyn till ekonomiska synpunkter samt att sparsamhet iakttagas med förnödenheter och förbrukningsartiklar,

11. mottaga förordnande som chefsläkare, styresman, blockchef, biträdande blockchef, distriktsöverläkare, biträdande distriktsöverläkare, klinik- eller motsvarande chef eller sakkunnig som avses i 25 §,

12. i fråga som ej direkt hör till hans medicinska verksamhet ställa sig till efterrettelse vad sjukvårdssty-

dat i avsnitt 11.4.6 kan också behöva övervägas om någon bestämmelse bör tas in t. ex. i allmänna läkarinstruktionen 1963:341. Bl. a. bör punkt 9 uppmärksammas i detta sammanhang. Beträffande punkterna 1 och 12 hänvisas till 11 § första stycket i vårt förslag till hälso- och sjukvårdslag (medicinskt ledningsansvar). Punkt 6 (Lex Maria) berörs i 15 § andra stycket lagförslaget).

relsen, direktionen, sjukvårdsdirektören, sjukhusdirektören och chefsläkaren eller styresmannen, blockchefen och klinikchefen eller motsvarande chef föreskriver om tjänsten.

Överläkare inom den psykiatriska vården skall fullgöra de uppgifter som framgår av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall och föreskrifter som meddelats med stöd av nämnda lag.

Finns biträdande överläkare, är överläkaren befriad från åligganden enligt första och andra styckena i den mån åliggandena avser biträdande överläkarens verksamhetsområde. Biträdande överläkaren är i övrigt om ej annat följer av 13 § andra stycket underställd överläkaren. Överläkaren är skyldig att ge biträdande överläkaren råd rörande sjukvården.

32 § Biträdande överläkare ansvarar för den sjukvård som anförtrotts honom. Han skall därvid i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse de föreskrifter som enligt 31 § gäller för överläkare. Han skall vidare biträda överläkaren och vid förfall för överläkaren fullgöra dennes arbetsuppgifter, om sjukvårdsstyrelsen ej föreskriver annat.

33 § Bestämmelserna i 31 § om överläkare gäller i tillämpliga delar för sjukstuguläkare och sjukhemsläkare.

34 § Avdelningsläkare, extra läkare, som ej fullgör göromål som ankommer på överläkare, och underläkare skall biträda överläkare eller motsvarande läkare och i den omfattning denne bestämmer biträdande överläkare. Bestämmelser som gäller för överläkare eller biträdande överläkare gäller i tillämpliga delar

Bestämmelsen utgår (se kommentaren till 31§).

Bestämmelsen utgår.

Bestämmelsen utgår (se kommentaren till 31 §; jfr. även specialmotiveringarna till 11 § första stycket i förslaget till hälso- och sjukvårdslag).

även för läkare som biträder sådan läkare.

Avdelningsläkare är skyldig att i överläkares eller biträdande överläkares ställe fullgöra jour- och beredskapstjänstgöring och eljest vid förfall för sådan läkare fullgöra dennes åligganden.

Underläkare är skyldig att fullgöra överordnad läkares åligganden vid tillfälligt förfall för sådan läkare.

Vikarie för läkare

35 § Kan till vikarie för läkare vid semester eller annan ledighet eller under vakans ej förordnas någon som är behörig att utöva läkaryrket eller som efter socialstyrelsens bemyndigande får förordnas som vikarie, skall anmälan göras till socialstyrelsen om vikarie behövs. Socialstyrelsen förordnar i sådant fall vikarie.

Vikariat på läkartjänst som beräknas vara minst sex månader i följd tillsättes i samma ordning som tjänsten, om socialstyrelsen ej medgett undantag.

Övrig personal

36 § Tjänst som sjuksköterska, barnmorska eller sjukgymnast får tillsättas endast med den som har legitimation. Detsamma gäller även i fråga om vikarie på sådan tjänst, om ej socialstyrelsen medgett undantag.

Socialstyrelsen får föreskriva krav på genomgången vidareutbildning för innehav av vissa sjukskötersketjänster.

Intagning på sjukhus

37 § Intagning på sjukhus enligt 25 § 1 mom. sjukvårdslagen (1962:242) skall ske i den ordning

Bestämmelsen har en motsvarighet i 1 § andra stycket vårt förslag till förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården.

Bestämmelsen motsvaras av 5 § förslaget till förordning.

Bestämmelserna utgår (se kommentaren till 24 § sjukvårdslagen).

som föranledes av de till intagning anmäldas behov av vård eller observation. Därvid skall även beaktas, om den som skall tagas in är i högre grad smittfarlig eller är farlig för annans personliga säkerhet.

I lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall finns bestämmelser om intagning av den som av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård.

Särskilda bestämmelser

38 § Socialstyrelsen för register över de sjukhus på vilka sjukvårdslagen (1962:242) är tillämplig (sjukhusregister).

Innan verksamheten vid sjukhus börjar eller nedlägges eller sjukhuset tages i bruk för annat ändamål, skall sjukvårdsstyrelsen göra anmälan härom till socialstyrelsen. Sådan anmälan skall också göras om huvudmannskapet för sjukvårdsanstalt ändras så att sjukvårdslagen blir tillämplig eller upphör att vara tillämplig på anstalten.

39 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om journaler m. m. och fastställa blanketter till de formulär som behövs.

Bestämmelserna utgår (detaljföreskrifter som inte behövs; jfr. även prop. 1979/80:6 sid. 71).

Bestämmelsen utgår (jfr. 15 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag).

Folktandvårdslag (1973:457)

1 § I denna lag ges bestämmelser om folktandvård som anordnas av landstingskommun.

Vad som sägs om landstingskommun gäller också kommun som ej tillhör landstingskommun.

2 § Landstingskommun skall svara för tandvård för barn och ungdomar som är bosatta inom landstingskommunen till och med det år då de fyller nitton år, i den mån be-

Bestämmelserna utgår (tandvården ingår i hälso- och sjukvården enligt definitionen i 1 § andra stycket förslaget till hälso- och sjukvårdslag).

Bestämmelserna tas in i punkt 3 övergångsbestämmelserna till förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

hovet av tandvård icke tillgodoses i särskild ordning.

Barn och ungdomar som sägs i första stycket skall erbjudas regelbunden och fullständig behandling. De skall också ges den vård för akuta tandbesvär som de behöver. Tandvården skall vara avgiftsfri för patienten.

3 § Landstingskommun skall, utöver den specialisttandvård som följer av 2 §, svara för specialisttandvård för vuxna som är bosatta inom landstingskommunen.

4 § Landstingskommun skall i övrigt tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning.

5 § Ledningen av folktandvården utövas inom varje landstingskommun av en tandvårdsnämnd, i den mån annat ej följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179). Landstingskommun får tillsätta särskild tandvårdsnämnd eller uppdraga åt annan nämnd att vara tandvårdsnämnd. Har så ej skett är sjukvårdsstyrelsen tandvårdsnämnd.

I fråga om särskild tandvårdsnämnd tillämpas bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt.

6 § Folktandvården står under tillsyn av socialstyrelsen.

7 § Närmare föreskrifter för tillämpningen av denna lag meddelas av Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, av socialstyrelsen.

Bestämmelsen tas in i punkt 3 övergångsbestämmelserna till förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Bestämmelsen utgår (åliggandet inbegrips i totalansvaret enligt 3 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag).

Bestämmelserna går upp i 7 och 9 §§ förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Bestämmelsen motsvaras av 15 § första stycket i förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Bestämmelsen motsvaras närmast av 15 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Folk tandvårdskungörelse (1972:637)

Folk tandvårdens ledning och organisation m. m.

1 § Ledningen av folk tandvården utövas närmast under sjukvårdsstyrelsen av en tandvårdschef.

Bestämmelsen utgår (organisatorisk föreskrift som inte behövs; jfr. bl. a. avsnitt 7.4.4).

2 § Landstingskommun skall vara indelad i tandvårdsdistrikt i den omfattning som behövs.

Bestämmelserna utgår (detaljföreskrifter som inte behövs).

I varje distrikt skall finnas minst en fast distriktstandpoliklinik.

I anslutning till minst ett av landstingskommunens lasarett skall finnas poliklinik för specialist tandvård. Sådan poliklinik skall huvudsakligen vara avsedd för oralkirurgisk vård.

3 § Landstingskommun skall fastställa en plan över folk tandvården inom landstingskommunen. Av planen skall framgå indelningen i tandvårdsdistrikt, tandpoliklinikernas art, antal och belägenhet samt antalet tandläkartjänster.

Bestämmelsen motsvaras av 4 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Behörighet till vissa tjänster

4 § Behörig till tjänst som tandvårdschef är legitimerad tandläkare som har särskild utbildning i tandvårdsadministration och socialodontologi enligt socialstyrelsens föreskrifter.

Bestämmelserna utgår (följer av att författningen inte längre kräver att tandvårdschef skall finnas).

Om särskilda skäl föreligger, kan socialstyrelsen medge undantag från kravet att tandvårdschef skall vara legitimerad tandläkare.

5 § Poliklinik som avses i 2 § tredje stycket och annan poliklinik för specialist tandvård skall förestås av legitimerad tandläkare som har specialistkompetens inom den specialitet vilken utövas vid kliniken.

Bestämmelsen motsvaras av 7 § förslaget till förordning om behörighet till vissa anställningar i hälso- och sjukvården.

6 § Behörig till tjänst som tandtekniker, tandhygienist eller tand-

Bestämmelsen motsvaras av 8 § förslaget till förordning.

sköterska är den som fått behörighetsbevis till sådan tjänst av socialstyrelsen.

Tillsättning av vissa tjänster

7 § Tjänst som tandvårdschef eller tandläkare tillsättes av sjukvårdsstyrelsen. Sådan tjänst skall kungöras ledig till ansökan.

Kungörelsen införes i Post- och Inrikes Tidningar eller, om Kungl. Maj:t medger det, i annan publikation. I kungörelsen skall föreläggas tre veckors ansökningstid, räknad från dagen för kungörandet.

8 § Tjänst som tandvårdschef eller tandläkare som avses i 5 § tillsättes efter förslag av särskilda sakkunniga. För var och en av tjänsterna utser socialstyrelsen för hela riket tre sakkunniga för en tid av högst fyra år. En av de sakkunniga utses att vara ordförande. För var och en av de sakkunniga utses en ersättare.

Är ingen av de sakkunniga verksam inom specialitet som ledig tjänst avser, skall socialstyrelsen efter framställning av de sakkunniga tillkalla en tandläkare inom specialiteten för att ingå som sakkunnig.

9 § De sakkunniga skall, i den mån behöriga sökande finns, på förslag föra upp de fyra sökande som anses främst i fråga om förtjänst och skicklighet. Som de sakkunnigas beslut gäller den mening om vilken de flesta förenar sig eller, vid lika röstetal, ordförandens mening.

Sjukvårdsstyrelsen skall anslå tjänsteförslaget på landstingskommunens anslagstavla med uppgift om den dag då anslaget skedde. Förslaget skall innehålla uppgift om skiljaktig mening om sådan förekommer.

Bestämmelserna utgår (jfr. vårt förslag i avsnitt 11.4.1 att frågorna om behörighet och tillsättningsförfarande skall utredas särskilt).

Bestämmelserna utgår (se kommentaren till 7 §).

Bestämmelserna utgår.

En av de sökande som uppförts på förslaget skall förordnas till innehavare av tjänsten.

Bestämmelserna i denna paragraf gäller ej sökande till tjänst som tandvårdschef om sökanden ej är legitimerad tandläkare.

10 § Har socialstyrelsen medgivit undantag från kravet att tandvårdschef skall vara tandläkare, skall tandvårdschefen i ledningen av folk-tandvården biträdas av tandläkare som tillsättes efter sakkunnigförfarande som sägs i 9 §.

Bestämmelsen utgår (jfr. kommentaren till 4 §).

Särskilda bestämmelser

11 § Har socialstyrelsen vidtagit åtgärd för att ställa tandläkare under åtal för fel eller försummelse i tjänsten och är felet eller försummelsen av sådan beskaffenhet att det för tandvårdens behöriga uppehållande är nödvändigt att tandläkaren ej fortsätter sin tjänstgöring, får socialstyrelsen med omedelbar verkan avstänga honom från utövning av tjänsten, dock icke för längre tid än till dess lagakraftägande dom eller beslut föreligger.

Bestämmelsen utgår (jfr. kommentaren till 22 § sjukvårdslagen).

12 § Talan mot beslut av sakkunniga om tjänsteförslag enligt 9 § föres genom besvär hos socialstyrelsen. Besvär över tjänsteförslaget skall ha kommit in till socialstyrelsen inom tre veckor från den dag då tjänsteförslaget anslogs. Mot socialstyrelsens beslut med anledning av sådana besvär får talan icke föras.

Om besvär över beslut av sjukvårdsstyrelse gäller vad som föreskrives i landstingslagen (1954:319) och kommunallagen (1953:753).

Bestämmelsen utgår (jfr. punkt 3 i övergångsbestämmelserna till förslaget till förordning och kommentaren till 34 § sjukvårdslagen).

13 § Bestämmelserna i denna kungörelse om sjukvårdsstyrelse

Bestämmelsen utgår (se 7 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag).

gäller också nämnd som sägs i 5 § andra stycket folktandvårdslagen (1973:457).

14 § Ytterligare föreskrifter för tillämpningen av folktandvårdslagen (1973:457) meddelas av socialstyrelsen.

Bestämmelsen utgår (jfr. 9 § förslaget till förordning).

Reservation och särskilda yttranden

Reservation av *Kersti Swartz*

Jag kan inte biträda HSU:s förslag att huvudmannaskapet för skolhälsovården skall övergå från primärkommunerna till landstingen.

Som framgår av betänkandetexten (kap. 3 och kap. 8) har skolhälsovården tidigare varit föremål för utredning genom 1974 års skolhälsovårdsutredning. Denna utredning redovisade i sitt betänkande (SOU 1976:46) både för- och nackdelar med å ena sidan primärkommunalt och å andra sidan landstingskommunalt huvudmannaskap för skolhälsovården. Utredningen stannade dock för att förorda ett oförändrat primärkommunalt huvudmannaskap. Som skäl för sitt ställningstagande anförde utredningen bl. a. att den planering och resursfördelning som är nödvändig för att elevråden skall kunna utvecklas och fördjupas underlättas om all elevvårdspersonal, inkl. skolhälsovårdspersonalen, har samma huvudman som skolans övriga personal. Ett samlat ansvar för elevvården underlättar också den fortbildning som syftar till att öka samverkan mellan skolans olika personalkategorier och skapa förutsättningar för en övergång till nya arbetssätt och arbetsformer. Skolhälsovårdsutredningen anförde vidare att skolans målsättning om eleven i centrum bäst främjas om skolhuvudmannen har ett odelat ansvar för de olika insatserna inom skolans ram.

Jag delar den uppfattning som skolhälsovårdsutredningen hade i huvudmannaskapsfrågan. Enligt min mening är skolhälsovården en viktig delaktivitet i den samlade elevvården och ansvaret för skolhälsovården bör därför ligga på samma huvudman som ansvarar för övriga elevvårdande insatser.

Jag vill samtidigt framhålla behovet av en nära samverkan mellan landstingets hälso- och sjukvårdsresurser och skolhälsovården. Det samarbete som sker redan i dag genom att skolläkar- och skolsköterskeinsatserna ofta fullgörs av landstingsanställda läkare och sjuksköterskor är i många fall en naturlig form av samverkan även för framtiden. Detta samverkansbehov kan dock tillgodoses utan ett förändrat huvudmannaskap för skolhälsovården.

Mitt ställningstagande i huvudmannaskapsfrågan innebär också att jag anser att tillsynsfunktionen för skolhälsovården även fortsättningsvis bör ligga hos skolöverstyrelsen.

Särskilt yttrande av *Ulrica Croné*

Utredningens analys av reglerna om yrkesansvar och ledningsansvar kan jag i stort ställa mig bakom, även om jag menar att avgränsningen av området "medicinskt ledningsansvar" skulle ha varit tydligare definierad. Bl. a. borde omvårdnadsverksamhetens centrala roll och behandlingsarbetet uppmärksammas mera. Jag kan däremot inte ansluta mig till utredningens slutsatser om nödvändigheten av att i den kommande lagstiftningen införa föreskrifter om medicinskt ledningsansvar för yrkeskategorien läkare. Mina motiv för denna uppfattning är följande.

Anledningen till ett lagfäst ledningsansvar för läkare anges vara krav på säkerhet och trygghet för patienten, tillika garanti för vårdens medicinska kvalitet. Patientens säkerhet och trygghet är i dag beroende av betydligt flera faktorer än de rent medicinska. Detta återspeglas i den ansvarskedja som har att bevaka vårdkvalitet och skapa trygghet för patienten alltifrån tillsynsmyndighetens ansvar – huvudmannens ansvar – arbetsgivaransvaret enligt skadeståndslagen till medicinalansvar och yrkesansvar hos de anställda.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har inneburit så avgörande förändringar att en förändring av ansvarsfördelningen är nödvändig. Nya yrkesgrupper med specialutbildning har kommit till – utbildningar av olika slag har förbättrats. Arbetsuppgifter och därmed ansvarsfördelning har förändrats. Befattningshavarnas yrkesansvar, som innebär att var och en ansvarar för sitt yrkesmässiga handlande inom det egna kompetensområdet, ger i den direkta patientvården en garanti för kvalitet. Likaså måste den gemensamma kompetensen i ett vårdlag anses skapa förutsättningar för säkerhet och trygghet. Läkaren kan inte längre anses vara den *mest* kompetenta för *alla* de vårdinsatser som utförs. Läkaren bör ha ledningsansvar för diagnos och den terapi, som han/hon inom sin behörighet/kompetens har att ställa respektive ordinera och/eller själv utföra. Detta innebär att överläkarens ledningsansvar omfattar övriga läkare inom ansvarsområdet samt övrig personal i de avseenden vården/behandlingen utgår från läkarkompetens.

Ledningsansvar för andra verksamheter/insatser i hälso- och sjukvården bör åläggas expert/specialist, som har för ifrågakvarande verksamhet/insats anpassad utbildning och kunskap. Ledningsansvaret bör ligga så nära patienten och arbetsgruppen som möjligt. I ledningsansvaret ligger skyldighet/rättighet att samråda, samordna och konsultera över kompetensgränser, vilket tillfredsställande skyddar helhetsprincipen i patientvården. Bäst lämpad person med såväl teoretiskt som praktiskt kunnande blir ansvarig.

Ledningsansvar oavsett vem eller vilka det åvilar behöver *inte* lagbindas. Främst motiveras detta påstående med att ledningsansvaret endast är *en* del i en sammanfogad ansvarskedja. Ledningsansvar kan dokumenteras på andra sätt, t. ex. genom författningar, instruktioner, organisationsplaner, utredningar, befattningsbeskrivningar, behörighetsbestämmelser.

Sammanfattning

Jag företräder uppfattningen

att vårdens kvalitet garanteras genom en ansvarskedja, som rymmer tillsynsmyndighetens, huvudmannens, arbetsgivarens ansvar, de anställdas yrkesansvar, medicinalansvar och ledningsansvar,

att medicinskt ledningsansvar måste åvila den specialist – expert som besitter de bästa kunskaperna för aktuell verksamhet – insats,

att medicinskt ledningsansvar bör ligga så nära patient och arbetsgrupp som möjligt,

att medicinskt ledningsansvar oavsett vem/vilka det åvilar, *ej* behöver lagfästas.

Särskilt yttrande av *Ulrica Croné* och *Bo Hjern*

Undertecknade menar beträffande skolhälsovårdens organisation, att den av HSU föreslagna förändringen kan komma att ge svårigheter. Motiven för detta påstående är följande.

Skolhälsovården är en integrerad del i den elevvårdande verksamheten. Medverkan skall ske från alla personalgrupper. Den övervägande delen av personalen kommer att vara primärkommunalt anställd medan skolhälsovårdens personal skulle komma att vara landstingsanställd. Detta kan innebära en försämrad intern kommunikation och svårigheter att bereda ändamålsenlig fortbildning för skolhälsovårdspersonalen. Vi vill understryka betydelsen av att inom skolhälsovården verksam personal har ingående kännedom om de speciella arbetsmiljöproblem i vid bemärkelse som finns i skolan. Det är enligt vår mening av avgörande betydelse för att man skall uppnå den eftersträvande helhetssynen på elevernas situation, att en nära kontakt kan upprätthållas mellan skolhälsovårdens personal och övrig inom skolan verksam personal.

Landstingen har självfallet inte den sakkunskap om skolväsendet som den primärkommunala skolstyrelsen besitter. Detta kan leda till att skolhälsovårdspersonalen kommer i kläm vad gäller såväl organisatoriska och politiska som lokalmässiga och andra praktiska lösningar.

Verksamheten i skolan bör ha en huvudman och arbetslaget i skolan bör ha en och samma arbetsgivare. Vi kan inte tillstyrka en lösning som innebär att landstingskommunalt anställd personal åläggs att i tjänsten vara helt verksam hos annan arbetsgivare än den hos vilken vederbörande är anställd. En tjänstekonstruktion av sådan art står inte i överensstämmelse med den nya lagstiftningen inom arbetsrättens område. Den bärande idén bakom lagen om medbestämmande i arbetslivet är att de anställda skall beredas möjlighet att påverka sina egna arbetsuppgifter och få ett inflytande på sin egen arbetssituation. Lagen är dock endast tillämplig på förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare och ett sådant förhållande skulle, vid ett överförande av skolhälsovården till landstingen, inte komma att föreligga mellan den landstingsanställda personalen och den primärkommun som är huvudman för själva skolan. Därmed skulle såväl personalen som deras fackliga organisationer berövas de möjligheter till medbestämmande i fråga

om arbetsuppgifter inom verksamhetsområdet som lagen avser att tillerkänna alla anställda och alla fackliga organisationer.

Samverkansformerna mellan skolhälsovården och landstingens hälso- och sjukvård är dock av väsentlig betydelse och måste lösas lokalt. Detta bör kunna ske genom att sjukvårdshuvudmannen i sin planering och i olika samverkansformer innefattar skolhälsovårdens personal så att möjligheter ges till utbyte av information.

Med stöd av framförda synpunkter anser undertecknade att ansvaret för hela den elevvårdande verksamheten som hittills bör åvila primärkommunen,

att huvudmannaskapet för skolhälsovården därför bör åvila primärkommunen,

att skolhälsovårdspersonalen som hittills skall vara primärkommunalt anställd, samt

att samverkansformerna mellan skolhälsovården och landstingens hälso- och sjukvård genom olika åtgärder bör förbättras och fördjupas.

Särskilt yttrande av *Olle Hillerdal*

Enligt nuvarande bestämmelser erfordras i SjuL 31 § och SjuK 17 § medgivande av socialstyrelsen för att inrätta läkartjänster inom offentlig hälso- och sjukvård. Prövningen av fråga om inrättandet av tjänst för läkare skall ske på grundval av för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Det förslag till ny hälso- och sjukvårdslag, som framlägges av HSU, innehåller inte någon motsvarande bestämmelse. HSU vill i stället ha s. k. läkarplaneringsramar för varje sjukvårdsområde, utarbetade av socialstyrelsen efter vederbörligt samråd. Läkarplaneringsramarna är att uppfatta som en rekommendation för landstingen. HSU gör ställningstagandet, ”att den nya hälso- och sjukvårdslagen inte skall behöva innehålla en bestämmelse om skyldighet för landsting och kommun att inhämta socialstyrelsens medgivande för att inrätta tjänst för läkare i hälso- och sjukvårdande verksamhet”.

Enligt min mening har staten de bästa förutsättningarna för att ange den lämpligaste fördelningen av läkarna, såväl regionalt som på olika specialiteter. Staten har ansvaret för dimensioneringen och utformningen av läkarutbildningen och för huvuddelen av den högt kvalificerade undervisningen och forskningen. I socialstyrelsens uppgifter ingår att följa och stödja den regionala och lokala hälso- och sjukvårdsplaneringen. Läkarfördelningsprogrammet, såväl för läkare under vidareutbildning som för vidareutbildade läkare, bör därför utarbetas av socialstyrelsen och fastställas av socialdepartementet. Alla beslut bör som hittills föregås av samrådsförfarande. I den nya hälso- och sjukvårdslagen bör införas bestämmelser med denna innebörd.

Särskilt yttrande av *Bo Hjern*

Allmänt

Enligt utredningens direktiv skall den nya lagstiftningens utformas som en ramlag förankrad i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvården. Den skall omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet och inte som f. n. bara den av landstingen bedrivna sjukvården. Möjligheterna till decentralisering av verksamhetsformerna skall tillvaratas och en förstärkning av den kommunala demokratin underlättas.

Enligt min mening hindrar icke denna mer vitt syftande målsättning för lagstiftningsarbetet att lagen anger lösningar på centrala frågor rörande organisation och ansvarsfördelning inom sjukvården. Jag uppfattar hälso- och sjukvårdslagstiftningen som en förmånslagstiftning, vars syfte är att genom materiella regler så långt möjligt garantera befolkningen tillgång till en kvalitativt högstående hälso- och sjukvård av tillräcklig omfattning.

Nuvarande sjukvårdslag har sökt garantera detta genom angivande av att vissa institutioner skall finnas, genom riktlinjer för organisationen inom viktiga delar av sjukvården, genom föreskrifter om särskilda krav på personalens kvalifikationer samt regler om hur tjänsterna tillsätts.

Svårigheterna att uppnå enhetliga lösningar för hela hälso- och sjukvården har medfört att det materiella innehållet i utredningens lagförslag har blivit så starkt uttunnat att det istället för en förstärkning innebär en avsevärd försvagning av den enskildes anspråk på trygghet och säkerhet. Begreppet hälso- och sjukvård har i förslaget till lagtext givits en så vid definition att snart sagt varje verksamhet som rör människans hälsa förefaller att täckas av begreppet. Lagens tillämpningsområde avses dock vara snävare än "hälso- och sjukvården", vilket emellertid ej kan utläsas ur lagtexten, något som är förvirrande och ägnat att orsaka problem i det praktiska livet. Förslaget innehåller ej heller några materiella regler för verksamheten utanför den landstingskommunala hälso- och sjukvården om man bortser från förslagens "portalparagraf".

Vårdens omfattning

En förmånslagstiftning av den typ som hälso- och sjukvårdslagstiftningen utgör bör enligt min uppfattning söka säkerställa medborgarnas tillgång till vården såväl som till omfattning som innehåll, dvs. kvantitet och kvalitet.

Det är givet att en ramlag inte skall innehålla kvantitativa normer (t. ex. antalet vårdcentraler och sjukhus eller läkartätheten i ett sjukvårdsområde) eftersom dessa kontinuerligt måste anpassas efter å ena sidan medborgarnas behov, å den andra de resurser som finns tillgängliga. Däremot kan det inte vara något hinder att ramlagen öppnar möjlighet för landets högsta politiska ledning att styra resurser till och mellan olika områden av hälso- och sjukvården. I den nuvarande lagstiftningen är tilldelningen av läkartjänster ett sådant styrmedel.

Utredningen har valt att inte lagfästa några kvantitativa styrmedel. Den nuvarande systemet för fördelning av läkartjänster lagregleras sålunda inte, huvudsakligen med motiveringen att systemet inte är fullkomligt och att

samma syfte kan nås genom överenskommelser mellan stat och kommun. Jag anser inte att man bör avskaffa en möjlighet till kvantitativ styrning i utbyte mot ett löst skisserat förhandlingssystem om vilket man inte vet om det kommer att fungera.

Utredningen har vidare utan närmare motivering fastslagit att organisatoriska föreskrifter snarare är hindrande än till hjälp för en ändamålsenlig utveckling av sjukvården. Det finns alltså heller ingen möjlighet för landets centrala politiska ledning att genom föreskrifter om sjukvårdsorganisation garantera ett visst utbud av sjukvård på något område.

Vad gäller de enskilda medborgarnas garanti för att vård erbjuds i tillräcklig omfattning bör det uppmärksammas att lagen stadgar att hälso- och sjukvårdens tjänster skall erbjudas alla på lika villkor men inte anvisar något sätt för den enskilde att hävda sin rätt.

Mot denna bakgrund anser jag att lagförslaget urholkar den i och för sig blygsamma garanti för sjukvårdens omfattning och fördelning som den nuvarande sjukvårdslagen ger.

Vårdens kvalitet

Gällande sjukvårdslagstiftning upptar kvalitetsgarantier för innehållet i vården genom bestämmelser om ansvarsfördelning, särskilda behörighetsvillkor för personalen och ett särskilt tillsättningsförfarande för vissa tjänster. Utredningen har på samtliga punkter försvagat dessa kvalitetsgarantier utan att sätta något i deras ställe.

Utredningen har med rätta framhållit behovet av klara ansvarsförhållanden och enkla och snabba beslutsgångar inom sjukvården. Av dessa skäl säger sig utredningen också ha funnit det nödvändigt att bibehålla ett medicinskt ledningsansvar som en trygghetsgaranti för de vårdsökande. Den föreslagna författningsbestämmelsen har emellertid fått ett så oklart innehåll att den i själva verket inte innebär någon garanti för kvalitet.

Ledningsansvaret sägs gälla för medicinsk verksamhet, vilket definieras som uppgifter vilkas handhavande kräver särskild medicinsk utbildning. Detta är ett cirkelresonemang som inte utpekar vilka verksamheter inom hälso- och sjukvården som skall ledas av särskilt kvalificerad personal. Utredningen har avsiktligt avstått från att närmare precisera området för det medicinska ledningsansvaret och har därmed ryckt undan grunden för ansvarets utövande. Bestämmelsen om medicinskt ledningsansvar har därför inte samma karaktär som motsvarande regler i sjukvårdslagen. Utredningen har i praktiken tillskapat ytterligare ansvarsområden inom hälso- och sjukvården, vilka varken kan definieras som medicinska eller administrativa. Det är en betydande förändring jämfört med vad som gäller enligt nuvarande sjukvårdslag. Resultatet är en betydande osäkerhet om ansvarsregleringen inom hälso- och sjukvården som inte är acceptabel ur vare sig patienternas eller sjukvårdspersonalens synvinkel. Den ringa uppmärksamhet som utredningen har ägnat frågan om hur det medicinska ledningsansvaret skall kunna utövas i det dagliga arbetet står i bjärt kontrast till exempelvis den noggranna regleringen av de kommunala nämndernas ansvar, befogenheter och beslutsformer som lagförslaget hänvisar till och som också införlivats i specialmotiveringen. Det är svårt att förstå varför den medicinska verk-

samheten skall anses kunna klara sig utan de klara regler som ansetts nödvändiga för den politiskt-administrativa.

Utredningen har utmönstrat de i nuvarande sjukvårdslag angivna läkarkategorierna, vilket medfört att förslaget till förordning om behörighetskrav för anställning i hälso- och sjukvården inte på ett naturligt sätt kunnat anknytas till lagen. Därmed garanterar inte den föreslagna lagen att det medicinska ledningsansvaret knytes till läkare med den utbildning och erfarenhet som nuvarande sjukvårdslag anger för överläkare.

En ytterligare försvagning av garantierna för vårdkvalitet ligger också enligt min mening i utredningens förslag att slopa de särskilda reglerna om tillsättning av vissa för hälso- och sjukvården centrala tjänster. Det är ett väsentligt allmänt intresse att viktiga befattningar inom hälso- och sjukvården besätts med den personal som har de bästa yrkesmässiga kvalifikationerna. Den garanti som innefattas i nuvarande krav på tillsättning efter "förtjänst och skicklighet", har också väsentlig betydelse för hälso- och sjukvårdspersonalens motivation till fördjupade insatser och därmed för den medicinska utvecklingen för framtiden. Det vore olyckligt om vi skulle få en sådan utveckling att det inte är det yrkesmässiga kunnandet som väger tyngst vid tjänstetillsättningar inom hälso- och sjukvården.

I detta sammanhang borde utredningen också ha varit observant på att de behörighetsbestämmelser för verksamhet inom hälso- och sjukvården som förutsätts komma att uppställas för de flesta personalkategorier innebär krav på omfattande praktisk tjänstgöring. Lagstiftningen borde därför uppta bestämmelser som säkerställer möjligheten att sådana befattningar inrättas i adekvat omfattning i förhållande till vårdutbildningen, t. ex. för läkares allmäntjänstgöring.

Jag anser för min del att intresset av en ramlagstiftning inte får medföra att kvalitetsgarantierna i en förmånslagstiftning försvagas på det sätt som utredningens förslag innebär. Med det mycket vida tillämpningsområde den föreslagna lagen fått torde det inte vara möjligt att upprätthålla samma krav på kvalitet inom de mycket skiftande verksamheter som lagen avser att reglera. Detta får dock inte medföra att kvalitetskraven helt eftersätts, utan borde föranlett utredningen att inventera de delar av hälso- och sjukvården som är av sådan väsentlig betydelse att en reglering i kvalitets-hänseende krävs. Kraven på ramlagstiftning kan rimligen inte få hindra en sådan uppdelning.

Landstingets totalansvar

Jag har pekat på problemet att området hälso- och sjukvård inte i sin helhet täcks av lagens tillämpningsområde. Ännu en komplikation tillkommer genom att utredningen inför ett tredje begrepp, nämligen "landstingets totalansvar". Trots namnet är det inte fråga om ett totalt ansvar för hälso- och sjukvården. I själva verket omfattar inte totalansvaret ens den del av hälso- och sjukvården som regleras av lagen. Utredningen har enligt min mening inte lyckats klargöra vad totalansvaret omfattar och hur det i praktiken skall utövas. Detta är beklagligt eftersom det av flera skäl är en riktig utveckling att landstingen vidgar sin verksamhet till att omfatta hälsovård och förebyggande åtgärder och även aktivt söker påverka andra intressenter

i samhället att vidta hälsofrämjande åtgärder av olika slag. En sådan vidgning av verksamheten får emellertid inte innebära att alla samhällsproblem betraktas som medicinska problem. Även av denna anledning hade det varit önskvärt att utredningen kunnat ge landstingens ansvar klara konturer.

”Ansvaret” inom hälso- och sjukvården utgörs av en mängd komponenter. Exempelvis finns det politiska ansvaret för att hälso- och sjukvården erbjuds, ansvaret för hur resurser fördelas mellan olika grenar av hälso- och sjukvården, det skadeståndsrättsliga ansvaret för skador till följd av verksamheten, det ekonomiska ansvaret gentemot kontraktsparter, arbetsgivaransvaret gentemot de anställda, straff- och disciplinrättsligt ansvar vid skadegörande handlingar etc. Ansvaret fördelar sig på förtroendemän, landstinget som offentligrättsligt subjekt och de anställda inom hälso- och sjukvården. Det faller ibland samtidigt på flera kategorier av de nämnda.

Ansvaret får sitt innehåll av de rättsregler som finns uppställda i olika regelkomplex och som äger tillämpning inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det är därför enligt min mening olyckligt att – som utredningen har gjort – först uppställa det abstrakta begreppet ”totalansvar” och därefter i motivtext försöka ge begreppet ett konkret innehåll.

Den använda metoden har resulterat i att det föreslagna totalansvaret fått en synnerligen vag utformning. Dess innebörd synes närmast vara att landstinget – förutom att planera och bedriva verksamhet under eget huvudmannaskap – skall förteckna övrigt utbud av hälso- och sjukvård och bedriva planering under hänsynstagande till denna förteckning. Planeringen måste rimligen ha till syfte att förverkliga vissa däri uppställda mål. Landstingets möjligheter att utanför sitt eget huvudmannaoområde förverkliga uppställda mål måste – i varje fall beträffande expanderande verksamheter – vara starkt beroende av vilka resurser de externa vårdgivarna har möjligheter att ställa till förfogande.

Det står klart att totalansvaret inte innefattar något hos landstinget samlat resursfördelningsansvar. Det ekonomiska ansvaret för verksamhet inom hälso- och sjukvården kommer följaktligen även fortsättningsvis att falla på skilda huvudmän. För att dessa skall kunna planera sin verksamhet i skilda avseenden är det av väsentlig betydelse att de närmare rättsverkningarna av landstingets planering anges. Utredningen antyder att skilda styrmedel kan komma till användning, men anvisar huvudsakligen samråd och överenskommelser som samverkansformer. Jag anser att utredningen alltför ensidigt har koncentrerat sig på landstingets roll i det ömsesidiga samarbetet och i stort sett bortsett från rättigheter och skyldigheter för övriga berörda samverkanspartier. Det är svårt att förstå hur ett samarbete grundat på respekt för alla vårdgivares ställning och existensberättigande skall kunna fungera om de berörda parternas ställning inte närmare definieras.

Svårigheterna att på ett meningsfullt sätt tillämpa begreppet totalansvar illustreras av att utredningen nödgats göra en inventering av skilda delar av hälso- och sjukvården och för varje del särskilt ange totalansvarets skiftande innebörd. Utredningen har t. o. m. (i avsnitt 8.2.4.5) angivit att totalansvaret i vissa fall får sitt innehåll genom lokala överenskommelser. Det kan inte vara riktigt att i lagtext använda begrepp som har skiftande innebörd för olika delar av hälso- och sjukvården och som inte kan appliceras på i framtiden tillkommande nya organisationsformer.

Vad jag här har anfört om totalansvarets begränsade innebörd och vaga innehåll har lett mig till slutsatsen att beteckningen totalansvar är missvisande. Lagstiftningen bör givetvis undvika begrepp som inbjuder till missförstånd. De åligganden som man avser att införa för de inom hälso- och sjukvården verksamma vårdgivarna bör istället konkretiseras genom stadganden i lagstiftningen, vilka tillsammans ger innehåll åt det ansvar olika organ och huvudmän avses få i den framtida hälso- och sjukvården.

Konsekvenser för andra författningar

Med sjukvårdslagens avskaffande försvinner ett centralt regelkomplex i sjukvårdslagstiftningen. Utredningen har avsiktligt avstått från att definiera och lagfästa organisatoriska begrepp som "sluten vård", "sjukhus", "klinik", "överläkare", etc. Sådana begrepp kommer emellertid att finnas kvar i andra författningar, eftersom utredningen inte har utrett behovet av eller föreslagit följdändringar. Som exempel på rättsverkningar som är knutna till dylika organisatoriska begrepp kan nämnas lagen om sluten psykiatrisk vård (LSPV), i vilken överläkare vid psykiatrisk klinik ges definierade befogenheter som icke lämnats åt annan läkare. Vissa åtgärder som kräver två läkares beslut kan vidare ej vidtas om båda läkarna hör till samma klinik. Det är uppenbart att de garantier för kvalitet i vården, opartiskhet och rättsäkerhet som lagstiftaren här har avsett att ge blir värdelösa om begreppen överläkare och klinik och inte har någon lagfäst mening utan definieras av den enskilde huvudmannen. Exemplet – som lätt kan mångfaldigas med hjälp av andra författningar – visar att den nya hälso- och sjukvårdslagen kommer att medföra en betydande rättsosäkerhet på hälso- och sjukvårdsområdet.

Sammanfattning

Som jag närmare redovisat ovan är förslaget till hälso- och sjukvårdslag baserat på oklara definitioner. Det har föga substans, och lämnar en rad väsentliga frågor oreglerade. Lagen erbjuder vida ramar för landstingen att utforma hälso- och sjukvården efter fritt skön men ger den enskilde medborgaren föga upplysning om vad som kan krävas av myndigheterna och alls inga garantier för vårdens omfattning och kvalitet. Jag befarar därför att lagen kommer att skapa problem i den praktiska verksamheten för såväl patienterna som sjukvårdspersonalen och anser därför icke att betänkanudet bör läggas till grund för ny lagstiftning.

Statens offentliga utredningar 1979

Kronologisk förteckning

1. Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader. S.
2. Naturmedel för injektion. S.
3. Regional laboratorieverksamhet. Jo.
4. Avskildhet och gemenskap inom kriminalvården. Ju.
5. Konsumentinflytande genom insyn? H.
6. Polisen. Ju.
7. Tandvården i början av 80-talet. S.
8. Löntagarna och kapitaltillväxten 1. Löntagarfonder – bakgrund och problemanalys. E.
9. Löntagarna och kapitaltillväxten 2. Den svenska förmögenhetsfördelningens utveckling. Löntagarfonder och aktiemarknaden – introduktion. Internationella koncerner och löntagarfonder. E.
10. Löntagarna och kapitaltillväxten 3. Löner, lönsamhet och soliditet i svenska industriföretag. Vinstbegreppet. Den lokala lönebildningen och företagets vinster – en preliminär analys. E.
11. Löntagarna och kapitaltillväxten 4. Lantbrukskooperationen – ideologi och verklighet. E.
12. Svenska kyrkans gudstjänst. Band 4. Evangelieboken. Kn.
13. Konkurs och rätten att idka näring. Ju.
14. Naturvård och täktverksamhet. Jo.
15. Naturvård och täktverksamhet. Bilagor. Jo.
16. Ökad sysselsättning. Finansiella effekter i offentliga sektorn. A.
17. Kulturhistorisk bebyggelse – värd att värda. U.
18. Museijärnvägar. U.
19. Jaktvårdsområden. Jo.
20. Anhöriga. S.
21. Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner. S.
22. Barn och döden. S.
23. Avgifter i staten – nuläge och utvecklingsmöjligheter. B.
24. Sysselsättningspolitik för arbete åt alla. A.
25. Nya namnregler. Ju.
26. Sjukvårdens inre organisation – en idépromemoria. S.
27. Sysselsättningspolitik för arbete åt alla. Bilagedel. A.
28. Barnolycksfall. S.
29. Lotterier och spel. H.
30. Lotterier och spel. Bilagor. H.
31. Bättre kontakter mellan enskilda och myndigheter. Kn.
32. Fastighetstaxering 81. B.
33. Fastighetstaxering 81. Bilagor. B.
34. Bilarna och luftföreningarna. Jo.
35. Rationellare girohantering. E.
36. Konsumenttjänstlag. Ju.
37. Aktivt boende. Bo.
38. Lagerstöd. A.
39. Vattenkraft och miljö 4. Bo.
40. Malmer och metaller. I.
41. Barnen i framtiden. S.
42. Vår säkerhetspolitik. Fö.
43. Ren tur. Program för miljösäkra sjötransporter. Jo.
44. Ren tur. Program för miljösäkra sjötransporter. Bilagor 1–8. Jo.
45. Ren tur. Program för miljösäkra sjötransporter. Bilagor 9–13. Jo.
46. Koncernbegreppet m, m. Ju.
47. Dokumentation och statistik om högskoleutbildning. U.
48. Arbetstiderna inför 80-talet. A.
49. Grundlagsskyddad yttrandefrihet. Ju.
50. Huvudmannaskapet för specialskolan. U.
51. Öst Ekonomiska Byrån. H.
52. Viltskador. Jo.
53. Nytt skördeskadeskydd. Jo.
54. Hushållning med mark och vatten 2. Del I. Överväganden. Bo.
55. Hushållning med mark och vatten 2. Del II. Bakgrundsbeskrivning. Bo.
56. Steg på väg... A.
57. Barnomsorg – behov, efterfrågan, planeringsunderlag. S.
58. Barnomsorg. Redovisning av särskilda undersökningar. S.
59. I livets slutskede. S.
60. Bidrag till folkrörelser. Kn.
61. Förnyelse genom omprövning. B.
62. Kooperationen i Sverige. I.
63. Barnets rätt 2. Om föräldransvar m. m. Ju.
64. Ny utlänningslag. A.
65. Ny plan- och bygglag. Del I. Bo.
66. Ny plan- och bygglag. Del II. Bo.
67. Svensk sjöfartspolitik. K.
68. De allmänna advokatbyråerna. Ju.
69. Nya vyer. Datorer och nya massmedier – hot eller löften. U.
70. Tandvård i fred för värnpliktiga. Fö.
71. Handläggningen av anmälningar mot polispersonal. Ju.
72. Rationalisering och ADB i statsförvaltningen. B.
73. Krigets lagar. Fö.
74. Serviceföretagen – vägar till utveckling. H.
75. Polisen i totalförsvaret. Ju.
76. Ny hemförsäljningslag. Ju.
77. Hemslöjd-kulturarbete, produktion, sysselsättning. I.
78. Mål och medel för hälso- och sjukvården. S.

KUNGL. BIBL.

1979-11-14

STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1979

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Avskildhet och gemenskap inom kriminalvården. [4]
1975 års polisutredning. 1. Polisen. [6] 2. Polisen i totalförsvaret. [75]
Konkurs och rätten att idka näring. [13]
Nya namnregler. [25]
Konsumentjänstlag. [36]
Koncernbegreppet m. m. [46]
Grundlagsskyddad yttrandefrihet. [49]
Barnets rätt 2. Om föräldransvar m. m. [63]
De allmänna advokatbyråerna. [68]
Handläggningen av anmälningar mot polispersonal. [71]
Ny hemförsämlingslag. [76]

Försvarsdepartementet

- Vår säkerhetspolitik. [42]
Tandvård i fred för värnpliktiga. [70]
Krigets lagar. [73]

Socialdepartementet

- Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader. [1]
Naturmedel för injektion. [2]
Tandvården i början av 80-talet. [7]
Utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. 1. Anhöriga. [20] 2. Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner. [21] 3. Barn och döden. [22] 4. I livets slutskede. [59]
Sjukvårdens inre organisation – en idépromemoria. [26]
Barnolycksfall. [28]
Barnen i framtiden. [41]
Planeringsgruppen för barnomsorg. 1. Barnomsorg – behov, efterfrågan, planeringsunderlag. [57] 2. Barnomsorg. Redovisning av särskilda undersökningar. [58]
Mål och medel för hälso- och sjukvården. [78]

Kommunikationsdepartementet

- Svensk sjöfartspolitik. [67]

Ekonomidepartementet

- Utredningen om löntagarna och kapitaltillväxten. 1. Löntagarna och kapitaltillväxten 1. Löntagarfonder-bakgrund och problemanalys. [8] 2. Löntagarna och kapitaltillväxten 2. Den svenska förmögenhetsfördelningens utveckling. Löntagarfonder och aktiemarknaden- en introduktion. Internationella koncerner och löntagarfonder. [9] 3. Löntagarna och kapitaltillväxten 3. Löner, lönsamhet och soliditet i svenska industriföretag. Vinstbegreppet. Den lokala lönebildningen och företagets vinster – en preliminär analys. [10] 4. Löntagarna och kapitaltillväxten 4. Lantbrukskooperationen – ideologi och verklighet. [11]
Rationellare girohantering. [35]

Budgetdepartementet

- Avgifter i staten – nuläge och utvecklingsmöjligheter. [23]
1976 års fastighetstaxeringskommitté. 1. Fastighetstaxering 81. [32] 2. Fastighetstaxering 81. Bilagor. [33]
Förnyelse genom omprövning. [61]
Rationaliseringar och ADB i statsförvaltningen. [72]

Utbildningsdepartementet

- Kulturhistorisk bebyggelse – värd att vårda. [17]
Museijärnvägar. [18]
Dokumentation och statistik om högskoleutbildning. [47]
Huvudmannskapet för specialskolan. [50]
Nya vyer. Datorer och nya massmedier – hot eller löfte. [69]

Jordbruksdepartementet

- Regional laboratorieverksamhet. [3]
Naturvårdskommittén. 1. Naturvård och täktverksamhet. [14] 2. Naturvård och täktverksamhet. Bilagor. [15]
Jakt- och viltvårdsberedningen. 1. Jaktvårdsområden. [19] 2. Vilt-skador. [52]
Bilarna och luftföroreningarna. [34]
Miljörisiker vid sjötransporter. 1. Ren tur. Program för miljösäkra sjötransporter. [43] 2. Ren tur. Program för miljösäkra sjötransporter. Bilagor 1–8. [44] 3. Ren tur. Program för miljösäkra sjötransporter. Bilagor 9–13. [45]
Nytt skördeskadeskydd. [53]

Handelsdepartementet

- Konsumentinflytande genom insyn? [5]
Lotterit utredningen. 1. Lotterier och spel. [29] 2. Lotterier och spel. Bilagor. [30]
Öst Ekonomiska Byrån. [51]
Serviceföretagen–vägar till utveckling. [74]

Arbetsmarknadsdepartementet

- Sysselsättningsutredningen. 1. Ökad sysselsättning. Finansiella effekter i offentliga sektorn. [16] 2. Sysselsättningspolitik för arbete åt alla. [24] 3. Sysselsättningspolitik för arbete åt alla. Bilagedel. [27]
Lagerstöd. [38]
Arbetstiderna inför 80-talet. [48]
Steg på väg... [56]
Ny utlänningslag. [64]

Bostadsdepartementet

- Aktivt boende. [37]
Vattenkraft och miljö 4. [39]
Hushållning med mark och vatten 2. Del I. Överväganden. [54]
Hushållning med mark och vatten 2. Del II. Bakgrundsbeskrivning. [55]
PBL-utredningen. 1. Ny plan- och bygglag. Del I. [65] 2. Ny plan- och bygglag. Del II. [66]

Industridepartementet

- Malmer och metaller. [40]
Kooperationen i Sverige. [62]
Hemslöjd-kulturarbete, produktion, sysselsättning. [77]

Kommundepartementet

- Svenska kyrkans gudstjänst. Band 4. Evangelieboken. [12]
Bättre kontakter mellan enskilda och myndigheter. [31]
Bidrag till folkrörelser. [60]







LiberFörlag
Allmänna Förlaget

1978-11-14
STOCKHOLM

ISBN 91-38-05002-1
ISSN 0375-250X