

Regeringens proposition

1979/80:6

om socialstyrelsens uppgifter och organisation, m. m.

beslutad den 23 augusti 1979.

Regeringen föreslår riksdagen att antaga de förslag som har upptagits i bifogade utdrag av regeringsprotokoll.

På regeringens vägnar

SVEN ROMANUS

GABRIEL ROMANUS

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag om socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation. Förslagen är i huvudsak av principiell och övergripande natur. Detaljutformningen av socialstyrelsens organisation i enlighet med i propositionen angivna riktlinjer och resursramar uppdras åt en särskild organisationskommitte.

Socialstyrelsens tillsyn skall omfatta såväl hälso- och sjukvården som den kommande socialtjänsten. Styrelsens planeringsuppgifter preciseras. Styrelsen bör ta initiativ till forskning, utveckling och försöksverksamhet inom sitt ansvarsområde. Styrelsen skall dock i princip inte bedriva egen sådan verksamhet.

I propositionen föreslås bl. a. att vissa av styrelsens statistiska funktioner förs över till statistiska centralbyrån och det föreslagna statens miljömedicinska laboratorium. Det förutsätts att vissa av styrelsens nuvarande beredskapsuppgifter på hälso- och sjukvårdens område förs över till sjukvårdshuvudmännen och att organisationen anpassas därefter. Styrelsens uppgifter när det gäller statsbidrag för flyktingar föreslås bli decentraliserade till länsstyrelserna. Vissa behörighetsbestämmelser förenklas. Socialstyrelsens omfattande nämndorganisation ses över och beslutsfunktionerna förs till styrelsen.

En central samordning av smittskyddsfrågor föreslås. Det s. k. stressforskningslaboratoriet vid karolinska institutet får vissa fasta basresurser som till viss del bör stå till socialstyrelsens förfogande. Systemet för prioritering av byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvårdsområdet tas upp.

I propositionen föreslås en betydande minskning av antalet anställda vid socialstyrelsen (från ca 925 till ca 615 vid centrala verket). Minskningen bygger på vissa angivna förutsättningar, bl. a. att nykterhetsvårdsanstalter och ungdomsvårdsskolor övergår till kommunala huvudmän. Avvecklingen av vissa statsbidrag påverkar personalbehovet. Vissa förslag i propositionen beträffande styrelsens framtida uppgifter leder till personalminskningar. I andra fall beräknas personalen kunna minskas

med bibehållna uppgifter, t. ex. när det gäller verkets administration. För utnyttjande av särskild expertis m. m. föreslås styrelsen få vissa rörliga medel.

Socialstyrelsen föreslås organiserad på fyra fackavdelningar och en administrativ avdelning. Fackavdelningarna avser områdena förebyggande arbete och planering, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt läkemedelsärenden. Utredningsförslaget om inrättande av ett särskilt läkemedelsverk avvisas. En förstärkning föreslås av ledningsfunktionerna på såväl verkslednings- som avdelningsnivå. Verksstyrelsens inflytande i frågor som rör inriktningen av verksamheten bör öka.

Beträffande den regionala organisationen föreslås att socialkonsulent- och länsläkareorganisationerna upphör.

Sociala enheter tillskapas vid länsstyrelserna. En stor del av länsläkarorganisationens uppgifter beräknas kunna tas om hand inom ramen för sjukvårdshuvudmännens miljömedicinska verksamhet.

Socialstyrelsens nya organisation föreslås i princip träda i kraft den 1 januari 1981. Ett fullt genomförande av alla de förutsedda eller föreslagna personalförändringarna kan dock inte beräknas ske förrän under budgetåret 1983/84. Befattningshavare som har arbetsuppgifter som avses upphöra under 80-talet bör föras över stat. Personalminskningen inom centrala verket förutsätts ske genom omplaceringar och i takt med naturlig avgång.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1979-08-23

Närvarande: Statsråden Sven Romanus, ordförande, och Mundebo, Wikström, Friggebo, Wirtén, Huss, Rodhe, Wahlberg, Hansson, Enlund, Lindahl, De Geer, Cars, Gabriel Romanus, Tham

Föredragande: statsrådet Gabriel Romanus

Proposition om socialstyrelsens uppgifter och organisation, m. m.

1 Inledning

I beslut 1974-06-28 uppdrog Kungl. Maj:t åt socialstyrelsen att med utgångspunkt i riksrevisionsverkets rapport den 27 juni 1973 "Översiktlig förvaltningsrevisionell studie av socialstyrelsen" och socialstyrelsens skrivelse i ämnet den 11 mars 1974 göra en översyn av styrelsens arbetsuppgifter och organisation.

Enligt beslutet skulle socialstyrelsen mot bakgrund av dels en analys och precisering av de övergripande och långsiktiga målen för verksamheten, dels utvecklingen inom styrelsens verksamhetsområde och samhället i övrigt pröva om styrelsens organisation och arbetsformer behövde ändras. Särskilda medel anslags för översynsarbetet.

Arbetet i översynsutredningen (Översyn av socialstyrelsen, ÖSoS) påbörjades hösten 1974. Under arbetets gång överlämnades vissa delutredningar till socialstyrelsen eller regeringen. ÖSoS slutrapport Socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer överlämnades till regeringen i februari 1978. Slutrapporten bestod av två delar, 1. Centrala verket och 2. Regional organisation. Huvuddelen av utredningsarbetet har genomförts i samarbete med statskontoret. Över slutrapporten har yttranden inhämtats från ett antal myndigheter och organisationer.

I april 1978 utsåg dåvarande chefen för socialdepartementet en särskild beredningsgrupp med uppgift att utarbeta beslutsunderlag för regeringens ställningstagande till socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation. I gruppen ingick representanter för social-, budget- och kommundepartementen samt för de dåvarande tre samordningskanslierna i regeringskansliet. Sedan hösten 1978 har de fyra stora partierna varit representerade i beredningsgruppen. Gruppens arbete har bedrivits som en beredning inom socialdepartementet. Gruppens ställning har inte varit formellt reglerad.

Beredningsgruppen skulle bedöma socialstyrelsens framtida uppgifter

och ansvar bl. a. mot bakgrund av en planerad övergång till ramlagstiftning under början av 80-talet för såväl social- som sjukvårdsområdena. Departementschefen pekade vidare på det pågående intensiva utredningsarbetet inom socialstyrelsens intresseområde. Beredningsgruppen borde ta del av detta och – i de fall utredningarna ej var klara – dra vissa preliminära slutsatser genom kontakter med utredningarna. Beredningsgruppen skulle ta ställning till de förslag som läkemedelskontrollutredningen beräknades lägga fram beträffande den organisatoriska ställningen för socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Gruppen skulle också ta ställning till decentraliseringsutredningens delbetänkande om prioritering av bygginvesteringar inom hälso- och sjukvården och nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB).

Beredningsgruppen¹ avlämnade i april 1979 rapporten Socialstyrelsen – roll, uppgifter, organisation. Rapporten har inte remissbehandlats. Gruppens förslag är av övergripande och principiell natur. Detaljutformningen av socialstyrelsens organisation föreslås bli anförtrord åt en särskild organisationskommitté. En sammanfattning av beredningsgruppens rapport bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1*.

Som jag nämnt i det föregående har beredningsgruppen haft att i sitt arbete ta hänsyn till ett flertal utredningar som berör socialstyrelsen, bl. a. styrelsens egen översynsutredning ÖSoS. I de fall utredningarna inte avslutats – eller betänkande inte remissbehandlats – under den tid beredningsgruppen arbetat, har gruppen dragit preliminära slutsatser utifrån utredningarnas arbete och den politiska viljeinriktning som styrt arbetet. Gruppens förslag till bl. a. organisation och dimensionering av socialstyrelsen bygger sålunda till viss del på antaganden rörande utformningen av framtida politiska beslut. Jag vill här särskilt framhålla de pågående förhandlingarna beträffande överförandet av vissa av socialstyrelsens underförvaltningar till kommunala huvudmän. Ett genomförande av denna reform är en av förutsättningarna för den minskning av socialstyrelsens personal som beredningsgruppen föreslår.

Vidare vill jag framhålla betänkandet (SOU 1978:83) Sjukvården i krig, som remissbehandlats under våren 1978. Utredningens förslag att den civila hälso- och sjukvårdens huvudmän ges ett ökat ansvar för sjukvården i krig och förberedelser härför i fred har legat till grund för beredningsgruppens övervägande när det gäller beredskapsfrågorna. Slutligen vill jag särskilt nämna hälso- och sjukvårdsutredningens (S 1975:04) ännu inte avslutade arbete med en ramlagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet samt forskningssamverkanskommitténs delbetänkande (Ds U 1979:4) Ett institut för social- och arbetsmarknadspolitisk forskning, som f. n. remissbehandlas. Gruppen har också haft att ta hänsyn till visst pågående propositionsarbete, främst propositionen om

¹ Efter regeringsombildningen hösten 1978 har beredningsgruppen haft följande sammansättning: verkställande direktören Gerhard Larsson (ordf.), kanslirådet Willi Barenthin, utredningssekreteraren Odd Engström, landstingsrådet Nils Hallerby, riksdagsmannen Erik Larsson, informationschefen Göran Lennmarker och kanslichefen Gunnar Lundmark.

socialtjänsten, men även till t. ex. propositionen angående samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. m.

Då beredningsgruppen tillsattes var regeringen väl medveten om att det utrednings- och propositionsarbete som pågick jämsides med beredningsgruppens arbete komplicerade beredningsarbetet. Det ansågs emellertid angeläget att osäkerheten om socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation undanröjdes. Detta borde ske genom att riksdagen förelades en proposition av övergripande och principiell natur. Detaljutformning och tidsplaner förutsattes bli behandlade av en särskild organisationskommitté. Jag ber att nu få ta upp dessa frågor. Jag kommer i det följande att förorda att regeringen förelägger riksdagen förslag om socialstyrelsens uppgifter och organisation. Beredningsgruppen har i sin rapport lagt fram underlag för regeringens ställningstagande. Enligt min mening bör regeringsförslaget utformas i huvudsaklig överensstämmelse med gruppens förslag.

Beredningsgruppen har i sitt arbete haft att ta ställning till ÖSoS slutrapport. Gruppen har vidare haft att behandla läkemedelskontrollutredningens betänkande (Ds S 1978:12) Den statliga läkemedelskontrollen i den del som avser den framtida ställningen för socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Slutligen har gruppen haft att ta ställning till decentraliseringsutredningens delbetänkande (Ds Kn 1977:6) Decentralisering av beslut om hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar.

Jag kommer att ta upp ÖSoS rapport och de angivna betänkandena i det följande. I *bilaga 2* återges ÖSoS sammanfattning av slutrapporten. Det huvudsakliga innehållet i remissyttrandena över ÖSoS-rapporten redovisas i *bilaga 3*. Jag redovisar läkemedelskontrollutredningens förslag om läkemedelsavdelningens ställning i propositions-texten. Remissutfallet framgår av *bilaga 4*. Jag tar vidare upp decentraliseringsutredningens förslag beträffande byggprioriteringen i samband med mina överväganden i denna fråga. Remissinstansernas synpunkter framgår av *bilaga 5*.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att decentraliseringsutredningens förslag om upphävande av den s. k. ritningsgranskningen och avskaffande av nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB) tagits upp i en särskild proposition (prop. 1978/79:174) om avskaffande av NSB m. m. Enligt riksdagens beslut (SoU 1978/79:39, rskr 1978/79:396) upphörde nämnden den 30 juni 1979.

Slutligen vill jag framhålla att jag i mina överväganden om socialstyrelsens uppgifter inom den framtida socialtjänsten bygger på de förslag som har lagts fram i propositionen (1979/80:1) om socialtjänsten.

Socialstyrelsen har ett mycket omfattande ansvar inom hälso- och sjukvårdsområdet. När jag i det följande tar upp frågor inom detta område sker det efter samråd med statsrådet Lindahl.

Jag övergår nu till att kortfattat beskriva den nuvarande socialstyrelsen, dess tillkomst samt vissa utvecklingslinjer inom styrelsens verksamhetsområde som bakgrund till mina överväganden och förslag rörande styrelsens roll, uppgifter och organisation.

2. Den nuvarande socialstyrelsen

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för ärenden som rör socialvård, hälso- och sjukvård, läkemedelsförsörjning samt frågor om alkohol och andra missbruksmedel, i den mån det inte ankommer på annan statlig myndighet att handlägga sådana ärenden.

Socialstyrelsen har enligt sin instruktion (1967:606, omtryckt 1977:988, ändrad senast 1979:208) särskilt att handlägga frågor om riksplanering av de under styrelsen lydande verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad samt följa och stödja den regionala och lokala planeringen. Socialstyrelsen skall ta erforderliga initiativ i olika fackfrågor samt bedriva upplysningsverksamhet inom sitt ämnesområde.

Socialstyrelsen har omfattande tillsynsuppgifter i syfte att bevaka kvaliteten i vårdinsatserna samt att den enskildes rätt tillgodoses inom socialvårdens och hälso- och sjukvårdens olika delar. Styrelsen har sålunda tillsyn över den allmänna hälsovården, bekämpandet av smittsamma sjukdomar, den sjukdomsförebyggande vården, den öppna och slutna sjukvården, tandvården, vården av psykiskt utvecklingsstörda samt sjuktransportväsendet. Styrelsen skall även bevaka efterlevnaden av lagen om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall och av läkemedelsförordningen. Socialstyrelsen handlägger vidare ärenden om social omvårdnad, såsom vård av barn och ungdom, äldre, handikappade, alkohol- och läkemedelsmissbrukare m. fl.

I fråga om krigsorganisationen för socialvården samt hälso- och sjukvården har socialstyrelsen särskilt att leda, övervaka och samordna den regionala och lokala planläggningen.

Socialstyrelsen leds av en styrelse och en generaldirektör som är styrelsens ordförande. I styrelsen ingår förutom generaldirektören nio av regeringen utsedda ledamöter. I styrelsen ingår även tre personalföreträdare. En överdirektör fungerar som generaldirektörens ställföreträdare.

Inom socialstyrelsen finns sex avdelningar, varav en för tandvård, social barna- och ungdomsvård m. m., en för hälsovård, akutsjukvård, nykterhetsvård m. m., en för långtidsvård, åldersvård m. m., en läkemedelsavdelning, en planerings- och beredskapsavdelning samt en administrativ avdelning. Avdelningarna leds av avdelningschefer. Avdelningarna är uppdelade på totalt 22 byråer och ett läkemedelslaboratorium som är uppdelat på fyra laboratorieenheter. Byråerna leds av byråchefer som benämns medicinalråd i de fall de är legitimerad läkare, legitimerad tandläkare eller apotekare. Laboratorieenheterna förestås av professorer.

Som rådgivandeorgan har socialstyrelsen ett vetenskapligt råd och ett beredskapsråd. För handläggning av vissa ärenden finns ett rättsläkarråd, en nämnd för abort- och steriliseringsärenden, medicinalväsendets ansvarsnämnd, en läkemedelsnämnd och en nämnd för alkoholfrågor. Därutöver finns nämnder med särskilda uppgifter enligt bestämmelser som regeringen meddelar.

Antalet anställda vid det centrala ämbetsverket är drygt 1 000, vilket

motsvarar ca 925 heltidstjänster. Verksamheten finansieras över ett särskilt myndighetsanslag som för budgetåret 1978/79 uppgick till ca 95 milj. kr. samt över ett antal sakanslag inom socialdepartementets verksamhetsområde. Därtill kommer vissa medel som socialstyrelsen disponerar för olika planerings-, försöks- och utvecklingsverksamheter inom den samlade social-, hälso- och sjukvårdssektorn. De totala lönekostnaderna för socialstyrelsens personal vid det centrala verket uppgår till ca 103,5 milj. kr. Till detta kommer omkostnader m. m. på drygt 40 milj. kr., dvs. totalt ca 145 milj. kr.

Den del av kostnaderna som faller på läkemedelsavdelningen, ca 26 milj. kr., förutsätts i sin helhet finansierad genom registrerings- och årsavgifter från läkemedelsindustrin.

Socialstyrelsen har ett direkt ledningsansvar för tillsammans ca 115 statliga organ och institutioner, såsom statens rättskemiska laboratorium, statens rättsläkarstationer, statens rättspsykiatriska kliniker och stationer, länsläkarväsendet, ungdomsvårdsskolorna, vårdanstalter för alkoholmissbrukare, länsnykterhetsnämnderna, statens socialvårdskonsulenter samt den forskning och utbildning i öppen hälso- och sjukvård som bedrivs vid läkarstationen i Dalby. Antalet fast anställda vid socialstyrelsens underförvaltningar kan beräknas till omkring 2 000.

Totalt ansvarar socialstyrelsen för ett 50-tal statsanslag på sammanlagt ca 6,75 miljarder kr. I detta belopp inryms ett flertal betydande statsbidrag till kommuner och landsting, t. ex. för barnomsorg, social hemhjälp och färdtjänst, nykterhets- och narkomanvård samt psykiatrisk sjukvård.

3. Socialstyrelsens tillkomst

Den nuvarande socialstyrelsens tillkomst föregicks av ett utredningsarbete inom två utredningar som tillkallats år 1962 rörande dels dåvarande socialstyrelsens organisation (socialstyrelseutredningen), dels organisation och arbetsuppgifter för dåvarande medicinalstyrelsen och till styrelsen knutna organ (MCA-utredningen). År 1964 erhöll de båda utredningarna tilläggsdirektiv att i samråd utreda och framlägga förslag om en gemensam central administration för socialvården och hälso- och sjukvården. Utredningarna avlämnade år 1965 ett betänkande "Hälso- och socialvårdens centrala administration" (SOU 1965:49). Betänkandet omfattade bl. a. utredningarnas gemensamma förslag till ett för socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt verk.

Regeringens proposition (1967:68) till riksdagen angående central administration för hälso- och sjukvården samt socialvården m. m. var kortfattad. I propositionen föreslogs att en ny central förvaltningsmyndighet skulle inrättas 1968-01-01 som i huvudsak skulle överta de arbetsuppgifter som dittills ankommit på dåvarande socialstyrelsen, medicinalstyrelsen och medicinalstyrelsens sjukvårdsberedskapsnämnd. Riksdagen beslöt i enlighet med regeringens förslag med den ändringen

att den nya myndighetens namn skulle vara socialstyrelsen i stället för medicinalstyrelsen, som föreslagits i propositionen.

Den allmänna målsättningen var att skapa en myndighet som inom hela verksamhetsområdet stod i nära kontakt med utvecklingen och hade tillräckliga resurser och auktoritet för att utöva en allmän ledning och ta erforderliga initiativ i olika fackfrågor. De medicinska och sociala funktionerna inom verket skulle integreras. Som ett ytterligare led i den allmänna målsättningen ingick att säkerställa nära kontakt och förtroendefullt samarbete mellan den nya myndigheten och de kommunala huvudmännen.

Mer specifikt skedde sammanläggningen av de två ämbetsverken på det sociala resp. medicinska området mot bakgrund av att socialvårdens och hälso- och sjukvårdens beröringspunkter på olika områden blivit alltmer framträdande. Utvecklingen mot en allt närmare samverkan på fältet hade ökat behovet av samordning och samplanering på det centrala planet. Det slogs fast att det är ett både humanitärt och samhällsekonomiskt intresse att största möjliga samverkan mellan medicinsk och social omvårdnad kommer till stånd. En huvuduppgift för den nya socialstyrelsen skulle bli att på myndighetsplanet nå fram till en för hälso- och sjukvården och socialvården gemensam integrerad och konstruktiv policy.

Vid sidan av integrationssträvandena var planeringsfrågorna grundläggande för omorganisationen. Socialstyrelse- och MCA-utredningarna hade särskilt understrukit planeringsfrågornas betydelse och ansett en kraftig ökning av såväl statens som huvudmannasidans planeringsresurser som nödvändig. Utredningarna förordade särskild personal för planeringsfrågorna inom socialstyrelsen.

I propositionen angavs att riksplaneringen i fråga om såväl hälso- och sjukvården som socialvården ytterst innebär en avvägning av resurserna mellan dessa vårdområden och övriga samhällssektorer. Det var därmed klart att riksplaneringen måste vara en statlig uppgift. Riksplaneringen skulle under socialdepartementet omhändertas av socialdepartementets sjukvårdsdelegation (vars uppgifter ansågs böra utvidgas till att omfatta även socialvården) samt av socialstyrelsen på verksplanet. På socialstyrelsen skulle ankomma att handlägga frågor rörande riksplanering av verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad med beaktande särskilt 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. Som ett led i riksplaneringen skulle socialstyrelsen insamla, sammanställa och analysera av huvudmännen fastställda planer samt redovisa verkets uppfattning om såväl den totalbild som analysen lett fram till som de enskilda planerna.

När det gäller socialstyrelsens organisation angavs endast huvuddragen. Verkets ledning skulle ha fria händer att i detalj utforma verkets inre organisation. Huvuddragen bestod i inrättande av en lekmannastyrelse med representanter för bl. a. de kommunala huvudmännen, indelning av verksamheten i avdelningar med integrerade medicinska och sociala

funktioner, förstärkningar på chefsplanet samt en allmänt ökad kapacitet såväl för fackfrågor som för planering, utredningar och administrativa uppgifter. Utbygganden på chefsplanet – särskilt genom tillkomsten av fem avdelningschefstjänster – avsågs medföra en förstärkning av kapaciteten i fråga om verkets planeringsuppgifter samt skapa förutsättningar för delegering av beslutsfunktioner i betydligt större omfattning än som varit möjligt i de förutvarande verken. Detta skulle motverka faran för byråkratisering och tungroddhet i det nya, större verket. Den ökade tillgången på administrativ arbetskraft ansågs likaså medföra en effektivitetsökning i förhållande till tidigare genom att fackbyråerna konsekvent befriades från uppgifter som kunde handläggas på den administrativa avdelningen.

I samband med att apoteksväsendet förstatligades år 1971 sammanfördes ett antal enheter inom läkemedelskontrollen, bl. a. statens farmaceutiska laboratorium, till en särskild läkemedelsavdelning inom socialstyrelsen.

4. Socialvården samt hälso- och sjukvården efter år 1968

Såväl socialvården som hälso- och sjukvården har under den dryga 10-årsperiod som gått sedan socialstyrelsen tillkom präglats av en stark utbyggnad. Bakom denna utveckling har legat en bred enighet i uppfattningen att socialvård och hälso- och sjukvård utgör centrala inslag i den samlade välfärdspolitiken. Det finns anledning att här peka på några av huvuddragen i denna utveckling.

För primärkommunernas del har socialvårdens utbyggnad inneburit att dessa fått växande uppgifter och ett ökat ansvar för befolkningens välfärd. Särskilt den sociala serviceverksamheten har byggts ut och framför allt inriktats på de äldre, de handikappade och barnfamiljernas behov. Servicen för de äldre och de handikappade har till stor del avsett hemhjälp, färdtjänst och bostäder. Den sociala servicen för barnfamiljer har förbättrats genom utbyggnaden av den kommunala barnomsorgen. Kommunerna har på detta område fått ansvaret inte bara för att tillgodose föräldrars behov av barntillsyn utan också för att främja barnens utveckling. Kommunerna har vidare ansvar för bostadsförsörjningen och för att bostadsområdena utformas till en god samhällsmiljö.

Vid sidan av en kontinuerlig utbyggnad av den sociala omsorgen har även socialvårdens organisation, arbetsformer och -metoder genomgått förändringar. De tidigare separata förvaltningarna för socialvårdens traditionella ansvarsområden enligt de tre vårdlagarna (barnavårdslagen, nykterhetsvårdslagen och socialhjälpslagen) har inom kommunerna i allmänhet slagits samman under en gemensam social centralnämnd. Vård- och behandlingsarbetet har fått en ökad inriktning på förebyggande och uppsökande åtgärder, öppnare vårdformer, större frivillighet och förläggning av vårdresurserna i närmiljön. Ansträngningar görs för att vidga det förebyggande arbetet till att också omfatta samhälls- och miljöpåverkan-

de insatser. Helhetssynen på individen och dennes miljö har varit den bärande principen bakom denna utveckling. En väsentligt utökad och förbättrad utbildning av personalen har varit en förutsättning för de förändringar som skett inom socialvården.

Under den gångna tioårsperioden har även utvecklingen inom hälso- och sjukvården varit snabb. Kännetecknande för utvecklingen har varit en kraftig ökning av landstingens (motsv.) personella och materiella resurser samt en målinriktad satsning från såväl statens som huvudmännens sida på att förändra vårdstrukturen från den nuvarande, relativt starkt sjukhusbaserade vården till mer decentraliserade och öppna vårdformer. Sjukvårdspolitiken har inriktats på en utbyggnad av den öppna vården vid vårdcentraler, långtidsvården vid lokala sjukhem och i hemmet samt av de psykiatriska vårdresurserna vid sjukhem och kliniker samordnade med kroppssjukvården. Återhållsamhet eller en minskning har förutsatts för den slutna somatiska akutsjukvården. I syfte att främja en sådan utveckling har olika reformer genomförts, bl. a. ändringar i sjukvårdslagstiftningen, ersättning från sjukförsäkringssystemet till sjukvårdshuvudmännen för bl. a. öppen vård (den s. k. sju-kronorsreformen) samt ett system för läkarutbildning med central fördelning av läkararbetskraften mellan sjukvårdshuvudmännen och mellan olika medicinska verksamhetsområden.

De sjukvårdsplaner som flertalet landsting utarbetat fram till i allmänhet år 1985 uppvisar god överensstämmelse med de angivna sjukvårdspolitiska målen. I förhållande till de rekommendationer som bl. a. socialstyrelsen presenterat kännetecknas dock sjukvårdsplanerna av en något lägre takt i utbyggnad och omstrukturering av vården. Den verkliga utbyggnaden av den öppna vården och långtidsvården samt den faktiska reduceringen av vårdplatser i den slutna korttidsvården uppvisar ytterligare eftersläpning och går långsammare än vad huvudmännen själva avsett i sina sjukvårdsplaner. Det finns således en skillnad mellan såväl centrala rekommendationer och landstingens sjukvårdsplaner som mellan dessa planer och den faktiska utvecklingen.

Ambitionerna har också kännetecknats av en strävan att förebygga sjukdomar och ohälsa. Mödra- och barnhälsovården, distriktsvården samt hälsoupplysningen har sedan länge varit betydelsefulla områden inom den förebyggande vården. Under de senaste åren har i bl. a. sjukvårdshuvudmännens egna planer och utredningar en förskjutning skett mot att betona en mer offensiv hälsopolitisk roll för hälso- och sjukvården, med ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa i syfte att söka förhindra uppkomsten av resurskrävande vårdbehov. Även på detta område avviker den faktiska utvecklingen från de angivna målen. Av hälso- och sjukvårdens totala insatser har hittills bara mindre delar inriktats på förebyggande och uppsökande verksamheter. Huvuddelen av insatserna har med utgångspunkt i individens rätt till bästa möjliga vård gått till att avhjälpa och lindra redan uppkomna vårdbehov.

Sociala och medicinska problem hänger ofta samman. Både i ett

långsiktigt förebyggande arbete och i det praktiska vård- och behandlingsarbetet finns behov av samverkan mellan socialvården och hälso- och sjukvården. Under det senaste decenniet har insatser gjorts av både statliga och kommunala organ för att förbättra samordningen mellan de båda områdena och vidareutveckla de målsättningar som bl. a. kom till uttryck i samband med sammanslagningen av de medicinska och sociala ämbetsverken år 1968. Socialstyrelsen har sålunda i samarbete med berörda huvudmän bedrivit försöks- och utvecklingsverksamheter rörande samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård (i Dalby, Tierp, Vilhelmina, i det s. k. SoSam-projektet i Linköping och Ljusdal etc.). År 1976 påbörjade socialstyrelsen, kommunförbunden och Spr¹ ett stort gemensamt arbete (Primärvård — Äldreomsorg — Samverkan) för att utveckla en gemensam grundsyn i samverkansfrågorna. Erfarenheterna inom flera områden, inte minst när det gäller omsorgen om de äldre och vården av alkohol- och narkotikamissbrukare, har visat att här finns centrala problem som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt måste lösa.

Utvecklingen inom vårdsektorn har sammantaget inneburit att primärkommuner och landsting erhållit ett allt större ansvar för att tillgodose olika sociala och medicinska vård- och servicebehov. Det primär- och landstingskommunala ansvaret för socialvård resp. hälso- och sjukvård har lång tradition. Detta ansvar har successivt förstärkts och utvidgats genom olika reformer. Betydelsefull för utvecklingen av ett ökat kommunalt ansvar har varit den sammanslagning av primärkommuner som ägt rum och som medfört att antalet kommuner minskat från närmare 1 000 vid mitten av 60-talet till nuvarande 277. För landstingskommunerna grundlades redan på 60-talet ett vidgat och samordnat ansvar för hälso- och sjukvården genom övertagandet av provinsialläkarväsendet och mentalsjukvården från staten. Den kommunala förvaltningsorganisationen har byggts ut. Tillgången på kvalificerad sakkunskap för olika fackfrågor samt för planering och administration av verksamheten har ökat. Detta har successivt skapat förutsättningar för en minskad statlig detaljreglering av den sociala samt hälso- och sjukvårdande verksamheten och en decentralisering av beslut från centrala statliga organ till kommunala organ.

5. Socialstyrelsen efter år 1968

Förutsättningarna för socialstyrelsens verksamhet har på olika punkter förändrats sedan verket bildades för drygt tio år sedan. Inte minst de kommunala huvudmännens ökade ansvar och kompetens inom socialvård och hälso- och sjukvård har på ett framträdande sätt ändrat dessa förutsättningar. Detta har medfört olika problem för socialstyrelsen som dokumenterats av bl. a. riksrevisionsverket som under åren 1973–1974 granskade styrelsen, av justitieombudsmannen som inspekterade social-

¹ Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut.

styrelsen år 1974 samt av socialstyrelsens egen översynsutredning (ÖSoS).

Riksrevisionsverket påpekade särskilt betydelsen av att socialstyrelsen har preciserade mål för verksamhetens inriktning samt behovet av att bättre samordna riksplaneringen av vårdsektorn och förstärka socialvårdens planering. Socialstyrelsen borde vidare effektivisera och reducera handläggningen av löpande arbetsuppgifter och detaljfrågor. Även styrelsens organisation borde bli föremål för åtgärder i syfte att bl. a. stärka och utveckla den sociala sidan samt förbättra förutsättningarna för samverkan mellan sociala och medicinska verksamheter. Socialstyrelsens administrativa funktioner borde ses över och decentraliseras.

Justitieombudsmannen noterade vid sin inspektion mängden av arbetsuppgifter inom socialstyrelsen och uppgifternas skiftande karaktär. Ärenden av riksviktig natur blandades med oräkneliga rutinärenden. De löpande ärendena tog huvuddelen av socialstyrelsens krafter i anspråk. Justitieombudsmannen menade att det med all sannolikhet skulle vara mycket att vinna på om socialstyrelsens uppgifter mera koncentrerades på planering, allmän upplysning och tillsyn.

I ÖSoS-utredningen framhålls att socialstyrelsen till följd av svårigheter att samordna sin verksamhet inte alltid kunnat arbeta utifrån en enhetlig policy. Samarbetet inom socialstyrelsen mellan sociala och medicinska verksamhetsgrenar har ökat. Brister kvarstår emellertid som enligt utredningen är svåra att lösa med nuvarande organisation. Samverkan och kontaktytorna mellan socialvård och hälso- och sjukvård bedöms som mer komplicerade än vad socialstyrelsens nuvarande organisatoriska struktur ger uttryck för. Styrelsens socialvårdsenheter är organisatoriskt splittrade och uppdelade enligt ett traditionellt mönster, vilket ytterligare anses ha bidragit till samverkanssvårigheter. Utredningen menar också att socialstyrelsen bör minska detaljregleringen av kommunernas och landstingens verksamhet och decentralisera verksamheter. Styrelsens arbetssätt bör i större utsträckning karaktäriseras av övergripande uppgifter med inriktning på planering, kunskapsutveckling, allmänna råd och information.

I takt med att socialvårdens och hälso- och sjukvårdens arbetsfält undan för undan vidgats och befintliga verksamhetsgrenar byggts ut har även socialstyrelsen fått nya och utökade arbetsuppgifter genom beslut av riksdag och regering. I detta sammanhang kan erinras om uppgifter i samband med utbyggnaden av barnomsorgen, intensifierad hälsoupplysning, inrättande av en läkemedelsavdelning för läkemedelskontrollen, en allt mer utvecklad hälso- och sjukvårdsplanering samt olika utrednings- och utvecklingsinsatser rörande bättre samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård. Vid ingången av år 1978 erhöll socialstyrelsen ytterligare betydelsefulla uppgifter genom att styrelsen fick ett samlat ansvar för samhällets alkoholpolitik och att socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor inrättades.

Denna utveckling, där nya uppgifter successivt har ålagts socialstyrelsen, har inte i samma utsträckning motsvarats av en omprövning av

befintliga verksamheter. Särskilt mot bakgrund av kommunernas och landstingens ökade ansvar, resurser och kompetens är en sådan prövning nödvändig för att uppnå en fortlöpande anpassning till de lokala och regionala organens behov av centrala initiativ. I ÖSoS-utredningen har olika förslag i denna riktning lagts fram, liksom också i styrelsens redovisning av underlag för omprioriteringar till socialdepartementet i augusti 1978. Socialstyrelsen har dock hittills endast i ringa grad kunnat utföra tillkommande arbetsuppgifter med hjälp av omfördelning av resurser inom styrelsen. Detta har även gällt aktiviteter av t. ex. planerings- och utvecklingskaraktär som styrelsen själv initierat och bedömt som angelägna. Dessa utvecklingsaktiviteter m. m. har blivit beroende av en växande finansiering med särskilda medel vid sidan av styrelsens eget anslag, som också har ökat. Sammantaget har tillkomsten av nya arbetsuppgifter samt faktorer som t. ex. ökad deltidstjänstgöring och deltidspensionering inneburit att personalstyrkan vid socialstyrelsen i stort sett fördubblats på tio år. Budgetåret 1968/69 förfogade socialstyrelsen över totalt 441 tjänster. I 1979 års budgetproposition anges antalet tjänster för budgetåret 1978/79 vid centrala verket till 521, vartill kommer 120 vid läkemedelsavdelningen och 50 vid styrelsens nämnd för hälsoupplýsning, totalt 691. Samtidigt har socialstyrelsen som förut nämnts drygt 1 000 anställda. Uttryckt i helårstjänster är antalet ca 925. De "övertaliga" avlönas genom särskilda medel, t. ex. via sakanslag och forskningsmedel.

Denna tillväxt har ställt stora anspråk på socialstyrelsens ledningsfunktioner, på insatser för intern samordning och på administrativ kapacitet. Det har blivit svårare att överblicka helheten, att samordna verksamhetens olika delar mot gemensamma mål och att vidmakthålla en tillräcklig flexibilitet i resursutnyttjandet. Allmänheten, de vård sökande, vårdpersonalen samt företrädare för de kommunala huvudmännen har mött dessa problem i form av t. ex. svårigheter att få kontakt med rätt enhet eller tjänsteman inom socialstyrelsen, utdragna handläggningstider, oklara och i vissa fall motsägelserfulla besked, otillräcklig fältkontakt samt långsamhet och bristande initiativ i frågor som har ansetts som angelägna. Både TCO och LO har i sina remissyttranden över ÖSoS utredning kritiserat socialstyrelsen på denna punkt. TCO framhåller att socialstyrelsen varken när det gäller organisation eller funktion lyckats "hinna fatt" den utveckling som sedan 60-talet pågår ute på fältet. Socialarbetarna ute på arbetsfältet har i vissa situationer upplevt bristen på vägledning från socialstyrelsens sida som besvärande. LO anför att socialstyrelsen många gånger uppfattats som alltför passiv och ibland t. o. m. som ett hinder. SACO/SR menar att socialstyrelsen under sin tioåriga tillvaro upplevt betydande inre organisatoriska problem, vilka till stor del torde hänga samman med verkets storlek.

De kommunala huvudmännen och särskilt deras riksorganisationer har i olika sammanhang framhållit att socialstyrelsen inte i tillräcklig grad anpassat sin verksamhet till huvudmännens ökade kompetens och att det politiska ansvaret för socialvården och hälso- och sjukvården ävilar

huvudmännen. Svenska kommunförbundet anser att de viktigaste utgångspunkterna för socialstyrelsen är utvecklingen mot minskad statlig detaljreglering av den kommunala verksamheten, strävan att stärka den kommunala självstyrelsen samt utbyggnad av kommunernas förvaltningsorganisation som blivit en naturlig följd av kommunsammanslagningarna. Landstingsförbundet menar att med utgångspunkt från de övergripande mål som lagts fast av riksdag och regering bör de politiskt ansvariga huvudmännen så långt möjligt få verka utan statlig detaljreglering.

Till socialstyrelsens svårigheter att anpassa sin verksamhet till nya krav och förutsättningar har starkt bidragit det förhållandet att socialstyrelsen inte bara omfattar det centrala ämbetsverket. Som en väsentlig del av styrelsens organisation ingår också ett mycket stort antal underförvaltningar med sinsemellan mycket olikartade verksamheter som dessutom är spridda över hela landet. Dessa har ställt stora krav på socialstyrelsen när det gäller såväl fackmässig som administrativ ledning och samordning. Det kan ur framför allt effektivitetssynpunkt starkt ifrågasättas om det är lämpligt att organisatoriskt och administrativt koppla ihop så många olika enheter över hela riket med en och samma centrala myndighet.

En utveckling har dock inletts som inriktas på att vissa av socialstyrelsens underförvaltningar förs över till kommunala huvudmän. Ungdomsvårdsskolor och vårdanstalter för alkoholmissbrukare bör övertas av landsting och i vissa fall av kommuner. ÖSoS har skisserat en motsvarande utveckling när det gäller socialstyrelsens underförvaltningar inom rättspsykiatri och rättsmedicin. ÖSoS har vidare föreslagit att socialstyrelsens regionala organ – socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna – skall inordnas i länsstyrelserna och där samordnas i en särskild social och miljömedicinsk enhet.

Ett av de grundläggande motiven bakom socialstyrelsens tillkomst var att på riksplanet förbättra samordningen mellan socialvården och hälso- och sjukvården för att därigenom påskynda den utveckling som hade inletts på regional och lokal nivå. Socialstyrelsen har i samverkan med bl. a. de kommunala huvudmännen och Spri svarat för olika insatser för att utvärdera och utveckla former och metoder för social och medicinsk samverkan. Även organ utanför socialvården och hälso- och sjukvården har i vissa fall engagerats i detta arbete, t. ex. skola, försäkringskassa, arbetsförmedling etc.

För socialstyrelsens del har dock det hittillsvarande samverkansarbetet inte varit utan problem och svårigheter. Inom styrelsens olika fackavdelningar är sociala och medicinska byråer blandade med varandra. Dessa byråer härrör i allt väsentligt från de båda gamla verken. ÖSoS som betonar betydelsen av social och medicinsk samverkan anser att denna organisation inte varit ett särskilt verksamt instrument för ett effektivt samverkansarbete och socialstyrelsens möjligheter att infria de integrationsmål som låg bakom styrelsens tillkomst. Styrelsens organisation har i stället lett till oklarheter i ansvarsfördelning och svårigheter att samordna

viktiga delar av styrelsens verksamhet. ÖSoS pekar härvidlag framför allt på socialvårdsfrågorna. Förekomsten av en rad till socialstyrelsen knutna nämnder — i vissa fall med myndighetsfunktioner — har ytterligare komplicerat ansvarsfrågorna. Vid sidan av integrationssträvandena var behoven av en förbättrad planering på rikspanet av socialvård och hälso- och sjukvård vägledande för statsmakternas beslut om inrättandet av socialstyrelsen år 1968. Särskilda planeringsenheter tillfördes verket. Begreppet planering gavs emellertid inte någon klar definition. Det togs inte heller tillräcklig hänsyn till att planering i ordets egentliga betydelse endast kan utföras av det organ som har att verkställa planerna och bekosta genomförandet. Detta har lett till en osäkerhet om socialstyrelsens planeringsuppgifter och i vissa fall — framför allt inom socialvårdsområdet — medfört att styrelsens planering fått en teoretisk inriktning. Möjligheterna att påverka det praktiska arbetet på fältet har därigenom begränsats.

Inom hälso- och sjukvården har socialstyrelsen emellertid kunnat ägna sig åt övergripande vård- och resursplanering, främst genom att framställa planeringsunderlag för huvudmännen. En av förklaringarna till detta är att hälso- och sjukvården i landet som helhet förfogar över ett relativt enhetligt planeringssystem och vissa riksomfattande planeringsinstrument. Detta har lett till att socialstyrelsen haft lättare att inom hälso- och sjukvården anpassa sig till en myndighetsroll med mer övergripande och samordnade funktioner som bättre stämmer överens med de kommunala huvudmännens ökade ansvar och sakkunskap.

Sammanfattningsvis synes de senaste årens utveckling ha lett till en viss oklarhet både i och utanför socialstyrelsen om styrelsens roll, ansvar och befogenheter.

6. Socialtjänsten samt hälso- och sjukvården i framtiden

Förändringar i samhället innebär att nya krav ställs på den vård, omsorg och service som samhället bör erbjuda. Det saknas här anledning att i detalj gå in på alla de faktorer som härvidlag spelar in. En ingående belysning av dessa förhållanden har gjorts i bl. a. socialutredningens betänkanden och propositionen om socialtjänsten. Ytterligare redovisning kan förväntas från hälso- och sjukvårdsutredningen. Några faktorer bör dock framhållas även i detta sammanhang.

Av avgörande betydelse för utbyggnaden inom socialvården och hälso- och sjukvården är befolkningsutvecklingen. Denna kännetecknas av en starkt ökande andel äldre människor, varvid ökningen är relativt sett kraftigast i gruppen 85 år och äldre. Det är uppenbart att denna befolkningsutveckling ställer stora krav på en fortsatt utbyggnad av äldreomsorgen och långtidssjukvården.

Samhällsförändringarna med bl. a. en ökad förvärvsverksamhet bland kvinnor ställer krav på en kraftig utbyggnad av samhällets barnomsorg. Samtidigt har vi fått ökade insikter om den betydelse som de första åren har för barnens framtida utveckling. Handikappade barn och barn till

föräldrar som kommer från andra kulturmiljöer innebär särskilda krav.

Medan kvinnornas förvärvsintensitet ökat har den sjunkit något för männen. Ungdomar utan yrkesutbildning har svårt att komma in på arbetsmarknaden. Äldre och partiellt arbetsföra har fått en svårare arbetsmarknadssituation. Arbetslöshet har omfattande verkningar på såväl socialvården som hälso- och sjukvården. Män i de aktiva åldrarna som inte tillhör arbetskraften kommer i större utsträckning än andra grupper i motsvarande ålder i kontakt med samhällets stöd- och vårdresurser. Inte sällan beror vårdbehoven på problem som hänger samman med missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Ur social synpunkt utgör ungdomsarbetslösheten ett särskilt allvarligt problem. Till detta kan läggas att de senare årens invandring ställt vissa kommuner inför nya sociala uppgifter.

Dessa och andra faktorer leder till fortsatta stora anspråk på samhällets insatser för social och medicinsk trygghet och omvårdnad i framtiden. En bättre samordning av samhällets vårdresurser framstår därvid som nödvändig. De primär- och landstingskommunala huvudmännen måste fördela ansvar och uppgifter mellan sig så att den enskilda människans behov av vård, omsorg och service tillgodoses på bästa sätt. Ur samhällsekonomisk synpunkt är det viktigt att huvudmännen inte bygger upp parallella utan kompletterande resurser. Primärkommunerna skall därvid svara för insatser som kräver social kompetens och landstingen för insatser som kräver medicinsk kompetens. Den samordning av sociala och medicinska insatser som krävs måste säkerställas genom en utvecklad samverkan mellan de resurser de primär- och landstingskommunala huvudmännen förfogar över. Detta behov av en fördjupad samverkan måste tillgodoses redan på planeringsstadiet.

Den under senare år allt intensivare debatten om sambanden mellan uppkomna vårdbehov och människornas miljö och levnadsförhållanden visar på behov av samarbete som sträcker sig långt utanför den traditionella vårdsektorn. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan inte isolerat och med enbart vårdande och behandlande åtgärder klara dessa vårdbehov. Ökade ansträngningar för att rätta till skadliga miljöförhållanden framstår ur såväl mänsklig som samhällsekonomisk synpunkt som allt viktigare. Ett sådant förebyggande arbete ställer krav på en utvecklad samverkan inte bara mellan sociala och medicinska verksamheter utan också mellan dessa och verksamheter inom andra samhällssektorer. En mer aktiv och samhällspåverkande roll betonas för socialtjänstens del i propositionen om socialtjänsten och behandlas för hälso- och sjukvårdens del i den pågående hälso- och sjukvårdsutredningen.

När det gäller samarbete och fördelning av ansvar mellan stat och kommuner bör en statlig detaljstyrning av socialvården och hälso- och sjukvården så långt möjligt undvikas. Primärkommuner och landsting skall med utgångspunkt i de mål och ramar som statsmakterna lagstiftningsvägen anvisar ha frihet att utforma vårdorganisationen med hänsyn till de lokala behoven och förutsättningarna. Denna strävan till

decentralisering är grundläggande för utvecklingen av den kommunala självstyrelsen. Den nya lagstiftningen som inför 80-talet planeras för socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör ge uttryck för denna utveckling.

Principen att samhällsorganens beslut skall fattas så nära de berörda människorna som möjligt talar för ett långtgående kommunalt självbestämmande. Samtidigt är det uppenbart att de enskilda människorna har krav på rättssäkerhet och lika tillgång på samhällsservice. Statsmakterna måste därför kunna ange ramar för kommunernas och landstingskommunernas befogenheter. Eftersläpning i vissa kommuner behöver motverkas genom statlig tillsyn. Vid utformningen av den statliga tillsynen och kontrollen över den kommunala verksamheten är det nödvändigt att göra en avvägning mellan olika intressen.

Det krävs en samverkan mellan statliga och kommunala organ på skilda områden och i olika former. I detta samspel får socialstyrelsen en viktig roll på socialtjänst- samt hälso- och sjukvårdsområdet.

7. Socialstyrelsens roll och uppgifter i framtiden

7.1 Socialstyrelsens roll

ÖSoS-utredningen konstaterar som utgångspunkt för sina överväganden om socialstyrelsens roll att det är de kommunala huvudmännen som har det direkta ansvaret för utformning, finansiering och drift av vården samt att de övergripande målen fastställs av statsmakterna. Inom de ramar som statsmakterna satt upp har landsting och kommuner att under självständigt politiskt och ekonomiskt ansvar tillgodose individernas välfärd och vårdbehov. Enligt ÖSoS skall socialstyrelsen som central myndighet för socialvården, hälso- och sjukvården samt läkemedelsförsörjningen företräda statsmakternas intresse, ett riksintresse. Socialstyrelsen skall tolka och vidareutveckla statsmakternas mål och utifrån sina erfarenheter från verksamheten inom vårdsektorn lämna underlag till förändrade mål. Styrelsen skall enligt ÖSoS i samråd med de kommunala huvudmännen svara för riksplaneringen av socialvård och hälso- och sjukvård samt följa tillämpningen av statsmakternas beslut och bevaka säkerhet och kvalitet i vården. Socialstyrelsen har ett särskilt ansvar för samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens arbetsuppgifter bör i ökad utsträckning innebära samordning och utvecklingsarbete och en minskning av detaljerad tillsyn och kontroll.

Socialutredningen föreslog en roll för socialstyrelsen inom den framtida socialtjänsten som i allt väsentligt överensstämmer med ÖSoS förslag. Socialstyrelsen bör enligt socialutredningen ha ansvar för allmän utveckling av ämnesområdet, utarbetande av riktlinjer, utveckling av socialvårdsmetodik, planering, upplysnings- och utbildningsverksamhet samt uppföljning. Styrelsen skall inte längre vara huvudman för institutioner eller handlägga enskilda vårdärenden.

Flertalet remissinstanser biträder eller lämnar utan erinran ÖSoS

allmänna syn på socialstyrelsens roll i framtiden. I en del yttranden understryks och vidareutvecklas värdet av en inriktning mot en mera övergripande, stödjande och kunskapsutvecklande roll. Vissa remissinstanser menar att det är nödvändigt med en samlad bedömning av det utredningsarbete som pågår inom berörda områden innan ställning kan tas till styrelsens roll i framtiden. Några remissinstanser anser att rapporten inte utan överararbetning kan ligga till grund för ett ställningstagande angående styrelsens roll och arbetsuppgifter. I flera yttranden understryks att den enskildes behov inte får åsidosättas genom den nya organisationen och att socialstyrelsen måste ha en aktiv roll när det gäller att påverka utvecklingen inom socialvården och hälso- och sjukvården.

För egen del anser jag 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. 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 vuxit under de senaste tio åren. 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 samhällsekonomin. 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 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. ÖSoS-utredningens förslag rörande myndighetsrollen inom socialvården och hälso- och sjukvården ansluter sig väsentligen till denna utveckling.

Socialstyrelsens framtida roll blir en avvägning mellan delvis motstridiga intressen; å ena sidan kraven på ökad kommunal handlingsfrihet och å andra sidan kraven på statlig övervakning av att vården utformas med godtagbar standard över hela landet. Av remissinstanserna företräder de kommunala huvudmännen den första kategorin av krav medan personal- och vårdtagarorganisationer samt vissa myndigheter företräder den andra. LO och TCO anför sålunda att socialstyrelsen bör ha en stark ställning i förhållande till kommuner och landsting i frågor där styrelsen har ställningstaganden från statsmakterna att utgå ifrån. Statens handikappråd understryker vikten av en aktiv socialstyrelse och Handikappförbundens centralkommitté menar att tillsynsmyndighetens ställning inte får försvagas. Riksrevisionsverket utesluter inte att det även i framtiden kan finnas behov av mer direkt statlig styrning – t. ex. genom att socialstyrelsen i lagstiftningen ges möjlighet att utfärda föreskrifter eller anvisningar – för att riksintressena skall tillgodoses.

Jag delar uppfattningen att socialstyrelsen aktivt måste verka för att de mål och riktlinjer som fastställs av riksdag och regering förverkligas på regional och lokal nivå. Detta bör emellertid i huvudsak kunna ske i andra former än traditionell myndighetsutövning med detaljerad reglering och övervakning av den kommunala verksamheten och därigenom kunna förenas med kraven på förstärkt kommunal självstyrelse. Socialstyrelsen bör som ÖSoS-utredningen föreslår i ökad grad inrikta sin verksamhet på att ta fram kunskapsunderlag vad gäller vårdens innehåll, organisation och resursmässiga förutsättningar till vägledning för huvudmännens beslut. Styrelsen kan den vägen medverka till såväl en fortsatt fördjupning av den kommunala självbestämmanderätten som till att förutsättningar skapas för en godtagbar vårdstandard i hela landet.

För att utveckla en vårdorganisation krävs samordnande insatser på riksplanet och hos de olika huvudmännen. Detta förutsätter ett övergripande och samordnande arbete på riksplanet när det gäller såväl vårdens allmänna innehåll och organisation som dess försörjning med personella och ekonomiska resurser. Den föreslagna utformningen av den framtida lagstiftningen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som ramlagar medför ett större utrymme för de kommunala huvudmännen att på egen hand välja tillvägagångssätt. En större kommunal handlingsfrihet ökar enligt min mening behovet av ett centralt utvecklings- och rådgivningsarbete som kan läggas till grund för de enskilda huvudmännens handlande. Dessutom ställs krav på en central uppföljning av att verksamheterna utvecklas i riktning mot de mål som statsmakterna fastställt. I enlighet med vad jag tidigare har anfört skall socialstyrelsen som central förvaltningsmyndighet ta aktiv del i detta arbete och vara

statens främsta företrädare inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skall härvid självfallet grunda sitt arbete på av statsmakterna fattade beslut.

För mig står det helt klart att den år 1968 genomförda sammanslagningen av de centrala ämbetsverken inom socialvården och hälso- och sjukvården har förbättrat förutsättningarna att från statens sida driva på och utveckla den nödvändiga samverkan mellan dessa vårdområden. En naturlig utgångspunkt för mina överväganden är därför att frågor som på det statliga myndighetsplanet rör såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården även i framtiden skall handläggas och samordnas av en och samma myndighet. Socialstyrelsen bör även i framtiden ha uppgifter inom ramen för det övergripande tillsyns- och planeringsansvar för socialtjänsten samt hälso- och sjukvården som måste åvila staten. Det är emellertid angeläget att styrelsens uppgifter avgränsas och preciseras på ett bättre sätt än f. n. Vägledande för detta bör vara önskemålet att utveckla den kommunala självstyrelsen samt kraven på att effektivt kunna omsätta vårdpolitiska mål och prioriteringar i praktisk tillämpning. Frågan om planeringen av den kommunala socialtjänsten bör ägnas särskild uppmärksamhet.

Mina förslag i det följande avser att så långt möjligt koncentrera socialstyrelsens verksamhet till vissa centrala uppgifter. Tillsyn och planering hör enligt min mening till de centrala uppgifterna. Styrelsen är tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och omsorgsvård. Men också i den framtida socialtjänsten har den statliga tillsynen en betydelsefull roll. I propositionen om socialtjänsten har jag föreslagit att socialstyrelsen skall ha tillsyn över socialtjänsten i riket. Socialstyrelsen skall som tillsynsmyndighet bl. a. följa planeringen på den kommunala nivån och därigenom få underlag för sammanställningar och återföring av kunskap till kommunerna. Inom hälso- och sjukvårdsområdet har styrelsen redan en omfattande planeringsverksamhet. Den behöver emellertid konkretiseras och preciseras. Jag återkommer till dessa frågor.

Jag delar socialutredningens uppfattning att samhället har behov av ökade kunskaper som underlag för sociala insatser. Den framtida socialtjänsten behöver ett omfattande stöd av forskning, utvecklingsarbete och praktiskt inriktad försöksverksamhet. Denna verksamhet bör dock enligt min mening normalt inte bedrivas inom socialstyrelsen. Däremot bör styrelsen kunna ta initiativ till insatser på området.

Socialstyrelsen skall även i framtiden svara för vissa planeringsuppgifter när det gäller den civila hälso- och sjukvården samt socialtjänstens verksamhet i krig. Styrelsen skall i krig utöva den centrala ledningen av den civila hälso- och sjukvården. Jag återkommer i ett särskilt avsnitt till styrelsens framtida uppgifter på beredskapsområdet.

Genom en koncentration på vissa väsentliga uppgifter och en i förhållande till dagsläget minskad organisation bör socialstyrelsen kunna uppnå en effektivisering och kraftsamling. Mina förslag innebär en betydande minskning av styrelsens nuvarande personalresurser. Denna

minskning inträder dock på sikt och i takt med naturlig avgång och omplaceringar. Den torde inte bli fullt genomförd förrän budgetåret 1983/84.

Mina förslag om personalminskning bygger i stor utsträckning på att arbetsuppgifter försvinner från socialstyrelsen. Jag har redan nämnt att styrelsen i princip inte bör bedriva egen forskning och utveckling. Vissa statsbidrag som administreras av styrelsen avlöses av skatteutjämningsbidrag. Vidare får ett överförande av socialstyrelsens underförvaltningar till andra huvudmännen betydande effekt på personalsidan. Jag utgår i mina förslag till styrelsens dimensionering från att överföringen genomförs. Jag utgår vidare från att den utveckling som redan inletts och som föreslagits av utredningen om sjukvården i krig när det gäller decentraliseringar inom beredskapsområdet i huvudsak kommer att fullföljas. Även vissa andra kommande politiska beslut påverkar styrelsens uppgifter och dimensionering, liksom givetvis vissa av förslagen i det följande. Med utgångspunkt i styrelsens förändrade arbetsuppgifter föreslås vissa ändringar i styrelsens organisation. Detaljutformningen av socialstyrelsens organisation föreslås uppdras åt en särskild organisationskommitté. Jag återkommer i det följande till dessa frågor. Som jag tidigare nämnt har jag vid behandlingen av hälso- och sjukvårdsfrågor samrått med statsrådet Lindahl.

7.2 Socialstyrelsens tillsyn

Statsmakterna har det övergripande ansvaret för samhällsverksamheten. De måste på olika sätt ange ramar för kommunernas och landstingskommunernas befogenheter. Kommunallagen anger endast den s. k. allmänna kompetensen. Uppgifter enligt denna är i princip frivilliga. Den kompetens som regleras i olika specialförfattningar innebär däremot i de flesta fall att uppgifterna är obligatoriska. Genom sådan lagstiftning regleras bl. a. kommunernas ansvar inom socialvården och landstingens ansvar inom hälso- och sjukvården.

Tillsyn och kontroll över kommunernas och landstingens verksamhet utövas i olika former. Enskilda kan anföra besvär över ett beslut. Det kan ske med stöd av kommunallagarna, s. k. kommunalbesvär, eller genom s. k. förvaltningsbesvär, som anförs med stöd av specialförfattningar.

Staten förfogar över olika medel för kontroll. Vissa beslut av kommuner och landsting prövas genom s. k. underställning. Vissa specialförfattningar ålägger kommuner och landsting att svara för olika förvaltningsuppgifter och föreskriver samtidig statlig tillsyn över att uppgifterna fullgörs på ett tillfredsställande sätt. En mycket långtgående styrning är möjlig genom att staten inom vissa verksamhetsgrenar kan bestämma över resurstilldelningen. Ett viktigt ekonomiskt styrmedel är därvid statsbidragsgivningen och de villkor som är förknippade med bidragen. Staten kan också påverka den kommunala verksamheten genom den ekonomiska politiken, t. ex. genom kreditpolitiska åtgärder.

Det har under senare år funnits en medveten strävan att öka

handlingsfriheten för kommuner och landsting. Förutsättningarna för detta har förbättrats genom kommunindelningsreformen och genom att den kommunala förvaltningsorganisationen tillförts ökad sakkunskap på olika områden. Kommunförbunden har kraftigt hävdad att behovet av statlig tillsyn och kontroll över kommunernas och landstingens sätt att fullgöra sina uppgifter har minskat, bl. a. genom att förbundens service till medlemmarna medverkat till effektivitet och enhetlighet.

Motiven för minskad statlig detaljkontroll är dels att stärka kommunernas och landstingens roll i samhället, dels att avlasta statsförvaltningen arbetsuppgifter och nå ökad effektivitet på såväl statlig som kommunal nivå. Samtidigt finns krav på samordning och likformighet i samhällsarbetet. Beslut av statsmakterna för att tillförsäkra medborgarna exempelvis rättssäkerhet och tillgång till samhällsservice på en tillfredsställande nivå skall självfallet förverkligas liksom andra av statsmakterna fastställda övergripande mål. Det finns därför ett behov av att bibehålla och kvalitativt utveckla den statliga överblicken och tillsynen. Särskilt är detta fallet i ett utbyggnadsskede, som t. ex. när det gäller barnomsorgen.

Det finns således delvis motstridiga intressen och det är knappast möjligt att ställa upp någon allmängiltig princip för utformningen av statens tillsyns- och kontrollfunktioner. En avvägning måste ske vid utformningen av den statliga tillsynen och kontrollen mellan å ena sidan intresset av ett ökat lokalt inflytande och utveckling av den kommunala självstyrelsen samt å andra sidan kraven på rättssäkerhet och lika tillgång på samhällsservice. Denna avvägning måste göras inom varje område för sig.

Kravet på rättssäkerhet och lika tillgång till samhällsservice har särskilt stor tyngd inom socialvården och hälso- och sjukvården. Detta ses också som ett starkt motiv för statlig tillsyn och kontroll i vissa yttranden över socialutredningens och ÖSoS förslag. Enligt TCO:s uppfattning bör socialstyrelsen således få en stark ställning i förhållande till landsting och kommuner och deras riksorganisationer. Styrelsens arbete bör i första hand inriktas på att vidareutveckla och driva de riktlinjer som lagts fast av regering och riksdag. En viktig uppgift för socialstyrelsen är att på ett aktivare sätt än under senare år bevaka att konsumenternas behov av sociala tjänster tillgodoses på likartad riksnivå. LO anför överensstämmande åsikter. Statskontoret och riksrevisionsverket hör till de remissinstanser som framhåver liknande synpunkter.

Jag ansluter mig till uppfattningen att hälso- och sjukvård och socialvård har sådan vikt för den enskilde att rättssäkerheten och tillgången till samhällsservice av godtagbar standard i sista hand måste kunna kontrolleras genom statlig tillsyn. Denna bör givetvis utformas så att kommunernas och landstingens självständighet och möjlighet att anpassa sin verksamhet efter lokala förhållanden inte träds för nära.

De centrala statliga myndigheternas tillsyn och kontroll av kommunerna och landstingen sker i betydande utsträckning genom föreskrifter, anvisningar och råd. Decentraliseringsutredningen har i sitt principbe-

tänkande förordat att begreppet anvisningar, som formellt inte är bindande, men som skall tjäna som vägledning vid rättstillämpningen, inte längre skall användas.

Liksom decentraliseringsutredningen finner jag att det rätt och alltjämt råder en viss oklarhet i den terminologi som används i fråga om statlig tillsyn. Utöver de förut nämnda och vedertagna beteckningarna - föreskrifter, anvisningar och råd - förekommer andra uttryck. Det är angeläget att bringa reda i begreppen och göra klart vilka regler som är juridiskt bindande och vilka som endast skall tjäna till vägledning. Decentraliseringsutredningen har föreslagit att bara två uttryck bör komma till användning, nämligen *föreskrifter* och *allmänna råd*. De senare är inte bindande men ger vägledning. I det förslag till socialtjänstlag som har lagts fram för riksdagen används endast dessa två beteckningar.

Beteckningen föreskrift används för rättsregler som är bindande för den som har att tillämpa dem. För att socialstyrelsen skall kunna utfärda föreskrifter fordras ett bemyndigande i författning. Sådant bemyndigande har socialstyrelsen f. n. i åtskilliga fall, främst inom hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsen har sålunda befogenhet att meddela närmare föreskrifter för tillämpning av t. ex. steriliseringslagen, lagen om ympning mot smittkoppor, förordningen om läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningar, förordningen om handeln med preventivmedel m. fl. I vissa fall åläggs styrelsen dessutom att utöva tillsyn över författningens efterlevnad. Exempel på sådana författningar är lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), smittskyddslagen, stadgan om enskilda vårdhem m. m. Socialstyrelsen meddelar också vissa föreskrifter om åligganden för medicinalpersonal under styrelsens inseende och annan som utövar verksamhet inom hälso- och sjukvård eller inom apoteksväsendet.

Styrelsen har vidare befogenhet att meddela närmare föreskrifter för tillämpningen av omsorgslagen och är ålagd att utöva tillsyn över lagens efterlevnad.

Inom det egentliga socialvårdsområdet har socialstyrelsen enligt nykterhetsvårdslagen rätt att utfärda bindande anvisningar för nykterhetsnämnderna. Inom barnavårdsområdet är styrelsens råd och anvisningar inte bindande, och när det gäller socialhjälp har styrelsen endast att ge råd och upplysningar.

Inom samtliga nämnda områden kommer ny lagstiftning att genomföras. På hälso- och sjukvårdsområdet förväntas nuvarande sjukvårdslag m. m. komma att ersättas av en ramlagstiftning. Behovet av särskilda författningsbestämmelser är emellertid uppenbart, t. ex. när det gäller det särskilda s. k. medicinalansvaret. Detta kommer också till uttryck i den nyligen avlämnade propositionen (prop. 1978/79:220) angående samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. Jag anknyter till den i det följande. Jag förutsätter att socialstyrelsens befogenheter att meddela föreskrifter på hälso- och sjukvårdsområdet i framtiden kommer att regleras i stort sett i samma omfattning som f. n. Det kan t. ex. gälla bestämmelser för att trygga säkerheten för patienter och personal,

säkerhetskrav beträffande teknisk utrustning osv.

Omsorgslagstiftningen prövas f. n. av en särskild utredning. Med hänsyn till de särskilda kraven på rättssäkerhet för psykiskt utvecklingsstörda kan det tas för givet att socialstyrelsens befogenheter inom omsorgsområdet kommer att klart uttryckas i lag och förordningar.

På socialvårdsområdet föreslås att nykterhetsvårdslagen avskaffas och därmed underlaget för socialstyrelsens nuvarande befogenhet att utfärda föreskrifter. Förslaget till socialtjänstlag innehåller ingen direkt motsvarighet till dessa bestämmelser. Socialstyrelsen avses dock – i en med stöd av lagen utfärdad förordning – få befogenhet att meddela föreskrifter om vård i familjehem och hem för vård eller boende. Det kommer alltså – med det angivna undantaget – inte att vara möjligt för socialstyrelsen att med stöd av socialtjänstlagen utfärda bestämmelser som är bindande för kommuner och landsting.

Bakgrunden till detta är givetvis att kommunerna har fått ett större ansvar för att tillgodose sociala vård- och servicebehov. Det är från demokratisk synpunkt viktigt att socialtjänsten så långt möjligt får sin politiska förankring ute i kommunerna, nära de människor som verksamheten angår. Samtidigt kan man inte bortse från att de övergripande målen för socialtjänsten fastställs av statsmakterna. Socialstyrelsen skall som central myndighet för bl. a. socialtjänsten företräda riksintresset. I samarbete med de kommunala huvudmännen skall styrelsen delta i övergripande planering, följa hur statsmakternas beslut och intentioner tillämpas inom socialtjänsten och med stöd av erfarenheterna från verksamheten ge statsmakterna underlag till de ändringar som kan behövas.

Av socialutredningens betänkanden framgår att utredningen ser socialstyrelsens roll mera som "allmänt inspirerande" än kontrollerande. Jag har förståelse för ett sådant synsätt. Men enligt min mening får de uppgifter som skall anges för socialstyrelsen inte vara för allmänt hållna. Styrelsens roll blir då diffus, och den kan leda till osäkerhet om befogenheter och arbetssätt. Det finns också risk för att verksamheten skulle kunna få en ensidigt teoretisk inriktning, skild från det praktiska arbetet på fältet. Vissa remissinstanser, bland dem LO och TCO, hävdar att styrelsens verksamhet bör inriktas på en aktiv uppföljning av att de socialpolitiska målen uppfylls. Av vad jag anfört tidigare framgår att jag delar denna uppfattning. Därav följer enligt min mening att socialstyrelsens myndighetsroll måste komma till klart uttryck.

I det förslag till socialtjänstlag som regeringen har förelagt riksdagen har intagits en bestämmelse att socialstyrelsen utövar tillsyn över socialtjänsten i riket. Motsvarande bestämmelse bör enligt min mening tas in i den instruktion för styrelsen som regeringen har att utfärda. Bestämmelsen ger inte socialstyrelsen rätt att utfärda bindande föreskrifter för kommunerna. Men den ger styrelsen vissa uppgifter och befogenheter som jag kommer att beröra i det följande.

Det bärande motivet för socialstyrelsens tillsyn över socialtjänsten är givetvis behovet av statlig insyn och kontroll, som motverkar eftersläpning i vissa kommuner i fråga om servicenivå och som innebär att de grund-

läggande målen för insatserna är desamma i alla kommuner. Till detta vill jag lägga ytterligare ett par synpunkter. Utvecklingen inom socialvårdsområdet har i stor utsträckning bestämts av olika statsbidrag, som tillkommit för att stimulera utbyggnaden av vissa kommunala tjänster. Tendensen är att avlösa specialdestinerade bidrag med allmänt verkande skatteutjämningsbidrag. Beslut om avlösning av vissa statsbidrag som administreras av socialstyrelsen har fattats vid 1978/79 års riksmöte. Det förutsätts att ytterligare bidrag kan komma att avvecklas i framtiden.

Administrationn av statsbidragen ger socialstyrelsen en ingående kännedom om de kommunala verksamheter som bidragen avser. Med avskaffandet av bidragen försvinner tillgången till den information om socialvårdsområdet som statsbidragshandlingen ger. Denna nödvändiga information måste styrelsen inhämta genom direkt kontakt med fältet.

Genom att införa särskilda statsbidrag har statsmakterna avsett att stimulera utbyggnaden av viss angenlägen social verksamhet och ge denna en tillfredsställande nivå. Statsmakternas intentioner förändras givetvis inte genom att statsbidragen omvandlas till skatteutjämningsbidrag. Målen för insatserna skall som nämnts vara desamma i alla kommuner och den sociala service som erbjuds av godtagbar standard i alla delar av landet. När det gäller socialtjänstens olika former rör det sig ofta om politiskt svaga grupper, som har svårt att göra sina krav gällande i konkurrens med andra kostnadskrävande kommunala uppgifter. Socialstyrelsen har en viktig uppgift i att följa utvecklingen och verka för att de mål och principer som uppställts för den sociala servicen blir förverkligade även sedan de specialdestinerade bidragen upphört.

Socialstyrelsen bör i sin tillsyn över socialtjänsten verka för att de av statsmakterna fastlagda riktlinjerna följs av de ansvariga huvudmännen och påtala om detta inte skulle vara fallet. Jag förutsätter att socialstyrelsens tillsyn sker med beaktande av huvudmännens självständighet och behov av att anpassa sin verksamhet efter lokala förhållanden.

Det ingår i varje myndighets funktion att meddela allmänna råd inom sitt verksamhetsområde. Befogenhet att ge allmänna råd kan sägas vara en del av begreppet tillsyn. Därutöver är innebörden i begreppet oklar. Den har allmänt uppfattats så att socialstyrelsen skall följa verksamheten bl. a. genom kontroll i form av inspektion eller andra besök. Inspektionerna och besöken bör som regel syfta till utbyte av information och erfarenheter. Jag finner anledning att mera utförligt kommentera dessa frågor.

Enligt ett uttalande av riksdagens revisorer år 1975 i samband med deras granskning av viss på socialstyrelsen ankommande tillsynsverksamhet leder ordet tillsyn i första hand tanken till kontroll. Det primära syftet med socialstyrelsens kontroll torde enligt revisorerna vara att styrelsen skall tillse att den enskilde vårdtagaren får vård och behandling

av godtagbar standard samt att gällande bestämmelser blir följda, bl. a. i fråga om vårdtagarnas säkerhet mot fel och misstag i samband med behandling samt i fråga om deras rättigheter och deras rättssäkerhet. Socialstyrelsens inspektionsverksamhet innebär enligt revisorerna inte bara kontroll utan möjliggör också utbyte av information och erfarenheter, varjämte de ger styrelsens företrädare tillfälle att framföra synpunkter på och främja styrelsens allmänna strävanden. Vid sidan av kontrollen anger revisorerna en annan huvudlinje, nämligen den att tillsynsmyndigheten skall handla på ett sätt som främjar både tillkomsten av yttre resurser och kvalitativ utveckling av bedriven verksamhet. I korthet kan tillsynsfunktionens syfte sägas vara kontroll, ledning och utveckling.

Enligt riksdagens revisorer visade deras granskning av socialstyrelsens tillsyn att inspektioner och därmed jämförliga besök tillgodoser flera angelägna behov. De underströk vikten av aktivitet på området och fann det oroande 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.

Socialstyrelsens befogenhet att utöva tillsyn över en verksamhet får således anses innefatta uppgiften att på statsmakternas vägnar utöva kontroll över verksamheten. Härför erbjuder sig bl. a. inspektioner. Detta är sedan gammalt en etablerad form för socialstyrelsens tillsyn. Inspektioner förekommer regelmässigt inom omsorgsvården. Inom sjukvården företas inspektioner då särskilda omständigheter påkallar det. Stundom begär huvudman inspektion, t. ex. då man önskar klarläggande uttalanden i någon fråga. På socialvårdsområdet förekommer inspektion av institutioner inom nykterhetsvård/narkomanvård och barn- och ungdomsvård.

Genom stadganden i olika författningar ges socialstyrelsen f. n. uttrycklig rätt – och skyldighet – att företa inspektioner. Styrelsen har därvid att genom påpekanden söka få rättelser till stånd då behov föreligger. Uppgiften att utöva tillsyn över en viss verksamhet får också i sig anses innefatta rätt att vid behov inspektera verksamheten. Som förut nämnts har i förslaget till socialtjänstlag intagits en bestämmelse att socialstyrelsen utövar tillsynen över socialtjänsten i riket. Enligt min mening bör denna författningsbestämmelse för klarhetens skull kompletteras med en bestämmelse som ger styrelsen befogenhet att – på det sätt jag anger i det följande – företa inspektioner inom sitt verksamhetsområde. Bestämmelserna bör tas in i regeringens instruktion för styrelsen.

Jag finner först anledning att erinra om att frågan om formerna för socialstyrelsens inspektioner inom omsorgsvården togs upp till diskussion år 1973. Styrelsen redovisade då att inspektionsverksamheten förändrats i takt med utvecklingen på området. Under ett uppbyggnadsskede hade inspektionerna haft en relativt detaljpräglad inriktning med syfte att styra utbyggnaden både i fråga om institutioner, verksamhetens innehåll och arbetsmetoder. I ett senare skede hade inspektionerna givits en mera

övergripande, fördjupande och planerande karaktär och fått en utvärderande inriktning. Vid sammanträffanden med vårdansvariga diskuterades verksamheten och dess utveckling, varvid tillsynsmyndigheten kunde ge en för respektive landsting anpassad översikt och framlägga förslag till handlingsprogram, där hänsyn tagits till den behovsförskjutning som föreligger mellan respektive serviceformer. Socialstyrelsen avsåg att i fortsättningen mera systematiskt knyta samman sina inspektioner enligt omsorgsstadgan med sammankomster med respektive omsorgsstyrelse och dess ledande tjänstemän. Vid dessa skulle framföras vad som iakttagits vid inspektionerna. Resultatet av överläggningarna skulle offentliggöras.

I sitt svar på en fråga i riksdagen om formerna för rapporteringen vid socialstyrelsens inspektion av omsorgsvården erinrade dåvarande socialministern om att styrelsens tillsynsverksamhet successivt givits en mera övergripande och rådgivande inriktning. Han anslöt sig till tanken att inspektionsmaterialet skulle utgöra grund för överläggningar med företrädare för vederbörande huvudman och att resultatet av överläggningarna skulle offentliggöras. Han underströk att varje inspektionsrapport som upprättas inom socialstyrelsen är offentlig handling och att socialstyrelsen regelmässigt medverkar till att den kommer till allmänhetens kännedom.

Av det anförda framgår att socialstyrelsens inspektioner av vården av psykiskt utvecklingsstörda väsentligen inriktas på att föra ut den övergripande målsättningen för omsorgsvården till huvudmännen. För min del vill jag till detta foga att det enligt min mening finns få områden där socialstyrelsens inspektionsverksamhet är så viktig som när det gäller omsorgsvården. De berörda har svårt att framträda och hävda sina krav inför offentligheten. Socialstyrelsen har därför en särskild förpliktelse att föra denna grups talan.

Inom socialtjänsten är det främst institutionsvården som blir föremål för socialstyrelsens tillsyn och inspektion. Den kommunala socialtjänsten förutsätts bli rikt varierad. Lagen ger stor frihet för kommunerna att anpassa biståndet efter skiftande behov. Det kan inte uteslutas att detta leder till risker för ojämnheter i standard mellan kommunerna och osäkerhet om skyldigheter och rättigheter. Socialstyrelsens inspektioner av socialtjänsten bör inriktas på att skaffa kunskap om rådande förhållanden som grund för bl. a. bedömning av utvecklingen och behovet av allmänna råd.

Med hänsyn till den inriktning socialstyrelsens inspektioner numera har – huvudsakligen utbyte av information och erfarenheter – har jag övervägt möjligheten att byta beteckningen inspektion mot något annat uttryck. Med hänsyn till den hävd begreppet har i socialstyrelsens verksamhet anser jag dock att beteckningen inspektion bör behållas.

Som tidigare nämnts förekommer det att huvudman begär inspektion från socialstyrelsen för att få ett klarläggande opartiskt uttalande i en fråga, som kan gälla t. ex. vårdorganisation eller vårdinnehåll.

Socialstyrelsen bör i sådana fall verkställa inspektionen och uttala sig om fallet.

Genom inspektioner inhämtar socialstyrelsen kunskap. Styrelsens företrädare kan därigenom följa pågående utvecklingsarbete i landet och ta del av praktiska erfarenheter och nya tankegångar i den vårdideologiska debatten. Men styrelsen tillförs också kunskap genom att huvudmännen sänder in planer och andra uppgifter som belyser verksamheten. Så sker t. ex. inom omsorgsvården, där landstingen är skyldiga att upprätta planer. På sjukvårdsområdet är förfarandet systematiserat genom överenskomelser med sjukvårdshuvudmännen. När det gäller kommunerna föreskriver barnomsorgslagen att kommunerna skall utarbeta planer för barnomsorgen. Dessa tillställs socialstyrelsen. Avvikelser gentemot av statsmakterna fastlagda mål kan därvid uppmärksammas. I de fall planering sker på andra områden — t. ex. inom äldre vården — är det angeläget att planerna bringas till socialstyrelsens kännedom.

I socialtjänstpropositionen har jag pekat på betydelsen av att kommunen planerar socialtjänsten. En långsiktig planering av socialtjänsten ökar också möjligheterna till samplanering med andra organ. Kommunernas resurser kan utnyttjas bättre, tillsammans med framför allt landstingens resurser. Det gäller exempelvis omsorgerna om äldre och handikappade samt vård och behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare. Handlingsprogram och planer bör upprättas för olika sektorer. En utvecklad planering av socialtjänsten i de olika kommunerna kan ge socialstyrelsen ett underlag att följa och utvärdera hur socialtjänsten utvecklas i landet. Detta är väsentligt för socialstyrelsens tillsynsfunktion och möjligheter att återföra kunskap till kommunerna. Jag återkommer till dessa frågor vid min behandling av socialstyrelsens planeringsfunktion och av den regionala organisationen.

Den kunskap som socialstyrelsen inhämtar genom kommunernas planer och på annat sätt — t. ex. analys av statistik, metodutveckling etc. — bör socialstyrelsen förmedla vidare för att på så sätt främja utvecklingen. Genom överläggningar vid inspektioner, deltagande i konferenser och kurser, genom att utfärda allmänna råd och göra uttalanden bör socialstyrelsen ge vägledning för kommuner och landsting.

Enligt kungörelsen (1970:641) om begränsning i myndighets rätt att meddela föreskrifter, anvisningar eller råd (omtryckt 1977:629) får myndigheterna inte utan regeringens medgivande utfärda sådana föreskrifter, anvisningar eller 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 dem som får bära de slutliga kostnaderna. Jag vill för min del understryka vikten av att de kostnadsräddande konsekvenserna av föreskrifter och förslag utreds i samarbete med företrädare för dem som har att bära ev. ökade kostnader, dvs. kommuner och landsting. Samtidigt finns det anledning framhålla att kungörelsen inte begränsar socialstyrelsens ansvar och skyldigheter. Att

regeringen har beslutanderätten skall inte leda till att styrelsen undviker att ta initiativ till förändringar som styrelsen finner befogade.

Tidigare har jag framhållit att socialstyrelsens inspektionsverksamhet i första hand bör ha karaktär av överläggningar med berörda förtröendevalda och personal. Men styrelsens tillsyn bör också innefatta en skyldighet att påtala om lagar och förordningar inte följs på det sätt regering och riksdag avsett. Däri ligger ett rättsskydd för den enskilde medborgaren. Socialstyrelsen bör också på anmodan av enskilda eller organisationer kunna granska påtalade förhållanden och uttala sig om styrelsen finner att anmärkningarna är befogade. Även genom att ta upp fall som aktualiserats t. ex. genom massmedia kan socialstyrelsen värna om den enskildes rätt till godtagbar vård och omsorg. Vid sin bedömning skall socialstyrelsen inte bara ta hänsyn till rådande förhållanden utan även till huvudmannens ambitioner att bygga ut eller förändra verksamheten.

Socialstyrelsen bör i grava fall inskrida t. ex. om en socialnämnd försummar sin skyldighet att ingripa då allvarligt fall av barnmisshandel föreligger. Styrelsen bör vidare påtala om en socialnämnd underlåter att ge vård då detta är uppenbart påkallat. Sådana fall bör dock handläggas med stor omsorg och med möjlighet för vederbörande organ att inge yttranden.

Socialstyrelsen har som tillsynsmyndighet att anmäla för regeringen om lagtolkning eller lagtillämpning avviker från vad som avsetts eller från den aktuella utvecklingen i sådan grad att en ändring eller komplettering av gällande bestämmelser bör genomföras. Slutligen bör det finnas möjlighet för länsrätter och allmänna domstolar att i viss omfattning infordra yttranden från socialstyrelsen då detta anses behövt.

I regeringens proposition (1978/79:220) angående samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. läggs förslag om införande av en lag om formerna för denna tillsyn. Enligt denna lag står hälso- och sjukvårdspersonalen i yrkesutövningen under tillsyn av socialstyrelsen. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter om åligganden för personalen. Socialstyrelsen eller den som styrelsen förordnar har rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet.

Samhällstillsynen skall enligt lagen omfatta inte endast den s. k. medicinalpersonalen utan i princip all personal som vid sjukhus eller annan vårdinrättning på något sätt medverkar i vårdarbetet. Lagen omfattar därför i princip alla dem vilkas arbetsinsatser krävs för att vården skall fungera och således – förutom den egentliga vårdpersonalen – läkarsekreterare, administrativ personal, ekonomipersonal inkl. städpersonal, teknisk personal, ambulanspersonal m. fl. Tillsynen omfattar även personal i öppen hälso- och sjukvård, inom folktandvården och vid vissa laboratorier samt legitimerade enskilda yrkesutövare och personal som biträder dessa i vården. Viss personal inom socialvården omfattas av lagen i vissa situationer, t. ex. hemsamariter som på läkares eller

distriktsköterskans anvisning meddelar sjukvård i hemmet. Vidare gäller lagen all personal inom detaljhandel med läkemedel, även den som sysslar med utlämning av läkemedel vid annat utlämningsställe än apotek. Den personkrets som ställs under socialstyrelsens tillsyn och kan bli föremål för dess inspektion vidgas således väsentligt i förhållande till nuläget. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen får vidare fullmakt att utvidga lagens tillämpning till andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården än den i lagen och dess specialmotivering omnämnda personalen.

I propositionen behandlas även frågor om utlämnande av patientjournaler inom privat vård och om förstörande av journaler. I båda fallen vidgas socialstyrelsens prövningsuppgifter.

Det bör slutligen erinras om att viktiga tillsynsuppgifter f. n. ligger på länsstyrelserna. Enligt förslaget till socialtjänstlag kommer dessa uppgifter att bestå. Kontakterna mellan socialstyrelsen och länsstyrelserna bör ägnas särskild uppmärksamhet. Jag behandlar frågan om den regionala organisationen i avsnitt 9. Länsstyrelsernas tillsyn kan dock inte helt ersätta den mera övergripande och kunskapsförmedlande tillsyn som enligt min mening bör ankomma på socialstyrelsen.

7.3 Socialstyrelsens planeringsuppgifter

En central fråga vad gäller socialstyrelsen och dess uppgifter är styrelsens planeringsroll. Redan i samband med att socialstyrelsen inrättades för mer än tio år sedan gjordes uttalanden av innebörden att planeringsuppgifterna borde tillmätas ökad vikt. Det ledde bl. a. till att det i styrelsens instruktion skrevs in att styrelsen särskilt skulle ha att handlägga frågor om riksplanering av de under styrelsen lydande verksamheterna.

Socialstyrelsen skall enligt ÖSoS-utredningen i samråd med de kommunala huvudmännen svara för riksplaneringen av socialvården och hälso- och sjukvården. En bärande tanke i förslaget är att socialstyrelsen skall minska den detaljerade tillsynen och kontrollen till förmån för uppgifter inom ramen för styrelsens riksplanering. I denna planering skall socialstyrelsen tolka och vidareutveckla statsmakternas mål och lämna underlag för politiska beslut på såväl nationell som regional och lokal nivå. Dessutom skall socialstyrelsen medverka i socialsektorns samordning med andra samhällssektorer liksom med fysisk och ekonomisk samhällsplanering. Liknande tankegångar återkommer i socialutredningens förslag, där det förs fram att socialstyrelsen bör bedriva ett omfattande planeringsarbete som måste innefatta såväl utveckling av metoder för social planering som sammanställning och bearbetning av översiktliga planer för socialtjänstens utveckling.

ÖSoS remissinstanser instämmer i stort sett i uppfattningen att socialstyrelsen bör sträva efter att minska detaljreglering och detaljstyrning och öka det övergripande planerings- och utvecklingsarbetet. Socialutredningens remissinstanser tillstyrker också i allmänhet denna

tyngdpunktsförskjutning i styrelsens uppgifter.

Som utgångspunkt för mina överväganden om socialstyrelsens planeringsuppgifter vill jag fästa uppmärksamhet på den utveckling av de kommunala huvudmännens planering som skett under den senaste tioårsperioden. Planeringen har byggts ut till att omfatta årligen rullande system med femårsplaner (KELP, LKELP) och budgetar för det närmaste året. För hälso- och sjukvården finns dessutom hos flertalet sjukvårdshuvudmän principplaner på 10–15 års sikt, s. k. sjukvårdsplaner, som avses förnyas ungefär vart femte år. Det är i den kommunala verksamhetsplaneringen som socialvårdens och hälso- och sjukvårdens omfattning och utformning konkret växer fram. Med utgångspunkt i den kommunala politiska demokratin och beslutanderätten har primärkommuner och landsting att i sin planering självständigt besluta om hur tillgängliga resurser skall användas för att tillhandahålla olika vård- och servicetjänster. Därigenom verkställs det politiska ansvar som primärkommuner och landsting har gentemot sina invånare för socialvården och hälso- och sjukvården.

Staten kan emellertid på olika vägar utöva ett inflytande på den kommunala planeringen. Detta inflytande har sin grund i statens ansvar för samhällets totala välfärdspolitik och för att samhällsekonomin är i balans. Däri ingår att genom olika riksövergripande insatser tillse att socialvården och hälso- och sjukvården avvägs med hänsyn till tillgången på personella och ekonomiska resurser samt att förutsättningar skapas för likvärdig rätt till vård för landets alla invånare oavsett bostadsort eller ekonomiska, sociala och andra förhållanden. I denna roll fungerar staten bl. a. som lagstiftare. De statliga insatserna har vid sidan av direkta lagstiftningsåtgärder i allt högre grad kommit att få formen av samrådsförfarande mellan statliga och kommunala organ. I de komplexa frågor det här många gånger handlar om finns ett behov av ett gemensamt bedrivet utvecklings- och rådgivningsarbete som ger underlag för de enskilda huvudmännens planering. I denna planeringssamverkan har staten vid sidan av sina lagstiftande befogenheter möjligheter att samordna och påverka socialvårdens och hälso- och sjukvårdens utveckling i enlighet med de övergripande vårdpolitiska och samhällsekonomiska målen.

Det står alltså klart att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens planering måste ske i ett samspel mellan staten och de kommunala huvudmännen. Som statlig myndighet inom ifrågavarande sektorer har socialstyrelsen enligt min uppfattning att svara för viktiga delar av statens ansvar för och medverkan i denna planering. Socialstyrelsens planeringsroll behöver emellertid preciseras i förhållande till styrelsens nuvarande instruktion och förslagen från bl. a. ÖSoS och socialutredningen. Enligt min bedömning har avsaknaden av klagörande uttalanden på denna punkt bidragit till att socialstyrelsen haft vissa svårigheter att finna sin roll i planeringsprocessen. Detta synes särskilt ha gällt inom socialvården. Frågan om vilka krav som skall ställas på socialstyrelsen i detta hänseende blir sedan avgörande för vilka resurser och vilken kompetens som måste

finnas hos styrelsen för att den skall kunna fullgöra sina uppgifter i planeringssammanhang.

Ett huvudsyfte med planering av samhällsverksamheten är att styra utvecklingen av begränsade resurser till de mest angelägna ändamålen. Dessa skall återspegla de förhärskande politiska värderingarna. Genom att belysa olika handlingsalternativ och bredda kunskapsunderlaget kan planering öka möjligheterna till demokratiskt inflytande. Behoven av en genomtänkt planering av såväl socialvården som hälso- och sjukvården har ökat. Tillväxten av samhällets resurser tillåter inte samma snabba utbyggnadstakt som hittills av den kommunala sektorn. Kraven har därmed skärpts på förmågan att utnyttja de tillgängliga resurserna på bästa sätt. Nya vårdbehov måste i högre grad än tidigare tillgodoses genom omfördelning av befintliga resurser samtidigt som garantier skapas för att nyttillkommande resurser sätts in på områden där behoven är störst. Samtidigt behöver vårdorganisationen och dess arbetsformer anpassas och vidareutvecklas för att kunna möta nya behov. Mot denna bakgrund vill jag starkt understryka vikten av en ändamålsenlig planering av här aktuella sektorer.

Som jag redan har konstaterat är det kommunerna som har det grundläggande planeringsansvaret – primärkommunerna för socialvården och landstingen för hälso- och sjukvården. Jag har likaså konstaterat att staten har ett överordnat ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården i riket som helhet, vilket leder till att planeringen av dessa sektorer måste ske i samspel mellan stat och kommuner. Statsmakterna, dvs. riksdag och regering, har att fastställa målen för socialpolitiken med beaktande av de resurser som står till förfogande för socialsektorn i förhållande till övriga samhällssektorer. Statsmakterna måste kunna samordna och påverka utvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården så att den beslutade socialpolitiken kan förverkligas inom ramen för de samhällsekonomiska förutsättningarna. Ur statsmakternas synpunkt är det väsentligt att ha ett sådant inflytande på vårdsektorns planering att vården får en likartad utveckling och standard över hela landet. Självfallet är det även framdeles de kommunala huvudmännens uppgift att planera och besluta om vårdens omfattning och inriktning med hänsyn till rådande lokala behov av social och medicinsk service.

För att kunna samordna och påverka planeringen av socialtjänst och hälso- och sjukvård måste man från statens sida kunna ställa vissa krav på och ha insyn i den kommunala planeringen av dessa sektorer. Region-sjukvårdsutredningen har i ett betänkande (Regionsjukvården, SOU 1978:70) föreslagit att föreskrifter om skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att medverka i gemensam planering inom och mellan sjukvårdsregionerna införs i sjukvårdslagen. Frågan om en allmän lagstadgad skyldighet för landstingen att planera hälso- och sjukvården behandlas f. n. av hälso- och sjukvårdsutredningen.

I socialutredningens förslag till socialtjänstlag och barnomsorgsförordning fanns bestämmelser om åliggande för kommun och landstingskommun att planera för förskole- och fritidshemsverksamheten. Vissa

remissinstanser har pekat på betydelsen av socialtjänstens egen planering som en av förutsättningarna för en aktiv medverkan i samhällsplaneringen. Konstruktionen med en ramlag i kombination med det ökade kommunala ansvaret och den enskildes rätt och möjligheter att genom besvär pröva beslut leder till att det behövs mer detaljerade målsättnings- och verksamhetsplaner för socialtjänsten. Handlingsprogram och planer bör upprättas för olika sektorer. Lagen bör därför enligt dessa remissinstanser ange en skyldighet för kommunen att utarbeta sådana program.

Jag instämmer med socialutredningen och flera remissinstanser i uppfattningen att en väsentlig del av socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen är den egna planeringen. Planeringen av den egna sektorn är en av utgångspunkterna för ett deltagande i den mer övergripande planeringen. Det är nödvändigt att göra planeringen mer samlad och målinriktad, att följa upp genomförda planer och att förmedla kunskaper och erfarenheter till beslutsfattarna. Den ger vidare, vilket också vissa remissinstanser har pekat på, ramlagstiftningen ett mer konkret innehåll. En långsiktig planering av socialtjänsten ökar också möjligheterna till gemensam planering med andra organ. Kommunernas resurser kan utnyttjas bättre tillsammans med landstingens. Det gäller exempelvis omsorgerna om äldre och handikappade samt vård och behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare. I propositionen om socialtjänsten förordar jag att nuvarande verksamhetsplanering av socialvården bör vidareutvecklas. Ramlagstiftningen bör underlätta en sådan planering. Planeringen bör beröra socialtjänstens samtliga uppgifter.

Socialdepartementet har inom regeringskansliet ansvar för beredning av regeringsärenden inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Till departementet är sedan år 1965 en sjukvårdsdelegation knuten som ett samarbetsorgan med uppgift att följa hälso- och sjukvårdsresursernas utveckling och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. Delegationen är f. n. sammansatt av representanter för socialdepartementet, vissa andra departement, socialstyrelsen, universitets- och högskoleämbetet, landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund och Svenska kommunalarbetsförbundet. Delegationen fastställer bl. a. program för fördelning av läkartjänster och för specialistutbildning av läkare. Delegationen anger vidare riktlinjer för prioritering av byggnadsinvesteringar inom sjukvårdssektorn. Socialstyrelsen erhåller ofta regeringens uppdrag att utföra olika utredningsuppgifter enligt sjukvårdsdelegationens riktlinjer som led i den centrala planeringen av hälso- och sjukvården. Styrelsens uppdrag utförs i regel därvid, allt efter uppdragets karaktär, i samverkan med de parter som är representerade i sjukvårdsdelegationen. I samband med att socialstyrelsen bildades angavs att delegationens uppgifter borde utvidgas till att omfatta även socialvården.

En förändring av sjukvårdsdelegationens ställning och uppgifter får givetvis konsekvenser för socialstyrelsen, främst dess planeringsuppgifter. Det ankommer på regeringen att besluta om de lämpliga formerna för

överläggningar och samråd med de kommunala huvudmännen och andra berörda parter i gemensamma planeringsfrågor. Jag finner f. n. ingen anledning att förorda någon förändring i sjukvårdsdelegationens ställning och uppgifter. Skulle regeringen senare besluta om förändringar i dessa avseenden rörande sjukvårdsdelegationen får konsekvenserna för socialstyrelsens planeringsroll därefter närmare bedömas.

Liksom andra statliga myndigheter har socialstyrelsen till uppgift att verkställa statsmakternas beslut och att i övrigt föra ut statsmakternas intentioner i samhället. Socialstyrelsen har som ett led i detta arbete ålagts vissa planeringsuppgifter. En utvecklad planering av socialtjänsten i kommunerna kan ge styrelsen underlag att följa upp och utvärdera hur socialtjänsten utvecklas i landet. Den ger också socialstyrelsen underlag för sammanställningar och återförande av kunskap till kommunerna. Som jag tidigare anført finns anledning att närmare klargöra och konkretisera innebörden av begreppet planering och styrelsens uppgifter inom området.

Socialstyrelsens planering innebär att påverka landstingens och kommunernas planering i enlighet med statsmakternas beslut. Socialstyrelsen bör ha samordnande och stödjande funktioner genom att förse de ansvariga huvudmännen med planeringsunderlag som med utgångspunkt i statsmakternas intentioner anger vårdmässiga förutsättningar för socialsektorns utveckling och belyser de resursmässiga konsekvenserna av föreslagen inriktning. Detta innebär att socialstyrelsens planering i tidshänseende måste ligga före huvudmännens planering. Socialstyrelsen skall därvid uttolka och vidareutveckla av statsmakterna uttalade mål och andra viljeyttringar inom de ramar som dessa intentioner omfattar. Det kunskapsunderlag som socialstyrelsen utarbetar för huvudmännens planering bör ha karaktären av allmänna råd.

Socialstyrelsen skall vidare ta fram underlag till regering och riksdag för vårdpolitiska beslut samt för övergripande resursavvägningar inom socialsektorn liksom mellan denna och andra samhällssektorer. Styrelsen bör även redovisa underlag av i första hand vårdpolitisk natur inför regeringens överläggningar med kommuner och landsting om den kommunalekonomiska utvecklingen.

Eftersom socialstyrelsen inte har något eget verksamhets- eller resursansvar - med undantag för vissa institutioner - är den nuvarande formuleringen i styrelsens instruktion om att styrelsen särskilt har "att handlägga frågor om riksplanering av de under styrelsen lydande verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad" enligt min uppfattning något missvisande. Begreppet riksplanering kan här komma i konflikt med de kommunala huvudmännens grundläggande planeringsansvar. Begreppet bör därför inte längre användas i förevarande sammanhang.

Jag övergår i det följande till att mer i detalj redovisa min syn på socialstyrelsens planeringsuppgifter.

Enligt riktlinjer av socialdepartementets sjukvårdsdelegation år 1974 skall fortsättningsvis för hälso- och sjukvårdens del i princip tillämpas ett

riksomfattande system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner med 10–15-åriga tidsperspektiv utöver de årligen rullande ekonomiska femårsplanerna (LKELP). Socialstyrelsen har enligt sjukvårdsdelegationens riktlinjer bedrivit ett omfattande utredningsarbete för att ta fram underlag för huvudmännens planering av hälso- och sjukvården. Arbetet har skett i nära samverkan med bl. a. landstingsförbundet och Spri. Ett resultat av detta arbete är det principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80) som socialstyrelsen presenterade år 1976. Principprogrammet har senare följts av kompletterande och fördjupande utredningar inom olika delsektorer, t. ex. medicinsk service, långtidsvård, medicinsk rehabilitering, psykiatri samt mödra- och barnhälsovård (de båda senare remissutgåvor). Till detta kommer arbetet med underlag till vårdprogram för olika hälsoproblem.

Jag anser att socialstyrelsens arbete med att ta fram kunskaps- och planeringsunderlag varit av värde för formulering av rikspolitiska intentioner och haft ett viktigt inflytande på huvudmännens planering av hälso- och sjukvårdsresursernas användning. Mot bakgrund av de krav på en ändamålsenlig planering som jag tidigare anfört finner jag det angeläget att socialstyrelsen går vidare med att analysera, konkretisera och stämma av olika utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården som ett led i dennas planering och som underlag för politiska beslut. Jag vill i detta sammanhang erinra om att sjukvårdsdelegationen beslutat om att utarbeta ett nytt principprogram för hälso- och sjukvårdens omfattning, inriktning, struktur och resurskrav för perioden 1990–2000. Hänsyn skall därvid tas till den samhällsekonomiska utvecklingen och tillgången på utbildad personal. Socialdepartementet har uppdragit åt socialstyrelsen att svara för det praktiska utredningsarbetet under ledning av en särskild styrgrupp med representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen.

I socialstyrelsens planeringsuppgifter bör ingå att med lämpliga tidsintervaller förnya denna typ av principprogram. I planeringsverksamheten bör också ingå att för särskilda problemområden utarbeta s. k. sektorprogram, dvs. bryta ner och fördjupa principprogrammen inom olika delsektorer. I detta programarbete skall socialstyrelsen föra ut och vidareutveckla statsmakternas intentioner som underlag för huvudmännens planering. Detta innebär enligt min mening att socialstyrelsen har att fästa samma vikt vid de ekonomiska och personella aspekterna som vid de rent sjukvårdsmässiga och stämma av dessa aspekter mot varandra i syfte att belysa såväl de vårdmässiga som kostnadsmässiga konsekvenserna av olika lösningar. Jag vill särskilt framhålla vikten av att styrelsen systematiskt väger in samhällsekonomiska och sjukvårdsekonomiska faktorer, såsom de bl. a. framkommer i regeringens överläggningar med sjukvårdshuvudmännen, i sitt planeringsarbete samt redovisar de personella och ekonomiska krav som är förenade med olika alternativ.

Socialstyrelsen bör även i framtiden granska och yttra sig över de enskilda sjukvårdsplanerna innan de blir föremål för sjukvårdshuvudmännens slutliga ställningstaganden. Socialstyrelsen bör i samråd med

landstingsförbundet och Spri utarbeta sammanställningar och analyser av planerna för att stämma av den planerade utvecklingen mot den övergripande vårdpolitiken och ge underlag för rikspolitiska överväganden och initiativ. För att skapa förutsättningar för summering av planerna och för jämförelser mellan olika delar av landet bör socialstyrelsen verka för att sjukvårdsplanerna får en enhetlig utformning samt att de har en gemensam referensram, gemensamma begrepp etc. De s. k. LKELP-undersökningarna bör fortsätta i ett avtalsreglerat samarbete mellan socialstyrelsen och landstingsförbundet. Genom dessa undersökningar har styrelsen möjlighet att följa hälso- och sjukvårdens faktiska och planerade utveckling. Socialstyrelsens uppföljning och analys av huvudmännens planer kan även ses som ett led i styrelsens tillsynsansvar för hälso- och sjukvården, som också i framtiden bör finnas kvar i lagfäst form.

Med utgångspunkt från en principiell arbetsfördelning mellan socialstyrelsen, sjukvårdshuvudmännen och Spri påbörjades år 1975 inom styrelsen en försöksverksamhet med att utarbeta underlag till vårdprogram för olika sjukdomstillstånd och hälsoproblem. En vårdprogramnämnd bildades med uppgift att leda arbetet. I nämnden ingår företrädare för både hälso- och sjukvård samt socialvård. I samverkan med olika sjukvårdshuvudmän arbetar dessutom Spri med att ta fram vårdprogram anpassade för lokala förutsättningar. Utvecklingsarbetet bedrivs således på två nivåer med olika detaljeringsgrad, dels i form av generella underlag som utarbetas av socialstyrelsen, dels såsom konkret utformade vårdprogram anpassade efter skiftande lokala förutsättningar.

Hittills har socialstyrelsen presenterat programunderlag för diabetes och högt blodtryck. Under de närmaste åren kommer programunderlag för urinvägsinfektioner, tumör i bröstet, bråck och självmordsbeteende att publiceras. Jag anser för min del att vårdprogramunderlagen fyller en viktig funktion som underlag för huvudmännens bedömningar av behoven av olika medicinska åtgärder och därmed för utformningen av vårdens innehåll och organisation. Arbetet med att utforma underlag till vårdprogram bör ges större utrymme i socialstyrelsens planeringsverksamhet än vad som hittills varit fallet och även omfatta sociala konsekvenser av olika hälsoproblem. Detta motiverar att något närmare beskriva vårdprogramarbetet, dess syften och framtida inriktning.

Utvecklingen av vårdprogram inom sjukvårdsområden och regioner syftar i första hand till att stödja sjukvårdspersonalen i det löpande arbetet och utgöra ett underlag för den fortlöpande utbildningen och metodutvecklingen. Intentionerna med tillämpningen av vårdprogram är att bl. a. att åstadkomma ökad medicinsk säkerhet samt att undvika dubbelarbete genom att programmen kan förenkla samarbetet och leda till en rationellare arbetsfördelning mellan olika enheter och vårdnivåer. Vårdprogrammen bör kunna underlätta samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst, bl. a. genom att ge information om sociala konsekvenser av olika sjukdomstillstånd.

Vårdprogramarbetet innehåller som jag nyss sagt två komponenter.

Dels utarbetande av underlag för vårdprogram, dels utarbetande av själva vårdprogrammet.

Programunderlagen innehåller information om sjukdomsfrekvens, sjukdomens naturalhistoria, förebyggande insatser, diagnostik, bedömning av behandlingsalternativ och åtgärder för efterkontroll. I underlagen diskuteras också de insatser av olika typer som krävs för förebyggande åtgärder, diagnostik och behandling. I arbetet med programunderlagen bör socialstyrelsen utvärdera olika undersöknings- och behandlingsmetoder. Socialstyrelsen bör verka för att metoder, som efter en samvägning av vårdmässiga och ekonomiska aspekter visar sig olämpliga, tas bort och ersätts av mer ändamålsenliga metoder. I vårdprogramunderlagen bör styrelsen förmedla kunskaper om vilka medicinska och sociala åtgärder som är motiverade för olika hälsoproblem.

Sociala konsekvenser av hälsoproblemet bör belysas och samverkan med i första hand primärkommunala verksamheter diskuteras. Behov av utbildningsinsatser för olika personalgrupper bör aktualiseras och anges. Likaledes ger genomgången av den aktuella sjukdomen underlag för att peka på områden som bör göras till föremål för forsknings- och utvecklingsinsatser. Genom att resurskrav anges kan lämplig arbets- och resursfördelning mellan t. ex. länssjukvård och primärvård utläsas. Likaså bör underlagen kunna ge grund för en avvägning mellan förebyggande och sjukvårdande åtgärder.

Beskrivningen av sociala konsekvenser av aktuella hälsoproblem bör kunna öka beredskapen hos hälso- och sjukvårdens personal att samverka med socialtjänsten och andra primärkommunala verksamheter. Underlagen bör härigenom kunna bidra till att helhetssynen på människors problem får praktiskt genomslag och tillämpas i de enskilda fallen. På alkohol- och narkotikaområdet bör exempelvis vårdprogramunderlagen kunna få stor betydelse för bättre samverkan mellan sjukvården och socialtjänsten.

Vårdprogram utarbetas för lokal och regional nivå och socialstyrelsens programunderlag riktas i första hand till de lokala arbetsgrupper som har att — bl. a. i samverkan med Spri — utarbeta vårdprogram. Underlagen bör också kunna vara av värde för lokala politiska och administrativa instanser som svarar för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Vårdprogramarbetet sker lokalt eller regionalt med hänsyn tagen till de organisatoriska, personella och ekonomiska förutsättningar som finns. Vårdprogrammet måste utvecklas av och förankras hos den personal som berörs av programmet. Ett fungerande vårdprogram förbättrar samarbetet mellan hälso- och sjukvårdens olika nivåer samt med socialtjänsten. Ett vårdprogram kommer att vara ett direkt stöd för vårdpersonal av olika kategorier i det löpande arbetet. Innehållet i vårdprogram kan skifta mellan de olika huvudmännen med hänsyn till de olika förutsättningar som finns.

Underlagen ger en övergripande bild av de hälsoproblem man valt att behandla, under det att vårdprogrammet konkret anger hur detta problem skall handläggas i det enskilda fallet. För att inte varje lokal

vårdprogramgrupp skall behöva ta fram grundkunskap är det nödvändigt att underlagen tas fram på central nivå. I detta arbete besitter socialstyrelsen den specifika kompetensen. Det är viktigt att vårdprogramarbetet och vårdprogrammet kontinuerligt utvärderas både med avseende på ekonomiska och personella insatser samt använda metoder. I detta arbete har Spri gjort värdefulla insatser och bör i fortsättningen kunna bistå sjukvårdshuvudmännen i detta arbete, liksom vid utarbetande av det konkreta programmet. Ansvar för det lokala vårdprogramarbetet ligger hos sjukvårdshuvudmannen.

Den kunskap om vårdprogram och vårdprogramarbete som samlas på fältet bör tillföras underlagsarbetet på central nivå så att nödvändig anpassning i underlagsarbetet till fältets behov kan ske. I detta arbete är samverkan mellan bl. a. socialstyrelsen och Spri nödvändig.

Arbetet med underlag till vårdprogram bör enligt vad jag tidigare anfört ingå som en viktig del av socialstyrelsens planeringsverksamhet. Socialstyrelsen bör emellertid – bl. a. med utgångspunkt i hittillsvarande försöksverksamhet och i samråd med huvudmännen – ytterligare överväga och i takt med vad resurserna medger utveckla formerna för vårdprogramarbetet. Självklart är att den vetenskapliga expertis som finns tillgänglig i landet skall utnyttjas. Verksamheten bör fortlöpande utvärderas. Vårdprogramunderlagen bör remissbehandlas innan de ställs till huvudmännens förfogande som underlag för lokal och regional vårdplanering. Större och viktigare programunderlag bör slutligt fastställas av socialstyrelsens verksamhetsstyrelse. Vårdprogramnämnden bör kunna fylla en viktig rådgivande funktion. Den bör sammansättas av representanter för socialstyrelsen, hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens huvudmän, vårdpersonalen samt Spri. Nämnden bör lämna förslag om inriktning av underlagsarbetet och vilka problem som bör göras till föremål för utarbetande av underlag. Socialstyrelsen bör följa det lokala vårdprogramarbetet och på ett flexibelt sätt anpassa sitt arbete till erfarenheterna på fältet. Behov av utbildnings- samt forsknings- och utvecklingsinsatser som kan bli en följd av analysen i vårdprogramarbetet bör överföras till ansvarig myndighet i syfte att resurser avdelade för detta ändamål används på effektivast möjliga sätt.

Socialstyrelsen bör enligt min mening ha samma roll inom socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården i fråga om att tillhandahålla kommunerna planeringsunderlag och därmed vidareutveckla och föra ut statsmakternas intentioner inom socialtjänsten. Förutsättningarna för en central planerings- och utvecklingsverksamhet är emellertid väsentligen annorlunda inom socialvården. Denna har inte samma relativt homogena verksamhet och organisation som hälso- och sjukvården, utan präglas av en större mångfald i dessa avseenden. Till detta har bidragit bl. a. att antalet socialvårdshuvudmän/primärkommuner är många gånger större än antalet sjukvårdshuvudmän/landsting (motsv.). Socialvården har inte heller på samma sätt som hälso- och sjukvården ett i princip enhetligt planeringssystem. Primärkommunerna upprättar inga särskilda socialvårdsplaner. Preciseringsarna i KELP-materialet om socialvårdens utbyggnad är också betydligt mer begränsade än motsvarande uppgifter om hälso- och sjukvården i LKELP. Socialstyrelsen måste anpassa sin medverkan i socialtjänstens

planering till de förutsättningar som kommer att råda inom området.

Socialutredningen har inom området planering angivit tre uppgifter för socialstyrelsen, nämligen 1) utveckling av metodiken för social planering, 2) sammanställning av riksplaner som ger en samlad överblick över socialtjänstens planerade utveckling samt 3) tillhandahållande av planeringsunderlag till primärkommuner och landsting. Socialstyrelsens planeringsuppgifter innebär enligt socialutredningen att styrelsen skall skaffa sig underlag för att kontinuerligt påverka effektiviteten i socialtjänsten. Detta planeringsarbete innefattar bl. a. sammanställning och bearbetning av översiktliga planer för socialtjänstens utveckling. Även Svenska kommunförbundet menar att socialstyrelsen bör erhålla underlag för uppföljning och erfarenhetsåterföring genom sammanställning och analys av huvudmännens planer.

Som jag tidigare nämnt ansluter jag mig till socialutredningens uppfattning att socialstyrelsen skall sammanställa och analysera planer för socialtjänsten, för att därigenom kunna följa utvecklingen och ge kunskapsåterföring till kommunerna och vid behov föreslå statsmakterna nya initiativ. Den information som socialstyrelsen behöver inhämta från kommunerna bör dock så långt möjligt begränsas och endast avse uppgifter som är relevanta för såväl kommunernas som socialstyrelsens planering. Inhämtandet av uppgifter bör samordnas med framtagandet av kommunernas flerårsplaner (KELP) som sammanställs och bearbetas av SCB.

Enligt min mening bör så långt möjligt planeringsdata rörande socialtjänsten integreras i KELP-materialet, som kan förses med vissa tilläggsuppgifter om socialtjänstens planerade utveckling. Framför allt bör en tidsmässig samordning eftersträvas. Det bör ankomma på socialstyrelsen att i samråd med kommunförbundet närmare besluta om vilka planeringsuppgifter rörande den framtida socialtjänsten som är nödvändiga för central uppföljning och planering. Det bör som jag tidigare anfört sedan ingå i socialstyrelsens uppgifter att följa och analysera de kommunala planerna för socialtjänsten och redovisa dessa bl. a. inför de överläggningar mellan staten och huvudmännen som avses genomföras i fortsättningen.

Kommunernas skyldighet att till de statliga organen redovisa planer rörande socialtjänsten följer enligt min uppfattning av att socialtjänsten enligt den nya lagstiftningen skall stå under tillsyn av socialstyrelsen och länsstyrelserna. Den tekniska bearbetningen och sammanställningen av kommunernas flerårsplaner görs av SCB. Bearbetning av planeringsuppgifter rörande socialtjänsten bör ske inom ramen för det samarbete och den ansvarsfördelning mellan socialstyrelsen, SCB och vårdhuvudmännen när det gäller statistikframtagning inom socialsektorn som jag kommer att förorda i det följande. De bearbetade uppgifterna bör av SCB ställas till tillsynsorganens, dvs. socialstyrelsens och länsstyrelsernas, förfogande. Länsstyrelserna bör genom sociala enheter som jag senare förordar skall bli inrättade, särskilt uppmärksamma skillnader inom resp. region mellan planerna och riktlinjer från riksdag och regering samt göra socialstyrelsen uppmärksam på dessa avvikelser.

Socialstyrelsen bör på riksnivå göra analyser samt kommentera planerna med utgångspunkt från de intentioner som angivits av statsmakterna för socialtjänsten. Dessa analyser och kommentarer bör ta sikte på huvuddragen i planerna och inte enskilda detaljer och bör enligt min mening bli ett värdefullt stöd för kommunernas planering av den framtida socialtjänsten. På områden där statsmakterna angivit klara riktlinjer för verksamheten och socialstyrelsen konstaterar påtagliga avvikelser från dessa riktlinjer bör socialstyrelsen göra berörda kommuner uppmärksamma på dessa avvikelser. Socialstyrelsens ställningstaganden i dessa avseenden bör avgöras av verkstyrelsen.

Av främst resursskäl kan dock ingen ovillkorlig skyldighet för styrelsen införas att avge yttranden till kommuner som redan på planeringsstadiet vill inhämta synpunkter som stöd för sin planering av socialtjänsten. Det är dock naturligt att utgå ifrån att styrelsen så långt möjligt kommer att anstränga sig för att även denna väg bistå kommunerna.

Ett programarbete av det slag som i det föregående beskrivits för hälso- och sjukvården bör i tillämpliga delar kunna användas av socialstyrelsen för att utveckla och påverka metodik, innehåll och organisation inom socialtjänsten. Jag ansluter mig till socialutredningens uttalande om att socialstyrelsen kontinuerligt skall påverka effektiviteten i socialtjänsten och tillhandahålla huvudmännen planeringsunderlag. Jag vill emellertid understryka att detta arbete måste baseras på överväganden om tillgången på ekonomiska och personella resurser för vården likaväl som på överväganden som rör den rent vårdmässiga delen av verksamheten. För att ta fram underlag för utvecklingen av den framtida socialtjänsten pågår inom socialstyrelsen ett projekt Socialt arbete – innehåll och form (SOA) i samråd med olika intressenter. Projektet syftar bl. a. till att sammanställa erfarenheter och kunskaper från metodutvecklingsarbete och praktiska försök av intresse för tillämpning av socialutredningens förslag samt att medverka vid framställning av utbildnings- och informationsmaterial med anknytning till dessa förslag. Jag vill i detta sammanhang framhålla att det är viktigt att socialstyrelsens arbete får en konkret och åtgärdsinriktad prägel och anpassas till kommunernas behov av planeringsunderlag. Det är vidare angeläget att socialstyrelsen i sitt planeringsarbete följer och sammanställer erfarenheter av pågående utvecklingsarbete i kommunerna och återför dessa erfarenheter till praktisk användning i kommunerna och på så sätt medverkar till en ändamålsenlig metodutveckling inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen har enligt ÖSoS förslag ett särskilt ansvar för samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård. Jag kan i stort sett instämma i ÖSoS uppfattning, men vill framhålla att det primära ansvaret för denna samverkan självfallet åvilar de kommunala huvudmännen. Den samordnande funktionen på central nivå mellan socialvården och hälso- och sjukvården bör emellertid ha sin givna plats i de planeringsuppgifter som jag har angivit för socialstyrelsen. Socialstyrelsen bör följa den primär- och landstingskommunala planeringen samt tillhandagå huvudmännen med planeringsunderlag så att vårdområden med skilda huvud-

män i erforderlig utsträckning blir föremål för en samordnad planering. Styrelsen bör inom olika vårdområden medverka till att klarlägga huvudmannaskapsfrågor och samverkansformer mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Jag har tidigare pekat på vårdprogramunderlagen som en väg att förbättra samverkan i det praktiska vårdarbetet. Därmed fullföljs också viktiga intentioner i bl. a. socialutredningen

Socialektorns medverkan i samhällsplaneringen har betonats i propositionen om socialtjänsten liksom i ÖSoS förslag. Uppgiften är ett viktigt led i en förbättrad helhetssyn på sociala och medicinska problem samt aktivare insatser för att förhindra uppkomsten av sådana problem. Förslagen om socialektorns medverkan i samhällsplaneringen fick ett i det närmaste enhälligt positivt mottagande av remissinstanserna.

Socialutredningen har i sina överväganden främst diskuterat socialtjänstens möjligheter att på primärkommunal nivå delta i samhällsplaneringsarbetet. En utförlig diskussion på denna punkt finns i propositionen om socialtjänsten. Som har framhållits i denna proposition ligger emellertid ansvaret för samhällsplaneringen också på riks- och länsnivåerna, varför en bevakning av sociala och medicinska aspekter på planeringen måste ske även på dessa samhällsnivåer. ÖSoS anser att socialstyrelsen på central myndighetsnivå skall ha ansvaret för socialvårdens och hälso- och sjukvårdens samhällspåverkande planeringsarbete.

Jag vill framhålla att medverkan i samhällsplaneringen är en förhållandevis ny uppgift för vårdsektorn. Det är därför naturligt att se denna medverkan som en utvecklingsprocess där de praktiska formerna får växa fram i takt med vunna erfarenheter. Socialstyrelsen bör enligt min mening ha en viktig funktion att fylla när det gäller att finna vägar för att utnyttja socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kunskaper i planeringen på andra samhällsområden. Socialstyrelsens underlag för de kommunala huvudmännens planering bör utformas så att de utgör ett stöd för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen på lokal och regional nivå. Styrelsen bör vidare genom att analysera och sammanställa uppgifter om hälsorisker och sociala problem i olika samhällsmiljöer kunna ge ett värdefullt underlag för motåtgärder och förebyggande insatser i vid bemärkelse inom olika områden, som t. ex. arbetsliv, skola och boende. Detta förutsätter att socialstyrelsen har ett nära och väl fungerande samarbete med sektoransvariga myndigheter. Jag vill i sammanhanget erinra om att socialstyrelsen är företrädare i det bostadssociala råd som knöts till bostadsstyrelsen den 1 januari i år. Som remissorgan har socialstyrelsen ytterligare möjlighet att föra ut kunskaper om faktorer som kan leda till ohälsa och sociala problem.

Grunden för socialstyrelsens medverkan i samhällsplaneringen är tillgången på relevant informationsunderlag, bl. a. i form av statistik, som möjliggör en kontinuerlig uppföljning av sociala och medicinska riskfaktorer. Här blir också styrelsens samarbete med det föreslagna miljömedicinska laboratoriet och det institut för psykosociala miljöfrågor som jag förordar i det följande av stor betydelse. Jag återkommer till frågan om socialektorns medverkan i samhällsplaneringen i anslutning

till mina överväganden om socialstyrelsens regionala organisation.

Utvecklingen inom socialtjänsten och 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 vårdsökande och för att förverkliga uppsatta mål för vårdens innehåll. Vårdsektorn har sedan länge präglats av svårigheter att rekrytera erforderligt utbildad personal. Betydande skillnader föreligger dock mellan olika vårdområden och mellan skilda delar av landet. Problemen är störst inom prioriterade och därmed expansiva områden, t. ex. den öppna vården och långtidsvården inom sjukvården, tandvården samt barnomsorgen och äldreomsorgen inom socialvården.

Svårigheterna har hållit i sig trots en allmänt sett kraftig ökning av vårdutbildningarna. Detta förklaras bl. a. av att det tar lång tid – ofta många år – innan åtgärder på utbildningssidan får ordentlig effekt på vårdorganisationen. Vidare krävs i allmänhet ett omfattande förberedelsearbete innan vårdpolitiska mål och ambitioner kan omsättas i utbildningsinsatser. Med hänsyn till dessa faktorer vill jag starkt understryka behovet av en personal- och utbildningsplanering som leder till en förbättrad samordning av vårdpolitik och utbildningspolitik. Jag anser att socialstyrelsen som fackmyndighet har att medverka i en fortlöpande personal- och utbildningsplanering för vårdsektorn och tillhandahålla ansvariga statliga och kommunala utbildningsmyndigheter erforderligt beslutsunderlag rörande dels vårdutbildningarnas innehåll i fråga om yrkeskunskande hos olika personalkategorier, dels vårdutbildningarnas dimensionering. Socialstyrelsens personal- och utbildningsplanering skall ske i nära samverkan med socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens huvudmän och ha sin utgångspunkt i huvudmännens planer för dessa sektors långsiktiga utbyggnad.

Den decentralisering av både planering och genomförande av utbildningen som pågår som en följd av bl. a. den s. k. högskolereformen och de ökade krav som enligt min mening måste ställas på planeringen av vårdutbildning och personaltillgång inom vårdsektorn leder till förändringar i socialstyrelsens arbetssätt och uppgifter på detta område. Socialstyrelsens uppgifter bör övergå från att som hittills avse yttranden över läro-/utbildningsplaner till att mer aktivt ta fram underlag för den utbildningsplanering och utformning av utbildningsmål som görs av utbildningsmyndigheterna. Ett sådant underlag bör ha som utgångspunkt olika vårdverksamheters innehåll och utformning och baseras på behoven av vård och service inom olika områden. Höga krav på framförhållning och kännedom om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens framtida behov måste ställas på denna planering. Samverkan med huvudmännen är nödvändig. Det är enligt min mening en uppgift för varje fackbyrå inom socialstyrelsen att analysera arbetsuppgifterna inom resp. vårdområde och formulera krav på utbildning fördelade på olika personalkategorier.

Jag anser vidare att socialstyrelsen skall svara för den statliga insatsen i

fråga om personalplanering på riksnivå som syftar till att genom dimensionering av utbildningsresurserna kvantitativt anpassa personalresurserna till socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens utbyggnad. Personalplaneringen bör utgå från huvudmännens utbyggnadsplaner och syfta till att ge utbildningsmyndigheterna underlag för utbildningsdimensionering och huvudmännen underlag för fortsatt vårdplanering.

Personalplaneringen har hittills främst byggts ut när det gäller tillgång och fördelning av läkare som underlag för de s. k. läkarfördelningsprogrammen (LP). På uppdrag av socialdepartementets sjukvårdsdelegation har socialstyrelsen även börjat utarbeta personalbehovsprognoser för vissa andra vårdpersonalkategorier inom hälso- och sjukvården (sjuksköterskor, undersköterskor, vissa medicinskt-tekniska assistenter, sjukgymnaster, arbetsterapeuter) som skall utmynna i s. k. vårdpersonalprogram (VPP). Motsvarande prognosarbete har påbörjats för personal inom barnomsorgen. Socialstyrelsen har vidare bedrivit en tandvårdspersonalturedning (TPU) med uppgift att utreda frågan om det långsiktiga behovet av tandvårdspersonal. Enligt min uppfattning är det nödvändigt att denna personalplanering av socialstyrelsen utvidgas till att även omfatta andra kategorier av personal inom den sociala sektorn, t. ex. inom äldreomsorgen.

Den personal- och utbildningsplanering som görs beträffande läkararbetskraften har kommit att få en central betydelse för att på längre sikt påverka hälso- och sjukvårdens omfattning och innehåll. Grunden för denna planering lades år 1969 i samband med den då genomförda reformeringen av läkarnas vidareutbildning. Systemet omfattar både kvalitativa och kvantitativa aspekter på den framtida läkarutvecklingen. När det gäller den kvalitativa delen återkommer jag till denna fråga i samband med att jag senare tar upp verksamheten inom nämnden för läkares vidareutbildning (NLV).

Systemets kvantitativa del bygger på sjukvårdslagens bestämmelse om att tjänst som läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården inte får inrättas utan socialstyrelsens medgivande. Styrelsens prövning av inrättande av läkartjänst skall ske på grundval av det läkarfördelningsprogram som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Förslag till program utarbetas av socialstyrelsen i samråd med universitets- och högskoleämbetet, landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund. Läkarfördelningsprogrammet omfattar en period av fem år med de första två åren mer preciserade. Det förnyas vartannat år. Programmet består av två delar som fyller principiellt sett skilda syften:

- för det första en *planeringsdel* som syftar till en fördelning av nytillkommande läkare, dvs. främst nyexaminerade och utländska läkare, på olika vidareutbildningsområden som svarar mot de sjukvårdspolitiska målen och de långsiktiga behoven av läkare inom olika verksamhetsområden. I denna del ingår också ett delprogram för fördelning av blockförordnanden för läkarnas allmäntjänstgöring på olika sjukvårdshuvudmän,

-- för det andra en *ransoneringsdel* som syftar till en fördelning av den begränsade tillgången på vidareutbildade läkare, dvs. läkare med specialist- eller allmänläkarkompetens, för att motverka rådande variation i tillgången på sådana läkare mellan olika delar av landet och mellan olika medicinska verksamhetsområden.

Jag anser att vidareutbildningen av läkare som instrument i såväl den långsiktiga som kortsiktiga sjukvårdsplaneringen inte fullt ut nått avsedda resultat. Vad beträffar läkarfördelningsfrågorna anser jag det särskilt oroande att systemet inte fungerat helt på önskvärt sätt i planeringsdelen, dvs. fördelningen av den nytillkommande läkararbetskraften på olika vidareutbildningsområden. Denna fördelning, som har stor betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvården på längre sikt, har i praktiken inte i tillräcklig grad kommit att motsvara de mål som statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen fastställt för hälso- och sjukvårdens långsiktiga utbyggnad. Orsakerna till detta står framför allt att finna i att många läkare fullgör tjänstgöring som räknas som vidareutbildning utanför fördelningssystemet, i första hand på olika vikariat. Detta har medverkat till att vidareutbildningsblock inom prioriterade områden såsom långtidssjukvård och psykiatri inte kunnat tillsättas i önskvärd omfattning.

Enligt min mening bör de åtgärder som vidtagits under år 1978, bl. a. beslut om att endast tjänstgöring inom ramen för blockförordnanden skall tillgodoräknas som allmäntjänstgöring, förbättra läkarfördelningsprogrammets styreffekt. De rekryteringsstimulerande åtgärderna bör intensifieras inom bristområdena. Med hänsyn till den betydelse om dimensioneringen och inriktningen av läkarutbildningen har för hälso- och sjukvårdens långsiktiga utveckling framstår det som motiverat att betydande insatser görs för att läkarfördelningsinstrumentet skall få erforderlig genomslagskraft. Det bör ankomma på i första hand socialstyrelsen att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen ta fram underlag för statsmakternas beslut i här föreslagen riktning. Även de överväganden som görs inom hälso- och sjukvårdsutredningen blir av stort värde i detta sammanhang.

När det gäller läkarfördelningssystemets ransoneringsdel, dvs. fördelningen av tjänster för vidareutbildade läkare, är systemet avsevärt mer omständligt och detaljerat än fördelningen av block för allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning. Socialstyrelsen har här att grunda sin fördelning på en prövning av varje enskild tjänst som sjukvårdshuvudmännen önskar inrätta. Det betydande administrativa arbete som detta förorsakar främst huvudmännen men också socialstyrelsen måste enligt min uppfattning nog vägas mot systemets effekter. Dessa effekter har visat sig begränsade när det gällt att fördela den begränsade läkartillgången såväl mellan olika geografiska områden som mellan t. ex. öppen och sluten vård. Till detta kommer risken för att ett centralt ransoneringsystem minskar huvudmännens benägenhet att på egen hand bedöma och ta ställning till behoven av ytterligare läkarinsatser, varigenom orealistiska uppgifter redovisas om brister och behov. De tidigare stora

skillnaderna mellan de tjänster som huvudmännen begärt och de som socialstyrelsen haft att fördela har under senare år reducerats kraftigt. Den ökade tillgången på specialistkompetenta läkare jämte en neddragen utbyggnadstakt för den slutna kroppssjukvården kommer under de närmaste åren ytterligare att förbättra balansen mellan tillgång och efterfrågan på läkararbetskraft.

Skäl kan således enligt min mening anföras för en avveckling av läkarfördelningssystemets ransoneringsdel i dess nuvarande form, dvs. den centrala fördelningen av tjänster för färdigutbildade läkare. Eftersom hithörande frågor behandlas och närmare kommer att belysas av hälso- och sjukvårdsutredningen bör förändringar i systemet anstå till dess utredningens förslag föreligger. Oberoende av hur frågan om fördelning av tjänster för färdigutbildade läkare senare kommer att lösas vill jag understryka vikten av att socialstyrelsen i samråd med berörda parter vidareutvecklar arbetet med programunderlag för den långsiktiga utvecklingen av läkararbetskraften. Detta planeringsarbete bör nära samordnas med övrig personalplanering och syfta till att tillföra huvudmännen ett förbättrat planeringsunderlag i fråga om tillgången på läkare och övrig vårdpersonal med lång utbildning.

Frågor rörande den regionala fördelningen av tandvårdsresurserna bör tas upp när resultaten från pågående översyn av tandvårdsförsäkringen föreligger.

Jag är väl medveten om att den angivna planeringsverksamheten ställer påtagliga krav på socialstyrelsen. Inom verkets organisation bör det inom ramen för fastställd personalbudget finnas tillräckligt med personal som har kompetens att initiera, leda och medverka i planeringsarbetet. Eftersom uppgifterna spänner över många vitt skilda områden krävs en betydande medverkan av utomstående expertis. För att säkerställa erforderlig expertmedverkan i planeringsuppgifterna bör socialstyrelsen enligt min mening disponera vissa särskilda medel. Dessa särskilda medel får inte användas i styrelsens löpande verksamhet eller leda till ökning av antalet anställda i styrelsen.

Som jag tidigare nämnt tar jag upp styrelsens uppgifter inom beredskapsområdet i ett särskilt avsnitt.

Sammanfattningsvis bör socialstyrelsens planeringsuppgifter omfatta:

- att ta fram underlag för såväl statsmakternas vårdpolitiska beslut som för de kommunala huvudmännens planering av vårdsektorns utbyggnad
- att yttra sig över planer för vårdsektorns utbyggnad till vägledning för huvudmännens beslut
- att sammanställa och analysera ifrågavarande planer samt verka för att dessa planer så långt möjligt får en enhetlig utformning
- att på central nivå följa upp behoven av en samordnad planering av socialtjänst och hälso- och sjukvård
- att ta fram underlag som främjar socialsektorns medverkan i samhällsplaneringen

- att medverka i personal- och utbildningsplanering med syfte att anpassa utbildning och personaltillgång till sektorns behov.

7.4 Socialstyrelsens uppgifter inom forskning och utveckling

7.4.1 Social forskning

De dominerande forskningsinsatserna inom den sociala sektorn har skett genom i bred bemärkelse medicinsk forskning och utveckling. Forskning och utveckling (FoU) inom socialvårdens område är relativt sett av mindre omfattning och bedrivs i olika former, bl. a. inom högskolans ram. Organisationen präglas av mångfald och en påtaglig brist på samordning. Forskningen inom stora socialpolitiskt viktiga områden har traditionellt varit splittrad på mindre projekt och i regel beroende av tillfälliga anslagsgivare. För att tillgodose behovet av samordning och förstärkning av ledningsfunktionen för målbunden FoU inom socialdepartementets område inrättades år 1974 en delegation för social forskning vid socialdepartementet (DSF). Delegationen har till uppgift dels att svara för bedömning och samordning av pågående och planerade projekt av forsknings- och utredningsnatur inom den sociala sektorn, dels att initiera forsknings- och utvecklingsarbete av betydelse för socialpolitiken. Till delegationens uppgifter hör att lägga fram förslag om beviljande av medel för projekt som skall bekostas från departementets anslag för FoU och försöksverksamhet. Delegationen avger också yttranden över sådana projekt där bidrag kan utges från t. ex. allmänna arvsfonden.

Den sociala forskningens resurser och organisation har diskuterats i skilda sammanhang. I mitten av 60-talet aktualiserades frågan om ett socialforskningsinstitut efter mönster av det danska socialforskningsinstitutet. Detta ledde dock inte till resultat. Det gjorde inte heller ett något senare förslag om en central enhet för dokumentation och information inom samhällsvetenskaperna.

År 1972 inrättades emellertid institutet för social forskning (SOFI) genom ombildning av institutet för arbetsmarknadsfrågor. SOFI:s forskning är inriktad på praktiska tillämpningar och på problem med direkt anknytning till social- och arbetsmarknadspolitik. Institutet har att fullgöra dokumentations-, informations- och serviceuppgifter inom ramen för sina resurser. En översyn av SOFI:s framtida uppgifter och organisation har lett till förslag om utbyggnad av institutets verksamhet.

Kunskapssökande forskning och utveckling av vetenskapliga teorier och metoder inom området bedrivs inom högskoleorganisationen och i viss utsträckning med stöd av bl. a. statens råd för samhällsforskning och riksbankens jubileumsfond. Kännetecknande för social FoU är emellertid att det är svårt att dra en klar gräns mellan å ena sidan "ren" forskning, å andra sidan utvecklingsarbete och försöksverksamhet. Det föreligger inte heller någon entydig, allmänt accepterad avgränsning av begreppet social forskning. I detta sammanhang använder jag en avgränsning som i

huvudsak utgår från socialstyrelsens ansvarsområde, med undantag för rent medicinsk forskning. Viss s. k. hälso- och sjukvårdsforskning ingår i det som här betecknas som social FoU.

Resultatet av det växande intresset för social FoU har bl. a. blivit att väsentligt ökade medel under senare år ställts till förfogande för målinriktad forskning, utvecklings- och försöksprojekt. Socialstyrelsen har fått ta på sig betydande uppgifter genom att bedöma bidragsansökningar, initiera och genomföra egna projekt, förvalta medel och administrera projekt. I stor utsträckning har detta motsvarat styrelsens egna ambitioner. I vissa fall har socialstyrelsen fått ta på sig FoU-uppgifter eftersom inget annat organ har stått till förfogande.

Socialstyrelsens insatser när det gäller FoU inom det sociala området är av skilda slag. Det omfattar utredningar (t. ex. om förskoleverksamheten och om det sociala arbetets innehåll och form), studier (t. ex. levnadsnivå- och miljöstudier), metodfrågor (social metodik), försöksverksamhet (Tierpsprojektet m. m.) samt medverkan i enskilda projekt som stöds genom medel från socialdepartementets forskningsanslag (den sistnämnda formen överväger antalsmässigt). Socialstyrelsen administrerar också utvecklingsprojekt inom ramen för statliga utredningar (t. ex. familjestödsutredningen) och på direkt uppdrag av regeringen.

Gemensamt för de projekt som socialstyrelsen driver eller medverkar i är att de finansieras vid sidan av socialstyrelsens ordinarie anslag. Viktiga finansieringskällor är som nämnts anslaget för social forskning och allmänna arvsfonden. I vissa fall får styrelsen ta i anspråk del av saksanslag eller socialdepartementets kommittéanslag för egna arbetsinsatser. Det finns också exempel på andra externa finansieringskällor.

Det erbjuder vissa svårigheter att få en fullständig överblick över socialstyrelsens engagemang i sociala FoU-projekt. Av en "Förteckning över pågående och under 1978 avslutade utredningar m. m." som styrelsen överlämnade till socialdepartementet i februari 1979 framgår att antalet pågående utredningar/projekt uppgick till över 100.

Kommunförbundet utger med ekonomiskt stöd från socialdepartementet en "idébank" i skriftform om forsknings- och utvecklingsarbete inom den sociala sektorn. I rapporten Sociala idéer och erfarenheter 1978/79 lämnas information om mer än 600 olika projekt av skiftande valör. Inte mindre än 233 projekt anges som nya för året. Vissa av de redovisade projekten betecknas som avslutade eller överförda i reguljär verksamhet. I en siffersammanställning som tar upp 462 projekt anges bl. a. vem som är huvudman för projekten. Av sammanställningen framgår att socialstyrelsen/socialdepartementet är huvudman för 36 av projekten. Som huvudmän för övriga projekt anges kommuner (223), universitet/högskola (69) och annan huvudman (134). Det måste emellertid understrykas att många av projekten med kommunal eller annan huvudman – inom vissa områden huvuddelen – stöds genom bidrag från socialstyrelsen/socialdepartementet. Särskilt framträdande är detta inom områdena barnomsorg, vård och behandling av missbrukare samt glesbygdsaktiviteter. På dessa områden förmedlar socialstyrelsen

betydande medel för olika former av försöksverksamhet som inte har karaktär av egentlig forskning.

Sammanfattningsvis kan beträffande socialstyrelsen konstateras att det starkt ökade intresset för social FoU har lett till att styrelsen har fått ta på sig omfattande FoU-uppgifter. För genomförande av dessa uppgifter har regelmässigt krävts resurstillskott. Verksamheten har sålunda i huvudsak finansierats med särskilda bidrag vid sidan av myndighetsanslag och andra reguljära anslag. Finansieringssättet har bidragit till en okontrollerad ökning av socialstyrelsens personal och ett behov av att fortlöpande finna nya projekt för att kunna bereda fortsatt anställning åt personer som arbetat i avslutande projekt.

Frågan om socialstyrelsens roll inom social FoU behandlas bl. a. i socialutredningen. Utredningen framhåller i sitt slutbetänkande att styrelsen själv måste kunna ta ansvar för sådan målinriktad social forskning som avser utvecklingsarbete, försöksverksamhet och uppföljning av social verksamhet. Härutöver bör socialstyrelsen inte vara huvudman för social forskning utan förmedla problem, frågor och underlag för forskningsinsatser samt återföra forskningsresultaten till fältet.

Socialstyrelsen anser för sin del att dess ansvar för FoU bör vidgas. Styrelsen bör få en allt viktigare funktion som "brygga" mellan forskningssektorn och praktiskt socialt arbete. Man vill 1) beställa bearbetning av befintlig kunskap för praktisk tillämpning, 2) stimulera och ge underlag för forskning, 3) sammanställa och redovisa behov av FoU-insatser, 4) stödja och följa utvecklings- och försöksverksamhet. För detta behöver styrelsen ett särskilt anslag.

Översynsutredningen (ÖSoS) framhåller i olika sammanhang att socialstyrelsen genom ökade insatser av FoU-karaktär bör bidra till nya kunskaper på den sociala sektorn. Styrelsen bör i ökad utsträckning initiera, bidra till och medverka i FoU, särskilt på "bristområden". För detta bör styrelsen ha särskilda medel. I myndighetsrollen bör ingå en starkare inriktning på sammanställande och spridande av kunskaps- och beslutsunderlag. Socialstyrelsen skall dock inte ha till primär uppgift att bedriva forskning inom sektorn.

I yttrande över ÖSoS framhåller Kommunförbundet bl. a. att forskningen bör bedrivas av organ som är fristående från förvaltande myndigheter. Däremot bör socialstyrelsen svara för sammanställningen av resultat från forsknings- och utvecklingsarbete inom sitt område. LO reagerar mot att en betydande del av styrelsens verksamhet bedrivs genom särskilda projektanslag för forsknings- och utvecklingsarbete. TCO anser att det finns ett stort behov av att socialstyrelsen på ett aktivt sätt medverkar till metodutveckling inom den kommande socialtjänsten. Det behöver inte ske genom utredningsprojekt med långsiktig planering och breda målformuleringar. Det kan ofta räcka med att styrelsen håller sig å jour med utvecklingen ute i kommunerna och stimulerar och sprider kännedom om utveckling av metoder som bedöms vara av allmänt intresse. Riksrevisionsverket anser att ÖSoS inte är helt klargörande när

det gäller dels socialstyrelsens relation till forskningsråden, dels roll- och arbetsfördelningen mellan styrelsen och delegationen för social forskning. En översyn av dessa frågor bör komma till stånd. RRV delar ÖSoS uppfattning att socialstyrelsen bör ha tillgång till vissa medel över statsbudgeten för forskning och utvecklings- och försöksverksamhet. Men RRV betonar att styrelsen inte bör bedriva egen forskning.

För min del delar jag utredningarnas och remissinstansernas uppfattning att socialt forsknings- och utvecklingsarbete är ett nödvändigt led i utvecklandet av den framtida socialtjänsten. Jag anser emellertid i likhet med flertalet remissinstanser att socialstyrelsen i princip inte bör bedriva egen FoU. Till denna fråga återkommer jag i det följande.

Som tidigare nämnts har en översyn genomförts av socialforskningsinstitutets uppgifter och organisation bl. a. mot bakgrund av att SOFI:s ställning i förhållande till andra forskningsorgan är oklar. Översynen har utförts av forskningssamverkanskommittén (FOSAM), som avlämnat delbetänkandet (Ds U 1979:4) Ett institut för social och arbetsmarknadspolitisk forskning. Vid översynen har FOSAM bl. a. haft att utgå från att institutet med nuvarande resurser inte tillfredsställande kan fullgöra de uppgifter som anges i instruktionen. I sitt arbete har FOSAM konstaterat att översynsarbete pågår inom såväl arbetsmarknads- som social- och utbildningsdepartementen som avser förändringar i organisationen av resp. sektors FoU-verksamhet. I övervägandena inom var och en av sektorerna intar SOFI, eller delar av de resurser som finns vid SOFI en framskjuten plats.

FOSAM har i sin översyn av SOFI siktat till att närma mål och uppgifter för institutet till vad som är realistiskt och samtidigt förbättra institutets anknytning till högskolan. Inom arbetsmarknadssektorn har man sett de resurser för arbetsmarknadspolitisk forskning som finns vid SOFI som en möjlig grund vid uppbyggnaden av en fastare organisation för departementets FoU-insatser. I samband med översynen av socialstyrelsen har den "sociala" delen av SOFI aktualiserats som basenhet när det gällt att avlasta socialstyrelsen ansvar för FoU.

Mot denna bakgrund har det enligt FOSAM:s bedömning framstått som angeläget att i anslutning till översynsarbetet pröva om de tre sektorernas önskemål och behov skulle kunna tillgodoses samtidigt inom ramen för ett ombildat socialforskningsinstitut. De funktioner som efterfrågas av departementen är för det första en basorganisation för social- och arbetsmarknadspolitisk forskning utanför högskolan, dvs. en lättillgänglig forskningsresurs med hög vetenskaplig kompetens och med hög beredskap att ta på sig uppdrag. För det andra efterfrågas från såväl arbetsmarknads- som den sociala sidan en administrativ bas för resp. sektors FoU-insatser.

FOSAM framhåller att ett fristående forskningsinstitut är motiverat för den sektorsforskning som här avses. FOSAM betonar vidare värdet av att man någonstans i forskningsorganisationen ser social- och arbetsmarknadspolitisk FoU i ett sammanhang. FOSAM föreslår mot denna bakgrund att ett nytt institut för tillämpningsinriktad socialpolitisk och

arbetsmarknadspolitisk forskning byggs upp på grundval av det nuvarande socialforskningsinstitutet. Ansvarsområdet föreslås i allt väsentligt anknyta till det som angavs i förarbetena till SOFI. Det omorganiserade institutet bör ha till uppgift att svara för information och dokumentation i fråga om sin egen verksamhet. Institutet föreslås få sådana administrativa resurser att det kan ta på sig uppgiften att fungera som administrativ bas för målinriktade FoU-projekt, finansierade av bl. a. socialdepartementets forskningsanslag. Finansieringen av institutets fasta organisation föreslås ske med medel över anslag under vart och ett av utbildnings-, social- och arbetsmarknadsdepartementen.

FOSAM:s delbetänkande avses utgöra underlag för beslut inom berörda departement om ett förändrat socialforskningsinstitut. FOSAM förordar att arbetet med det nya institutet bedrivs med sikte på att det skall kunna träda i funktion den 1 juli 1980. FOSAM:s förslag remissbehandlas f. n. Remisstiden utgår i september 1979.

För min egen del vill jag inledningsvis – och i anslutning till vad jag har anfört i propositionen om socialtjänsten – framhålla att jag delar socialutredningens uppfattning att det krävs ökade kunskaper som underlag för sociala insatser. Den framtida socialtjänsten behöver sålunda ett omfattande stöd av forskning. Begreppet ges här en vidsträckt innebörd. Det betydande offentliga utredningsarbetet inom den sociala sektorn står ofta forskningen nära. Utvecklingsarbete och praktisk försöksverksamhet ger kunskap och erfarenheter som kan vara av stort värde. Vidare är statistiken en viktig informationskälla. Forsknings- och utvecklingsarbetet bör bedrivas i nära samverkan med fältet, dvs. den praktiskt verksamma socialtjänsten.

Socialtjänsten är en del av hela socialpolitiken. Den socialpolitiska planeringen behöver ett omfattande kunskapsunderlag om människornas levnadsförhållanden och om behovsstrukturen. Den behöver stöd av forskning som analyserar sociala processer, söker orsaker till sociala problem och anvisar vägar att komma till rätta med dem både genom allmänt inriktade och individinriktade insatser. Den föreslagna socialtjänstlagen kommer att ge socialtjänsten betydande frihet att i samråd med klienterna sätta in olika åtgärder och metoder i det förebyggande och avhjälpande arbetet. Det är som socialutredningen och remissinstanserna understrukt viktigt att utveckla metoder för det sociala arbetet på olika nivåer – det kan gälla behandlingsmetoder, former för miljöpåverkan etc. Samtidigt står det klart att även den framtida socialtjänsten måste avhjälpa sociala svårigheter utan tillgång till entydiga forskningsresultat, som är direkt tillämpbara på den aktuella situationen. Praktiska åtgärder för att undanröja sociala missförhållanden måste liksom nu grundas på socialarbetarnas kunskap och erfarenhet och ytterst på politiska ställningstaganden.

Även om den direkt socialt inriktade forskningen är av väsentligt mindre omfattning än den medicinska står det klart att det bedrivs en omfattande social forskning i vårt land. Socialutredningen och dess remissinstanser framhåller emellertid starkt behovet av ökade FoU-insat-

ser, bl. a. med hänsyn till den nya sociallagstiftningen. Även jag finner att FoU-insatserna på det sociala området har en viktig roll. Jag vill emellertid kraftigt understryka behovet av en genomtänkt effektiv organisation av dessa FoU-insatser. Det är angeläget att de betydande medel som nu och i framtiden avsätts för dessa ändamål kommer till bästa möjliga nytta. Enligt min mening finns f. n. brister i detta avseende som bör rättas till. Jag vill här främst peka på den påtagliga splittringen av insatserna och bristen på överblick. Som jag förut nämnt delar jag uppfattningen att socialstyrelsen i princip inte bör bedriva eget forsknings- och utvecklingsarbete. Jag förutsätter därvid att andra resurser inom området står till förfogande eller kan organiseras.

Som tidigare antytts täcker begreppet social FoU verksamheter av olika karaktär och med olika stark anknytning till den dagliga verksamheten inom sektorn. Man kan strukturera denna FoU enligt följande.

- a) utveckling av vetenskapliga teorier och metoder
- b) långsiktigare utvecklingsarbete och forskning
- c) verksamhetsanknutet utvecklingsarbete, försöksverksamhet.

Den första kategorin, utveckling av vetenskapliga teorier och metoder, hör naturligt till universitetsområdet och i vissa fall till särskilda forskningsinstitut. Även den andra kategorin hör i stor utsträckning hit. Övervägande delen av den FoU-verksamhet som socialstyrelsen svarar för eller deltar i hör till den tredje kategorin, dvs. verksamhetsanknutet utvecklingsarbete och försöksverksamhet. De projekt som har kommuner som huvudmän kan samtliga räknas till denna kategori. I många fall är försöken så praktiskt inriktade att forskningsmomentet får anses mycket uttunnat.

Problemen inom social FoU kan sammanfattas på följande sätt.

Betydande medel från olika finansieringskällor ställs till förfogande för huvudsakligen verksamhetsanknuten FoU. Verksamheten är splittrad. En ramlagstiftning på socialtjänstens område ställer ökade krav på FoU-verksamhet. Kommunernas insatser på området behöver tas till vara bättre och få stöd. Socialstyrelsen är av olika skäl mindre lämpad att driva och administrera denna växande verksamhet. Inte heller universitetsorganisationen är lämpad för detta. En annan huvudman – eller andra huvudmän – behövs, i varje fall för huvuddelen av projekten.

Som jag förut nämnt remissbehandlas f. n. FOSAM:s förslag om ett institut för social- och arbetsmarknadspolitisk forskning. Den särskilda beredningsgruppen för socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation ansluter sig i sin rapport till FOSAM:s förslag och finner att ett utvidgat socialforskningsinstitut skulle vara en lämplig huvudman för bl. a. målinriktad FoU inom socialdepartementets verksamhetsområde. Regeringen kommer senare att ta ställning i frågan.

Min principiella inställning till FoU-verksamhet inom socialstyrelsen innebär inte att styrelsen fräntas möjligheten att bedriva visst utvecklingsarbete inom sitt ansvarsområde. Det står givetvis varje myndighet

fritt att inom ramen för sina personella och ekonomiska resurser bedriva det utvecklingsarbete som bedöms nödvändigt för myndighetsutövningen. Exempel på sådant utvecklingsarbete är utarbetandet av underlag för vårdprogram, sektorprogram och läkarfördelningsprogram m. m., vilket, som tidigare nämnts, ingår i styrelsens planeringsfunktion. Socialstyrelsen bör vidare enligt min mening inom sin ordinarie personaluppsättning ha kompetens för egen bedömning av utvecklingen på det sociala området och resurser att analysera och föra fram problem som kräver uppmärksamhet och åtgärder, liksom för att ta initiativ till FoU-insatser. Socialstyrelsens planering förutsätts utgå från statsmakternas intentioner eller från efterfrågan från huvudmännen. Socialstyrelsens roll på FoU-området bör anknytas till detta och till planeringsfunktionen. Jag vill också erinra om att socialstyrelsens läkemedelsavdelning har uppgifter som nödvändiggör viss egen forskning och utveckling. Resurser för FoU ingår i avdelningens organisation. Denna fråga tas upp under avsnittet Forskning inom hälso- och sjukvården.

Utöver de resurser som finns nedlagda i den fasta tjänsteorganisationen bör socialstyrelsen enligt min mening för sin myndighetsutövning – i första hand för planeringsfunktionen – ha tillgång till vissa rörliga medel. Dessa medel bör företrädesvis användas för att bekosta erforderlig medverkan av extern expertis och köp av FoU-tjänster. Medlen bör stå till verksledningens förfogande och socialstyrelsens styrelse bör beredas möjlighet att påverka inriktningen av verksamheten. Den fasta tjänsteorganisationen och de rörliga medlen bör tillsammans täcka behoven för den normala, fortlöpande verksamhetsvolym vid socialstyrelsen som följer av styrelsens instruktionsenliga uppgifter.

Jag vill i likhet med bl. a. TCO framhålla att socialstyrelsens möjligheter att på ett aktivt sätt medverka i metodutvecklingen av den kommande socialtjänsten inte är beroende av att vissa personer inom styrelsen deltar i utvecklingsprojekt. Det kan anmärkas att styrelsen inte behövt medverka i den medicinska forskningen för att upprätthålla kompetens på området. Samma måste sägas gälla på det sociala området. Det kan räcka med att styrelsen håller sig à jour med pågående forskning och med utvecklingen ute i kommunerna och stimulerar och sprider kännedom om utveckling av metoder som har allmänt intresse.

Ett ständigt återkommande problem är hur resultatet av forsknings- och utvecklingsarbete skall kunna nyttiggöras i praktisk verksamhet. Frågan om spridning av FoU-resultat och information om FoU har i dag helt andra dimensioner än tidigare. Här kan erinras om att riksdagen år 1978 beslöt om inrättande av ett centralt organ för informationsförsörjning. I proposition (1978/79:122) anges det nya organets närmare uppgifter inom ventenskaplig och teknisk information. Volymen av FoU och försöksverksamhet och dess ökade betydelse för samhällets planering gör problemen akuta. Uppgiften att sprida information om forskning och forskningsresultat inom den sociala sektorn är omfattande och torde knappast kunna åläggas ett enda organ. Ett alternativ är att fördela ansvaret mellan några

få organ, t. ex. socialdepartementet (med ett övergripande ansvar), socialstyrelsen och ytterligare något eller några organ. Om FOSAM:s förslag genomförs förutsätts SOFI komma att svara för dokumentation och information rörande i första hand den forskning som bedrivs inom ramen för institutet i dess tänkta nya utformning. Här kan vidare erinras om att Arbetslivscentrum hösten 1978 fick regeringens uppdrag att utveckla ett system för arbetslivsinformation och dokumentation (AID). Systemet kan förväntas täcka även viss forskning inom det nya SOFI:s verksamhetsområde. Spri gör insatser inom dokumentationsområdet. Kommunförbundets idébank har tidigare nämnts. Arbete pågår också inom delegationen för social forskning beträffande former för dokumentation av narkomanvårdsforskningen.

Enligt min mening är det angeläget att frågan om information och dokumentation på FoU-området bringas närmare en praktisk och realistisk lösning. Det gäller dels att sprida kunskap om vunna forskningsresultat som bedöms vara av sådant intresse, att de bör föras ut i praktisk verksamhet. Det gäller också att genom en bred och lättillgänglig dokumentation göra det möjligt för kommuner, kommunala organ och enskilda att få kännedom om såväl pågående forskning inom det sociala området som resultatet av ett visst forskningsprojekt. Socialstyrelsen bör enligt min mening som central myndighet ha ett ansvar för att arbetet med en samlad eller samordnad informations- och dokumentationsverksamhet förs vidare. Styrelsen bör ha ett särskilt ansvar för att FoU-resultat av direkt intresse för socialtjänsten förs ut till berörda organ och till olika personalgrupper.

Socialdepartementet har genom sin delegation för social forskning och de forskningsmedel som riksdagen anslagit ett särskilt ansvar för sociala forsknings inriktning, i första hand när det gäller verksamhetsanknuten FoU. Delegationen har till uppgift att initiera forsknings- och utvecklingsarbete av betydelse för socialpolitiken. Delegationen har ett ansvar för användningen av betydande medel för FoU och försöksverksamhet. Medlen avser såväl av delegationen initierad FoU som fristående projekt för vilka ansökningar om medel inges. Till övervägande del har verksamheten gällt den senare typen av forskning.

Delegationen bör som jag ser det så långt möjligt hålla sig underrättad om de behov av forskning, utveckling och försöksverksamhet som finns inom det sociala området och verka för att FoU-arbetet i första hand inriktas på viktiga uppgifter. Detta bör ske i nära samverkan med departementets egen planering. Delegationen bör också verka för att resultaten av verksamheten förs ut och kan nyttiggöras i socialt arbete.

Självfallet behöver inte alla initiativ till FoU-insatser komma från delegationen. De kan komma från SOFI, från socialstyrelsen, från enskilda forskare, från huvudmän inom vårdområden etc. Det viktiga är att delegationen medverkar till att inrikta FoU-verksamheten mot områden som är betydelsefulla för samhället och dess invånare och där vunnen kunskap och erfarenhet kan bli till påtaglig nytta.

7.4.2 *Forskning inom hälso- och sjukvården*

I föregående avsnitt har jag nämnt att jag räknar viss s. k. hälso- och sjukvårdsforskning till det som jag betecknar som social FoU. Jag vill här närmare utveckla mina synpunkter.

Utveckling och spridning av kunskaper genom forskning och utbildning är av avgörande betydelse för den hälso- och sjukvård som kan erbjudas allmänheten i nuläget och i framtiden. Ändå kan man konstatera att planeringen inför framtiden mest handlar om fysisk utbyggnad och i begränsad utsträckning preciserar problemområden för forskning och inriktning av utbildning. Detta kan göra att kunskapsutveckling och spridning av kunskaper mer blir ett resultat av dagens utvecklingsresurser än av de hälsoproblem som finns och kan förutses. Resultatet för hälso- och sjukvårdens del kan bl. a. bli en alltmer markant skillnad mellan å ena sidan en högspecialiserad och forskningsintensiv akutvård samt å andra sidan en somatisk och psykiatrisk långtidsvård med växande vårdbehov och personalbekymmer liksom med ökande svårigheter att hävda sina intressen i konkurrensen om de knappa resurserna.

Forskning inom allt "smalare" områden är dåligt skickad att bedöma och angripa problem, som tenderar att spänna över allt vidare kunskapsområden. Detta innebär att samhället i större utsträckning än hittills måste engagera sig i övergripande forskningsfrågor och skaffa sig kunskaper om forskningens inriktning, förutsättningar och villkor för att undvika en vidgad klyfta mellan vårdpolitik och forskning. Den ömsesidiga övergripande anpassningen mellan forskning, utbildning och vård måste ske på riksplanet och förutsätta ett fortlöpande gemensamt utvecklingsarbete för hela riket.

Forskning inom den sociala sektorn i vid mening, dvs. den samlade socialvårds- samt hälso- och sjukvårdssektorn, domineras starkt av medicinsk forskning. De största FoU-producenterna är här universitet och högskolor samt undervisningssjukhus, vars FoU finansieras genom egna basresurser, forskningsråd och en rad olika stiftelser, företag m. m. Inom den medicinska forskningen förekommer vidare ett betydande internationellt samarbete, i vilket vårt land deltar aktivt. Det är i dag svårt att få en överblick över de resurser som tillförs FoU inom hälso- och sjukvården. Enligt en mycket grov uppskattning skulle dessa för år 1975 uppgå till i storleksordningen 1,1 miljard, varav staten beräknas bidra med 0,6 miljarder, landstingen med knappt 0,2 miljarder samt företag och privata stiftelser med drygt 0,2 miljarder. Den ökade tillgången på färdigutbildade läkare ger med nuvarande system en kraftig utökning av den medicinska forskningen såsom den avspeglas i läkarnas egna uppgifter enligt LATT-undersökningarna. Jag finner det för min del angeläget att ett informationsunderlag utvecklas och tillhandahålls, som gör det möjligt att på ett bättre sätt än f. n. mäta volymen av FoU-insatser inom den sociala sektorn – däribland FoU-insatsernas fördelning på bl. a. olika tillämpningsområden inom hälso- och sjukvården.

Från hälso- och sjukvårdens utgångspunkter är problemen inte i första hand av kvantitativ natur utan gäller inriktningen av FoU-insatserna mot eftersatta och angelägna problemområden. Den senare problematiken har behandlats i en rad olika utredningar som främst pekat på otillräckligt

FoU-arbete vad bl. a. gäller förebyggande insatser i arbetsmiljön och övrig miljö, de äldres vårdbehov, psykiska sjukdomar, missbruk, "grå" folksjukdomar som t. ex. reumatism samt utvärdering av behandlingsresultat och vårdmetoder, inte minst på omvårdnadssidan. Vidare har framhållits den obalans som råder mellan resurserna för medicinsk forskning och de förhållandevis knappa resurserna för FoU rörande sociala problem. I debatten har också understrukits behovet av ett bättre samspel mellan planering och FoU-arbete både vad avser initiering av nya projekt och återföring av dess resultat.

Sammanfattningsvis kan konstateras att nuvarande forskningsinriktning inte svarar särskilt väl mot vårdpolitiska mål och växande problemområden. Forskningsorganisationen har hitintills enbart marginellt och genom vissa utökningar anpassat sig till omstruktureringen av hälso- och sjukvården såsom den genomförts och planeras ske under 80-talet. Skäl talar för att en successiv omprövning måste ske med hänsyn inte enbart till forskningens egna förutsättningar och behov utan även med ett ökat beaktande av hälso- och sjukvårdsproblemen i samhället och de vårdpolitiska ambitionerna.

Forskning och utvecklingsarbete behövs både för att planera och för att fortlöpande effektivisera hälso- och sjukvården. Kraven på gemensamma FoU-insatser för hela riket gäller dels en förändrad inriktning av den traditionella medicinska forskningen mot bl. a. mer förebyggande insatser, decentraliserade vårdformer, psykiska och långvariga sjukdomar, omvårdnadsproblem m. m., dels en utbyggd hälso- och sjukvårdsforskning (Health service research). De svenska insatserna bör ses som en del av den internationella forskningen, som är och i framtiden kommer att vara det helt dominerande underlaget för utvecklingen även i vårt land.

Hälso- och sjukvårdsforskning kan beskrivas som forskning om hälso- och sjukvården och dess problem. Den kräver ofta insatser från olika vetenskapliga discipliner – beteendevetenskaper, ekonomi, medicin och teknik. Hälso- och sjukvårdsforskning är systematiskt kunskapssamlande som direkt syftar till att underlätta planeringen av hälso- och sjukvård eller som har omedelbar relevans för sjukvårdsorganisatoriska överväganden. Hälso- och sjukvårdsforskning omfattar t. ex. frågor om sjukdomsförekomst och vårdbehov, fördelningen av sjukvård i befolkningen och hur hälso- och sjukvårdsorganisationen fungerar. Värdering av hälso- och sjukvårdens resultat i stort räknas hit, ibland även bedömning av enskilda metodors diagnostiska och terapeutiska värde. I det senare fallet är gränsen mot den medicinska forskningen oklar och sådan utvärdering kan alternativt klassas som medicinskt utvecklingsarbete. Epidemiologiska studier, studier om sjukvårdskonsumtion, studier om hushållning och fördelning av resurser för hälso- och sjukvård, utvärderingsstudier samt studier av medicinska innovationers spridning är alltsammans aktiviteter som kan räknas till hälso- och sjukvårdsforskning. Enligt min mening är en utvecklad hälso- och sjukvårdsforskning som komplement till en något annorlunda inriktad medicinsk forskning en viktig del av ett vidgat kunskapsunderlag för framtida vårdpolitiska överväganden och för en

förbättrad planering av hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdsforskningen bör särskilt uppmärksamma de förebyggande insatserna. Hit hör hälsoupplýsningen och metoderna att föra ut hälsoupplýsning till skilda grupper i samhället.

Jag vill också särskilt nämna omvårdnadsforskningens betydelse. En effektiv vård måste också vara en mänsklig omvårdnad. Kraven på en bättre omvårdnad växer sig allt starkare. För att ge den framtida sjukvården ett riktigt innehåll krävs inom ramen för en förändrad inriktning av den medicinska forskningen ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete med utgångspunkt från patientens omvårdnadskrav. Omvårdnadsforskning tar bl. a. upp frågor om hjälp i fysiskt, psykiskt och socialt avseende som patienten behöver utöver de rent medicinska åtgärderna i form av diagnos, behandling och rehabilitering. Vården av döende är ett av de problemområden som uppmärksammats av omvårdnadsforskningen.

Internationellt har begreppet omvårdnadsforskning fått en mycket vid innebörd och omfattar bl. a. även frågor om organisation, administration, personalomsättning, driftkostnader och planläggning av lokaler och utrustning. I förevarande sammanhang avses dock med omvårdnadsforskning studier av själva vårdprocessen för att tillgodose patienternas fundamentala fysiska, psykologiska och sociala behov samt studier av den situation i vilken detta sker och av relationerna och samspelet mellan vårdpersonal, patienter och deras anhöriga. Med denna snävare avgränsning får omvårdnadsforskningen en mycket stark patientanknytning.

Enligt vad jag tidigare har anfört skall socialstyrelsen i princip inte bedriva egen forskning utan i stället initiera forskning samt sammanställa och föra ut dess resultat för praktisk användning hos vårdhuvudmännen. Inom hälso- och sjukvården bör socialstyrelsen ha dessa uppgifter i första hand när det gäller den medicinska forskningen och omvårdnadsforskningen, dvs. den forskning som har sin primära utgångspunkt i patienternas behov och krav. Här föreligger enligt min mening ett naturligt samband med socialstyrelsens tillsynsfunktion och övervakande ansvar för kvalitet och säkerhet i den vård patienterna erhåller. Vidare bör socialstyrelsen ha visst ansvar för epidemiologisk forskning i enlighet med vad jag i fortsättningen förordar beträffande statistik för epidemiologiska forskningsändamål.

Mot bakgrund av det anförda anser jag att socialstyrelsen skall följa och analysera patienternas krav och behov i olika avseenden samt initiera FoU-arbete som är relaterat till främst medicinska, omvårdnads- och epidemiologiska frågor. Socialstyrelsen bör också bidra till att forskningsresultaten på lämpligt sätt förs ut till sjukvårdshuvudmännen som stöd för genomförandet av beslutad vårdpolitik inom hälso- och sjukvårdssektorn. Underlag för vårdprogram liksom övriga programunderlag som socialstyrelsen har att utarbeta som delar i ett övergripande och samordnande planeringsarbete för hälso- och sjukvården bör enligt min mening kunna tjäna som viktig förmedlare av relevanta forskningsresultat

till sjukvårdshuvudmännen och deras genomförandeplanering. I styrelsens ansvar inom FoU-området bör ingå att identifiera, formulera och samordna hälso- och sjukvårdssektorns krav på FoU-insatser och framföra dessa krav till forskningsansvariga myndigheter. I detta bör även ingå att bevaka behoven av samordning med mer socialt inriktad FoU-verksamhet.

Det framstår emellertid enligt min uppfattning som naturligt att i första hand Spri i egenskap av ett för staten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt institut inom sitt kompetensområde har en inriktning mot och ett ansvar för hälso- och sjukvårdsforskning. På samma sätt som socialstyrelsen har ett ansvar för FoU som gäller medicinska, omvårdnadsmässiga och epidemiologiska frågeställningar bör Spri ha det inom övrig hälso- och sjukvårdsforskning. Spris FoU-uppgifter bör liksom institutets övriga uppgifter utformas såsom ett direkt stöd till sjukvårdshuvudmännens konkreta förändringsarbete vad gäller vårdmetoder, vårdorganisation, vårdadministration och teknik med särskild tonvikt på utvärdering och erfarenhetsåterföring. Staten – närmast företrädd av socialstyrelsen – och sjukvårdshuvudmännen kan via Spris styrelse gemensamt överenskomma och besluta om den närmare inriktningen och uppläggningsen av Spris FoU-arbete. Socialstyrelsen bör utifrån statsmakternas uttalade vårdpolitiska ambitioner även inom den s. k. hälso- och sjukvårdsforskningens område företräda och samordna statens intressen.

Med den av mig angivna rollfördelningen kommer socialstyrelsen, Spri och sjukvårdshuvudmännen, närmast företrädda av landstingsförbundet, att vid olika tillfällen parallellt arbeta med t. ex. primärvårdens utbyggnad, vissa specialiteter, såsom i dag psykiatri, eller med samma utredningsteknik, såsom i fråga om vårdprogram, men med olika inriktning, kompetens och detaljeringsgrad. Uppenbart är därför att ett effektivt utvecklingsarbete förutsätter ett fortlöpande nära samarbete mellan organisationerna vid uppläggning, inriktning och genomförande av projekten. Mellan de tre organisationerna har också utvecklats ett omfattande sådant samarbete.

Olika initiativ beträffande inriktningen av sektoriell FoU har tagits av en rad organ såsom universitetsinstitutioner, medicinska forskningsrådet och delegationen för social forskning, vartill bl. a. kommer närliggande projekt som bedrivs av sekretariatet för framtidsstudier och samarbetskommittén för långsiktigmotiverad forskning. Olika skäl kan motivera sådana kompletterande insatser i särskilda organisatoriska former, men enligt min mening är det uppenbart att de inte kan ersätta den fortlöpande bevakningen av hälso- och sjukvårdssektorns intressen i FoU-sammanhang, där socialstyrelsen och Spri inom sina kompetensområden bör ha ett grundläggande ansvar.

Sammanfattningsvis anser jag att socialstyrelsens framtida uppgifter med anknytning till forsknings- och utvecklingsverksamheten inom hälso- och sjukvården bör ha sin utgångspunkt i patienternas behov och krav och därmed ha en direkt anknytning till styrelsens tillsynsansvar. Med de

avgränsningar som jag gjort bör styrelsens uppgifter omfatta:

att identifiera och formulera hälso- och sjukvårdens problem samt sammanställa och precisera hälso- och sjukvårdens krav på forskningsorganisationen och dess inriktning,

att stimulera och initiera forsknings- och utvecklingsprojekt av särskild betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling,

att bearbeta och sammanställa främst den medicinska och omvårdnadsinriktade samt epidemiologiska FoU-verksamhetens resultat och förmedla dessa till praktiskt verksam hälso- och sjukvårdspersonal, utbildnings- och andra sjukvårdshuvudmän, regering och riksdag liksom andra berörda organ och myndigheter m. m., samt

att bevaka och verka för en samordning med den socialt inriktade forskningen.

De medel som socialstyrelsen har att använda för att fullgöra uppgifterna utgörs av kunskapsöversikter, underlag för vårdprogram, sektors- och princip- eller strukturprogram. Såsom förutsatts i ÖSoS bör uppgifterna primärt fullgöras av hela styrelsens organisation vartill kommer insatser från vetenskapliga råd m. m., vilkas uppgift är att stå till socialstyrelsens förfogande. Det är min uppfattning att socialstyrelsens vetenskapliga rådsorganisation i aktivare utsträckning bör användas för sådana insatser. Jag förutsätter därför att styrelsen genomför den i ÖSoS-utredningen aviserade översynen av rådsorganisationen. Därvid bör socialstyrelsen särskilt ta hänsyn till behoven av att sammanställa och föra ut såväl medicinskt som socialt kunskapsunderlag, vilket bör avspeglats i rådsorganisationen. Denna har i dag en tydlig övervikt för den medicinska sidan. För att få en effektiv rådsorganisation bör vidare antalet rådsledamöter — f. n. över 150 — begränsas.

Såsom tidigare redovisats krävs en komplettering av den kompetens som forskare och forskningsinstitutioner besitter för att avvägningen av forskningsinsatserna inte bara skall svara mot den medicinska forskningens intressen och möjligheter utan även ge tillräcklig vikt åt de sociala problemen. De politiskt ansvariga organen i form av främst riksdag och regering men självfallet också sjukvårdshuvudmännen, måste här spela en aktiv roll. Det framstår enligt min mening som naturligt att socialstyrelsen svarar för en väsentlig del av underlaget för de politiska ställningstagandena. Med en sådan uppläggning bör på sikt kunna uppnås en bättre överensstämmelse mellan forskningens inriktning och prioriterade områden inom hälso- och sjukvården.

Med en snabbt växande kunskapsmassa blir det allt svårare för de praktiskt verksamma inom hälso- och sjukvården att på egen hand värdera och tillgodogöra sig resultaten av forskningen och utvecklingsarbetet. För att höja säkerheten och kvaliteten i hälso- och sjukvården är det därför av stor betydelse med en effektiv och väl fungerande kunskapsöverföring mellan forskning, utbildning och praktiskt verksam personal inom hälso- och sjukvården. I dagens läge är socialstyrelsens

insatser starkt begränsade när det gäller att aktivt ställa samman och föra ut det kunskapsunderlag som utgör grunden för hälso- och sjukvården. En successiv förändring är här nödvändig. Jag anser att socialstyrelsen på sikt bör svara för en fortlöpande kunskapsförmedling avseende bl. a. samtliga medicinska specialiteter som underlag för både den praktiska verksamheten och initieringen av nya forskningsprojekt. Såsom tidigare redovisats bör underlagen för vårdprogram få stor betydelse i nu nämnda avseende, där socialstyrelsen främst svarar för det generella medicinska och sociala kunskapsunderlaget. Jag vill betona vikten av att socialstyrelsen ingående prövar behoven och prioriterar de mest angelägna ändamålen.

Avslutningsvis vill jag framhålla att socialstyrelsen inom läkemedelsområdet fullgör FoU-uppgifter som går utöver vad styrelsen skall utföra på andra områden. För att upprätthålla en tillräcklig kompetens och skapa möjlighet att på ett fullgott sätt sköta sina åligganden när det gäller läkemedelskontrollen måste socialstyrelsens läkemedelsavdelning bedriva ett visst eget forskningsarbete. Denna forskning i egen regi inom läkemedelsavdelningen är enligt min mening även framdeles nödvändig och bör därför inte omfattas av de allmänna principer för socialstyrelsens FoU-verksamhet som jag har förordat.

7.4.3 Forsknings- och försöksverksamheten i Dalby

Under 1950-talet uppmärksammades behovet av en utvecklad utbildnings- och forskningsverksamhet inriktad på vård i öppna former. Detta ledde under 1960-talet till beslut om inrättande av en utbildnings- och forskningsenhet för öppen hälso- och sjukvård vid läkarstationen i Dalby. Förläggningen var betingad av de befolknings- och sjukdomsstudier som bedrivits i Dalby sedan slutet av 1940-talet.

Vårdcentralen i Dalby togs i bruk år 1968. I avtal med Malmöhus läns landsting påtog sig staten att svara för kostnaderna för den personal som uteslutande ägnar sig åt utbildning – huvudsakligen i primärvård – eller forskning. Staten svarar också för vissa förvaltningskostnader. Statens kostnad för forskning och utbildning vid vårdcentralen har beräknats till ca 2,2 milj. kr. för budgetåret 1978/79. Därtill kommer förvaltningskostnader med ca 2 milj. kr. Forskningsledningen i Dalby förfogar över anslaget i samråd med en rådgivande nämnd, där bl. a. socialstyrelsen är representerad. Sedan år 1976 finns en samordningsgrupp i socialstyrelsen med uppgift att granska projektansökningar och lämna förslag till nya projekt.

I budgetpropositionen 1978, bil. 8, framhöll föredragande statsrådet att det gått mer än tio år sedan staten engagerade sig i verksamheten vid vårdcentralen i Dalby. Det fanns därför anledning att göra en samlad utvärdering av de resultat som har uppnåtts i den forsknings- och utbildningsverksamhet som bedrivs vid vårdcentralen. Våren 1978 upp-

drog regeringen åt socialstyrelsen att utvärdera forsknings- och utbildningsverksamheten vid vårdcentralen. Socialstyrelsen överlämnade i maj 1979 rapporten Dalby, som omfattar styrelsens utvärdering av forsknings- och utbildningsverksamheten vid vårdcentralen.

Styrelsen framhåller att det forskningsarbete som genomförts i Dalby spänner över en lång rad medicinska ämnesområden. Inom den samhällsvetenskapliga sektorn har sociologiska och ekonomiska frågor samt socialvårdsfrågor bearbetats. Socialstyrelsen intiterade år 1977 en från styrelsen fristående utvärdering av forskningsverksamheten. På styrelsens uppmaning har vidare forskningsavdelningen vid vårdcentralen sammanställt ett omfattande underlagsmaterial. Styrelsen remitterade hösten 1978 detta underlagsmaterial till 28 myndigheter och organisationer, av vilka 24 lämnat svar. Huvudfrågan har gällt för- och nackdelar med att dels under lång tid samla en stor del av resurserna för forskning inom ifrågavarande område till en ort, dels nuvarande finansieringsform. Åtskilliga remissinstanser finner det tveksamt att koncentrera forskningsresurserna i den utsträckning som nu skett. När det gäller finansieringsformen anser en övervägande remissopinion att särbehandlingen av forskningen i Dalby genom ett särskilt anslag i statsbudgeten bör ersättas av en annan ordning.

Socialstyrelsen framhåller för sin del att koncentrationen av resurser till Dalby innebär såväl fördelar som nackdelar. Styrelsen anser emellertid att den koncentrerade satsningen på Dalby har givit stort utbyte. Enligt styrelsen är det önskvärt att i framtiden FoU-resurser också tillförs fler orter med annorlunda förutsättningar och organisationsformer. FoU-arbete bedrivs i dag även vid andra vårdcentraler – dock inte i samma omfattning som i Dalby. Resurser för en utökad forskning inom öppenvård bör enligt socialstyrelsen tillskapas genom att de totala resurserna för forsknings- och utvecklingsarbete utökas och/eller att medel från andra forskningsområden förs över för forskning inom öppen vård.

Verksamheten i Dalby finansieras som förut nämnts genom särskilda anslag i statsbudgeten. Beträffande finansieringsformen ger socialstyrelsen uttryck för följande unnfattning:

”Socialstyrelsen anser att forsknings- och utbildningsverksamheten i Dalby bör integreras med övriga motsvarande institutioner inom universitets- och högskoleorganisationen när denna fått tillfredsställande resurser härför. I det sammanhanget får också diskuteras hur det nuvarande basanslaget för Dalby-projektet under socialdepartementets huvudtitel skall föras över till universitetsanslagen.”

Styrelsen anför vidare att det erfarenhetsmässigt är svårt att göra kraftiga omprioriteringar. Till dess den medicinska forskningen mera inriktas på den öppna vårdens problem behövs ett särskilt stöd för sådan forskning. Styrelsen anser att forsknings- och utbildningsverksamheten i Dalby t. v. behöver fortsatt stöd genom särskilda organisations- och finansieringsformer. Medel för sådana särskilda insatser kan lämpligen finansieras genom delegationen för social forskning eller socialstyrelsen.

För min del ansluter jag mig till uppfattningen att en forskningsverksamhet av den typ som bedrivs vid vårdcentralen i Dalby inte under obegränsad tid bör baseras på direkta anslag i statsbudgeten. Mycket talar för att forskningen beträffande öppen sjukvård och allmänläkarvård bör ske inom universitetsorganisationen. Det bör emellertid förutsättas att viss del av verksamheten i Dalby bevaras och att nya projekt av intresse för primärvården kan ges stöd inom den vanliga forskningsorganisationen. Hela frågan bör prövas av en särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet. Gruppen bör ta ställning till hur de nu aktuella medlen för primärvårdsforskning bäst kan utnyttjas inom forskningsorganisationen. Gruppen bör vidare lämna förslag om den framtida omfattningen av forskningsverksamheten i Dalby och hur uppnådda resultat kan nyttiggöras i praktisk verksamhet. Bedömningen av verksamhetens omfattning bör inte i någon högre grad påverkas av frågan om den utbildning i primärvård som bedrivs vid vårdcentralen i Dalby. Primärvårdens utbyggnad ställer större krav på utbildning av personal för denna vårdform än vad Dalbycentralen rimligen kan tillgodose. Avsikten är att snarast möjligt tillsätta arbetsgruppen för att snabbt få underlag för närmare överväganden i frågan.

I Tierp och Vilhelmina bedrivs sedan början av 70-talet projekt inom det sociala området som finansieras genom årliga bidrag från socialdepartementets anslag för social forskning. Jag anser att arbetsgruppen även bör bedöma de två senare projekten.

7.5 Socialstyrelsens övriga uppgifter

Som central förvaltningsmyndighet inom den samlade socialvårds- samt hälso- och sjukvårdssektorn har socialstyrelsen att handlägga ett stort antal arbetsuppgifter av mycket skiftande slag. Mot bakgrund av bl. a. kraven på en minskad statlig detaljkontroll och styrning samt strävan mot en ökad decentralisering har jag funnit anledning att som komplement till vad som sagts i det föregående om socialstyrelsens roll och uppgifter i fråga om tillsyn, planering samt forskning och utveckling närmare beröra vissa av styrelsens arbetsområden.

7.5.1 Huvudmannaskap för olika institutioner m. m.

Jag har tidigare pekat på bl. a. den administrativa påfrestning på det centrala verket som det stora anstalet underförvaltningar – ca 115 – utgör. Det relativt detaljmässigt uppbyggda ledningsansvar som socialstyrelsen har för dessa enheter försvårar en omställning mot mer övergripande uppgifter och en koncentration av verksamheten som jag angivit som grundläggande för styrelsens framtida verksamhet. Det är vidare ur effektivitetssynpunkt angeläget att beslutsvägarna görs så korta som möjligt samt att besluten hänförs till den nivå där de har störst relevans och där berörda organs kompetens bäst tillvaratas. Socialstyrelsen bör av dessa skäl i princip inte vara huvudman eller ha det administrativa ansvaret för institutioner och andra organ som har olika driftuppgifter.

Jag vill här erinra om att regeringen 1977-12-29 uppdragit åt statens

förhandlingsnämnd att ta upp förhandlingar med landstingskommuner och ifrågakommande kommuner om ändrat huvudmannaskap för de statliga ungdomsvårdsskolorna, statens vårdanstalter för alkoholmissbrukare samt de erkända och enskilda vårdanstalterna för alkoholmissbrukare. Utgångspunkten är att huvudmannaskapet för dessa institutioner skall kunna kommunaliseras i samband med att den nya socialtjänsten träder i kraft. Jag anser det betydelsefullt att den av reformen berörda personalen kan beredas fortsatt anställning inom sitt verksamhetsfält. I enlighet härmed har jag i propositionen om socialtjänsten uttalat att jag utgår från att den berörda personalen liksom vid andra liknande förändringar då verksamhet överförs från staten till kommunerna skall kunna beredas fortsatt anställning hos de nya huvudmännen.

Situationen för personalen vid de s. k. NAF-anstalterna är kopplad till de huvudmannaskapsfrågor som behandlas i de pågående förhandlingarna i förhandlingsnämnden. Även denna personals förhållanden behöver uppmärksammas.

De olika frågor som berör personalen vid berörda institutioner förutsätter jag kommer att diskuteras mellan staten och kommunförbunden inom ramen för det arbete som fortlöpande bedrivs inom den s. k. OASEN.

1971 års utredning om behandling av psykiskt avvikande har framlagt förslag (Psykiskt störda lagöverträdare, SOU 1977:23) om att bl. a. driftansvaret för den rättspsykiatriska organisationen överförs till landstingen som ett led i en eftersträvad integration med den psykiatriska sjukvården. Socialstyrelsen, som är chefsmyndighet för de rättspsykiatriska klinikerna och stationerna, har i samband med ÖSoS-utredningen lagt fram förslag enligt vilket driftansvaret överförs som ett första steg i ett förfarande som innebär att landstingen på sikt tar över hela huvudmannaskapet.

Landstingsförbundet anser i sitt yttrande över utredningen om behandling av psykiskt avvikande att en uppdelning i planerings/resursansvar och driftansvar mellan staten och landstingen leder till organisatoriska problem och oklara ansvarsförhållanden. Förutsättningarna för en ökad samverkan mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri torde enligt förbundet vara begränsade med detta alternativ. Ett samlat landstingskommunalt huvudmannaskap för all psykiatrisk vård ger ökade förutsättningar för ett effektivt utnyttjande av resurserna.

I likhet med utredningen om behandling av psykiskt avvikande och socialstyrelsen anser jag att starka skäl talar för en bättre integrering av rättspsykiatri med den allmänpsykiatriska vården. Denna integrering bör bäst kunna uppnås om hela huvudmannaskapet läggs över på landstingen. Det får anses som principiellt riktigt att all psykiatrisk vård har samma huvudman. Ett överförande av huvudmannaskapet för den rättspsykiatriska organisationen till landstingen kan ses som ett fullföljande av 1967 års huvudmannaskapsreform rörande den psykiatriska vården. Statsrådet Lindahl avser att föreslå regeringen att denna ger statens förhandlingsnämnd i uppdrag att ta upp förhandlingar med berörda landstingskommuner om att dessa tar över huvudmannaskapet för den rättspsykiatriska verksamheten. Härvid bör hänsyn tas till ett eventuellt upprättande av särskilda vårdresurser inom den rättspsykiatriska organisationen för vissa

grupper inom kriminalvården samt behoven av en gemensam vårdorganisation för rättspsykiatri och för särskilt vårdkrävande patienter. Frågan om hur existerande resurser skall användas för detta ändamål bör särskilt beaktas.

När det gäller statens rättsläkarstationer har socialstyrelsen i skrivelse 1978-02-10 hemställt att regeringen låter utreda bl. a. de organisatoriska formerna för det rättsmedicinska undersökningsväsendet. Styrelsen grundar sin hemställan på ÖSoS, som varit inne på ett överförande av driftansvar/huvudmannskap för det rättsmedicinska undersökningsväsendet till sjukvårdshuvudmännen. Utredningen har pekat på olika problem rörande verksamhetens mål, funktion, uppgifter och organisatoriska ställning. Bakgrunden till dessa problem är bl. a. den starkt ökade efterfrågan på rättsmedicinsk service samt det förhållandet att rättsmedicinska undersökningar utförs såväl vid rättsläkarstationerna som inom sjukvårdsorganisationen, vilket lett till oklarheter i ansvars- och uppgiftsfördelning. Problem i dessa avseenden har även framhållits av riksrevisionsverket.

Mot denna bakgrund avser statsrådet Lindahl att föreslå regeringen att hon skall bemyndigas 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 och därvid särskilt undersöka och belysa förutsättningarna för att överföra det rättsmedicinska undersökningsväsendet till sjukvårdshuvudmännen.

Om förutsättningar föreligger för ett ändrat huvudmannskap bör utredningsresultatet läggas till grund för förhandlingar med berörda landstingskommuner om ett övertagande av huvudmannskapet för den rättsmedicinska verksamheten.

Socialstyrelsen är även huvudman för statens rättskemiska laboratorium. Huvuddelen av laboratoriet – den blodgruppsserologiska avdelningen och den toxikologiska sektionen inom den kemiska avdelningen – har omlokaliserats till Linköping. Förutom att laboratoriet är under omlokalisering har förslag väckts om att laboratoriet delas upp på ett rättskemiskt resp. blodgruppsserologiskt laboratorium. Vidare pågår försöksverksamhet med decentralisering av vissa rutinanalyser av rättskemisk art samt rutinmässig användning av utandningsprov för kontroll av personer misstänkta för rattonykterhet. Mot bakgrund av det anförda anser jag att frågan om det nuvarande rättskemiska laboratoriets organisation på ett eller två laboratorier samt formerna för dess administration bör klaras ut. Ekonomi- och personaladministrativa uppgifter bör decentraliseras från socialstyrelsen till laboratoriet. Berörda delar bör kunna erhålla erforderlig administrativ service från universitetsförvaltningen i Linköping. Socialstyrelsen bör dock även i fortsättningen fungera som chefsmyndighet för laboratoriet. Den utredningsman som enligt mitt förslag till regeringen tillkallas för att se över den rättsmedicinska organisationen bör även få i uppdrag att i samverkan med organisationskommittén förbereda genomförandet av denna decentralisering, så att den kan genomföras i samband med socialstyrelsens

omorganisation. Frågan om en eventuell delning av det rättskemiska laboratoriet får prövas sedan ovannämnda försöksverksamheter avslutats och utvärderats.

Genom dessa åtgärder rörande socialstyrelsens olika underförvaltningar har en process inletts som på sikt bör innebära betydande reduceringar av resursbehovet inom främst styrelsens centrala administration. Jag återkommer längre fram till resursfrågorna liksom till frågan om den del av socialstyrelsens underförvaltningar som utgörs av den regionala organisationen.

7.5.2 Beredskapsfrågor

Socialstyrelsen har på central statlig nivå till uppgift att bl. a. förbereda den civila hälso- och sjukvården samt socialvården för krigsförhållanden. Styrelsen skall leda den civila hälso- och sjukvården i krig. Detta ledningsansvar i krig kräver förberedelser i fred.

Socialstyrelsens arbete är till helt övervägande del inriktat på hälso- och sjukvårdens beredskapsfrågor. Styrelsens uppgifter på detta område påverkas starkt om de förslag som redovisats av utredningen om sjukvården i krig (USIK) i betänkandet Sjukvården i krig (SOU 1978:83) genomförs. Betänkandet har nyligen remissbehandlats.

Ansvarsprincipen har varit av grundläggande betydelse för USIK:s arbete. Ansvarsprincipen innebär att ansvar i fred för viss verksamhet följs av ansvar att planlägga, leda och genomföra samma verksamhet i krig. För den civila hälso- och sjukvårdens vidkommande innebär ansvarsprincipen att landstingskommunerna bör ges ett ökat ansvar för sjukvården i krig och förberedelserna härför i fred.

Jag anser att det ännu är för tidigt att i detalj bedöma och ta ställning till konsekvenserna för socialstyrelsens del av USIK:s förslag. Jag vill emellertid i förevarande sammanhang – och utan att föregripa de konkreta ställningstagandena till USIK:s förslag – framhålla två huvudlinjer som uttryck för den målinriktning som bör gälla för de närmaste årens utveckling av styrelsens ansvar och uppgifter vad gäller beredskapsfrågorna. För det första bör i betydande utsträckning en decentralisering och förskjutning av ansvar och uppgifter från socialstyrelsen till landstingen kunna komma till stånd. Detta är helt i överensstämmelse med vad jag anfört om styrelsens roll och uppgifter inom övriga områden. Redan i det faktum att handläggningen av ifrågakvarande beredskapsverksamheter i stor utsträckning är centraliserad ligger enligt min mening ett motiv för att eftersträva decentralisering. Jag vill i sammanhanget erinra om att regeringen 1979-03-08 givit statens förhandlingsnämnd i uppdrag att förhandla med landstingen om den framtida försörjningsberedskapen.

För det andra anser jag att en allmänt sett mer konsekvent tillämpning av ansvarsprincipen bör få återverkningar på socialstyrelsens arbetssätt. De olika fackenheterna inom styrelsen bör ha ett ansvar för beredskapsfrågorna som svarar mot respektive enhets ansvarsområde när det gäller den fredstida socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Därutöver är det enligt min mening nödvändigt att det inom styrelsen finns en sammanhållande kompetens i form av en särskild resurs för beredskapsverksamheten. Jag återkommer till dessa frågor i organisa-

tionsavsnittet.

Båda dessa utvecklingslinjer bör i samband med den förestående omorganisationen av socialstyrelsen ges större eftertryck än som hittills varit fallet. De båda utvecklingslinjerna anknuter dessutom väl till huvudtankegångar i USIK. Utredningen föreslår sålunda att den centrala detaljregleringen av den landstingskommunala beredskapsplanläggningen ersätts av övergripande ramar inom vilka det ankommer på landstingen att bedöma förutsättningarna och konsekvenserna för den egna verksamheten i krig och planlägga härför under fredstid. Socialstyrelsens befattning med beredskapsplanläggningen bör enligt min mening kunna förändras genom att styrelsens nuvarande detaljanvisningar ersätts av mer övergripande planläggningsbestämmelser. Även när det gäller utbildning, personalplanering och materiel- och försörjningsberedskap bör en decentralisering kunna genomföras och socialstyrelsens uppgifter förändras mot mer övergripande samordningsfrågor.

Inom socialstyrelsen handläggs beredskapsfrågorna i särskild ordning inom byråerna PB 4 och 5. När det gäller landstingsnivån har USIK pekat på problem som följer av att beredskapsfrågor inte ingår i den fredstida sjukvårdsplaneringen utan hanteras i särskild ordning vid sidan om fredssjukvården och dess utveckling. USIK föreslår därför att landstingskommunernas planläggning i så stor utsträckning som möjligt bedrivs inom ramen för den fredsmässiga sjukvårdsplaneringen. Jag har i mina förslag rörande socialstyrelsens arbetssätt och organisation på beredskapsområdet eftersträvat att skapa större möjligheter för att även centralt närma beredskapsplaneringen till den fredsmässiga planeringen av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Socialstyrelsen måste även framgent ha ett centralt ansvar under statsmakterna för vårdresursernas fördelning och prioritering över riket ur beredskapssynunkt. Detta bör i allt väsentligt kunna ske genom mer övergripande planering och samordning. De utvecklingslinjer som jag här framhållit – främst en successiv decentralisering av uppgifter – kommer därför att leda till en minskning av resursbehoven inom socialstyrelsen för beredskapsuppgifter. Jag beräknar att mer än hälften av det nuvarande antalet tjänster så småningom kan avvecklas. Det är emellertid först på något längre sikt som effekterna i större omfattning av en decentralisering från socialstyrelsen till sjukvårdshuvudmännen kommer att kunna avläsas. Omfattningen av styrelsens beredskapsuppgifter får närmare prövas i samband med statsmakternas ställningstagande till USIK:s förslag samt fortsatta åtgärder rörande decentralisering av ansvar och uppgifter inom beredskapsområdet. Arbetet med en sådan decentralisering bör enligt min mening påbörjas snarast möjligt. Ansvaret för detta arbete bör läggas på en arbetsgrupp som regeringen tillsätter.

7.5.3 Extern kursverksamhet

Socialstyrelsen bedriver en omfattande kurs- och konferensverksamhet för personal som är anställd av de kommunala vårdhuvudmännen, främst landstingen. De direkta kostnaderna för genomförande av kurser och konferenser betalas från olika sakanslag under socialhuvudtiteln. Social-

styrelsen avsätter därutöver betydande interna resurser - huvudsakligen personalresurser - för att planera, leda och administrera verksamheten. Den externa kursverksamheten handhas dels av olika fackbyråer, dels av vissa nämnder såsom nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) och nämnden för utländsk medicinalpersonal (NUM), vilka har kanslier inom styrelsen. Genomförandet och administrationen av kurserna är i viss utsträckning decentraliserad till huvudmännen och utbildningsanstalterna. För vissa kurser har socialstyrelsen ett totalansvar.

Jag anser att utbildning av fortbildningskaraktär för personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i första hand bör vara ett ansvar för huvudmännen och därför åvila dessa. Socialstyrelsen bör i princip inte bedriva extern utbildningsverksamhet. En fortsatt decentralisering och avveckling av styrelsens externa kursverksamhet bör därför genomföras. Till frågan om vidareutbildning för läkare och tandläkare återkommer jag i det följande.

I vissa fall, t. ex. om statsmakterna fastställer formella krav på viss kompetens och behörighet som kräver kompletterande utbildning eller på annat sätt beslutar om sådan utbildning för vissa grupper av vårdpersonal, bör dock socialstyrelsen övergångsvis kunna ges ett ansvar för att denna utbildning kommer till stånd, om annan lämplig huvudman saknas. Omfattning och inriktning bör regleras av statsmakterna i samband med särskild medelsbeviljning för denna typ av utbildning. Jag förutsätter att socialstyrelsen ser över sina rutiner för här avsyftad utbildning, så att den kan samordnas med lokal och regional utbildningsverksamhet och därmed genomföras på ett smidigt sätt utan onödig central administration.

Socialstyrelsen bör enligt min mening även kunna svara för viss konferensverksamhet samt medverka i av huvudmännen anordnad utbildning som ett led i styrelsens kunskapsförmedlande funktion. Socialstyrelsen kan vidare behöva engagera sig i viss fortbildningsverksamhet i samband med genomförande av nya reformer och andra beslut av statsmakterna inom socialektorn. Detta bör dock i huvudsak gälla under ett introduktions- och uppbyggnadskede och inriktas på att utveckla utbildningens innehåll och praktiska uppläggning. När denna fortbildning funnit sin funktionella form bör den övertas av resp. huvudman.

Allmänt sett bör socialstyrelsen inom fortbildningsområdet ha till uppgift att i nära samverkan med huvudmännen följa och analysera behoven av fortbildning inom vårdyrkena samt verka för en samordning och att erforderlig fortbildning kommer till stånd. Därvid bör särskilt behoven av tvärfacklig fortbildning och kunskapsmässigt undervisningsmaterial uppmärksammas.

7.5.4 Extern information

Informationen fyller viktiga funktioner inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den skall upplysa om samhällets politik inom socialektorn och ge medborgarna kunskaper om hur verksamheten

är organiserad samt om vilka rättigheter och skyldigheter som föreligger. Dessutom skall informationen stimulera till ökad aktivitet och ge förutsättningar för var och en att framföra erfarenheter och synpunkter samt att ta tillvara sin rätt till medinflytande.

Socialstyrelsens information sprids sällan direkt till allmänheten. Detta bör gälla även framgent. Uppgiften att informera allmänheten om vårdsektorns serviceutbud åvilar i första hand kommuner och landsting i deras egenskap av huvudmän för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens uppgift bör främst vara att stödja informationsarbetet hos huvudmännen genom att förse dessa med informationsunderlag. Jag anser att en ökad decentralisering och mindre inslag av centrala regler generellt sett innebär att kunskapsförmedling och information blir allt viktigare delar i socialstyrelsens arbete. Den externa informationen bör ingå som en naturlig och integrerad del av styrelsens verksamhet. Erfarenheten tyder på att det finns en betydande efterfrågan på socialstyrelsens informationsfunktion från huvudmännen, vårdpersonal och olika organisationer som arbetar med sociala, medicinska och hälsofrågor samt i vissa fall också från allmänheten. För att utnyttja de tillgängliga resurserna på bästa sätt bör socialstyrelsen planera och lägga upp sin information i nära samverkan med bl. a. de kommunala huvudmännen.

Sammantaget innebär dessa förhållanden att en effektiv informationsfunktion blir av stor betydelse för den nya verksamheten. ÖSoS har för detta ändamål föreslagit en omfördelning och samordning av olika informationsresurser inom verket som sammantaget innebär en förstärkning av socialstyrelsens informationsbyrå. Bl. a. föreslås inrättande av en särskild upplysningsenhet vid byrån. Jag anser att socialstyrelsens informationsfunktion i huvudsak bör utformas i enlighet med utredningens förslag och att således de föreslagna förstärkningarna för styrelsens informationsbyrå bör komma till stånd. Jag har tagit hänsyn till detta i mina resursberäkningar för informationsbyrån.

7.5.5 Statistik

1960 års riksdagsbeslut om organisation av den statliga statistiken innebär, att en sådan statlig statistik, som inte av administrativa skäl är bunden till visst verk, skulle koncentreras till statistiska centralbyrån (SCB). Vid tillämpning av principen fördes socialvårdsstatistiken över från dåvarande socialstyrelsen till SCB. Hälso- och sjukvårdsstatistiken tog man däremot inte definitiv ställning till. Den fick ligga kvar inom dåvarande medicinalstyrelsen.

I den proposition (1967:68) som låg till grund för tillkomsten av nuvarande socialstyrelsen föreslogs ingen förändring av huvudmannaskapet för de berörda statistikområdena. Hälso- och sjukvårdsstatistiken förutsattes i vart fall tills vidare ligga kvar hos den centrala medicinska myndigheten. För att samordna den statistiska verksamheten bildades senare en samrådsdelegation med cheferna för socialstyrelsen, SCB,

landstingsförbundet och Spri. Denna framlade år 1972 en utredning som anmälades till chefen för socialdepartementet. Kortfattat innebar utredningens resultat att man stannade för en lösning som innebar att socialstyrelsen skulle ha ansvar för hälso- och sjukvårdsstatistiken men att samarbetet i olika former mellan socialstyrelsen samt SCB och landstingsförbundet skulle byggas ut.

Samrådsförfarandet har sedan utvidgats och permanentats i form av hälso- och sjukvårdens samt socialvårdens statistikdelegation, som nu är sammansatt av cheferna för socialstyrelsen, riksförsäkringsverket (RFV), SCB och Spri samt förbundsdirektörerna i landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Generaldirektören i socialstyrelsen är ordförande. Delegationens samråd gäller dels hälso- och sjukvårdsstatistik, dels socialvårdsstatistik. Delegationen har till sin hjälp en beredning för vart och ett av områdena. Beredningen för hälso- och sjukvårdsstatistiska frågor – HÄSST (Hälso- och Sjukvårdens Statistikberedning) tillsattes våren 1973.

HÄSST har utarbetat ett principprogram för hälso- och sjukvårdsstatistik (Socialstyrelsen redovisar, 1979:1), som behandlades av statistikdelegationen 1978-11-20 och som därvid förklarades kunna tjäna som en grundval för fortsatt utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvårdsstatistiken.

Av vad jag hittills anfört framgår att i socialstyrelsens uppgifter ingår att följa och analysera utvecklingen inom socialsektorn i landet och dess olika delar, att medverka i översiktlig planering inom sektorn samt att lämna riksdag och regering underlag för beslut rörande sektorn. Socialstyrelsen skall även följa och stödja den lokala och regionala planeringen samt stimulera erforderligt forsknings- och utvecklingsarbete inom sektorn. Ett viktigt led i dessa socialstyrelsens uppgifter är att tillse att för socialsektorn erforderlig statistik produceras. Utöver sektorns egna statistikbehov finns allmänna informationsbehov i fråga om sektorn samt andra samhällssektors behov av information rörande utvecklingen inom socialsektorn för sin egen planering och uppföljning m. m. Det ingår i SCB:s uppgifter att tillse att samhällets statistikbehov tillgodoses.

Jag anser att det bör ankomma på socialstyrelsen att i samråd med landstings- och kommunförbunden formulera socialsektorns behov av officiell statistik rörande hälso- och sjukvård samt socialtjänst. På SCB bör ankomma att formulera övriga behov av sådan statistik. I en samlad plan, som revideras årligen, bör redovisas vilka behov som finns och hur de kan tillgodoses. Redovisade behov bör styrkas med uppgifter om praktisk och planerad användning. Planen bör med hänsyn till vad jag i det följande föreslår beträffande produktionen av den officiella statistiken fogas till SCB:s anslagsframställning.

Socialstyrelsen bör vidare utveckla metoderna för analys av denna statistik. Detta är enligt min mening att betrakta som ett betydelsefullt led i styrelsens planerings- och tillsynsuppgifter. Socialstyrelsen och SCB tillsammans och i samråd med landstings- och kommunförbunden bör arbeta för utveckling av statistiken samt utarbeta de definitioner och klassifikationer som erfordras för statistiken. Dessa bör godkännas av

socialstyrelsen i egenskap av tillsynsmyndighet för den berörda verksamheten.

Jag anser däremot att socialstyrelsen inte själv annat än i undantagsfall bör producera statistik. Av den totala volymen statistik inom socialsektorn kommer huvuddelen att produceras av landsting och kommuner. Ätminstone vad beträffar hälso- och sjukvårdsstatistik kan detta komma att delvis ske inom ramen för nyssnämnda plan för socialsektorns officiella statistik. En del kan lämpligen produceras av landstingsförbundet resp. kommunförbundet, delvis i samarbete med socialstyrelsen, på liknande sätt som redan nu sker beträffande LKELP-statistiken, samt med SCB. Den officiella hälso- och sjukvårdsstatistiken samt socialtjänststatistiken bör produceras av SCB i samarbete med socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdens samt socialvårdens statistikdelegation bör liksom nu ha till uppgift att samordna statistiken inom socialsektorn. Jag anser att verksamheten inom områdena för hälso- och sjukvårdsstatistik (inkl. dödsorsaksstatistik), socialtjänststatistik och socialförsäkringsstatistik samt hälso- och socialkomponenterna i levnadsförhållandeundersökningarna skall utformas efter samråd i delegationen. Samrådet bör som tidigare nämnts utmynna i en samlad plan för denna statistik. Med hänsyn till de föreslagna uppgifterna bör delegationen bestå av cheferna för socialstyrelsen, RFV, SCB samt förbundsdirektörerna i landstingsförbundet och kommunförbundet med chefen för socialstyrelsen som ordförande. Chefen för Spri bör vara adjungerad till delegationen. Av praktiska skäl bör delegationens namn ändras till socialsektorns statistikdelegation.

Frågor som skall behandlas av delegationen bör förberedas av beredningsgrupper, i vilka representanter för nämnda samarbetsparter bör ingå. I detta arbete bör självfallet en avstämning ske med andra intressenter, t. ex. SOFI. En viktig uppgift för beredningsgrupperna blir att årligen medverka vid utarbetandet av förslag till plan för officiell statistik inom socialsektorn.

De statistiska uppgifterna rörande socialsektorn utnyttjas framför allt för dels planering och uppföljning, dels forskning och utvecklingsarbete. Även om man för båda dessa områden i mycket har användning för statistiska uppgifter avseende samma företeelser, är oftast kraven på statistikens kvalitet och presentation väsensskilda.

Statistiska data som erfordras för planering och uppföljning på riksnivå bör kunna göras tillgängliga för bearbetning i en socialsektorns planeringsdatabas. De tekniska formerna för datainsamling och samverkan med andra databaser och register bör närmare övervägas med inrtikning mot den på sikt mest ekonomiska lösningen. Uppgifter rörande människors hälsotillstånd, sjukdomar, vård, socialhjälp etc. bör redovisas i och distribueras från basen på sådant sätt att enskilda personer inte kan identifieras. För planeringsändamål är det tillräckligt med data om grupper av individer med vissa gemensamma egenskaper, i första hand födelseår, kön och bostadskommun (eller del därav). Yrke är en annan variabel som ur flera synpunkter är viktig att ha med. I basen bör även ingå uppgifter om resurser och verksamhet inom sektorn. Vilka uppgifter

som skall ingå i socialsektorns planeringsdatabas bör övervägas av statistikdelegationen. En successiv uppbyggnad bör ske inom ramen för de resurser som ställs till förfogande för genomförande av planen för officiell statistik inom socialsektorn.

För viss forskning, särskilt inom det epidemiologiska området, och för larmslagning vid stegring i antalet sjukdomsfall eller skador krävs dock merendels tillgång till detaljerade uppgifter om enskilda individer, vilka kan utnyttjas till fullo endast om registerdata kan hänföras till identifierbara individer. Dessa register bör emellertid hållas skilda från planeringsdatabasen och stå direkt till forskningens förfogande. Förslag härom kommer jag att framföra i det följande.

Jag anser att SCB bör svara för datainsamling och vård av planeringsdatabasen samt statistikproduktion och distribution från denna. Basen bör även kunna utnyttjas för framtagande enligt särskilda uppdrag av statistik för utredningar och forskning. ADB-frågor i anslutning till detta bör övervägas av delegationen i samråd med statskontoret.

Alla för planeringsdatabasen erforderliga uppgifter om patienter inom den offentliga hälso- och sjukvården bör kunna hämtas från register hos landstingen (resp. kommuner utanför landsting). Dessa register, som tillsammans kan sägas utgöra landstingens patientdatabaser, bör även vara tillgängliga för forskning. Överenskommelser bör träffas med landstingen om att dessa upprättar patientdatabaser med åtminstone ett program enligt minimiinhåll och tillgodoseende bestämda kvalitetskrav. Ca 75 % av alla patienter i sluten kroppssjukvård i landet omfattas redan nu av sådan registrering hos landstingen. Motsvarande registrering av patienter i sluten psykiatrisk vård, vilken nu görs av socialstyrelsen på grundval av insända blanketter, bör i stället göras i landstingens databaser. F. n. saknas nästan helt uppgifter om patienter i öppen vård. Med hänsyn till den öppna vårdens allt större betydelse vill jag framhålla det nödvändiga i att åtminstone vissa enkla uppgifter om dessa patienter registreras i landstingens databaser. Dessa bör då även omfatta besök för mödra- och barnhälsovård och liknande förebyggande eller hälsokontrollerande verksamhet, oavsett om kontakten skett med läkare eller annan personal. Registrerade patientdata bör även omfatta aborter och steriliseringar samt radiologiska åtgärder.

Under dessa förutsättningar kan den medicinska delen av sjukhusens nuvarande årsberättelser helt slopas liksom också den särskilda insamligen av statistik rörande mödra- och barnhälsovård, tbc-dispensärverksamhet, aborter och steriliseringar samt radiologisk verksamhet. Detta innebär en väsentlig rationaliseringsvinst.

På riksnivå erforderliga statistiska uppgifter beträffande landstingens resurser och verksamhet för hälso- och sjukvård, socialvård och omsorger om psykiskt utvecklingsstörda bör inhämtas via LKELP och statistiken produceras av landstingsförbundet i samarbete med socialstyrelsen och SCB. Detta kan innebära att basårsuppgifterna i LKELP behöver i vissa

avseenden ändras eller kompletteras. En del av dessa statistiska data bör överföras till socialsektorns planeringsdatabas. Angivna ändringar av innehållet i LKELP bör medge slopande av återstående delar av årsberättelserna från sjukhus etc. Med hänsyn till socialstyrelsens förändrade arbetssätt och förväntade ändringar i sjukvårdslagen kommer socialstyrelsens uppgiftsinsamling till publicering av "Förteckning över sjukhusanläggningar m. m." att kunna upphöra. Underlag för tillsynsverksamheten bör resp. enhet inom socialstyrelsen vid behov kunna få från huvudmännens egna förteckningar. Jag ser som jag förut nämnt dessa avvecklingar av årsberättelser m. m som betydande rationaliseringsvinster.

På initiativ från statistikdelegationen pågår en utredning om förändringar av socialvårdsstatistiken med hänsyn till den nya lagstiftningen om socialtjänst. I avvaktan på resultatet av denna utredning synes det inte meningsfullt att diskutera enskildheter i fråga om statistik rörande socialtjänsten och dess klienter. Likartade principer bör emellertid enligt min mening tillämpas beträffande denna statistik som hälso- och sjukvårdsstatistiken. Ifrågakommande uppgifter rörande klienterna bör således främst hämtas från pismärkommunala register till socialsektorns planeringsdatabas.

Behovet av personalstatistik på riksnivå bör på sikt kunna tillgodoses genom basårsuppgifterna i LKELP resp. KELP samt de årliga inventeringar avseende anställd personal som görs av landstingsförbundet, kommunförbundet och SCB. Resultaten av dessa undersökningar disponeras redan nu av SCB för framställning av viss arbetsmarknadsstatistik, och uppgifter rörande anställda inom socialsektorn kan därifrån i erforderlig utsträckning överföras till socialsektorns planeringsdatabas. Till databasen bör även föras statistik över nyexaminerad vårdpersonal. Uppgifter om vissa privata yrkesutövare kan hämtas från RFV:s register över försäkringsansluten vårdpersonal. För personaluppgifterna i LKELP och KELP bör användas redovisningsenheten årsarbetare i stället för tjänster. Behovet av nuvarande vakansstatistik, som bygger på särskilt infordrade uppgifter, bortfaller då.

Socialstyrelsens medicinalpersonalregister bör enligt min mening kunna avvecklas utom vad beträffar läkare, tandläkare och sjuksköterskor. Behov av andra personalregister bör dock närmare övervägas av statistikdelegationen. Erforderlig kontroll av legitimationsförhållanden för annan medicinalpersonal än läkare, tandläkare och sjuksköterskor bör kunna ske genom en enkel förteckning över deslegitimerade hos socialstyrelsen. Behovet för apoteken att kunna kontrollera receptutfärdare gör att register över samtliga läkare och tandläkare bör bibehållas och förteckningar årligen utges av socialstyrelsen. Beträffande den begränsade receptskrivningsrätt som barnmorskor har bör information till apoteken om personal med sådan behörighet kunna ges av landstingen. Bl. a. beredskapskraven medför att sjuksköterskeregistret bör bibehållas. De bibehållna registren bör emellertid kunna förenklas. Det bör närmare

prövas om den s. k. årliga anmälan kan undvaras och erforderlig uppdatering ske med användande av uppgifter dels från utbildningsorganen angående förvärvat kompetens, dels från befolkningsregistret samt landstingens och kommunernas årliga inventeringar avseende anställd personal. Registren bör skötas av SCB. Slopandet av personalregister resp. upphörande av den s. k. årliga anmälan till dessa register medför en betydande lättnad i arbetsbelastningen för statistikfunktionen.

Socialektorns planeringsdatabas bör även tillföras uppgifter från andra källor, exempelvis från SCB:s undersökningar om levnadsförhållandena och dödsorsaksstatistik, från RFV:s statistik över sjukskrivningar, förtidspensioner, tandvård och privatpraktiserande läkare m. fl., från arbetarskyddsstyrelsens arbetsskadestatistik samt från SÖ:s och UHÄ:s uppgifter om fullgjord vårdyrkesutbildning. Basen bör även ha tillgång till viss grundinformation om befolkningens sammansättning o. d. som har betydelse för planeringen inom socialektorn. Planeringsdatabasen bör sålunda efter viss uppbyggnadstid kunna ge en ganska fullständig – om än översiktlig – bild av svenska folkets hälsotillstånd och sjukdomar, om behandling och omvårdnad, om hälso- och sjukvårdsorganisationens resurser och verksamhet samt om motsvarande förhållanden inom socialtjänstens område. Det bör senare också övervägas om och i vilken utsträckning det kan vara lämpligt att bygga ut planeringsdatabasen med uppgifter som möjliggör att befolkningens hälsotillstånd sätts i relation till samhällsmiljön.

Det är angeläget att den epidemiologiska forskningen i landet utvecklas. I regeringens proposition 1978/79: 120 har föreslagits att den omgivningshygieniska avdelningen vid naturvårdsverket ombildas till ett fristående statens miljömedicinska laboratorium (SML) med socialstyrelsen som chefsmyndighet. I SML föreslås ingå en epidemiologisk enhet med en professor som chef. Denna enhet bör enligt förslaget studera frågor som rör medicinska och sociala effekter av kemiska och fysiologiska faktorer på grupper av befolkningen.

Ett av huvudsyftena med socialstyrelsens patientstatistik är att ge underlag för epidemiologiska studier och forskning samt bevakning av befolkningens hälsotillstånd. Detta gäller i första hand cancerregistret, missbildningsregistret och registrering av medicinska födelsemeddelanden. Behovet av register med individidentifierbara data kan nästan helt hänföras till sådan verksamhet. En tjänst som epidemiolog finns sedan något år vid socialstyrelsens statistiska byrå med uppgift att bl. a. lämna forskare hjälp att utnyttja dessa register. Ifrågavarande register och därtill knuten personal bör enligt min mening överföras till SML och där inordnas i den epidemiologiska enheten. Genom en sådan sammanslagning bör denna enhet kunna utvecklas till ett centrum för den epidemiologiska forskningen i landet och verkningsfullt medverka i den löpande bevakningen av befolkningens hälsotillstånd. En sådan utveckling förutsätter dock forskningssamarbete med bl. a. karolinska institutet, arbetarskyddsstyrelsen och det institut för psykosocial miljömedicin som

jag kommer att föreslå i det följande samt även samarbete med de i det följande redovisade hälsovårdsorganisationerna inom landstingen. Jag förutsätter självfallet också ett nära samarbete med socialstyrelsen och SCB. Reguljär statistik från SML:s sjukdomsregister bör ingå i planen för officiell statistik inom socialsektorn och tillämpa för denna fastställda definitioner och klassifikationer.

De förändringar som jag här föreslagit bör genomföras successivt när personella, tekniska och ekonomiska förutsättningar föreligger och socialstyrelsens verksamhet förändras. Förslagen om avveckling av viss nuvarande statistik bör självfallet genomföras i den takt som andra former för inhämtande av statistik enligt förslaget kan utvecklas och ersätta de nuvarande. Jag utgår från att socialsektorns statistikdelegation påbörjar avsedd verksamhet snarast möjligt. Delegationen bör eftersträva att fastställa en fullständig plan för officiell statistik inom socialsektorn omkring årsskiftet 1980/81 så att detta kan läggas till grund för anslagsframställningar för budgetåret 1982/83. Erforderliga överenskomelser med landstingssektorn bör snarast göras i syfte att möjliggöra att uppgifter om verksamheten inom hälso- och sjukvården under år 1981 kan inhämtas enligt föreliggande förslag och nuvarande årsberättelser från sjukhuset etc. fr. o. m. då slopas.

Socialstyrelsen får efter genomförande av föreliggande förslag väsentligt ändrade arbetsuppgifter såväl till innehåll som omfattning. Tyngdpunkten i den kommande verksamheten ligger på att formulera krav på och analysera statistisk information som en del av framtagandet av planeringsunderlag och i uppföljningen av utvecklingen inom socialsektorn. All egen statistikproduktion försvinner, vilket medför betydligt mindre behov av personal, främst assistent- och biträdespersonal. Tillkommande personalresurser vid SCB bör bli lägre än den aktuella minskningen vid socialstyrelsen. Den närmare beräkningen härav får göras så att ett förslag föreligger när en plan för den officiella statistiken utarbetas. Sammantaget räknar jag med att statens kostnader för socialsektorns statistik kan hållas inom minskade eller oförändrade ramar.

7.5.6 Socialstyrelsen och hälsoupplysningen

Under 1940-talet startade dåvarande medicinalstyrelsen hälsovårdsupplysning i mera organiserade former. I första hand gällde informationen veneriska sjukdomar, tbc-profylax och tandhälsovård. År 1958 tillkom den s. k. hälsovårdsupplysningsdelegationen (HVUD) inom styrelsen. Den ersattes år 1973 av socialstyrelsens nämnd för hälsupplysning (h-nämnden).

H-nämnden har till uppgift att planera, leda och samordna socialstyrelsens hälsoupplysningsverksamhet samt verka för regional och lokal verksamhet på området. H-nämnden har elva ledamöter som representerar

rar socialstyrelsen, livsmedelsverket, landstingen, kommunerna, skolväsendet, den medicinska forskningen, ideella organisationer och massmedia. Nämnden har en ledningsgrupp för verksamhet beträffande kost och motion. Ett antal expert-, lednings-, referens- och projektgrupper etc. står till nämndens förfogande som instrument för faktaframtagning, idéarbete och kontaktverksamhet.

H-nämnden har ett kansli som under de senare åren expanderat kraftigt. Totalt fanns den 1 september 1978 50 tjänster vid kansliet.

En huvuduppgift för nämnden har från början gällt kost och motion. Socialstyrelsen startade denna verksamhet redan på 60-talet. Den sker dels som selektiv information till avgränsade målgrupper, dels genom information till allmänheten.

En annan huvuduppgift gäller beroendeframkallande medel. Verksamheten har hittills huvudsakligen inriktats på information om tobakens skadeverkningar.

Den tredje huvudgruppen gäller sexual- och samlevnadsfrågor. Det s. k. Gotlandsprojektet har väckt stor uppmärksamhet. En arbetskrävande insats är information om graviditet, förlossning och föräldraskap.

I övrigt har verksamheten i princip varit uppbyggd kring tidskriften Vigör, information om smittosamma sjukdomar och tandhälsövård.

H-nämnden producerar broschyrer, särtryck, AV-material m. m. Nämnden arbetar också med kurser, konferenser, utställningar etc. Den främsta målgruppen är personer som i sitt arbete sysslar med hälsoupplýsning, t. ex. olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård, lärare, fritidsledare, personer verksamma inom idrottsrörelsen och andra frivilliga organisationer samt personal inom storhushåll.

H-nämnden lämnar vidare förslag till regeringen om fördelningen — inom en given anslagsram — av bidrag till vissa organisationer.

Verksamheten finansieras över ett särskilt anslag för hälsovårdsupplýsning (F 3). Anslaget har under 1970-talet ökat kraftigt, från 4,6 milj. kr. budgetåret 1973/74 till 11,4 milj. kr 1978/79.

H-nämnden framhåller i sin anslagsframställning för budgetåret 1979/80 att nämndens verksamhet till stor del består av försöksprojekt med syfte att utveckla metoder för det reguljära hälsoupplýsningsarbetet.

Nämnden anser att denna del av verksamheten kommer att bli alltmer framträdande ju mer en permanent organisation för hälsoupplýsning växer fram på det regionala och lokala planet. Den centrala myndighetens uppgifter kommer enligt nämnden mer och mer att domineras av kunskaps- och metodutveckling. Den framtida verksamheten avser nämnden att planera utifrån en helhetssyn på hälsoproblemen och utforma som gemensamma projekt riktade till särskilda mottagargrupper.

ÖSoS har i sin rapport föreslagit att h-nämndens kansli skall ingå i verkets nya organisation som en fackbyrå med stort inslag av upplýsningsarbete. Den föreslagna byrån skulle alltså få den dubbla funktionen att dels vara kansli åt h-nämnden, dels fackbyrå i socialstyrelsen. Byråns arbetsområden skulle vara friskvård, kost och motion, rökning samt sex

och samlevnad. Från det nuvarande kansliet borde ca 8 tjänster föras över till den föreslagna byrån för alkohol- och narkotikafrågor.

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat h-nämndens anslagsframställning för budgetåret 1979/80. Granskningen är ett led i arbetet att följa upp och utvärdera informationen till statsmakterna inom socialdepartementets område. Avsikten har sålunda inte varit att granska och bedöma verksamheten i sig.

RRV anser bl. a. att anslagsframställningen inte ger den information som statsmakterna kräver av nämnden. RRV saknar vidare en precisering av verksamhetens mål och ambitionsnivå. Avgränsning gentemot andra myndigheter diskuteras inte. Nämndens uppgift är att planera, leda och samordna socialstyrelsens hälsoupplýsning, men dess verksamhet har i allt väsentligt bedrivits relativt isolerad i förhållande till styrelsens övriga verksamhet inom hälsoområdet. RRV saknar vidare en redogörelse för den regionala och lokala verksamhet som h-nämnden skall stimulera. Förhållandet mellan centralt bedriven hälsoupplýsning och regional och lokal verksamhet blir således inte föremål för någon analys. Beskrivningen av effekter i samhället är bristfällig. Underlag saknas därför för en bedömning av verksamhetens resultat och effekter.

Det finns enligt min mening ett växande intresse för miljö- och hälsofrågor och ett ökande medvetande om livsföringens betydelse för hälsan. I den framtida hälso- och sjukvårdspolitiken torde hälsoupplýsningen komma att spela en alltmer framträdande roll. Det är därför angeläget att verksamheten förankras hos sjukvårdshuvudmännen, som kommer att ha det totala ansvaret för hälso- och sjukvården. Dessa har också under senare år visat ett påtagligt intresse för sjukdomsförebyggande och hälsobefrämjande åtgärder. En majoritet av sjukvårdshuvudmännen har exempelvis de senaste åren utformat förslag till s. k. friskvårdsplaner. Medel har anvisats för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser, bl. a. hälsoupplýsning. Inom primärkommunerna har utvecklingen just startat.

Några landsting har byggt upp egna resurser för hälsoupplýsning och bedriver en förhållandevis omfattande verksamhet med metodutveckling, produktion av material och utbildning. Dit hör bl. a. Uppsala läns landsting, som särskilt berör hälsoupplýsning i sitt remissyttrande över ÖSoS rapport:

Den byrå för hälsoupplýsning som föreslås bör i fortsättningen i huvudsak inskränka sig till att framställa informationsmaterial som ställs till landstingens förfogande. Uppsala läns landsting har en mer än 20-årig erfarenhet av hälsoupplýsning genom landstingets nämnd för hälsofrågor och har därigenom bekräftats i den uppfattningen att hälsoupplýsningen i huvudsak bör bedrivas ute på fältet. Det är lokala kampanjer, i nära kontakt och samarbete med lokala och regionala organisationer, som ger det bästa resultatet. Centrala massmediakampanjer kan bidra till ett ökat intresse för det lokala utbud som sjukvårdshuvudmännen ansvarar för.

Jag delar uppfattningen att hälsoupplýsningen i första hand bör bedrivas ute på fältet. Jag är emellertid medveten om att hälsoupplýs-

ningen allttjämt intar en undanskymd plats i många landstings verksamhet. Jag utgår dock från att utvecklingen – bl. a. ny hälso- och sjukvårdslagstiftning – kommer att leda till aktiva insatser i alla landsting. Socialstyrelsen bör stimulera och stödja organiserandet av sådan verksamhet hos sjukvårdshuvudmännen.

Jag ser hälsoupplysningen som ett led i sjukvårdshuvudmännens ambitioner att genom hälsobefrämjande och hälsoskyddande åtgärder dels säkra den enskildes hälsa och därmed hans välbefinnande, dels försöka minska den framtida belastningen på sjukvårdssystemet. Att på sikt enbart möta befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov med en alltmer utbyggd och specialiserad sjukvårdsservice är sannolikt ingen framkomlig väg. Den hälsopolitiska strategin blir att förebygga och på sikt eliminera viss del i efterfrågan på vårdinsatser. Detta är till fördel både för den enskilde och samhället. Hälsoupplysning och hälsorådgivning till enskilda individer och till bestämda målgrupper i samhället är sålunda en allt viktigare uppgift för sjukvårdshuvudmännen som ett led i en utåtriktad offensiv sjukvårdspolitik. Det är också huvudmännen som har resurserna och kompetensen att föra hälsoupplysningen ut på fältet. Kanalerne är självfallna: sjukvårdspersonal i olika funktioner, personal i olika förebyggande aktiviteter osv. Hälsoupplysning bör ingå i vissa yrkesutövares normala arbetsuppgifter. Så bör t. ex. insatser inom mödra- och barnavården följas upp av skolhälsovården och fortsätta i primärsjukvården. Uppllysning inom tandvården bör handhas av tandläkare och tandhygienister etc. Hela hälso- och sjukvårdsorganisationens ansvar för upplysningsverksamheten måste enligt min mening slås fast.

Utöver detta naturliga ansvar för en förebyggande hälsovård i de hälso- och sjukvårdande organens kontakter med medborgarna kommer att krävas insatser av typen "kampanjer" riktade till allmänheten eller bestämda målgrupper. För genomförande av sådana insatser på regional och lokal nivå är sjukvårdshuvudmannen eller i vissa fall kommunen bäst lämpad. Lokalpress och lokalradio kan lättast engageras för projekt som har anknytning till den egna regionen, den egna kommunen och lokala personer. I vissa fall kan det vara lämpligt att genomföra sådana upplysningsinsatser på riksnivå. Det bör då vara en naturlig uppgift för socialstyrelsen att initiera och samordna insatserna. Styrelsen kan t. ex. ta initiativ till en riksomfattande upplysningskampanj, föra ut den i massmedia och ge huvudmännen uppslag och material för regionala eller lokala uppföljningar.

Sjukvårdshuvudmännens övergripande ansvar för hälsoupplysningen innebär sålunda inte att behovet av ett centralt organ på området försvinner. Däremot får den centrala verksamheten en delvis förändrad karaktär. Den bör klart inriktas på att stödja och stimulera huvudmännens hälsoupplysning och tillföra den kunskapsunderlag som baseras på i princip hela socialstyrelsens verksamhet och på internationella rön. En rollfördelning av detta slag bör föranleda förändringar i organisationen av socialstyrelsens hälsoupplysande verksamhet.

H-nämnden tillkom år 1973 på förslag av socialstyrelsen. Enligt sin

instruktion har nämnden till uppgift att planera, leda och samordna socialstyrelsens hälsoupplysningsverksamhet samt verka för regional och lokal verksamhet på området. I praktiken har nämnden anförtrofts betydligt mer begränsade uppgifter inom huvudsakligen tre områden: kost och motion, beroendeframkallande medel samt sex och samlevnad.

Insatserna på dessa områden är viktiga. Jag anser emellertid att socialstyrelsens hälsoupplysning framledes bör ges ett betydligt vidare innehåll. Hälsoupplysningens roll som en del av hälso- och sjukvårdspolitikerna bör komma till klarare uttryck. Verksamheten bör vara en integrerad del av socialstyrelsens myndighetsfunktion och dess innehåll och inriktning utformas av verksledningen och ytterst verksstyrelsen. Den nuvarande konstruktionen med en h-nämnd och undergrupper bör upphöra. Hälsoupplysningen bör ingå som ett naturligt led i socialstyrelsens myndighetsfunktion och bygga på kunskaper och erfarenheter inom styrelsen liksom också i förekommande fall på prioriteringar av statsmakterna. ÖSoS har föreslagit att h-nämndens kansli förs in i verkets organisation dels som fackbyrå, dels som nämndkansli. Enligt mitt förslag bortfaller den sistnämnda funktionen. Övervägande skäl synes tala för att den fackkunskap som finns hos nämndkansliet utnyttjas bäst om upplysningsverksamheten hålles samman i en byrå i stället för att spridas på olika fackbyråer. Verksledningen bör i samråd med byrån ta ställning och prioritera olika hälsoupplysningsåtgärder på basis av iakttagna behov, nya rön och erfarenheter etc.

Hälsoupplysning bör som nämnts ingå i styrelsens reguljära uppgifter och medel för behövliga fasta personalresurser bör beräknas under myndighetsanslaget. Härutöver bör medel för särskilda informationsprojekt, t. ex. i form av riksomfattande hälsoupplysningskampanjer, liksom nu anvisas i särskild ordning.

H-nämnden och dess kansli bedriver nu en omfattande FoU-verksamhet. Arbetet vid kansliet är 1978/79 organiserat i ett 80-tal olika projekt vid sidan av det funktionsbundna arbetet. Syftet med försöksprojekten är att utveckla metoder för det reguljära hälsoupplysningsarbetet. H-nämnden utgår från att dess uppgifter mer och mer kommer att domineras av kunskaps- och metodutveckling.

För min egen del anser jag att socialstyrelsen i första hand bör inrikta sin hälsoupplysning på att förmedla befintlig och tillgänglig kunskap som redan är prövad och accepterad. Socialstyrelsens resurser och kompetens, de vetenskapliga rådens kunskap och överblick kompletterad med medverkan av utomstående expertis och internationella rön torde ge tillräckligt underlag för en realistisk central hälsoupplysning.

Som förut nämnts finansieras h-nämndens verksamhet över ett särskilt anslag på f. n. 11,4 milj. kr. Av dessa medel betalas bl. a. lönekostnaderna för nämndens kansli. I ett följande avsnitt om socialstyrelsens resurser förordar jag en betydande reducering av nämndens kansli. Jag förutsätter att särskilda medel ställs till socialstyrelsens förfogande för utåtriktade hälsoupplysningskampanjer.

Det är svårt och ibland ogörligt att utvärdera effekterna av hälsouppl-

lysning. Det är många faktorer som påverkar människors sätt att leva och som leder till ändrad medvetenhet och ändrade beteenden. Ett visst mått på effekt och engagemang kan vara det intresse som möter, t. ex. i form av faktisk efterfrågan på informationsmaterial. En mera allmän bedömning av ett kampanjresultat e. d. bör också vara möjlig. Epidemiologiska undersökningar och befintlig statistik kan ge upplysningar om förändringar i hälsoläget. Socialstyrelsen bör sörja för beskrivning och uppföljning av olika former av hälsoupplysning samt att dessa utvärderas så långt det är möjligt och försvarligt.

Den särskilda informationsverksamhet "kost och motion" har från början starkt engagerat organisationer som Sveriges Riksidrottsförbund, Kooperativa Förbundet, Lantbrukarnas Riksförbund och Sveriges Industriförbund. Att organisationerna ställt upp med aktiv och ansvars-tagande medverkan har haft stor betydelse för verksamhetens genomslagskraft. Grunden för organisationernas aktiva medverkan har varit en långsiktig planering för framtida aktiviteter och disposition av de anslagsramar som ställts till förfogande genom riksdagsbeslut. Verksamheten avses också innebära att organisationerna gör betydande egna insatser i det fältarbete informationsverksamheten syftar till. Betydande informationseffekter kan då uppnås.

Som jag tidigare nämnt har jag den principiella uppfattningen att det är socialstyrelsen som bör ha beslutsfunktionen inom sitt ansvarsområde. Det bör sålunda ankomma på styrelsen att avgöra formerna för samarbete med t. ex. organisationer, liksom att ange uppgifter för samrådsorgan (t. ex. nämnder) som styrelsen tillsätter. Jag vill dock framhålla angelägenheten av att inom hela hälsoupplysningsområdet ta till vara organisationernas – inte minst riksidrottsförbundets – positiva inställning till medverkan i hälsofrämjande aktiviteter. Därvid bör möjligheter ges till ömsesidigt inflytande i långsiktig planering och realiserande av informationsinsatser mellan socialstyrelsen och organisationerna. Detsamma gäller även andra organisationer och folkrörelser - f. n. utgår under anslaget till hälsoupplysning 1,8 milj. kr till vissa organisationer. Ett organisationsanslag bör enligt min mening utgå även i fortsättningen och fördelas genom regeringsbeslut. Jag vill dock ytterligare understryka att socialstyrelsens hälsoupplysning bör omfatta hela styrelsens ansvarsområde. Även om insatserna koncentreras till vissa områden under viss period bör de inte fixeras till särskilda projekt som med tiden permanentas.

Sammanfattningsvis vill jag framhålla att hälsoupplysning primärt bör vara en uppgift för sjukvårdshuvudmännen. Upplysningsarbetet bör i första hand ske genom de organisatoriska resurser huvudmännen förfogar över och genomföras inom ramen för en offensiv hälsopolitik. Kommunerna har också viktiga funktioner bl. a. när det gäller fysisk aktivitet. Socialstyrelsens uppgifter bör vara att på grundval av styrelsens verksamhet samt nationella och internationella rön om hälsorisker och hälsobefrämjande åtgärder prioritera viktiga områden för hälsoupplysningsarbetet och förse huvudmännen med underlag för deras hälsoupplys-

ning. Socialstyrelsen bör stimulera huvudmännens upplysningsverksamhet och verka för att innehållet uppfyller sakliga krav. Detta kan ske genom det material styrelsen tillhandahåller men också t. ex. genom inledande rikskampanjer, som följts upp av huvudmännen. Styrelsen bör också svara för en samlad uppföljning av hälsoupplysningens omfattning och inriktning samt medverka till att insatser på området i görlig mån utvärderas.

7.5.7 Socialstyrelsens verksamhet för flyktingar och andra invandrare

Socialstyrelsens huvudsakliga insatser för flyktingar som av olika skäl inte kommer i arbete eller utbildning omfattar dels anskaffning av bostad och annat stöd, bl. a. på vårdområdet, dels utbetalning av statsbidrag till kommuner och landsting för de utgifter dessa haft för understöd till och vård m. m. av flyktingar.

Socialstyrelsen ersätter utgifter som kommuner haft för socialhjälp (obligatorisk och frivillig), barnomsorg, äldreomsorg, social hemhjälp, vård enligt BvL och NvL, tolkning inom social- och sjukvård samt familjepedagogisk verksamhet. Vidare ersätter socialstyrelsen landstingen för sjukvårdskostnader för flyktingar inom sluten sjukvård.

Verksamheten är genom sin detaljeringsgrad personalkrävande både för kommunerna och socialstyrelsen. Kommunerna har att vid sin rekvisition redovisa även obetydliga utlägg för varje enskild flykting eller anhörig till denne. Socialstyrelsen har en särskild invandrar- och flyktingenhet för dessa uppgifter. Den omfattar totalt 21 personer. För administration av statsbidraget finns sju tjänster. F. n. har styrelsen också fem beredskapsarbetare som avlönas med AMS-medel. Ett tiotal personer arbetar med uttagning, placering m. m. samt stöd och information till enskilda och kommuner.

Arbetet med bidragsgivningen innehåller flera moment. Det gäller bl. a. att fastställa flyktingstatus, vilket i 25 % av fallen sker genom remiss till invandrarverket. Vidare företas vissa andra kontroller för att fastställa kommunernas rätt till bidrag. Slutligen kontrolleras att kommunernas rekvisition av medel är riktig och står i överensstämmelse med socialhjälpnormerna.

Socialstyrelsen har på förslag av ÖSoS i skrivelse till regeringen 1976-08-03 föreslagit att den statliga bidragsgivningen läggs över på länsstyrelserna. I ÖSoS slutrapport är förslaget nämnt i bil. 2, Delutredningar och förslag under arbetets gång.

Styrelsen har vidare i sin redovisning av underlag för omprioriteringar inom sin verksamhet föreslagit att en del uppgifter såsom viss information, rådgivning, kontaktverksamhet, uppföljning etc., som f. n. utförs av fyra särskilda s. k. flyktingkonsulenter och ett biträde inom styrelsen decentraliseras till socialkonsulenterna.

Frågan om omhändertagande m. m. av flyktingar har nyligen behandlats av en arbetsgrupp i arbetsmarknadsdepartementet. I betänkandet Sverige och flyktingarna (Ds A 1978:1) föreslår gruppen bl. a. dels en viss

utökning av kommunernas möjligheter att få ersättning av staten, dels en utredning av förutsättningarna för en förenkling av bidragsadministrationen, t. ex. genom en viss schablonisering.

Kostnaderna för bidragsverksamheten för flyktingar m. fl. betalas från socialhuvudtitelns anslag I 4, Ersättningar till kommunerna för hjälp till utländska medborgare, flyktingar m. m. Anslaget beräknas för budgetåret 1979/80 till 125 milj. kr. Socialstyrelsen disponerar emellertid inte hela anslaget. Ca 70 milj. kr. avser ersättning till kommunerna för obligatorisk socialhjälp m. m. som utgivits till icke svenska medborgare. Ansökan om ersättning görs i det senare fallet hos länsstyrelsen, som utbetalar medlen. Enligt riksdagens beslut med anledning av den s. k. KEU-propositionen (prop. 1978/79:95) upphör statsbidraget för utländska medborgare som ej är flyktingar med utgången av år 1979. Motsvarande medel har förts över till skatteutjämningsystemet.

Statsbidrag till hjälp för flyktingar kommer dock att lämnas även fortsättningsvis. Härutöver kommer liksom hittills statsbidrag att kunna utgå för hjälp till organiserat överförda utländska medborgare utan flyktingstatus, som varaktigt får stanna kvar i landet och som behöver särskild omvårdnad.

I KEU-propositionen förordade jag att ersättningen till kommunerna skulle vidgas till att även omfatta ersättning för kommuns kostnad för försörjning för utländska medborgare under den tid deras ansökningar om uppehållstillstånd behandlas. Riksdagens socialutskott ställde sig i princip positivt till utvidgningen (SoU 1978/79:5y) men uttalade att utskottet förväntade ett särskilt förslag i ämnet. Detta förslag borde föreläggas riksdagen i sådan tid att bestämmelser på området kunde träda i kraft den 1 januari 1980.

I december 1978 förordnade jag att en särskild arbetsgrupp skulle se över de statsbidrag som fortsättningsvis skulle utgå för hjälp till flyktingar och andra utländska medborgare. Gruppen skulle lämna förslag till bidragsbestämmelser som är enkla och möjliggör snabba utbetalningar. Statsbidragen borde handhas av en enda myndighet. Möjligheterna att ur statens invandrarverks datasystem inhämta uppgifter angående flyktingstatus o. dyl. skulle uppmärksammas.

Arbetsgruppen har i juni 1979 avlämnat sitt förslag (Ds S 1979:7). Jag tar här upp förslagen i den mån de berör socialstyrelsens uppgifter och organisation.

Av arbetsgruppens rapport framgår bl. a. att socialstyrelsen budgetåret 1977/78 betalade ut ca 36 milj. kr. i ersättning till ett 90-tal kommuner för sociala kostnader för flyktingar. Kostnaderna har ökat kraftigt under budgetåret 1978/79. Fram till den 1 maj 1979 hade ca 48 milj. kr. utbetalats.

Gruppen har även sökt uppskatta kostnaden för den totala socialhjälp i landet till utländska medborgare som väntar på uppehållstillstånd. Gruppen uppskattar denna kostnad till ca 25–30 milj. kr. för år 1978. Det av utskottet förväntade förslaget om utvidgat statsbidrag föreläggas riksdagen i annat sammanhang.

Arbetsgruppen diskuterar ingående konstruktion och administration av bidraget till social verksamhet för flyktingar. Nuvarande ordning innebär att socialstyrelsen gör en bedömning av för vilka personer kommunerna skall ha rätt till ersättning. Denna bedömning kan skilja sig från invandrarverkets bedömning av vem som är flykting. Gruppen finner denna ordning mindre lämplig och föreslår att statlig ersättning i framtiden endast skall kunna utgå för personer som invandrarverket har bedömt vara flyktingar samt för dem som överförts med stöd av särskilt regeringsbeslut.

Syftet med översynen av bidraget för sociala kostnader för flyktingar har främst varit att åstadkomma en förenklad administration, som väsentligt minskar behovet av uppgifter från kommunerna. Arbetsgruppen har särskilt övervägt olika möjligheter att schablonisera bidragsgivningen. Gruppen föreslår dock att socialhjälp ersätts med kommunernas faktiska kostnader. Vissa andra kostnader bör emellertid kunna schablonberäknas. Gruppen anser att ett mer schabloniserat ersättningssystem hade varit önskvärt, men att detta f. n. inte är möjligt att genomföra. Frågan om ett sådant system bör dock enligt gruppen kunna aktualiseras när ytterligare erfarenheter har vunnits.

Arbetsgruppen anser att länsstyrelsen bör ha ansvaret för kontroll och utbetalning av ersättningarna. Kommunernas ansökningar bör därför ställas till länsstyrelsen.

Arbetsgruppen har funnit att en viss kontroll behöver göras för att kunna fastställa för vilka personer kommun är berättigad till ersättning. Enligt gruppens uppfattning kan en sådan kontroll göras enklare och effektivare om invandrarverket får det direkta ansvaret för den. Gruppen föreslår därför att invandrarverket får i uppdrag att med hjälp av sitt datasystem kontrollera kommunernas ansökningar om ersättningar i vad avser ersättningsberättigade personer.

Enligt arbetsgruppen är det ovanligt att kommunerna får avslag på sina ansökningar om ersättning av annat skäl än att ansökan avser person som inte berrättigar till ersättning. Kontroll av att utgiven socialhjälp överensstämmer med gängse praxis bör därför kunna ske stickprovsvis av länsstyrelsen. I övrigt bör länsstyrelsen följa utvecklingen av den yrkade ersättningen år för år och särskilt observera om en kommuns yrkanden på ett markant sätt skiljer sig från andra kommuners. Jag anser att möjligheterna till ytterligare förenkling och schablonisering bör prövas när tillräckliga erfarenheter inhämtats vid tillämpningen av det arbetsgruppen föreslagna bidragssystemet.

Arbetsgruppen föreslår att nuvarande bidragsbestämmelser upphör att gälla med utgången av år 1979. Beträffande kostnader som kommunerna haft före denna tidpunkt skall nu gällande bestämmelser tillämpas. Arbetsgruppen föreslår att en sista tidpunkt bestäms före vilken ansökan om sådan ersättning skall ha kommit in till socialstyrelsen. Gruppen anser att denna tidpunkt bör vara den 30 juni 1980.

Jag finner för min del att de nuvarande formerna för ersättning av kommunernas kostnader för flyktingar är föråldrade och onödigt detaljerade och kommer därför i annat sammanhang att lämna förslag till

nya ersättningsregler. Jag vill emellertid redan här förorda att administrationen av bidragen förs över från socialstyrelsen till länsstyrelserna och invandrarverket. En avveckling av verksamheten med granskning och utbetalning av ersättningar till kommunerna innebär en väsentlig förändring i socialstyrelsens uppgifter och bör enligt min mening leda till att flyktingenhetens verksamhet i övrigt omprövas.

Jag delar socialstyrelsens mening att de fyra tjänsterna för flyktingkonsulenter samt en biträdestjänst vid styrelsen bör avvecklas. Kontaktverksamheten och rådgivningen till kommunerna bör övertas av länsstyrelsernas sociala enheter. Om det inom vissa län, bl. a. där arbetsmarknadsstyrelsen bedriver verksamhet för flyktingar, finns behov av de nuvarande befätningshavarnas sakkunskap bör motsvarande tjänster kunna inrättas vid resp. länsstyrelses sociala enhet.

Det bör övervägas om socialstyrelsens nuvarande uppgifter i fråga om bostadsanskaffning m. m., i samband med att flyktingar som inte kan få arbete utplaceras efter det första omhändertagandet i Sverige, kan handhas av arbetsmarknadsverket, som har det huvudsakliga ansvaret för omhändertagandet av flyktingar. På samma sätt som idag sker med flyktingar som får arbete eller börjar utbildning skulle utplacering av socialt handikappade flyktingar kunna ske genom samverkan mellan arbetsmarknadsverket och de sociala myndigheterna i kommunerna. Om en sådan lösning väljs är det dock av stor vikt att länsstyrelsernas sociala enheter, särskilt i län där arbetsmarknadsverket bedriver verksamhet för flyktingar, har resurser att kunna bistå arbetsmarknadsverkets personal med rådgivning och aktiv tillsyn. Det bör emellertid ankomma på organisationskommittén att, i samråd med berörda myndigheter, ge förslag om verksamhetens närmare utformning. I samband härmed bör kommittén också överväga hur den verksamhet för flyktingar på hälso- och sjukvårdsområdet som socialstyrelsen och länsläkarna idag bedriver skall organiseras i fortsättningen. Jag vill här framhålla att bl. a. behovet av överblick över landets samlade vårdresurser talar emot en alltför långt driven decentralisering av den sistnämnda delen av socialstyrelsens verksamhet för flyktingar. Organisationskommittén bör överväga om denna verksamhet bör vara en central och/eller regional uppgift. Jag har i dessa frågor samrått med statsrådet Winther.

Socialstyrelsen har möjlighet att i vissa fall bevilja flyktingar lån för att anskaffa bostadsrätt. Låneverksamheten har liten omfattning – för budgetåret 1977/78 ungefär 400 000 kr. – men den kan ändå vara ett betydelsefullt medel för att lösa bostadsfrågan i särskilt svåra fall. Jag anser, efter samråd med statsrådet Winther, att lånemöjligheter av nuvarande omfattning bör finnas kvar. Frågan om administration av lånen hänger samman med socialstyrelsens uppgifter i fråga om anskaffande av bostad till vissa flyktingar m. m. Det bör därför ankomma på organisationskommittén att i samråd med berörda myndigheter framlägga de närmare förslagen härom.

Socialstyrelsen ersätter idag kommuner för kostnader för familjepedagogisk verksamhet bland flyktingar och zigenare. Vidare anordnar

styrelsen kurser och konferenser för familjepedagoger. Den tidigare nämnda arbetsgruppen som sett över ersättningarna till kommunerna har föreslagit att kommunernas kostnader för familjepedagogisk verksamhet tills vidare ersätts på samma sätt som hittills. Samtidigt föreslår gruppen att verksamheten utvärderas. Resultatet härav bör enligt gruppen ligga till grund för ett ställningstagande till om nuvarande ersättning bör behållas. En sådan utvärdering bör också ge underlag för ställningstagande rörande verksamhetens inriktning och omfattning i övrigt. Jag förutsätter att denna utvärdering görs skyndsamt. Målsättningen bör vara att beslut i dessa frågor fattas i anslutning till den förestående omorganisationen av socialstyrelsen.

De av mig förordade förändringarna innebär att det, enligt min mening, inte finns behov av någon särskild flyktingenhet inom socialstyrelsen. Socialstyrelsens övergripande myndighetsuppgifter när det gäller flyktingar skiljer sig enligt min mening principiellt inte från dem som gäller invandrare i allmänhet som är i behov av sociala insatser.

Styrelsen bör, enligt den gängse fördelningen av ansvaret för åtgärder för invandrare och språkliga minoriteter, ägna uppmärksamhet åt invandrarernas speciella problem inom de olika områden över vilka styrelsen utövar tillsyn. Detta är enligt min mening en uppgift för varje fackbyrå inom socialstyrelsen. Någon enhet bör dock ha det samordnande ansvaret för styrelsens åtgärder för invandrare och flyktingar. Till denna fråga återkommer jag. Särskilt vill jag framhålla vikten av en aktiv tillsyn när det gäller invandrare och flyktingar som på grund av sjukdom, handikapp o. d. inte kan förvärvsarbeta. Tillsynen bör i första hand utövas av länsstyrelsernas sociala enheter, men också av styrelsens fackbyråer. Det bör ankomma på organisationskommittén att i samråd med berörda myndigheter, främst statens invandrarverk och arbetsmarknadsstyrelsen, göra de närmare överväganden som krävs för att få till stånd en fungerande arbetsfördelning inom styrelsen samt mellan denna och den regionala organisationen.

7.5.8 Glesbygdsfrågor

I enlighet med förslagen i proposition 1978/79:112 om regionalpolitiken har bidragsgivningen särskilda åtgärder för vård och service i glesbygder decentraliserats till länsstyrelserna fr. o. m. den 1 juli 1979. I propositionen framhåller föredragande statsrådet vikten av att de kunskaper och erfarenheter som byggts upp vid de centrala verken tas till vara vid utformningen av anvisningar för glesbygdsstödet.

Jag instämmer i detta och räknar med att socialstyrelsen skall följa verksamheten med sociala insatser i glesbygdsområden även sedan ansvaret för bidragsgivningen överförts till länsstyrelserna. För detta behövs dock ingen särskild personalresurs.

7.5.9 Socialarbetarverksamheten i Köpenhamn

Sedan åtskilliga år bedrivs i Köpenhamn en samnordisk verksamhet för hjälp åt huvudsakligen yngre missbrukare av narkotika och alkohol, som sökt sig till den danska huvudstaden. Medel för sådan svensk socialarbetarverksamhet har utgått sedan början av 1970-talet. Sverige har två socialarbetare placerade i Köpenhamn. Dessa har – i samarbete med dansk socialvård – mottagning för svenska ungdomar och bedriver i övrigt uppsökande verksamhet. Norge har två och Finland en socialarbetare som samarbetar med svenskarna.

Enligt vad jag har inhämtat är det ett bestämt önskemål från de övriga nordiska länderna att den svenska verksamheten i Köpenhamn fortsätter i nuvarande omfattning. Jag förordar därför att socialarbetarverksamheten i Köpenhamn skall fortsätta tills vidare.

7.5.10 Vissa statsbidragsfrågor

Mot bakgrund av förslag av bl. a. 1976 års kommunalekonomiska utredning (KEU) har i en särskild proposition (prop. 1978/79:95) föreslagits vissa ändringar i reglerna för statsbidrag till landstingskommuner och kommuner. Riksdagen har – med visst undantag – godkänt förslagen (FiU 1978/79:35, rskr 1978/79:335). Besluten innebär ett avskaffande – helt eller delvis – av vissa statsbidrag som f. n. administreras av socialstyrelsen. Motsvarande medel skall i stället tillföras kommunerna genom det nya skatteutjämnningssystemet.

I KEU-propositionen anmäls vidare att statens förhandlingsnämnd har i uppdrag att förhandla med landstingskommunerna och ifrågasvarande primärkommuner om ändrat huvudmannaskap för bl. a. de erkända och enskilda vårdanstalterna för alkoholmissbrukare jämte därmed sammanhängande frågor. Avsikten är att det ekonomiska ansvaret för såväl vårdanstalter som inackorderingshem skall ligga hos landstingskommuner och vissa primärkommuner. De statsbidrag som utgår till dessa institutioner tas därför inte upp i propositionen. Man kan emellertid utgå ifrån att de nuvarande statsbidragen försvinner när institutionerna förts över till kommunala huvudmän. Frågor om ändrade huvudmannaskapsförhållanden har jag behandlat i avsnitt 7.5.1. Huvudmannaskap för olika institutioner m. m.

Jag vill i detta sammanhang endast notera att avlösandet av vissa statsbidrag kommer att leda till en minskning av socialstyrelsens personalbehov. Detta gäller i ännu högre utsträckning förhållandena efter en huvudmannaskapsreform, då såväl nuvarande administrativa uppgifter som hanteringen av statsbidrag upphör. Jag har tagit hänsyn till dessa förhållanden i mina förslag till dimensionering av styrelsens personalresurser. Jag vill emellertid framhålla att personalminskningen inte kan beräknas inträda samtidigt som reformerna träder i kraft. Statsbidragen utbetalas regelmässigt i efterskott, och en avveckling av socialstyrelsens

engagemang i driften av nykterhetsvårdsanstalter, ungdomsvårdsskolor m. m. kommer att ta viss tid.

7.5.11 Vissa ärenden rörande hälso- och sjukvårdspersonalen

Socialstyrelsen handlägger ett mycket stort antal ärenden som rör den individuella kompetensen och behörigheten hos personal inom hälso- och sjukvården. Hit hör bl. a. legitimationer och en rad olika dispensärenden.

Legitimationer

För vissa yrkesgrupper verksamma inom hälso- och sjukvården finns föreskrifter om legitimation. Till dessa grupper hör läkare, tandläkare, barnmorskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, glasögonoptiker och psykologer.

Legitimationen anses ha två huvudfunktioner,

dels utgör den ett bevis om att yrkesutövaren har en av samhället godkänd utbildning och kompetens för utövande av yrket,

dels utgör den ett medel för samhället att kontrollera verksamheten och under vissa förutsättningar genom återkallelse av legitimationen återta den behörighet som legitimationen i vissa fall ger yrkesutövaren.

Legitimationsbestämmelserna har olika rättslig innebörd för olika yrkesgrupper. För läkare, tandläkare och barnmorskor är legitimationen en förutsättning för att erhålla obegränsad behörighet att utöva yrket. För de övriga yrkesgrupperna innebär legitimationen ingen ensamrätt att utöva yrket, utan snarast ett bevis om viss kompetens som samhället har godkänt. För flera yrkesgrupper utgör legitimationen ett villkor för behörighet att inneha tjänst inom den offentliga hälso- och sjukvården. För läkare och sjuksköterskor finns dessutom krav på viss vidareutbildning för behörighet att inneha vissa tjänster inom sjukvårdsorganisationen.

Läkare och tandläkare har — förutom ensamrätt att utöva yrket — yrkesbeteckningarna lagligen skyddade. För övriga yrkesgrupper saknas motsvarande titelskydd. Däremot är beteckningen "legitimerad/leg" i kombination med yrkesbeteckning alltid skyddad.

För flertalet yrkesgrupper verksamma inom hälso- och sjukvårdsområdet saknas bestämmelser om legitimation.

Jag anser att de nuvarande legitimationsbestämmelserna är i behov av en översyn. De är svåröverskådliga och har olika innebörd för olika grupper samt är i vissa fall föråldrade. Vidare har förutsättningarna för legitimationsförfarandet gradvis förändrats. Genomgången utbildning har kommit att utgöra den faktiska behörighetsgrunden. Socialstyrelsen utför inte någon egentlig sakprövning av de legitimationssökandes kvalifikationer och lämplighet. Denna prövning sker i stället i anslutning till

utbildningen. Socialstyrelsen meddelar legitimation om den sökande genomgått godkänd teoretisk och i förekommande fall praktisk utbildning. Fullgjord utbildning har i allmänhet ansetts utgöra tillräcklig garanti för att vederbörande är lämplig för yrket och att behörighetskraven blir tillgodosedda.

Mot denna bakgrund ställer jag mig tveksam till nuvarande legitimationsordning, som innebär krav på ett särskilt auktorisationsförfarande utöver den sedvanliga utbildningskontrollen för att kompetensförklara vissa yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Jag bedömer att utbildningskontrollen och auktorisationen/legitimeringen i flertalet fall bör kunna samordnas och utföras i ett sammanhang. Bevis om genomgången och godkänd utbildning – såväl teoretisk som praktisk – som utfärdas av de utbildningsansvariga organen bör kunna likställas med nuvarande legitimation. Detta skulle innebära en bättre anpassning till de verkliga förhållandena samtidigt som en betydande administrativ förenkling uppnås. Jag finner det angeläget att understryka att en sådan åtgärd inte innebär någon förändring av legitimationsinstitutet som sådant eller av samhällets möjligheter att kontrollera ifrågavarande yrkesgruppers verksamhet och i vissa fall återkalla legitimationen. Detta bör alltjämt vara en uppgift för socialstyrelsen och ansvarsnämnden. Socialstyrelsen förutsätts registrera dem som får sin legitimation återkallad.

Jag förordar således att de nuvarande bestämmelserna för legitimation ses över. Formerna för översynen bör senare anges av regeringen.

Behörighets- och dispensfrågor m. m.

Förutom legitimationsfrågor handhar socialstyrelsen en rad frågor rörande medicinalpersonalens tjänster och behörighet. Dessa uppgifter har i huvudsak tillkommit för att garantera kvaliteten i hälso- och sjukvården i riket.

Under senare år har ifrågasatts om det är rationellt att socialstyrelsen centralt handlägger dessa ärenden. Skäl som anförs för en förändring är bl. a. utvecklingen mot ramlagstiftning och slopandet av den detaljerade regleringen av sjukvårdshuvudmännens verksamhet liksom den successivt förbättrade tillgången på utbildad personal inom hälso- och sjukvården. Det har framhållits att systemet skapar en byråkratisk ordning samt att socialstyrelsen inte kan ha någon direkt kännedom om de personer som berörs. Vidare saknar socialstyrelsen möjlighet att tränga in i de speciella situationer och särskilda omständigheter som kan råda lokalt.

I enlighet med dessa synpunkter har socialstyrelsen genomfört vissa generella dispenser, bl. a. för innehav av vissa tjänster och vikariat inom hälso- och sjukvården. Vissa decentraliseringar som föreslagits av socialstyrelsens översynsutredning, bl. a. rörande tillsättning av läkare vid undervisningssjukhusen, har också genomförts. Förutsättningarna för en decentraliserad och förenklad handläggning av behörighetsfrågor förutsätts även komma att prövas av hälso- och sjukvårdsutredningen. En löpande uppföljning och revidering av gällande regler sker också inom

socialstyrelsen.

Jag vill för egen del betona värdet av att handläggningen av olika individärenden – men undantag för disciplinära frågor – rörande hälso- och sjukvårdens personal förenklas och decentraliseras från socialstyrelsen till de vårdansvariga huvudmännen. Detta är också i linje med intentionerna hos den pågående hälso- och sjukvårdsutredningen. Jag vill inte föregripa utredningens prövning av dessa frågor och utredningens kommande förslag till ramlagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. Jag avser att återkomma till frågan om erforderliga författningsändringar i samband med den mer genomgripande förändringen av hälso- och sjukvårdslagstiftningen som kan förväntas bli följden av utredningens förslag. Jag utgår emellertid ifrån att socialstyrelsen inom ramen för de bemyndiganden som styrelsen har på detta område ser över olika behörighets- och dispensfrågor m. m. i syfte att uppnå en mer decentraliserad handläggningsordning.

8. Socialstyrelsens organisation, arbetsformer och resurser

8.1 ÖSoS förslag

ÖSoS-utredningen har byggt sitt organisationsförslag på vissa grundläggande principer:

Förebyggande arbete: Detta är så betydelsefullt att frågor som rör medverkan i samhällsplaneringen och andra generella förebyggande åtgärder bör samordnas i en särskild avdelning tillsammans med vissa gemensamma planeringsfrågor.

Kontakter och kunskapsutveckling: Socialstyrelsens organisation måste ta hänsyn till att socialvården och hälso- och sjukvården har olika huvudmän och utgör olika "system". Detta underlättar informationsutbytet med verksamheten på fältet. Styrelsens kunskapsuppbyggnad underlättas om socialvården resp. hälso- och sjukvården var för sig hålls ihop inom verket. Samverkan inom styrelsen underlättas också om verket har en sammanhållen kompetens och kunskapsutveckling inom resp. område.

Samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård: En teknik för samverkan inom styrelsen föreslås som innebär att samverkan sker i tvärgående s. k. program, som har internt avsatta och garanterade resurser. Programmen skall komplettera linjeorganisationen inom större områden som kräver kunnande och insatser från flera av socialstyrelsens fackområden.

Planering och tillsyn hör ihop: Planering och tillsyn skall inte ses som artskilda utan som delar av en gemensam process. Ett markant ökat planeringsansvar föreslås därför för fackavdelningarna, samtidigt som en viss sammanhållen planeringskompetens även i fortsättningen bör finnas kvar.

Bättre ledning och ett centraliserat arbetssätt: Ledningsfunktionerna bör förbättras, bl. a. genom att verksledning och avdelningschefer ökar sitt samarbete i frågor som rör de allmänna ramarna och riktlinjerna för verksamheten. Verksledning och avdelningschefer bör tillföras vissa stabs-

resurser. Mer homogena avdelningar bör öka möjligheterna till decentralisering av uppgifter och beslut inom verket. Denna decentralisering bör även gälla de internadministrativa frågorna.

Koncentration: Socialstyrelsen har bakom sig en aktiv expansionsperiod. Verksamheten behöver nu ges stadga och koncentreras till få och relativt homogena avdelningar. Härigenom kan verket också minska sin personalstyrka utan att därför behöva ändra sin basorganisation.

Sammanfattningsvis innebär ÖSoS förslag till ny organisation för socialstyrelsen att arbetet organiseras på fem avdelningar (mot nuvarande sex), nämligen avdelningar för förebyggande arbete och planering, socialtjänst, hälso- och sjukvård, läkemedelsärenden samt administration (se figur sid. 89). Förslaget innefattar också inrättande av s. k. program för att inom styrelsen förbättra samverkan mellan socialvårds- samt hälso- och sjukvårdsområdena. Vidare föreslås att fackavdelningarnas planeringsverksamhet skall öka, att administrativa frågor delegeras samt att styrelsens ledningsfunktioner förbättras.

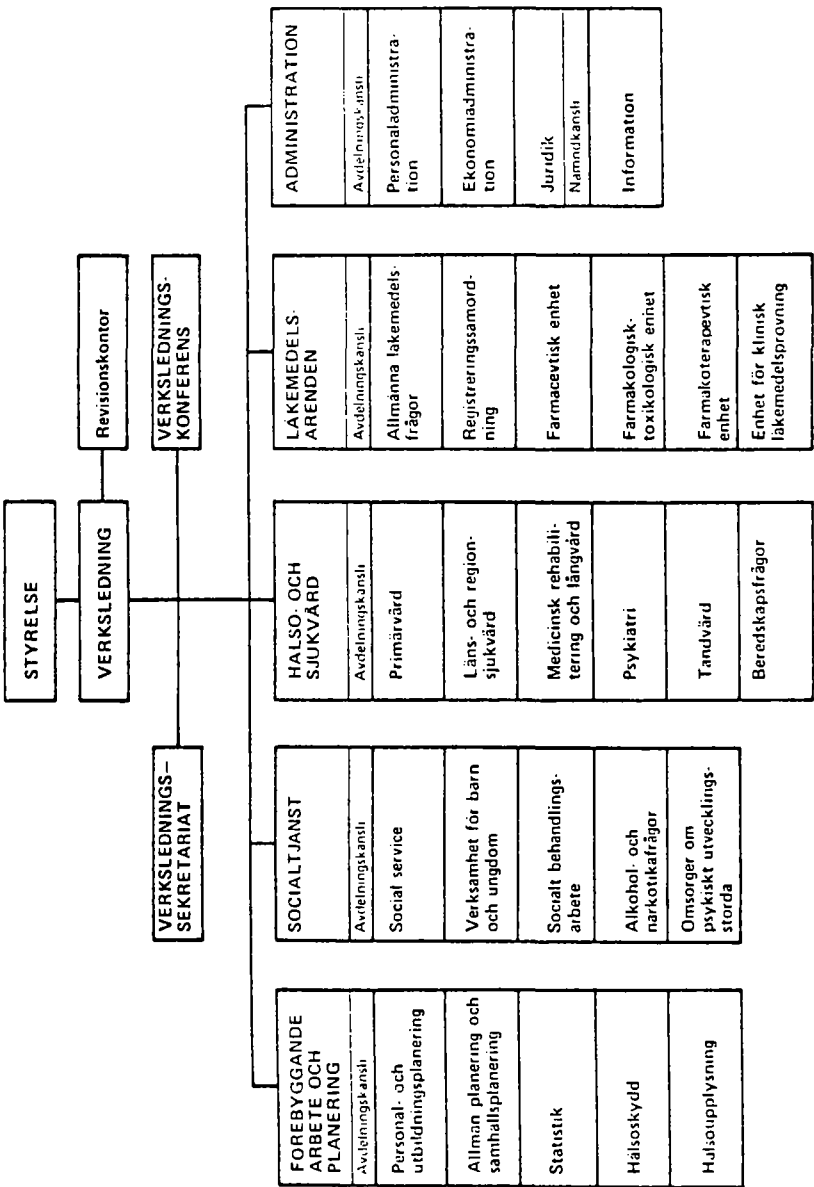
ÖSoS förslag om socialstyrelsens framtida organisation tillstyrks i sina huvuddrag av flertalet remissinstanser. När det gäller vissa detaljer, såsom främst beträffande byråindelningen, redovisas en del avvikande synpunkter. Samverkansformerna mellan socialvården och hälso- och sjukvården berörs i flera yttranden. Många remissinstanser tar därvid upp och uttalar sig positivt om den föreslagna samverkan genom program.

Jag kan för egen del konstatera att organisationsfrågan varit föremål för ingående prövning av ÖSoS-utredningen. Jag kan i likhet med remissinstanserna i allt väsentligt ansluta mig såväl till utredningens principer för socialstyrelsens framtida organisation som till huvuddragen i den föreslagna organisationen. Den svarar enligt min mening väl mot de krav som följer av den roll och de uppgifter som jag tidigare föreslagit för socialstyrelsen. Jag anser emellertid att det finns anledning att närmare överväga vissa frågor i anslutning till organisationsförslaget.

8.2 Socialstyrelsens ledningsfunktioner

ÖSoS har behandlat socialstyrelsens ledningsfunktioner, men inte gått in på verksstyrelsens roll och sammansättning. Jag har i det föregående framhållit att vissa av socialstyrelsens ställningstaganden bör avgöras av verksstyrelsen. Detta har framför allt gällt i frågor där socialstyrelsens åtgärder får direkt inverkan på beslut i politiska organ på lokal och regional nivå.

Socialstyrelsens verksstyrelse är sammansatt av generaldirektören som är styrelsens ordförande och nio andra ledamöter som regeringen utser. Av dessa utses två efter förslag av landstingsförbundet och två efter förslag av kommunförbundet. Två av de övriga ledamöterna representerar enligt praxis den vetenskapliga världen. Riksdagens ledamöter är också representerade. I styrelsens arbete deltar också tre s. k. personalföreträdare, dvs. representanter för de lokala arbetstagarorganisationerna.



ÖSoS förslag till ny organisation av socialstyrelsen.

Personalföreträdarna har närvaro- och yttranderätt i alla frågor. Vid handläggning av frågor som gäller arbetsförhållandena m. m. inom socialstyrelsen är de ledamöter av styrelsen med rösträtt.

Bland verksstyrelsens beslutsärenden finns en stor övervikt för ställningstaganden till remissvar som socialstyrelsen avger och till verkets egna utredningar, råd och anvisningar samt föreskrifter. Vidare förekommer ett stort antal anmälningsärenden som domineras av orienteringar om verksamheten, verkets utredningar etc.

Situationen kan beskrivas så att verksstyrelsen tjänstgör som en slags kontrollnivå där styrelseledamöterna på basis av sina organisationers intressen samt egna erfarenheter och kunskaper kompletterar och korregerar det material verket framställer. Styrelsen har därigenom en viss påverkan på verkets produkter, som inte utesluter möjligheten till renodlad intressebevakning från organisationers eller partiers sida. Styrelsen spelar emellertid en mer passiv roll när det gäller att initiera och prioritera aktiviteter inom verket. En lekmannastyrelse är till sin konstruktion sådan att den knappast kan bli en arbetande styrelse med gott om tid för diskussioner och förberedelser för ställningstaganden. I styrelsearbetet kan främst uppnås en viss kontroll och styrning av presenterade ställningstaganden och tillförande av vissa idéer, kunskaper och impulser.

Det är enligt min mening viktigt att verksstyrelsen utnyttjas så effektivt som möjligt. Verksstyrelsens insatser bör koncentreras på beslut om inriktningen av socialstyrelsens verksamhet i samband med anslagsframställning, verksamhetsplanering och -uppföljning samt — i enlighet med vad jag tidigare sagt — principiellt viktiga ärenden som rör planering och tillsyn av den sociala sektorn. För att skapa erforderligt utrymme för behandling av dessa frågor bör verksstyrelsen enligt min mening inte i samma utsträckning som hittills befatta sig med socialstyrelsens remissvar, som i dag utgör den största ärendegruppen i verksstyrelsen. Endast viktigare remissyttranden bör behandlas av verksstyrelsen. För verksstyrelsens information bör det räcka med att flertalet remissärenden endast förtecknas och anmäls i styrelsen.

Den nuvarande sammansättningen av socialstyrelsens styrelse kan sägas representera en kombination av avnämare, uppdragsgivare och fackkompetens. Med föreslagen inriktning av verksstyrelsens arbete blir detta inriktat på en avstämning och förankring av verkets olika insatser för central planering och tillsyn inom den sociala sektorn. Styrelsefrågorna blir med nödvändighet av övergripande natur. Olika sociala och medicinska fackfrågor har vägts in och beaktats före styrelsebehandlingen. Fackexpertis är direkt knuten till socialstyrelsen, bl. a. såsom vetenskapliga råd, för att fortlöpande stödja verket i dess arbete. Mot den bakgrunden saknas enligt min mening skäl att tillföra verksstyrelsen särskild vetenskaplig expertis.

I en gemensam skrivelse från LO och TCO samt i en särskild skrivelse från SACO/SR har dessa organisationer hemställt att bli representerade i

socialstyrelsens styrelse. Bl. a. framhålls att den fackliga rörelsen genom sitt samhällsengagemang och som företrädare för breda konsumentintressen kommit att bli representerade i flera ämbetsverks styrelser. Ett klart markerat intresse och engagemang i de områden av socialpolitiken som handläggs av socialstyrelsen finns av tradition inom den fackliga rörelsen. Jag har konstaterat att en praxis utvecklats, som inneburit att de fackliga organisationerna blivit representerade i allt fler ämbetsverks styrelser. Inom den samlade socialsektorn företräder organisationerna inte bara berörda personalgrupper utan även stora konsumentgrupper. De fackliga organisationerna företräder kunskaper och intressen som utgör ett värdefullt tillskott till en verksstyrelse som förutsätts aktivt följa och påverka socialstyrelsens planerings- och tillsynsarbete inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I överensstämmelse med vad jag ovan anfört bör de två vetenskapliga företrädare som hittills ingått i socialstyrelsens styrelse utgå. I verksstyrelsen bör i stället ingå företrädare för de tre centrala fackliga huvudorganisationerna. Detta innebär att antalet styrelseledamöter ökar med en från nuvarande tio till elva ledamöter. De nuvarande personalföreträdarna påverkas inte av detta. Deras uppgifter tar i första hand sikte på frågor som rör förhållanden inom socialstyrelsen i dess egenskap av arbetsplats och är därmed ett led i strävan att demokratisera arbetslivet.

Socialstyrelsen kommer även efter omorganisationen att ha en omfattande verksamhet med uppgifter som spänner över hela socialtjänst- samt hälso- och sjukvårdssektorn. Detta ställer stora krav på ledning och samordning av verksamheten. ÖSoS har föreslagit att verksledningsfunktionen inom socialstyrelsen förstärks. Dels bör avdelningscheferna i högre grad än f. n. fungera som en del av verksledningsfunktionen. Avdelningscheferna bör tillsammans med verksledningen bilda en rådgivande verksledningskonferens där frågor av större räckvidd skall behandlas. Dels bör verksledningen få en egen "stab", som utredningen vill benämna verksledningssekretariat. Jag kan för egen del instämma i dessa förslag och vill särskilt betona vikten av att de olika delarna av styrelsens verksamhet fortlöpande stäms av och ges en så långt möjligt enhetlig och samordnad inriktning. De mer homogent uppbyggda avdelningarna i den nya organisationen bör öka avdelningschefernas möjligheter att avlasta verksledningen både i sakfrågor och i frågor om administrativa beslut.

Jag anser att det föreslagna verksledningssekretariatet bör inrättas och erhålla en viktig ställning när det gäller att biträda verksledningen i fråga om samordning av de olika delarna av styrelsens verksamhet och beslut om verksamhetens inriktning samt prioriteringen av verkets resurser. Verksledningssekretariatet bör följa arbetet inom styrelsens olika verksamhetsgrenar och som verksledningens organ samordna socialstyrelsens interna resursplanering så att styrelsens verksamhetsinriktning hela tiden står i nära överensstämmelse med de mål och riktlinjer statsmakterna fastställt. Verksledningssekretariatet bör också enligt min mening verksam och kunna bidra till att underlätta verksstyrelsens arbete.

8.3 Den nya organisationen

Socialstyrelsen bör i enlighet med vad jag tidigare sagt i huvudsak organiseras enligt ÖSoS förslag (se figur sid. 89). Den nya organisationen bör innehålla fyra fackavdelningar med inriktning på områdena förebyggande arbete och planering, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt läkemedelsärenden. Härtill kommer en avdelning för administration. Den närmare utformningen av organisation och enhetsindelning inom avdelningarna bör göras av den organisationskommitté som skall förbereda och leda omorganisationsarbetet. Följande frågor bör därvid särskilt beaktas.

När det gäller avdelningen för förebyggande arbete och planering bör det betonas att tanken inte är att denna avdelning skall handlägga samtliga på socialstyrelsen ankommande frågor som rör förebyggande insatser och planering. Dessa uppgifter bör i första hand åvila avdelningarna för socialtjänst resp. hälso- och sjukvård. I enlighet med ÖSoS förslag bör planeringsarbetet hållas ihop med tillsynsarbetet inom dessa avdelningar. Planering och tillsyn är funktioner som i hög grad kompletterar varandra. De bör därför inte hållas organisatoriskt åtskilda som i stor utsträckning är fallet i den nuvarande socialstyrelsen. På avdelningen för förebyggande arbete och planering bör dock ligga viss planeringssamordning. En sådan samordning behövs för de uppgifter som jag tidigare föreslagit skall ligga på socialstyrelsen i fråga om personal- och utbildningsplanering. Även för övriga planeringsfrågor bör det inom avdelningen finnas en viss sammanhållande planeringskompetens. Särskilt bör detta gälla kompetens för att anpassa och stämma av socialstyrelsens planeringsarbete rörande socialsektorn i förhållande till annan samhällsplanering, såsom fysisk riksplanering, regionalpolitisk planering och ekonomisk långtidsplanering.

En viktig del av ett förebyggande arbete i generell och vid bemärkelse är att sammanställa relevanta kunskaper och erfarenheter inom socialsektorn så att de kan nyttiggöras i planeringen inom andra samhällssektorer. Här bör avdelningen för förebyggande arbete och planering ha ett sammanhållande ansvar inom socialstyrelsen. Andra delar av förebyggande verksamhet som bör ligga på avdelningen är frågor som rör hälsoskydd och hälsouppllysning. Inom hälsoskyddsfunktionen finns starka samband till vad som i proposition 1978/79:120 anförts beträffande det miljömedicinska laboratoriet och vad jag i det följande kommer att anförda beträffande ett institut för psykosocial miljömedicin. Utformningen av socialstyrelsens hälsoupplysningsarbete har jag redan ingående behandlat.

Jag har tidigare föreslagit att socialstyrelsen inte längre bör ha någon egen produktion av statistik. Socialstyrelsen skall i stället formulera krav på och analysera statistik som ett led i styrelsens fortlöpande planering och uppföljning av verksamheten inom socialsektorn. Det finns därför i fortsättningen inte behov av någon särskild statistikbyrå inom styrelsen. Socialstyrelsens organisation på statistikområdet bör enligt min mening i huvudsak anpassas till planeringsfunktionens uppbyggnad inom verket.

Detta betyder att statistisk kompetens bör finnas inom samtliga fackavdelningar. Viss sammanhållande kompetens bör finnas inom i första hand de föreslagna planeringsenheterna inom avdelningen för förebyggande arbete och planering. Socialstyrelsens ansvar för att erforderlig statistik för socialsektorns behov tas fram och därmed åtföljande krav på ett kraftfullt och samordnat agerande gör det nödvändigt att den statistiska kompetensen inom socialstyrelsen — oavsett formell organisationsinplacering — samverkar i mycket stor utsträckning. Detta bör kunna ske i projektform.

Avdelningen för socialtjänst skall svara för socialstyrelsens uppgifter inom bl. a. den sociala äldreomsorgen och omsorgen om barn och ungdom. Dessa verksamhetsområden bör motsvara var sin byrå i socialstyrelsen (byråerna för social service resp. verksamhet för barn och ungdom enligt ÖSoS förslag).

När det gäller alkohol- och narkotikafrågor och missbruksproblem anser jag att dessa frågor bör bli föremål för en samlad handläggning inom socialstyrelsen. Alkohol- och narkotikafrågor handläggs idag på flera byråer. Byrån för nykterhets- och narkomanvård (SN 4) arbetar främst med vårdfrågor. Alkoholbyrån (SN 5) utövar tillsyn över alkohol-lagstiftningens tillämpning. 1978-01-01 inrättades inom socialstyrelsen nämnden för alkoholfrågor med ett kansli som lyder direkt under verksledningen. Syftet med att inrätta nämnden var att skapa goda kontakter mellan socialstyrelsen och samhällslivet i arbetet med dessa frågor. Nämnden förbereder socialstyrelsens ställningstaganden i frågor som rör alkoholpolitiken och fördelar självständigt vissa medel för bl. a. information. Vidare finns inom nämnden för hälsoupplýsning (h-nämnden) en enhet som arbetar med information och upplýsning om beroendeframkallande medel. Förutom uppräknade byråer och nämnder som specifikt arbetar med alkohol- och narkotikafrågor är flera andra byråer på olika sätt berörda av dessa frågor, t. ex. barnavårdsbyrån när det gäller missbruk av beroendeframkallande medel bland ungdom, läkemedelsavdelningen m. fl.

I propositionen om alkoholpolitiken (1976/77:108) framhöll föredragande departementschefen att socialstyrelsen i framtiden skall ha ansvaret för alkoholpolitiken på central verksnivå. Socialstyrelsens uppgifter skall främst vara att verka för att alkoholpolitiska synpunkter nogta beaktas i samhällsutvecklingen och att samordna olika alkoholpolitiska insatser med varandra och med insatser på angränsande områden. Socialstyrelsen bör dessutom ta initiativ till särskilda insatser på informationens område, inom fritidslivet och på forskningsområdet. I propositionen betonades att de förebyggande åtgärderna bör ses som ett naturligt inslag i alkoholpolitiken. Det gäller såväl insatser inom arbetslivet som fritidsaktiviteter, brottsförebyggande åtgärder och kontrollpolitik. Vidare anfördes i propositionen "att alkoholfrågorna bör bilda grundvalen för en särskild enhet inom socialstyrelsen och att frågor rörande olika missbruksmedel organisatoriskt bör knytas nära samman. På enheten bör således kunna handläggas frågor om åtgärder rörande

missbruksmedel i övrigt”.

Jag ansluter mig till uppfattningen att arbetet med alkohol- och narkotikafrågor bör samordnas i en byrå. Detta innebär att från den nuvarande organisationen bör de nämnda byråerna (SN 4 och SN 5) samt kansliet för nämnden för alkoholfrågor och del av h-nämndens kansli inlemmas i denna byrå. I förhållande till ÖSoS förslag (sid. 89) innebär mitt ställningstagande en sammanslagning av byråerna för socialt behandlingsarbete samt alkohol- och narkotikafrågor. Förutom förebyggande insatser kommer byrån för alkohol- och narkotikafrågor således att få ett samlat ansvar för socialstyrelsens uppgifter när det gäller socialtjänstens vård- och behandlingsarbete, dvs. verksamhet vid olika vårdinstitutioner samt inom den öppna vården, t. ex. familjerådgivning. Samtidigt vill jag understryka vikten av ett effektivt samarbete mellan denna byrå och andra byråer i den nya organisationen som kommer att vara berörda av t. ex. missbruksfrågor.

I den av ÖSoS föreslagna socialtjänstavdelningen ingår en byrå för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. Samhörigheten med socialtjänsten motiveras av normaliseringssträvandena. Jag ser positivt på att inordna omsorgerna om de psykiskt utvecklingsstörda i ett vidare socialt sammanhang. En väl organiserad verksamhet på central nivå är emellertid också en fråga av största vikt för andra grupper av handikappade. Statens handikappråd och Handikappförbundens centralkommitté (HCK) har i sina remissyttranden över ÖSoS rapport varit kritiska till socialstyrelsens hittillsvarande insatser inom handikappområdet. Enligt min mening bör verksamhetsområdet för den av ÖSoS föreslagna byrån för psykiskt utvecklingsstörda utsträckas till att omfatta även andra handikappgrupper. En byrå för handikappfrågor bör således inrättas inom avdelningen för socialtjänst.

När det gäller ÖSoS förslag rörande hälso- och sjukvårdsavdelningen bör särskilt beaktas vad jag tidigare anfört beträffande beredskapsfrågorna. Socialstyrelsens uppgifter på detta område bör i likhet med andra verksamhetsområden i ökad grad avse övergripande planering, samordning och uppföljning. Dessa uppgifter bör i största möjliga utsträckning ligga på de olika fackenheterna. Jag vill emellertid understryka behovet av att det på beredskapsområdet också finns en samordnande funktion inom socialstyrelsen, bl. a. för att samverka med det övriga totalförsvaret skall fungera på ett ändamålsenligt sätt. Det samordnande ansvaret är ytterst en uppgift för socialstyrelsens verksamhetsledning. Genom inrättande av det verksamhetssekreteriat som jag tidigare föreslagit har verksamheten fått ökade möjligheter i detta avseende. Därutöver krävs också enligt min bestämda mening en specialdestinerad resurs, som har att samordna och ta initiativ i de viktiga beredskapsuppgifter som även framgent kommer att åvila socialstyrelsen. Det samordnade ansvaret och därmed sammanhängande personalresurser bör förläggas i anslutning till de båda planeringsenheterna inom avdelningen för förebyggande arbete och planering. Därmed skapas på central nivå förutsättningar för en samordning mellan den övergripande beredskapsplanläggningen och den övergripande fredsmässiga planeringen av främst hälso- och sjukvården, men

också av socialtjänsten. Eftersom den civila hälso- och sjukvårdens fredsorganisation och resurser – materiellt och personellt – utgör grundvalen för krigsorganisationen är det uppenbart att det föreligger ett påtagligt behov av en effektiv samordning på alla nivåer mellan fredsplanering och beredskapsplanläggning. En ökad samordning på central nivå bör enligt min mening ge större förutsättningar för bättre samordning och integrering av planeringsprocesserna på regional och lokal nivå. Jag är f. n. inte beredd att ta ställning till om den samordnande resursen för beredskapsfrågor skall utgöra en särskild byrå eller om den kan inordnas i de planeringsenheterna som enligt mitt förslag skall ingå i avdelningen för förebyggande arbete och planering. Frågan bör närmare prövas av organisationskommittén.

Den av ÖSoS föreslagna byrån för medicinsk rehabilitering och långvård bör enligt min mening renodlas till en byrå för långtidssjukvård, som blir en tung sektor i den framtida hälso- och sjukvården. Frågor rörande medicinsk rehabilitering bör föras till byrån för läns- och regionsjukvård. I hälso- och sjukvårdsavdelningen bör ingå en byrå för tandvårdsfrågor. Liksom översynsutredningen förutsätter jag att tandvårdens egenart beaktas i den nya organisationen så att lednings- och samordningsfunktionerna inte görs onödigt tungrodda, utan att möjligheterna till delegering tillvaratas i den utsträckning som verksamhetens särskilda förutsättningar medger.

Läkemedelsavdelningens ställning har varit föremål för utredning i särskild ordning. Utredningen om den statliga läkemedelskontrollen har i ett betänkande (Ds S 1978:12) föreslagit att läkemedelsavdelningen skall skiljas från socialstyrelsen och bilda en självständig myndighet, statens läkemedelsverk. Vissa av utredningens övriga förslag har tidigare behandlats i prop. 1978/79:118 om ändring i läkemedelsförordningen m. m.

Utredningens motiv för att bryta loss läkemedelsavdelningen går i korthet ut på att avdelningen har väl avgränsade arbetsuppgifter i förhållande till socialstyrelsen i övrigt. Läkemedelsavdelningens kontakter med det övriga verket är fåtaliga och kontakterna har kommit att ytterligare försvåras genom avdelningens omlokalisering till Uppsala. I administrativt hänseende fungerar läkemedelsavdelningen mycket självständigt. Vidare har det visat sig att läkemedelskontrollens målinriktning och resursanvändning i praktiken inte formuleras av socialstyrelsens verksamhetsledning eller styrelse utan av läkemedelsnämnden, som har att besluta om registrering av läkemedel och om återkallelse av sådan registrering. Genom tillskapandet av en särskild myndighet skulle läkemedelsfrågorna få en egen organisatorisk identitet som skulle underlätta rekryteringsmöjligheterna och kontakterna med olika intressenter samt förbättra tillgängligheten för allmänheten.

Fleralet remissinstanser är positiva till utredningens förslag, de flesta dock utan att närmare redovisa skälen för sina ställningstaganden. Ett stort antal remissinstanser tar inte ställning till förslaget eller redovisar inte sin uppfattning. Ett mindre antal är direkt negativa till förslaget. En sammanställning av remissyttrandena i denna fråga bör fogas till

protokollet i detta ärenden som *bilaga 4*.

De argument som utredningen om den statliga läkemedelskontrollen fört fram och vad som framkommit under remissbehandlingen har inte övertygat mig om att ett särskilt läkemedelsverk bör inrättas. Det förhållandet att läkemedelsavdelningen har få kontakter och väl avgränsade arbetsuppgifter gentemot socialstyrelsen i övrigt kan enligt min mening inte läggas till grund för slutsatsen att läkemedelsavdelningen bör skiljas från styrelsen. Som läkemedelskontrollutredningen själv framhåller är läkemedelsförsörjningen en del av den totala hälso- och sjukvården. Läkemedel är ett av de mest betydelsefulla terapeutiska redskapen i sjukvården. Det är således viktigt att läkemedel inte ses isolerat utan i ett större medicinskt sammanhang. Med denna viktiga utgångspunkt och med de uppgifter avseende planering och tillsyn som enligt mitt förslag bör åvila socialstyrelsen inom hälso- och sjukvårdsområdet kommer det enligt min mening att krävas ett utvidgat samarbete mellan läkemedelskontrollen och övriga funktioner inom socialstyrelsen. Det är mot den bakgrunden inte rationellt att inrätta ett nytt verk och därefter – som utredningen föreslår – tillskapa ett samrådsorgan mellan det nya verket och socialstyrelsen för beredning av gemensamma frågor. Jag kan inte heller finna att rekryteringssituationen inom läkemedelskontrollen skulle vara beroende av organisationsformen och därmed förbättras om ett särskilt verk inrättas.

I utredningen framhålls, att tonvikten i läkemedelskontrollen i framtiden inte bör ligga på rutinmässig laboratoriekontroll, utan huvuduppgiften bör vara att kontinuerligt arbeta för att främja god läkemedelsanvändning i sjukvården. Jag instämmer i denna målinriktning och kan härav dra slutsatsen att det i framtiden blir svårare att avgränsa läkemedelskontrollens uppgifter från övriga myndighetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Ett ökat samarbete kommer att krävas som bäst löses om läkemedelsfrågorna handhas inom den myndighet som både har att utöva den högsta tillsynen över hälso- och sjukvården i landet och att genom ett aktivt planeringsarbete stödja sjukvårdshuvudmännens åtgärder för en ändamålsenlig utveckling av hälso- och sjukvården. Beträffande tillsynen behöver jag i detta sammanhang bara erinra om att socialstyrelsen har överinseendet över samtlig medicinalpersonal och när det gäller planeringsarbetet bör särskilt nämnas förslaget om en intensifierad verksamhet med underlag till vårdprogram för behandling av olika hälsoproblem. I båda dessa frågor är sambanden till läkemedelsfrågorna uppenbara. För sjukvårdshuvudmännen, vårdpersonalen och ytterst allmänheten måste det vara av stort värde att samtliga samhällets myndighetsfunktioner inom hälso- och sjukvården finns samlade hos en och samma myndighet. Därmed skapas de bästa garantierna för att undvika kompetensvister och oklarheter i ansvarsfördelning med försämd effektivitet i myndighetsutövningen som följd.

Förslaget om ett särskilt läkemedelsverk bör således enligt min mening inte genomföras. Läkemedelskontrollen bör ligga kvar inom socialstyrelsen. Av vad jag hittills anfört framgår att samarbetet mellan läkemedelskontrollen och övriga funktioner inom socialstyrelsen bör utvecklas och

förstärkas. Ett sådant samarbete är nödvändigt för en rad områden varav endast några skall nämnas här: överförskrivning och missbruk av läkemedel, biverkningsstudier, underlag till vårdprogram, hälsouppllysning m. m.

Läkemedelskontrollutredningen har pekat på problem i förhållandet mellan läkemedelskontrollen och socialstyrelsen i övrigt som följer av att läkemedelsnämnden har beslutsfunktioner men inget resursansvar. Läkemedelsnämnden har delvis kommit att fungera som ett styrorgan för socialstyrelsens läkemedelsavdelning. De beslut som fattas i nämnden har stark inverkan på avdelningens verksamhetsinriktning. Utredningen fann det också vara ologiskt att avdelningen är underställd läkemedelsnämnden i fackfrågor medan den i administrativt hänseende är underställd socialstyrelsen. Utredningen ansåg att uppgifterna för den nuvarande läkemedelsnämnden borde övertas av styrelsen för det föreslagna läkemedelsverket. Om förslaget med gemensam styrelse och nämnd inte kunde realiseras borde läkemedelsnämnden få en i förhållande till styrelsen rådgivande funktion.

Jag kan för egen del ansluta mig till den principiella innebörden av utredningens resonemang på denna punkt. Det måste anses som angeläget att få till stånd en bättre samordning mellan frågor som rör resursutnyttjande resp. resursansvar inom läkemedelskontrollen. Jag anser att såväl beslutsansvar som resursansvar bör ligga på den myndighet som enligt min mening skall svara för samhällets läkemedelskontroll, dvs. ansvaret bör i sin helhet ligga på socialstyrelsen. Denna åtgärd kan också ses som en naturlig och ändamålsenlig väg att förstärka samarbetet mellan läkemedelsavdelningen och den övriga socialstyrelsen. Ansvaret för läkemedelskontrollens samtliga uppgifter skulle alltså ytterst komma att åvila socialstyrelsen. Sedvanliga möjligheter till delegering bör naturligtvis tas till vara även inom detta område. Läkemedelsnämnden bör ha rollen av socialstyrelsens rådgivande expertorgan i registreringsfrågor. Detta bör komma till uttryck i instruktionen för styrelsen. Det bör ankomma på socialstyrelsen att besluta om nämndens sammansättning och att tillkalla och utse dess ledamöter. Generaldirektören eller den inom verket som denne utser till sin ställföreträdare, exempelvis chefen för läkemedelsavdelningen, bör vara ordförande i läkemedelsnämnden.

Läkemedelsavdelningens inre organisation bör liksom vad gäller övriga avdelningar närmare prövas av organisationskommittén. I likhet med läkemedelskontrollutredningen anser jag dock att de två nuvarande byråerna inom avdelningen — byrån för allmänna läkemedelsärenden och registreringsbyrån — bör slås samman till en byrå (förslagsvis benämnd registreringsbyrån), vilket bör ge förutsättningar för en rationellare arbetsordning. Denna åtgärd bör inte leda till någon förändring av antalet tjänster inom avdelningen. Även en programindelning av verksamheten bör övervägas av organisationskommittén. Personal- och rekryteringsfrågorna bör ägnas uppmärksamhet. Möjligheten till ytterligare delegering av bl. a. personaladministrativa frågor bör också prövas av kommittén.

När socialstyrelsen bildades tillskapades en administrativ avdelning för att avlasta fackenheterna administration och på så sätt frigöra resurser för utveckling av sakområdena. Den nuvarande omfattningen av de personal- och ekonomiadministrativa funktionerna gör den administrativa avdelningen till den största avdelningen inom socialstyrelsen. Styrelsens centrala administration kommer emellertid att kraftigt kunna reduceras genom de förändringar som planeras vad gäller huvudmannaskap m. m. för de organ som nu är direkt underställda verket samt slopande och förenkling av specialdestinerade statsbidrag. Vidare medför en koncentration och därmed viss minskning av det centrala verkets uppgifter ett ytterligare minskat behov av administrativ kapacitet. Till detta bör läggas min bedömning att den centralisering av administrationen som skett i den nuvarande organisationen inte i alla avseenden varit positiv. Administrationen har tenderat att ta en ökad andel av styrelsens totala resurser.

Jag vill starkt betona vikten av att de administrativa funktionerna får en rationell och i förhållande till socialstyrelsens framtida uppgifter väl avvägd uppbyggnad i den nya organisationen. Det bör eftersträvas att handlägga de administrativa frågorna mer decentraliserat och så nära sakfrågorna som möjligt. En utgångspunkt bör därvid vara att vissa administrativa funktioner skall användas för att styra verksamheten medan andra är av stödjande karaktär. De styrande administrativa funktionerna utgörs främst av verksamhetsplanering, resursförsörjning samt uppföljning och utvärdering av verksamheten. Dessa funktioner är frågor för verksledningen och bör därför handläggas i anslutning till denna. Det föreslagna verksledningssekretariatet bör ha som uppgift att biträda verksledningen i dessa avseenden. Den centrala administrationen bör ha som uppgift att i nära samverkan med detta sekretariat tillhandahålla beslutsunderlag i personal- och ekonomifrågor. Inom de ramar verksledningen bestämmer bör en stor del av de administrativa besluten kunna delegeras till resp. avdelning. I enlighet med detta bör vissa administrativa resurser överföras från den nuvarande administrativa avdelningen till de nya fackavdelningarna som stöd för dessas egen administration. Dessa administrativa resurser bör läggas i anslutning till avdelningscheferna och kan som ÖSoS föreslår benämnas avdelningskanslier.

Till de stödjande administrativa funktionerna kan räknas t. ex. redovisning, kassagöromål, personalstatistik, löneadministration och vissa andra gemensamma servicefunktioner. Dessa stödjande uppgifter bör av effektivitetsskäl handläggas i samlad form av en central administrativ organisation. Denna bör utgöras av en särskild administrativ avdelning med byråer för personaladministration, ekonomiadministration, juridik och information. Inom avdelningen bör dessutom finnas en resurs för administrativ utveckling. Jag vill understryka betydelsen av att varje myndighet fortlöpande uppmärksammar och driver frågor som rör rationalisering och utveckling av arbetsorganisation och arbetsformer.

Jag vill avslutningsvis framhålla betydelsen av att arbetsformerna i socialstyrelsens nya organisation blir flexibla och fortlöpande medger

resursomfördelning och samarbete över organisationsgränserna. För att främja en helhetssyn på olika vårdfrågor och för att möjliggöra en effektiv samverkan mellan olika sociala och medicinska fackområden har ÖSoS-utredningen föreslagit att styrelsens basorganisation kompletteras med tvärgående s. k. program. Flertalet remissinstanser som yttrat sig i denna fråga har understrukt värdet av programarbetsformen för samverkansarbetet. I flera yttranden påpekas att externa intressenter bör få tillfälle att delta i programarbetet. Jag delar utredningens och remissinstansernas uppfattning att programarbetsformen bör kunna bli ett värdefullt komplement i den nya organisationen samt ge större rörlighet i resursanvändningen och förutsättningar för ett målinriktat samarbete över avdelningsgränserna. Särskilt viktigt är detta i frågor som berör både socialvården och hälso- och sjukvården. För att lösa sina uppgifter måste socialstyrelsen inom ramen för tillgängliga resurser kunna avsätta resurser för målinriktade insatser som kräver både socialt och medicinskt kunnande.

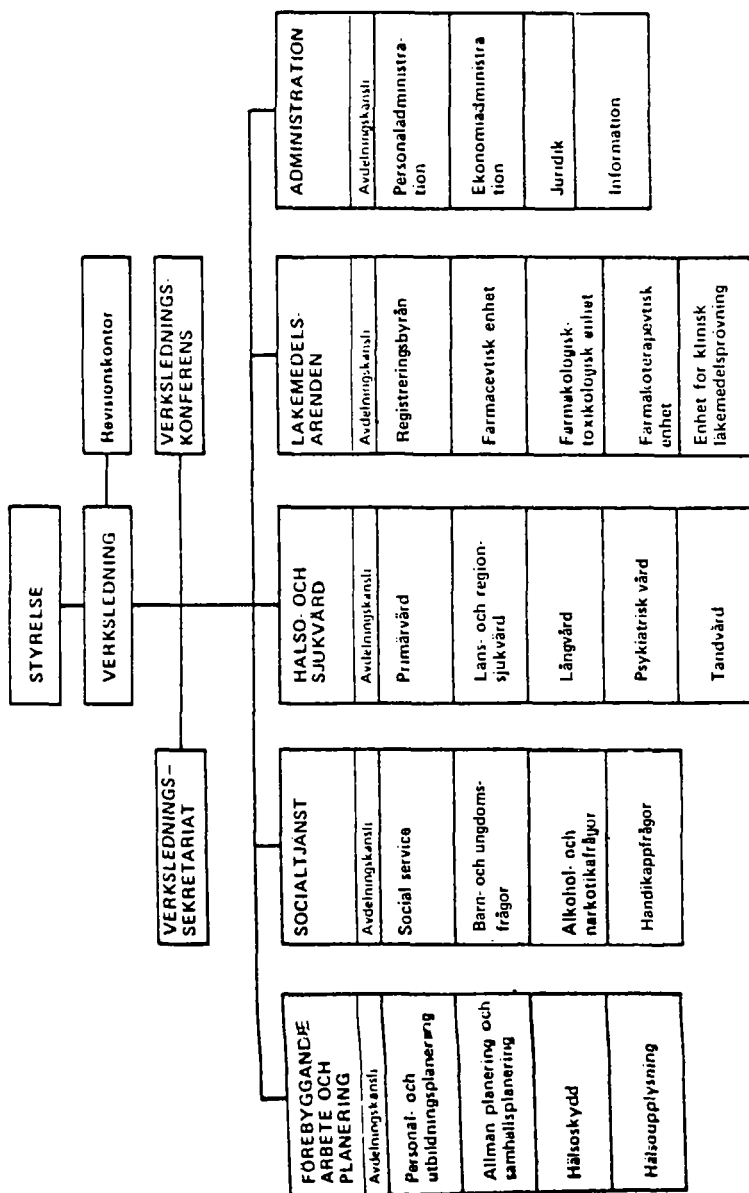
Mitt principförslag till ny organisation för socialstyrelsen framgår av organisationsschemat på sid. 100.

8.4 Socialstyrelsens nämnder m. m.

Socialstyrelsen skiljer sig från andra ämbetsverk genom att en del av styrelsens beslutsfunktioner utövas av nämnder eller råd, som utses av regeringen. Vissa nämnder fanns redan i den gamla medicinalstyrelsen. Nämndorganisationen fördes över i det nya verket och har successivt utvecklats, varvid en viss oklarhet uppkommit om vissa nämnders och råds ställning och ansvar i förhållande till socialstyrelsen.

Tanken bakom systemet har varit att nämnderna skulle avlasta socialstyrelsen vissa enskilda ärenden, individärenden o. dyl. Med tiden har avgörandet av direkta policyfrågor överlämnats till vissa nämnder, som därmed inom sitt område fått överta verkets ansvar. Samtidigt har för nämndernas räkning byggts upp en omfattande kansliorganisation inom verket. Socialstyrelsen får sålunda ställa en betydande del av sin personal till förfogande för nämnder etc., som självständigt fullgör vissa av verkets uppgifter. Socialstyrelsen disponerar följaktligen inte hela den personal för vilken den får anslag. Jag anser att denna ordning nu bör bli föremål för en genomgripande översyn. Min principiella uppfattning är att de beslutande funktioner som ankommer på socialstyrelsen bör utövas av verket. I de fall då det är rationellt att vissa av socialstyrelsens uppgifter bereds av nämnder eller råd bör socialstyrelsen själv utse nämnden eller rådet. Styrelsen bör därvid ange de uppgifter som ankommer på nämnden eller rådet. Om nämnd eller råd skall ha beslutanderätt i frågor som ankommer på socialstyrelsen måste detta komma till uttryck i styrelsens instruktion.

I fall då regeringen utser en nämnd med uppgift att helt på eget ansvar fullgöra vissa funktioner inom socialstyrelsens ansvarsområde bör nämnden



den vara fristående från styrelsen och ha egen instruktion. Även kanslifunktionen bör vara fristående. Om det finns rationellt att organisatoriskt anknyta en fristående nämnds kansli till socialstyrelsen bör kostnaderna för såväl nämnd som kansli särredovisas inom socialstyrelsens anslag.

Jag övergår nu till att närmare behandla de olika nämnderna och råden.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd

Regeringen utser framstående företrädare för medicinsk vetenskap, samhällsvetenskap och socialvård till socialstyrelsens vetenskapliga råd. De vetenskapliga råden står till styrelsens förfogande inom de olika ämnesområden och specialiteter som de representerar. F. n. har styrelsen över 150 vetenskapliga råd. Det övervägande antalet kommer från det medicinska området.

Jag anser för min del att socialstyrelsen själv bör utse sina vetenskapliga råd. Antalet bör på sikt kunna begränsas och den ensidiga inriktningen på medicin ändras.

Barnomsorgsdelegationen

Barnomsorgsdelegationen inrättades år 1974 för samråd och samverkan i frågor rörande förskoleverksamhetens innehåll, utformning och utbyggnad. Delegationen består av verkscheferna i socialstyrelsen och SÖ samt representanter för riksdagen, kommunförbundet och personalorganisationer. Den utses av regeringen och har kansli inom socialstyrelsen.

Delegationen tillkom i samband med riksdagens beslut om inrättande av en allmän förskola för sexåringar och införande av en lag om förskoleverksamhet. En samverkan mellan dessa parter kring förskoleverksamheten är naturlig och av stort värde för verksamheten. Jag är emellertid tveksam till att regeringen institutionaliserar och för lång tid fixerar sättet för en samverkan som bör vara flexibel och anpassas efter skiftande förutsättningar. Formerna för samarbetet bör enligt min mening avgöras av resp. myndigheter och organisationer. Jag förordar därför att regeringen inte längre skall utse en barnomsorgsdelegation. Formerna för det nödvändiga samarbetet bör bestämmas av parterna, dvs. de berörda ämbetsverken, personalorganisationerna och kommunförbundet.

Socialstyrelsens lekmiljöråd

I statsverkspropositionen 1970 anmäldes "ett planerat organ inom socialstyrelsen för viss undersökningsverksamhet samt information om lekmaterial och barnmiljöfrågor". För verksamheten beräknades 200 000 kr. I ämbetsskrivelse den 19 mars 1971 förordnade Kungl. Maj:t att ett särskilt organ, lekmiljörådet, skulle knytas till socialstyrelsen. Rådet skulle bl. a. verka för att ändamålsenligt lekmaterial tillverkas och

saluförs och att goda lekmiljöer skapas. Rådet skall varje år avlämna verksamhetsberättelse till socialstyrelsen och förslag till anslagsframställning. Anslaget har successivt ökats och utgör innevarande budgetår närmare 1,5 milj. kr.

Lekmiljörådet har 11 ledamöter som utses av regeringen. Medel för rådets verksamhet anvisas under socialstyrelsens myndighetsanslag (E 1). Ledamöterna företräder riksdagen, socialstyrelsen, SÖ, organisationer e. dyl. Beslut om verksamhetens inriktning etc. fattas av rådet, som också anställer personal. F. n. finns ett 10-tal tjänster som organisatoriskt är inplacerade i byrå HB 2.

Beteckningen socialstyrelsens lekmiljöråd är enligt min mening numera något oegentlig. Lekmiljörådet har sedan år 1970 utvecklats till ett självständigt organ, och kontakter har etablerats med olika samhällssektorer och myndigheter. Detta talar för att rådet bör göras formellt fristående från socialstyrelsen men med viss administrativ anknytning (personalredovisning etc.). Frågan om rådets framtida ställning och verksamhet bör enligt min mening prövas i samband med det nyligen avgivna betänkandet (SOU 1979:28) från barnolycksfallsutredningen, i vilket föreslås inrättande av en barnsäkerhetskommitté som bl. a. skall samarbeta med lekmiljörådet.

Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning

H-nämnden tillsätts av regeringen och består av 11 ordinarie ledamöter och 11 suppleanter. Nämnden har en ledningsgrupp för kost och motion och en medicinsk expertkommitté. För fem ämnesområden finns särskilda arbetsgrupper. Därutöver finns projektgrupper, expertgrupper, referensgrupper och arbetsgrupper. Det totala antalet personer som är engagerade i verksamheten är betydande.

Jag har i ett tidigare avsnitt behandlat hälsoupplýsningen. Jag föreslår att verksamheten överförs till socialstyrelsen och att h-nämnden upphör. Det bör överlåtas till socialstyrelsen att avgöra formerna för samarbetet med folkrörelser och andra organisationer i dessa frågor. Frågan om nu utgående stöd till vissa organisationer, dess omfattning och inriktning, bör som tidigare nämnts prövas av regeringen. Ifrågavarande medel bör disponeras av regeringen.

Socialstyrelsens rådgivande nämnd för handikappfrågor

Nämnden utses av socialstyrelsen efter samråd med statens handikappråd. Den har 12 ledamöter, varav 6 företräder handikapprörelsen, en handikapprådet och 5 socialstyrelsen.

Generaldirektören är ordförande i nämnden. Erforderlig kanslihjälp lämnas av socialstyrelsen. Jag finner liksom socialstyrelsen samråd med handikapprörelsen värdefullt. Nämndens konstruktion överensstämmer vidare med min principiella uppfattning att socialstyrelsen själv bör tillsätta de samverkansorgan som styrelsen finner behövliga.

Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV)

Nämnden utses av regeringen och har egen instruktion. Den består av 13 ledamöter, som företräder socialstyrelsen, UHÄ, fakulteterna, läkarkåren och huvudmännen. Den har kansli inom socialstyrelsen (PB 1). Nämnden skall bl. a. anordna dels prov för läkare som fullgör allmäntjänstgöring, dels systematisk undervisning med kunskapsprov för läkare som genomgår allmänläkar- eller specialistutbildning. Nämnden meddelar också beslut om godkänd allmäntjänstgöring samt bevis om allmänläkar- och specialistkompetens. Socialstyrelsen tillhandahåller nämnden behövlig sekreterar- och biträdeshjälp. Nämndens verksamhet bekostas dels från ett särskilt anslag G 10. Vidareutbildning av läkare, dels vad gäller stora delar av kansliet samt omkostnader för detta av socialstyrelsens förvaltningsanslag, E 1. För budgetåret 1978/79 uppgick anslaget G 10 till drygt 25 milj. kr. Kostnaderna fördelar sig på följande sätt:

Arvoden och ersättningar till ledamöter m. m.	545 000
Omkostnader för nämndens verksamhet	84 000
Prov under läkares allmäntjänstgöring	1 089 000
Systematisk undervisning och kunskapsprov	21 700 000
Sekretariat hos regionkommittéer	568 000
Allmänläkarkurser m. m.	1 100 000
	25 104 000

Utöver arvoden och ersättningar till NLV:s ledamöter och suppleanter bestrids från den första anslagsposten motsvarande ersättning avseende NLV:s delegationer och experter. Vidare bestrids kostnaderna för en av NLV tillsatt utredning för översyn av bestämmelserna för specialist- och allmänläkarutbildningen.

NLV framhåller att utbildningskapaciteten vid de medicinska fakulteterna ökat kraftigt under senare år. Samtidigt förväntas alla läkare genomgå vidareutbildning (allmäntjänstgöring – AT – och fortsatt vidareutbildning – FV). För detta ändamål anordnar NLV systematisk undervisning och kunskapsprov. För erhållande av specialistkompetens eller allmänläkarkompetens krävs sex genomgångna kurser. NLV har beräknat att det behövs 350 kurser under budgetåret 1979/80. Kurserna omfattar i allmänhet en vecka och har i genomsnitt ca 20 deltagare. Flertalet är förlagda till undervisningssjukhusens olika kliniker. NLV och dess olika ämnesexpertgrupper utför den övergripande kursplaneringen och vidtar kursledare, som bereds tre veckors tjänstledighet för förberedelser, detaljplanering, genomförande och utvärdering av kursen. Huvudparten av kursadministrationen har NLV delegerat till sekretariatet inom de särskilda regionkommittéer för läkares vidareutbildning, som inrättats av berörda sjukvårdshuvudmän i samråd med resp. medicinsk fakultet i samtliga sju sjukvårdsregioner.

NLV ombesörjer anordnandet av skriftliga prov under läkares allmäntjänstgöring. Dessa kunskapsprov anordnas i form av datarättade prov med ett stort antal flervalsuppgifter. Utarbetandet av provuppgifter

anförtros åt högt kvalificerade personer inom resp. ämnesområde.

Efter denna redogörelse för nämndens verksamhet vill jag inledningsvis erinra om min principiella inställning att socialstyrelsen själv bör utöva myndighetsfunktionen inom sitt ansvarsområde. Jag har i avsnittet om styrelsens planeringsuppgifter utvecklat min syn på styrelsens medverkan i personal- och utbildningsplanering för vårdpersonal. Jag har därvid bl. a. pekat på att vidareutbildningen av läkare som instrument i sjukvårdsplaneringen inte fullt ut nått avsedda resultat. Flera faktorer har medverkat till detta, och socialstyrelsen bör i samverkan med huvudmännen överväga behovet av åtgärder. Utvecklingen har lett till att numera alla läkare i princip förväntas genomgå allmäntjänstgöring (AT) och vidareutbildning (FV). Inriktningen av vidareutbildningen blir i stort sett avgörande för läkarkårens framtida sammansättning, fördelningen på specialiteter osv. Det nuvarande systemet för vidareutbildning innebär att NLV utför den centrala planeringen och vidtalar kursledare inom olika specialiteter. Det ankommer därefter på kursledarna och på regionkommittéernas sekretariat att ordna med detaljplanering, genomförande och utvärdering av kurserna. Enligt min mening bör socialstyrelsen som huvudansvarig myndighet svara för inriktningen av och innehållet i läkares vidareutbildning och anpassa planeringen av verksamheten till rådande och förväntat behov av specialistkompetenta läkare. Styrelsen bör sålunda även ha det övergripande ansvaret för den verksamhet som NLV nu bedriver. Genomförandet bör enligt min mening i stor utsträckning kunna regionaliseras. Därvid bör en anknytning vid region-sjukvårdsnämnderna övervägas. Socialstyrelsen bör i samråd med huvudmännen, UHÄ och övriga berörda parter närmare pröva vidareutbildningens organisatoriska uppläggning. På sikt bör en anslutning till resurser inom det ordinarie utbildningsväsendet eftersträvas.

NLV meddelar beslut om godkänd AT och bevis om allmänläkar- och specialistkompetens. Detta torde vara de frågor som kräver de största resursinsatserna från nämndens kansli. Jag anser att när läkarnas vidareutbildning numera funnit en relativt fast form bör även dessa frågor kunna decentraliseras. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samråd med berörda myndigheter och huvudmännen framlägga förslag härom. Mer komplicerade frågor om erhållande av allmänläkar- och specialistkompetens, främst då ansökan grundas på vidareutbildning som inte helt står i överensstämmelse med kraven enligt den s. k. vidareutbildningskungörelsen och socialstyrelsens föreskrifter, bör även i fortsättningen handläggas centralt. Detta bör vara en uppgift för socialstyrelsen.

NLV:s allmänläkarkurser avser efterutbildning. Inom NLV:s ram har bedrivits en särskild utredning om efterutbildning av läkare och därvid särskilt inom allmänläkarvård. NLV har begärt medel för efterutbildningskurser i långvårdsmedicin utöver den efterutbildning i allmänläkarvård som bedrivs. NLV har i mars 1979 avgivit principförslag om hur efterutbildningen för läkare skall organiseras och utformas.

Jag har i tidigare sammanhang gett uttryck åt uppfattningen att

efterutbildning av sjukvårdspersonal är en uppgift för sjukvårdshuvudmännen. NLV:s försöksverksamhet och utredning kan förutsättas bli ett värdefullt underlag för huvudmännens insatser på detta område.

NLV:s verksamhet har enligt min mening varit av stort värde för utbyggnaden av vidareutbildningen för läkare. På detta område behövs samråd mellan olika intressenter. Socialstyrelsen bör samverka med i första hand sjukvårdshuvudmännen och läkarexpertisen när det gäller planering av kurser och kursinnehåll. Planering och expertmedverkan på central nivå är inte minst viktig för kurser inom "smala" ämnesområden för att fylla kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet, men torde i viss utsträckning vara nödvändig inom samtliga ämnen. Den sakkunskap som finns inom nämnden och dess expertgrupper bör tas till vara. Detta kan givetvis ske även sedan socialstyrelsen tagit över det övergripande ansvaret för vidareutbildningsfrågorna. NLV bör i framtiden utgöra ett rådgivande expertorgan och utses av socialstyrelsen, som har att närmare ange nämndens uppgifter. Nuvarande instruktion för NLV bör upphöra.

Sammanfattningsvis anser jag således att det bör ankomma på socialstyrelsen att avgöra inriktningen av läkares vidareutbildning och utbildningens innehåll. I övrigt bör en decentralisering av vidareutbildningen komma till stånd. Bevis om allmänläkar- och specialistkompetens bör endast i undantagsfall utfärdas av socialstyrelsen. Styrelsen bör i samråd med berörda parter utarbeta formerna för den framtida vidareutbildningen av läkare i enlighet med de riktlinjer jag har angett.

Nämnden för tandläkares specialistbehörighet

Nämnden har fem ledamöter, som utses av regeringen. De företräder socialstyrelsen och tandläkarkåren. Nämnden har kansli i socialstyrelsen (HB 3).

Enligt förslag i prop. 1978/79:41 om tandläkares utbildning m. m. och riksdagens beslut (UbU 1978/79:23, rskr 1978/79:205) skall en ny specialistutbildning för tandläkare införas när huvudmannaskapet för tandvården i anslutning till odontologisk forskning förs över till huvudnämnden för folktandvården.

Riksdagen har vidare bemyndigat regeringen att inrätta en nämnd för tandläkares vidareutbildning. I regeringsförslaget har frågan om nämndens arbetsuppgifter och organisation lämnats öppen i avvaktan på ställningstagande till NLV.

En nämnd för tandläkares vidareutbildning bör inrättas vid sådan tidpunkt att kunskapsprov för den nya specialistutbildningen hinner organiseras. I enlighet med vad jag tidigare anfört beträffande socialstyrelsens nämnder är det lämpligt att delegera tillsättandet av den nya nämnden till socialstyrelsen. Den bör utgöra ett rådgivande expertorgan och det bör ankomma på socialstyrelsen att ange nämndens uppgifter. I samband med att en nämnd för tandläkares vidareutbildning tillsätts bör den nuvarande nämnden för tandläkares specialistbehörighet upphöra.

Nämnden för utländsk medicinalpersonal (NUM)

Nämnden har tre sektioner, en för läkare, en för tandläkare och en för sjuksköterskor m. fl.

Min principiella inställning till socialstyrelsens nämndorganisation har jag redan gett uttryck för. Jag tar nu upp sektionerna var för sig.

Läkarsektionen har sex ledamöter som utses av regeringen. Sektionen har kansli i socialstyrelsen (PB 1). Sektionen bedömer behörigheten hos utländska läkare som söker anställning i Sverige (allmänkompetens och specialistkompetens). Sektionen anordnar vissa kurser, t. ex. i svenska medicinförfattningar och meddelar svensk behörighet.

Sektionen för läkare handhar ett stort antal individärenden. Behovet av medverkan av experter i bedömningen är påtagligt. Enligt min mening bör verksamheten fortsätta i socialstyrelsens regi, dvs. beslutanderätten bör ankomma på verket. Nämnden – sektionen bör vara ett rådgivande expertorgan och således tillsättas av socialstyrelsen och dess uppgifter anges av styrelsen.

Tandläkarsektionen har fem ledamöter, som utses av regeringen. Den har kansli i socialstyrelsen (HB 3). Sektionen bedömer behörigheten hos utländska tandläkare som söker anställning här i Sverige. Det bör i fortsättningen ankomma på socialstyrelsen att besluta i dessa frågor samt att bedöma om behovet av expertmedverkan kan tillgodoses inom ramen för nämnden för tandläkares vidareutbildning.

Sektionen för sjuksköterskor m. fl. har sex ledamöter, som utses av regeringen. Sektionen har kansli i socialstyrelsen (PB 1). Även verksamheten inom denna sektion bör föras in under socialstyrelsens ansvarsområde. Det bör överlämnas till socialstyrelsen att bedöma behovet av expertmedverkan i denna verksamhet.

Referensgruppen för missbildningar och utvecklingsrubbingar

Referensgruppen har 12 ledamöter, som utses av socialstyrelsen. Gruppen har kansli i socialstyrelsen (PB 3).

Det fortsatta behovet av expertgruppen bör bedömas av socialstyrelsen.

Socialstyrelsens beredskapsråd

Rådet har åtta ledamöter som utses av regeringen. En av byråcheferna vid planerings- och beredskapsavdelningen är kanslichef vid beredskapsrådet. Rådet har att fungera som ett samrådsorgan mellan socialstyrelsen, andra statliga organ och de kommunala huvudmännen när det gäller beredskapsfrågor på hälso- och sjukvårdens samt socialvårdens område. I rådet är följande myndigheter och huvudmän representerade: socialstyrelsen, överbefälhavaren, försvarets sjukvårdsstyrelse, civilförsvarsstyrelsen, överstyrelsen för ekonomiskt försvar, landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet samt – för vissa ärenden – SBL och Apoteksbolaget AB.

Beredskapsrådet har i enlighet med intentionerna vid dess tillkomst fungerat som ett samrådsorgan för information och överläggningar. Det har också betraktats som ett komplement till socialstyrelsens verksamhet.

Initiativ till de ärenden, som tagits upp i beredskapsrådet för samråd, har hittills endast tagits av socialstyrelsen. Tillfälle för andra myndigheter att i rådet ta upp ärenden för samråd har dock alltid funnits. Information i olika beredskapsfrågor har däremot lämnats av samtliga i beredskapsrådet företrädade myndigheter.

Beredskapsrådet hade under de första åren efter 1968 två till tre sammanträden per år. Antalet har numera ökat till sex per år.

I en studie som genomförts inom ramen för socialstyrelsens utredning om sjukvården i krig (USK) framhålls att beredskapsrådet borde kunna aktiveras och utnyttjas i större omfattning än tidigare. Vidare borde det prövas om inte beredskapsrådet kan fungera som "medicinsk katastrofkommission" samt över huvud taget behandla alla de med sjukvårdens säkerhet förenade frågorna (t. ex. brandskydd och verksskydd m. m.). Socialstyrelsen har i anslutning till USK-rapporten anmält att styrelsen avsåg att pröva frågan om en ändring av verksamheten i och sammansättningen av beredskapsrådet. Rådets verksamhet berörs vidare av förslag av utredningen om hälso- och sjukvården i krig (USIK).

Socialstyrelsen har i PM som inkom till socialdepartementet 1978-03-21 framlagt följande förslag till förändring av beredskapsrådet. Jag tar nu upp förslagen.

1. Den påbörjade breddningen av verksamheten i beredskapsrådet bör fortsätta. Rådet bör utnyttjas för fortlöpande samråd och information mellan berörda myndigheter och organisationer inom hälso-, sjuk- och socialvårdens områden. Sammanträdesfrekvensen inom rådet förutsätts behöva ökas.

2. Beredskapsrådets samrådsområde bör utvidgas till att även innefatta övergripande frågor rörande den fredsmässiga medicinska katastrofberedskapen. Huvuddelen av arbetet inom socialstyrelsen med beredandet av medicinska katastrofberedskapsärenden förläggs till linjeorganisationen genom att en särskild befattning – eventuellt som föredragande läkare – inrättas där för dessa ärenden, som i förekommande fall föredras för beredskapsrådet.

3. Beredskapsrådets sammansättning förändras till att omfatta ordförande samt tio ledamöter. Dessa bör representera socialstyrelsen, ÖB, försvarets sjukvårdsstyrelse, civilförsvarsstyrelsen, överstyrelsen för ekonomiskt försvar, landstingsförbundet, kommunförbundet och Apoteksbolaget AB.

Min principiella inställning att socialstyrelsens råd och nämnder bör utses av styrelsen bör gälla även beredskapsrådet. Frågan om de närmare samverkansformerna blir dock beroende av den kommande beredningen av USIK:s förslag. Jag finner inte heller anledning att följa förslaget om att rådet skall ta på sig uppgifter rörande fredsmässig medicinsk katastrofberedskap. Ansvaret åvilar sjukvårdshuvudmännen och – cen-

tralt — socialstyrelsen. Styrelsen bör inom sin linjeorganisation ha kompetens att handlägga dessa frågor. En särskild befattning bör dock inte inrättas för dessa ärenden.

Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation

Kommittén har fem ledamöter. Den har kansli — med särskild sekreterare — i socialstyrelsen (läkemedelsavdelningen).

Frågan om läkemedelsinformationen har behandlats i betänkandet (Ds S 1978:13) Läkemedelsinformationen I Synpunkter och förslag. Däri föreslås bl. a. att en särskild enhet för läkemedelsinformation skapas inom läkemedelsavdelningen och att det också tillsätts ett allsidigt sammansatt samarbetsorgan, benämnt läkemedelsinformationsrådet. Betänkandet har inte föranlett proposition till riksdagen.

Frågan om arbetsuppgifter, verksamhetsformer och sammansättning vad gäller ett samarbetsorgan för läkemedelsinformation övervägs f. n. inom en särskild arbetsgrupp bestående av representanter för socialdepartementet, socialstyrelsen, konsumentverket, landstingsförbundet, Apoteksbolaget AB samt läkemedelsindustrin.

Läkemedelsnämnden

Läkemedelsnämnden handlägger, enligt instruktionen för socialstyrelsen, ärenden om registrering av farmaceutiska specialiteter och återkallelse av sådan registrering, farmakopéärenden samt övriga på styrelsen ankommande läkemedelsärenden i den omfattning generaldirektören bestämmer. Farmakopéärenden har emellertid i praktiken helt lagts på den subkommitté för farmakopéfrågor som inrättats under läkemedelsnämnden. Läkemedelsnämnden skall även besluta om pris på läkemedel i den mån överenskommelse mellan tillverkaren och Apoteksbolaget AB ej kunnat uppnås. Läkemedelsnämnden har en beslutande funktion och i förhållande till läkemedelsavdelningen en fristående ställning.

Nämnden består av sju av regeringen särskilt utsedda ledamöter samt av chefen för socialstyrelsens läkemedelsavdelning och de två byråcheferna vid avdelningen. Inom nämnden finns ett arbetsutskott, som består av den av regeringen i nämnden utsedda ordföranden, chefen för läkemedelsavdelningen och byråcheferna vid avdelningen..

Läkemedelsnämnden får uppdra åt såväl sitt arbetsutskott som till sin ordförande eller till tjänsteman vid styrelsen att avgöra ärenden, som inte är av den principiella betydelsen att prövningen bör ankomma på nämnden i dess helhet. Denna möjlighet utnyttjas emellertid f. n. endast i mycket begränsad omfattning.

Jag har tidigare (avsnitt 8.3) föreslagit att läkemedelsnämndens beslutsfunktioner läggs på socialstyrelsen och att nämnden får en rådgivande funktion till styrelsen. Socialstyrelsen bör dock inte ha de prisövervakande funktioner som idag tillkommer läkemedelsnämnden. Frågan om kontroll av läkemedelspriserna kommer emellertid att prövas närmare av regeringen efter beredning i en särskild arbetsgrupp.

Rådgivande nämnden för fabrikssteriliserade engångsartiklar inom hälso- och sjukvården

Nämnden har åtta ledamöter och utses av regeringen. Den har kansli inom socialstyrelsen.

Enligt lagen om kontroll av fabrikssteriliserade engångsartiklar för hälso- och sjukvårdsändamål (SFS 1975:187) har socialstyrelsen tillsynen av efterlevnaden av lagen. Nämnden skall ge råd till socialstyrelsen i frågor som rör kontroll av fabrikstillverkade engångsartiklar.

Jag anser att behovet av en särskild nämnd för dessa frågor bör prövas av organisationskommittén. Om nämndens verksamhet bedöms nödvändig bör den i fortsättningen tillsättas av socialstyrelsen.

Medicinalväsendets ansvarsnämnd

Enligt förslag till riksdagen (prop. 1978/79:220) skall frågor om disciplinansvar för hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. i framtiden prövas av en särskild nämnd, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Nämnden och dess kansli skall vara fristående från socialstyrelsen. Ansvarsnämnden i dess nuvarande form kommer således att upphöra. Jag har tidigare i tillsynsavsnittet berört socialstyrelsens uppgifter i anslutning härtil.

Nämnden för internationella adoptionsfrågor (NIA)

Nämnden har nio ledamöter som utses av regeringen. Den har kansli (ca 10 personer) i socialstyrelsen (A 1). Beslut om inrättande av en tjänst som chef för nämndens kansli har fattats av riksdagen i samband med behandlingen av budgetpropositionen för 1979/80.

Riksdagen har nyligen efter förslag i proposition 1978/79:108 beslutat om vissa ändringar i NIA:s uppgifter (SoU 1978/79:41, rskr 1978/79:346). Bl. a. skall förmedling till utlandet av ansökningar om adoption av barn övergå till ideella organisationer, som auktoriseras av socialstyrelsen, i första hand adoptionscentrum. NIA skall ha en övergripande funktion med uppgifter som främst rör information, tillsyn och kontroll samt kontaktskapande verksamhet. Chefen för nämndens kansli utses av regeringen.

NIA är inom socialstyrelsen formellt knuten till nämndkansliet inom en av lagbyråerna. I praktiken fungerar NIA som en helt fristående enhet med eget kansli och eget diarium.

För egen del vill jag understryka den i förhållande till socialstyrelsen fristående ställning som getts NIA genom riksdagens beslut. NIA:s uppgifter framgår av dess instruktion. Kansliet står under ledning av nämnden och chefen för nämndens kansli. Nämnden bör – inom nuvarande personalram – själv svara för anställning av behövlig personal. Nämnden bör sålunda senare disponera egna medel. Socialstyrelsen bör tillhandahålla lokaler för NIA och i övrigt svara för vissa administrativa uppgifter (personalredovisning, löneutbetalningar etc.). Den närmare

utformningen av den organisatoriska samverkan med socialstyrelsen bör överlämnas till organisationskommittén.

Rättsläkarrådet

Rättsläkarrådet omfattar en rättsmedicinsk, en rättspsykiatrisk och en allmänmedicinsk sektion. Regeringen utser ordförande och suppleant i de olika sektionerna. Övriga ledamöter representerar socialstyrelsens vetenskapliga råd. Rådet har kansli i socialstyrelsen (A 1). Rättsläkarrådets arbetsuppgifter består i att på begäran av myndighet lämna råd i rättsliga frågor av medicinsk och psykiatrisk karaktär rörande enskild person. Rådet är vidare beslutande i vissa tillståndsfrågor rörande enskild person.

Regeringen har 1977-11-03 till socialstyrelsen överlämnat socialutskottets betänkande (SoU 1977/78:3) angående organisationen av socialstyrelsens rättsläkarråd för att beaktas i det då pågående ÖSoS-arbetet. Socialstyrelsen har 1979-02-22 redovisat resultatet av en översyn av socialstyrelsens rättsläkarråd samt nämnden för abort- och steriliseringsärenden. Socialstyrelsen föreslår bl. a. att rådet och nämnden slås samman i ett socialstyrelsens råd för sociala och medicinska frågor.

Socialstyrelsens förslag innebär i korthet att det nya rättsläkarrådet tillförs medverkan av lekmän, jurister och beteendevetare. Socialstyrelsen pekar på vikten av att hitta en så klar avgränsning som möjligt mellan ärenden som handläggs av rådet och de som handläggs av någon fackbyrå vid socialstyrelsen. Bl. a. föreslås att berörd fackbyrå skall kunna påfordra att få yttra sig innan ärende avgörs. Omorganisationen bör även ta hänsyn till kansliresurserna och möjligheten till flexibilitet i dessa. Kanslifunktionen bör alltså vara kopplad till lagbyråfunktionen. De direkta kostnaderna för det föreslagna rådet bör särredovisas i anslagen för socialstyrelsens verksamhet.

Ett ursprungligt motiv för inrättande av särskilda nämnder eller råd var som förut nämnts att dessa skulle avlasta socialstyrelsens byråer handläggningen av enskilda ärenden. Jag finner att rättsläkarrådet fyller bl. a. denna funktion. Socialstyrelsens förslag om inrättande av ett socialstyrelsens råd för sociala och medicinska frågor bör alltså genomföras. Rådet bör tillsättas av socialstyrelsen och dess uppgifter regleras i styrelsens instruktion.

Nämnden för abort- och steriliseringsärenden

Nämnden tillsätts av regeringen. Den har kansli inom socialstyrelsen (A 1).

Som framgår av det föregående delar jag socialstyrelsens uppfattning att nämndens uppgifter bör övergå till det nya rådet. Nämnden för abort- och steriliseringsärenden bör således upphöra.

Alkoholpolitiska nämnden (A-nämnden)

Enligt beslut av riksdagen år 1977 har socialstyrelsen ansvaret för alkoholpolitiken på central nivå. I syfte att skapa goda kontakter mellan socialstyrelsen och samhällslivet tillsattes socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor år 1978. Verkschefen är ordförande i nämnden, som i övrigt består av 14 ledamöter som utses av regeringen. Enligt socialstyrelsens instruktion handlägger nämnden bl. a. ärenden om fördelning av medel som ställs till styrelsens disposition för information i alkoholfrågor och för vissa fritidsaktiviteter.

Jag har i olika sammanhang framhållit att alkoholmissbruket hör till våra stora samhällsproblem. Strävan att begränsa missbruket måste engagera hela samhället. Socialstyrelsen har här ett särskilt ansvar. Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor ökar väsentligt styrelsens möjligheter att agera. Nämnden bör även fortsättningsvis utses av regeringen och dess uppgifter regleras i styrelsens instruktion. Formerna för socialstyrelsens alkoholpolitiska verksamhet måste vara flexibla, med nära samverkan mellan de enheter inom styrelsen som handhar missbruksfrågor. Det bör vara en viktig uppgift för organisationskommittén att foga samman de olika enheterna till en slagkraftig organisation.

8.5 Resurser

Jag har i det föregående föreslagit betydande förändringar i socialstyrelsens arbetsuppgifter. Uppgifterna bör koncentreras till funktionerna tillsyn och planering. Inom ramen för dessa funktioner skall socialstyrelsen vara statens främsta företrädare inom det samlade social-, hälso- och sjukvårdsområdet och i samspel med de kommunala vårdhuvudmännen medverka till att den av statsmakterna beslutade vårdpolitiken förverkligas regionalt och lokalt. Till stöd för och som ett direkt led i tillsyns- och planeringsarbetet bör socialstyrelsen bedriva visst utvecklingsarbete samt i övrigt formulera krav på FoU-insatser och sammanställa och sprida resultatet på FoU-verksamhet.

Det är min uppfattning att socialstyrelsen inte kan fylla denna viktiga roll med nuvarande mångfald av uppgifter och åtföljande splittring av styrelsens resurser. Redan storleken av verksamheten medför i sig svårigheter att bedriva ett målinriktat och effektivt tillsyns- och planeringsarbete. För att möjliggöra en kraftsamling till dessa funktioner har jag föreslagit eller, till följd av förslag som angivits i andra sammanhang, förutsatt att flera av socialstyrelsens nuvarande verksamheter ges ett förändrat innehåll eller avvecklas.

De nya förändringar innebär i många fall en decentralisering och tyngdpunktsförskjutning av ansvar och befogenheter till de kommunala huvudmännen, t. ex. i fråga om huvudmannaskap för vissa organ som nu är underställda socialstyrelsen, hälsoupplýsning, beslut om prioritering av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar (förslag härom i avsnitt 10.3), vissa ärenden rörande hälso- och sjukvårdens personal samt beredskapsuppgifter. I andra fall innebär förslagen ett överförande av

uppgifter till andra statliga organ, t. ex. i fråga om verksamheter av FoU-karaktär, statistikproduktion och flyktingfrågor. En överföring av uppgifter inom dessa områden innebär för socialstyrelsens del att personalbehovet minskar med ca 100 tjänster. Till följd av att förändringar samtidigt föreslås beträffande inriktning och utförande av dessa verksamheter förutser jag att behovet av personal vid de mottagande organen blir lägre. Vidare har förslag framlagts om direkta förenklingar t. ex. när det gäller statsbidragsgivning, samt decentralisering till de statliga regionala organen (förslag härom i avsnitt 9).

Vägleddande för förslagen om förändringar i dessa och andra verksamheter har varit kraven på effektivisering och rationellare handläggningsordning. I vissa fall leder detta fram till avveckling av uppgifter på central statlig nivå. Sammantaget innebär förslagen ett minskat resursbehov för ifrågavarande verksamheter. För socialstyrelsen beräknar jag det minskade resursbehovet till ca 310 tjänster. Jag har i mina beräkningar för enkelhetens skull genomgående använt benämningen tjänst, vilket är något oegentligt eftersom beräkningarna för fullständighetens skull även måste innefatta den personal som är anställd i socialstyrelsen utöver inrättade tjänster. Beteckningen tjänst skall därför i mina beräkningar ses liktydigt med årsarbetare.

Jag har ansett mig kunna ange blott storleksordningen på det minskade personalbehovet. Den beräkning som utförts bör därför ses som en utgångspunkt för fortsatta och mer detaljerade beräkningar. Jag har i mina beräkningar utgått från bortfall av verksamheter för socialstyrelsens del i enlighet med vad jag tidigare anfört. Vidare har jag tagit hänsyn till de allmänt sett ökade ambitionerna för styrelsen i fråga om att bl. a. tillhandahålla kunskapsunderlag för huvudmännens planering. Sålunda har exempelvis hänsyn tagits till att vissa särskilda medel som socialstyrelsen f. n. disponerar finansierar personal för uppgifter inom planeringsområdet som ligger väl i linje med mina förslag. Medlen bör därför överföras till styrelsens myndighetsanslag. Vidare har jag tagit hänsyn till det ökade behovet av extern expertis för bl. a. styrelsens planeringsuppgifter samt behovet av att förstärka vissa sakområden. Jag föreslår förstärkningar för utveckling och tillsyn inom främst äldreomsorgen och långtidsvården, psykiatri och handikappområdet. Barnomsorgen har liksom hittills fått hög prioritet.

Nettominskningen av antalet tjänster vid styrelsen kan i huvudsak hänföras till följande verksamheter:

Förändrat <i>huvudmannaskap</i> för socialstyrelsens underförvaltningar	85
Vissa <i>FoU-verksamheter m. m.</i> på särskilda medel	45
Förenkling och bortfall av vissa specialdestinerade <i>statsbidrag</i>	20
Överflyttning av <i>statistikproduktion</i> till SCB och SML	40
Omläggning av <i>hälsoupplyningsarbetet</i>	20
Överflyttning av <i>flyktingfrågor</i> till i första hand länsstyrelserna	15
Decentralisering inom <i>beredskapsområdet</i>	35
Förändring i <i>nämndorganisation och -uppgifter</i>	25
Övriga förändringar (bl. a. behov av minskad administrativ kapacitet)	50
	335
<i>Förstärkningar</i> inom äldreomsorg, långtidsvård, psykiatri och handikappområdet samt överföring från SBL (se avsnitt 10.4)	25
Nettominskning	310

Den nuvarande socialstyrelsen – det centrala verket – omfattar ca 925 tjänster. Då samtliga föreslagna verksamhetsförändringar är genomförda bör antalet tjänster vid styrelsen preliminärt beräknas till ca 615. Samtidigt har jag beräknat ett behov av särskilda medel för expertis m. m. som uppgår till 3 milj. kr. Medlen är avsedda för att skapa erforderlig flexibilitet i styrelsens verksamhet och tillföra styrelsens planerings- och utvecklingsarbete utomstående expertis. Medlen får därför inte användas för att öka antalet tjänster vid styrelsen.

Vid socialstyrelsens underförvaltningar, inkl. den regionala organisationen, berörs ca 2 000 anställda av förslag om ändrat huvudmannaskap m. m. För flertalet innebär dessa förslag i första hand byte av arbetsgivare, men i vissa fall också ändrade arbetsuppgifter.

Jag föreslår att socialstyrelsens nya organisation träder i kraft den 1 januari 1981. Anpassningen av personalresurserna är emellertid en fråga på längre sikt, som måste genomföras successivt i takt med att de föreslagna verksamhetsförändringarna kan verkställas samt i takt med den naturliga personalavgången och med hjälp av omplaceringsåtgärder. En sådan anpassning har redan inletts i samband med bl. a. medelstilldelningen i årets budgetproposition. Ingen skall behöva friställas på grund av arbetsbrist. Däremot blir omplacering och inskolning i nya arbetsuppgifter aktuell liksom krav på särskilda utbildningsinsatser. Dessa åtgärder bör självfallet genomföras i samråd med personalen. Det bör ankomma på organisationskommittén att lägga fram förslag om den närmare tidplanen och de åtgärder som erfordras för den fortsatta anpassningsprocessen. Organisationskommittén bör mer i detalj pröva resursbehovet och i början av år 1980 lägga fram förslag om anslagsram som kan underställas riksdagen inför ikraftträdandet av den nya organisationen. Jag vill också i sammanhanget peka på vikten av att i samband med organisationsförändringen eftersträva de jämställdhetsmål som statsmakterna angivit.

Den av mig angivna ramen för dimensioneringen av socialstyrelsen – ca 615 tjänster plus expertismedel – bör betraktas som ett mål, som kan uppnås först på några års sikt och som är beroende av att de föreslagna åtgärderna vad gäller avveckling eller annan minskning av styrelsens uppgifter fullt ut kan genomföras. I viktiga avseenden förutsätter detta statsmakternas ställningstagande och i vissa fall överenskommelser med

de kommunala huvudmännen. Jag är medveten om att här föreligger flera osäkerhetsfaktorer. Detta gäller även tidsaspekten. I huvudsak bör dock förslagen kunna vara genomförda budgetåret 1983/84, men vissa åtgärder kan i undantagsfall ta längre tid att genomföra. I den mån vissa förslag, som innebär minskning av socialstyrelsens uppgifter, inte kan genomföras i den utsträckning som jag avsett får självfallet personalbehovet omprövas och personalresurserna utökas i förhållande till mitt ramförslag. Detta är nödvändigt för att den roll som mitt förslag tilldelat socialstyrelsen som statligt planerings- och tillsynsorgan inte skall äventyras.

Jag anger i det följande en grov fördelning av de 615 tjänsterna på avdelningar och funktioner i den nya organisationen. Denna fördelning bör vara vägledande för organisationskommittén, som emellertid bör ha frihet att vid detaljutformningen av organisationen föreslå viss omfördelning av resurserna i första hand inom avdelningarna, men om särskilda skäl talar för detta även mellan avdelningarna. Den av mig angivna resursfördelningen utgör ett långsiktigt mål. Det bör vara organisationskommitténs uppgift att närmare överväga övergångs- och anpassningsåtgärder i samband med genomförandet av den nya organisationen.

<i>Verksledningen</i>		
Gd, Öd, sekr	4	
Verksledningssekretariat	7	
Revisionskontor	4	15
<i>Avdelningen för förebyggande arbete och planering</i>		
Ac, Avd. kansli	5	
Personal- och utbildningsplanering	25	
Allmän planering och samhällsplanering	25	
Hälsoskydd	25	
Hälsouppllysning	25	105
<i>Avdelning för socialtjänst</i>		
Ac, Avd. kansli	5	
Social service	25	
Barn- och ungdomsfrågor	60 ¹	
Alkohol- och narkotikafrågor	45	
Handikappfrågor	20	155
<i>Avdelning för hälso- och sjukvård</i>		
Ac, Avd. kansli	5	
Primärvård	20	
Läns- och regionsjukvård	20	
Långvård	15	
Psykiatri	20	
Tandvård	15	95
<i>Avdelningen för läkemedelsärenden</i>		135 ²
<i>Avdelningen för administration</i>		
Ac, Avd. kansli	5	
Personal	30	
Ekonomi	45	
Juridik	15 ³	
Information	15	110
Totalt		615

¹ Inkl. lek miljörådet (ca 10 tjänster) och NIA (ca 10 tjänster)

² Det nuvarande antalet anställda vid läkemedelsavdelningen motsvarar ungefär 135 heltidstjänster

³ Exkl. ansvarsnämnden (ca 13 tjänster)

Socialstyrelsens verksamhet bör dimensioneras med hänsyn till behovet av ett verksamhetssekreteriat som kan biträda verksamheten med att samordna styrelsens olika funktioner. Jag har i det föregående understrukit detta behov. Styrelsens revisionskontor bör kunna minskas med hänsyn till bortfallet av underförvaltningar. Det bör ankomma på organisationskommittén att i samråd med riksrevisionsverket närmare överväga revisionskontorets dimensionering med hänsyn till de föreslagna förändringarna i socialstyrelsens verksamhet.

Inom avdelningen för förebyggande arbete och planering bör finnas en sammanhållande planeringskompetens för såväl personal- och utbildningsplanering som allmän planering och samhällsplanering. Det huvudsakliga planeringsarbetet bör emellertid utföras inom avdelningarna för socialtjänst resp. hälso- och sjukvård samt vid behov inom ramen för tvärgående program. Jag förutsätter vidare att den sammanhållande kompetens som är erforderlig inom beredskapsområdet förläggs till planeringsenheterna inom avdelningen för förebyggande arbete och planering. Därigenom uppnås som jag redan varit inne på ökade möjligheter för samordning mellan den fredsmässiga vårdplaneringen och beredskapsplanläggningen.

Funktionen hälsoskydd bör omfatta frågor med anknytning till främst den allmänna hälsovården och den förebyggande miljömedicinen, inkl. den psykosociala delen. Denna funktion bör enligt min mening ges en mer framträdande roll i den nya organisationen. Detta är angeläget inte minst som stöd åt motsvarande verksamhet i den regionala hälsovårdsorganisationen inom landstingen som redovisas i det följande. Socialstyrelsen bör inom detta område ha epidemiologisk och statistisk kompetens för att kunna initiera och följa forskningen och tillse att forskningsresultaten förs ut till landstingen. På detta område bör socialstyrelsen utveckla ett nära samarbete med statens miljömedicinska laboratorium (SML) och institutet för psykosocial miljömedicin som jag föreslår i avsnitt 10.1. Inrättande av SML och ett institut för psykosocial miljömedicin – båda med nära anknytning till socialstyrelsen – bör ses som ett led i prioriteringen av de miljömedicinska frågorna i förebyggande syfte. I hälsoskyddsfunktionen har även hänsyn tagits till ett överförande till socialstyrelsen av den epidemiologiska avdelning vid SBL (förslag härom i avsnitt 10.4), vilket enligt min mening bör leda till vissa rationaliseringsvinster. För de föreslagna förändringarna beträffande hälsoupplyningsarbetet har jag lämnat en ingående redogörelse i avsnitt 7.5.6. Dessa förslag leder enligt min mening till att behovet av personal blir väsentligt lägre inom styrelsen för dessa uppgifter.

Inom avdelningen för socialtjänst innebär de föreslagna resurserna för frågor om social service och omvårdnad för bl. a. de äldre en förstärkning i förhållande till dagsläget. I arbetsuppgifterna för byrån för social service bör även ingå att svara för viss sammanhållande kompetens och samordning när det gäller socialstyrelsens åtgärder för flyktingar och övriga invandrare. Jag har tidigare (avsnitt 7.5.7) varit inne på denna fråga.

Barnomsorgen har de senaste åren högprioriterats och utvecklats starkt. Stor vikt har lagts vid utvecklings- och försöksverksamheter. Socialstyrelsen har getts ökade resurser för att kunna medverka i utvecklingsarbetet. Även under de kommande åren kommer det att krävas stora insatser från socialstyrelsens sida för att följa utvecklingen inom detta område. Styrelsens insatser inom barnomsorgen bör koncentreras på planerings- och uppföljningsarbete, bl. a. avseende utbyggnaden och pedagogiskt utvecklingsarbete. Jag har för frågor som rör barnomsorg, fritidsverksamhet för barn och ungdom samt familjerätt beräknat personalresurser som motsvarar socialstyrelsens nuvarande personalresurser inom dessa områden. Resurserna ingår i byrån för barn- och ungdomsfrågor.

I övrigt har resurserna inom avdelningen för socialtjänst beräknats med hänsyn till vad jag tidigare föreslagit om en mer samlad handläggning inom socialstyrelsen av vård- och behandlingsfrågor samt vissa andra frågor med anknytning till alkohol- och narkotikaområdet. Vidare har jag föreslagit en samlad handläggning och en särskild byrå för handikappfrågor. Även här innebär förslaget en personalmässig förstärkning. Med hänsyn till att socialstyrelsens nuvarande flyktingenhet avvecklas vill jag understryka vikten av att byrån för handikappfrågor uppmärksammar samt följer behovet av insatser bland flyktingar som kommer hit med olika slag av handikapp. Inom socialtjänstavdelningen har jag rent allmänt tagit hänsyn till behovet av kraftfulla insatser från socialstyrelsens sida när det gäller planering, utveckling och uppföljning i syfte att förverkliga intentionerna i den framtida socialtjänsten. Detta ställer också krav på ett nära samarbete mellan avdelningens byråer.

Mina beräkningar av resurserna inom avdelningen för hälso- och sjukvård tar i första hand sikte på att möjliggöra ökade insatser från socialstyrelsens sida inom bl. a. långtidssjukvården och psykiatri. Jag föreslår betydande förstärkningar i förhållande till dagsläget för utvecklingsarbete och tillsyn inom dessa prioriterade vårdområden. Jag vill dessutom understryka att avdelningens beräknade dimensionering också bör ses mot bakgrund av att vissa betydelsefulla verksamheter — hälsoskydd och hälsoupplysning — som aktivt skall medverka till att förebygga ohälsa är förlagda till avdelningen för förebyggande arbete och planering. Jag har lagt stor vikt vid såväl den fysikalisk/kemiska som psykosociala miljömedicinen.

Jag räknar inte med någon ändring av läkemedelsavdelningens dimensionering. De problem rörande bl. a. personalomsättning och rekrytering som avdelningen känt av under senare år bör emellertid uppmärksammas och följas av organisationskommittén. Erforderliga åtgärder bör beaktas av kommittén i samband med den medelsframställning som kommittén har att säga till regeringen i början av år 1980.

Socialstyrelsens centrala administration har i mitt förslag bantats kraftigt. Detta är en följd av att jag räknar med att socialstyrelsen i framtiden inte skall vara huvudman eller ha det administrativa ansvaret för de ca 115 organ ute i landet vars administration i dag sköts centralt av

socialstyrelsen. Jag har även räknat med att avveckling och förenkling av vissa statsbidrag samt en reducering av det centrala verkets personal-numerär leder till ett ytterligare minskat behov av administrativ kapacitet. Jag vill dessutom erinra om att vissa administrativa frågor förutsätts bli handlagda direkt ute på fackavdelningarna, som enligt mitt förslag erhåller resurser för detta ändamål. Juridikfunktionen har dimensionerats med hänsyn till att ansvarsnämnden och dess kansli enligt prop. 1978/79:220 föreslås bli formellt fristående från socialstyrelsen. Jag har också utgått från att viss juridisk expertis kommer att finnas inom styrelsens olika fackenheter för handläggning av olika juridiska frågor i anslutning till bl. a. de tillsynsuppgifter som kommer att åvila socialstyrelsen. Vidare förutsätts, som jag närmare utvecklar i det följande, viss juridisk rådgivning och service rörande den nya sociallagstiftningen kunna handläggas på regional nivå. Omfattningen av informationsenheten innebär en utökning i förhållande till dagsläget och är en följd av mina förslag i avsnitt 7.5.4.

De förslag jag framlagt rörande socialstyrelsens framtida roll och uppgifter bör enligt min mening inte endast leda till en antalsmässig anpassning av personalbehovet utan också av kompetensmässig anpassning. Socialstyrelsens nuvarande tjänstestruktur kännetecknas av att det stora flertalet tjänster ligger i de lägsta lönegraderna. Ca 40 procent ligger i lönegrad F 5 och lägre. Enligt min mening motsvarar denna tjänstestruktur dåligt de kvalificerade utredningsuppgifter m. m. som socialstyrelsen kommer att ha i framtiden när det gäller planering, utveckling och tillsyn. Jag anser att det finns anledning att relativt sett öka antalet tjänster på hög- och mellannivå. Organisationskommittén bör närmare överväga styrelsens tjänstestruktur och framlägga förslag härom. Antalet chefs-tjänstemän bör emellertid begränsas till vad organisationsförslaget kräver, dvs. förutom generaldirektör och överdirektör 5 avdelningschefstjänster och 23 byråchefstjänster (eller motsvarande tjänster inom läkemedels-avdelningens laboratorieenheter). Därvid har en byråchefstjänst beräknats för ledning av det föreslagna verksledningssekretariatet.

I socialstyrelsen finns numera inga tjänster som är förknippade med särskilda behörighetsvillkor med undantag för tjänster som professor och laborator vid läkemedelsavdelningen. Övriga behörighetsvillkor avskaffades redan i samband med omorganisationen år 1968. Jag anser mot bakgrund av detta att den ännu brukade titeln medicinalråd, som i stor utsträckning hänger samman med de tidigare behörighetsvillkoren, inte längre bör användas i den formella organisationen. Likaså bör titeln överinspektör för den psykiatriska vården avskaffas, eftersom denne numera saknar egna myndighetsuppgifter. Dessa åvilar sedan länge socialstyrelsen. Jag vill understryka att detta naturligtvis inte innebär någon ändring i sak beträffande socialstyrelsens tillsyn över den psykiatriska vården. Jag vill dessutom erinra om den förstärkning av socialstyrelsens resurser inom psykiatriområdet som jag föreslagit.

9. Den regionala organisationen

Socialstyrelsens nuvarande regionala organisation består av socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna. Till den regionala socialvårdsorganisationen kan även föras eftervårds- och glesbygdskonsulenterna.

Socialkonsulentorganisationen har ett nära samband med de frågor jag har behandlat i propositionen om socialtjänsten. Jag kommer därför i det följande att ta upp socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna var för sig.

9.1 Socialkonsulentorganisationen

Socialkonsulenter finns i varje län, med i regel fyra handläggare (socialvårds-, nykterhetsvårds-, barnavårdskonsulent och nykterhetsvårdsassistent) samt kanslipersonal. Socialkonsulenternas arbetsuppgifter omfattar i stort att biträda socialstyrelsen och länsstyrelsen i tillsynsarbetet, svara för viss rådgivnings- och informationsverksamhet till kommuner och enskilda samt att fungera som expert- och serviceorgan åt länsstyrelser och länsrätter i deras handläggning av sociala ärenden.

Inom konsulentorganisationen har 139 tjänster, varav 77 handläggartjänster och 62 tjänster för kanslipersonal, socialstyrelsen som huvudman. Därutöver finns 26 barnavårdskonsulenter och ett mindre antal kanslipersonal som är anställda av länsstyrelserna. Anslagen till socialkonsulentorganisationen (socialvårdskonsulenter och länsnykterhetsnämnder) uppgick budgetåret 1978/79 till 15,6 milj. kr.

I socialutredningens principbetänkande (SOU 1974:39) sägs att det i den framtida socialvårdsorganisationen finns behov av en regional enhet, men att kommunsammanläggningarna och den resursmässiga utbyggnaden av socialvården i de nya kommunerna har skapat väsentligt ändrade förutsättningar för den regionala organisationen. Arbetet på länsnivå bör, på samma sätt som för socialstyrelsen, förskjutas från tillsyn och kontroll mot planering, samordning, information, utbildning m. m.

Förslagen i socialutredningens principbetänkande kan sammanfattas i fem punkter:

- a) Att i socialstyrelsens samtliga uppgifter vara kontaktorgan mellan styrelsen och den kommunala socialtjänsten.
- b) Att ge information och vägledning samt impulser till utvecklingsarbete.
- c) Att vara "klagomur" för allmänheten.
- d) Att tillföra den regionala samhällsplaneringen sociala aspekter.
- e) Att medverka i bl. a. planering och samordning av de institutionella vårdresurserna.

Beträffande huvudmannaskapet för den regionala organisationen förordar socialutredningen att socialkonsulenterna inordnas i länsstyrelsen, men att socialstyrelsen har direktivrätt i förhållande till länsstyrelsen i vissa frågor, som gäller socialtjänsten.

Utredningen diskuterar inte närmare dimensioneringen av den regionala socialtjänstenheten.

Socialutredningens slutbetänkande (SOU 1977:40) håller i stort sett fast vid principbetänkandets förslag. Man föreslår en socialtjänstenhet på länsnivå. Slutbetänkandet trycker mer på uppgiften att tillhandagå länsstyrelsen och länsrätten i de ärenden, som avser den kommunala socialtjänsten, medan uppgiften att arbeta med institutionsplanering inte tas upp i slutbetänkandet.

I ÖSoS slutrapport konstateras i en behovsanalys att det finns behov av regionala, statliga resurser både inom socialvården och hälso- och sjukvården. Behoven inom båda dessa områden sammanfaller relativt väl med varandra och det är i båda fallen länsstyrelsen och länsrätten som har det primära behovet. Länsstyrelsen har, enligt ÖSoS, behov av social, medicinsk och miljömedicinsk kompetens såväl i sin samhällsplanering som i sin myndighetsutövande funktion. Om de nuvarande regionala resurserna avvecklades skulle länsstyrelsen bli tvungen att för ett flertal uppgifter själv skaffa motsvarande kompetens. Även socialstyrelsen har bl. a. i egenskap av tillsynsmyndighet över social-, hälso- och sjukvården behov av en regional resurs.

ÖSoS föreslår att de ifrågavarande statliga resurserna inriktas på

- tillsyn, besvär samt övrig ärendehandläggning
- kunskapsförmedling
- medverkan i samhällsplaneringen.

I likhet med socialutredningen, socialstyrelsens översynsutredning och de flesta remissinstanserna anser jag att det finns behov av regional kompetens inom det sociala området i framtiden. Jag har i propositionen om socialtjänsten förordat att länsstyrelsen skall vara regionalt tillsynsorgan för socialtjänsten. I länsstyrelsen bör därför inrättas en social enhet som kan utföra länsstyrelsens tillsynsarbete rörande socialtjänsten och bistå länsrätten med sociala bedömningar. Därutöver bör socialtjänst-enheten råda och upplysa enskilda (vara "klagomur") samt medverka som sociala experter i den regionala samhällsplaneringen. Enheten bör också handlägga de alkoholärenden som länsstyrelsen har ansvar för.

Mitt förslag innebär således att den nuvarande socialkonsulentorganisationen avvecklas och att det i stället på regional nivå inrättas en socialenhet i länsstyrelsen. Jag förutsätter att socialkonsulenter ges möjlighet till anställning vid de sociala enheterna och att även länsstyrelsens handläggare av alkoholärenden inordnas i enheten.

Den nuvarande socialkonsulentorganisationen har omfattande och skiftande arbetsuppgifter. För att arbetet på regional nivå skall bli effektivt, vill jag betona nödvändigheten av att den nya sociala enhetens uppgifter koncentreras till sådana funktioner, som inte kan och bör urövas på kommunal nivå. En viktig utgångspunkt i detta sammanhang är att det numera ute i de flesta kommuner finns en både bred och djup kompetens inom detta område genom den starka utbyggnaden av den kommunala socialvården. Frågan om roll och uppgifter för regionala statliga resurser inom detta område måste ses mot den bakgrunden.

Det är enligt min mening också väsentligt att uppgifterna begränsas

och koncentreras på ett sådant sätt att de regionala tjänstemännen ges möjlighet att uppnå och vidmakthålla tillräcklig kompetens inom sitt område. Med en alltför stor splittring på många uppgifter riskerar man att urvattna kunskandet. ÖSoS och flera remissinstanser, har tryckt på behovet av renodling av den regionala verksamheten. Socialutredningens förslag var mera vittomfattande.

Verksamheten på regional nivå bör i sin helhet förläggas till länsstyrelserna. Samtidigt kräver en effektiv regional verksamhet att ett nära samarbete och goda kontakter bibehålls och utvecklas mellan socialstyrelsen och tjänstemännen vid länsstyrelsen. Socialstyrelsen har i vissa frågor behov av en regional organisation som mellanled i kontakterna med fältet. Den regionala organisationen har å sin sida behov av kontinuerlig information från socialstyrelsen om utvecklingstendenser inom olika områden av den sociala sektorn.

Förutom strävan att undvika att den sociala enhetens arbete splittras, på samma sätt som varit fallet med nuvarande socialkonsulentorganisation, bör risken för dubbelarbete gentemot bl. a. kommunförbundets länsavdelningar uppmärksammas. Genom att den sociala enhetens arbete främst inriktas på uppgifter som ankommer på länsstyrelsen och länsrätten, motverkas enligt min mening risken för dubbelarbete gentemot andra organ på lokal, regional och central nivå. Mot denna bakgrund vill jag peka på följande arbetsuppgifter, som bör komma att utgöra viktiga delar av den sociala enhetens verksamhet: svara för länsstyrelsens tillsyn rörande socialtjänsten, bistå länsrätten med sociala bedömningar, ge rådgivning och information till enskilda, medverka som sociala experter i den regionala samhällsplaneringen samt handlägga alkoholärenden. Jag skall i det följande närmare gå in på de enskilda arbetsuppgifterna. Vidare kommer jag att ta upp möjligheterna att decentralisera arbetsuppgifter från socialstyrelsen till länsstyrelserna.

Enligt förslaget till ny socialtjänstlag kommer den regionala tillsynen över socialtjänsten att utövas av länsstyrelsen. Det innebär att länsstyrelsen, om den finner anledning, i vissa fall kan företa inspektion eller initiera utredning. Länsstyrelsen skall också biträda socialnämnderna med råd i deras verksamhet och följa socialnämndernas tillämpning av gällande lagstiftning. Hem för vård eller boende som har inrättats gemensamt för kommunerna inom ett landstingsområde kommer att stå under länsstyrelsens direkta tillsyn.

I takt med huvudmännens resurstillväxt både kvantitativt och kvalitativt har även deras möjligheter att kontrollera den egna verksamheten ökat, vilket medfört minskat behov av statlig detaljgranskning av enskilda huvudmäns verksamhet. Formerna för tillsyn har därför successivt övergått från kontroll och inspektion till överläggningar med förtroende- män och personal. Det huvudsakliga syftet med tillsynen bör enligt min mening vara att följa och medverka till att socialtjänsten utvecklas på ett ändamålsenligt sätt. Den regionala tillsynen bör främst inriktas på en allmän bedömning av om verksamheten innehållsmässigt svarar mot de krav och intentioner, som fastslagits av regering och riksdag, samt en

bevakning av att kommunernas egentillsyn fungerar.

De nybildade länsrätterna kommer att ha behov av expertmedverkan från den sociala enheten i olika ärenden. I dag avser socialkonsulenternas medverkan i länsrätten, utöver besvärärenden, även familjerättsärenden (vårdnad och umgängesrätt), omhändertaganden för samhällsvård, tvångs- omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen, körkortsärenden m. m. Socialkonsulenterna yttrar sig skriftligt och ibland även muntligt genom att de också deltar vid länsrättens förhandlingar. Till följd av sin anknytning till länsstyrelsen har länsrätten hittills automatiskt förfogat över länsstyrelsen och socialkonsulenternas samlade kunskap inom det sociala området. Kontakterna har underlättats genom den personal- och lokalmässiga närheten. Genom länsrätternas utbrytning ur länsstyrelserna den 1 juli 1979 har personalunionen med länsstyrelserna upphört. Behov av yttranden från länsstyrelserna kommer emellertid att kvarstå.

Uppgiften att ge råd och information till allmänheten i sociala frågor bör enligt min uppfattning ses som en naturlig del av tillsynsansvaret. Socialkonsulentorganisationen fungerar i dag ofta som ett slags "klagomur" för allmänheten genom att den mottar och behandlar förfrågningar och klagomål. Sådana ärenden aktualiseras dessutom genom att länsstyrelsen, regeringen, JO m. fl. remitterar förfrågningar/klagomål till den regionala organisationen för utredning och yttrande.

Denna uppgift gentemot allmänheten anser jag vara väsentlig med hänsyn till den enskildes rättssäkerhet. Den enskilde skall, förutom att kunna vända sig till socialförvaltningen inom sin kommun, kunna vända sig till länsstyrelsen med klagomål och kritik och på den sociala enheten få sakkunnig information. Kontakten kan, efter enhetens bedömande, leda till att länsstyrelsen verkställer utredning, att den enskilde får information om hur han bör göra för att överklaga ett beslut eller att tjänstemännen på sociala enheten genom kontakt med berörd social centralnämnd kan medverka till att eventuella missförstånd reds ut. Jag förutsätter att det i den framtida socialtjänsten genom socialnämndens försorg görs känt för allmänheten att man vid sidan av kommunerna även kan få information och råd på länsstyrelsens sociala enhet.

Jag anser att medverkan i samhällsplaneringen bör bli en väsentlig uppgift för den sociala enheten. En av utgångspunkterna för en förändrad socialvård, såsom den har beskrivits av socialutredningen och i propositionen om socialtjänsten, är att socialvården skall medverka i samhällsplaneringen. Ett syfte med socialvårdens medverkan i samhällsplaneringen, av vilken den samordnande regionala planeringen är en viktig del, är att verka för att de planeringsansvariga organen beaktar olika sociala aspekter. Detta blir i hög grad en fråga om att lyfta fram sådana faktorer, som på både kort och lång sikt utgör risker för människors utveckling i fysiskt, psykiskt och socialt hänseende. Socialsektorn kan därvid inte ersätta planeringsorganen utan den får som främsta uppgift att, utifrån sina speciella erfarenheter, bidra till att analysera de sociala konsekvenserna av olika planeringsalternativ.

Ansvar för samhällsplaneringen ligger hos olika organ på riks-, läns-

och lokal nivå. Socialdepartementet, socialstyrelsen, länsstyrelsen och den kommunala socialnämnden bör, enligt socialutredningen, på resp. nivå ha ansvar för att sociala aspekter beaktas i samhällsplaneringen. Jag vill peka på att det i dag saknas social kompetens inom länsstyrelsen för insatser i anslutning till samhällsplaneringsuppgifterna. Socialkonsulenter-na har hittills inte deltagit i länsstyrelsens planeringsarbete annat än i mycket begränsad utsträckning. I det fortsatta arbetet med att utveckla samhällsplaneringen behöver länsstyrelsen enligt min mening ha tillgång till bl. a. social sakkunskap.

Till länsstyrelsens uppgifter hör att samordna statlig, kommunal och landstingskommunal planering. Länsstyrelsens samhällsplanering kan grovt indelas i tre områden:

- regionalpolitisk planering, dvs. att fördela arbete, bostäder och service inom och mellan skilda områden;
- fysisk planering, dvs. att skapa en god och funktionell miljö;
- regional trafikplanering, dvs. att utveckla ett bra transportsystem för människor och gods.

Jag anser att den sociala enhetens deltagande i planeringsarbetet är angeläget inom samtliga nämnda områden.

Den regionalpolitiska planeringen utgör den övergripande planeringen i länet och bedrivs rullande. Inom länsstyrelsen utarbetas länsprogram, som innehåller prognoser för befolkningsutvecklingen, näringslivets utveckling m. m. samt förslag till lämpliga åtgärder. I länsprogrammet behandlas arbete, service och miljö. Områden som bostäder, utbildning, kultur, sociala tjänster, hälso- och sjukvård tas också upp. De flesta överväganden i dessa sammanhang måste bygga på sociala hänsynstaganden. Några specifikt sociala intressen är emellertid i dag inte företrädade i arbetet med dessa frågor inom länsstyrelsen.

Den fysiska planeringen är till stora delar en kommunal uppgift. Det är i kommunen de primära och väsentliga avvägningarna sker mellan olika intressen. Det är därför viktigt att de sociala aspekterna kommer in redan i den kommunala planeringen, vilket i första hand är en uppgift för berörda kommunala nämnder. Även den sociala enheten bör bevaka dessa frågor genom medverkan i länsstyrelsens plansamråd med kommunerna. Vid länsstyrelsens fastställelseprövning av de fysiska planerna är det också viktigt att minimikraven ur social synpunkt bevakas.

Länsstyrelsen utarbetar regionala trafikplaner, vilka omfattar såväl persontransporter som godstransporter och anläggningar. Utvecklingen av de allmänna kommunikationerna inom länet har viktiga sociala konsekvenser, som motiverar en bevakning av de sociala aspekterna.

Den sociala enheten bör även kunna delta i den planering som sker inom naturvårdsfunktionen på länsstyrelsens naturvårdsenhet. Denna funktion ansvarar för ur social synvinkel viktiga områden såsom fritid, fiske, rekreation och motion.

Den sociala enhetens medverkan i planeringsarbetet kan således ske inom olika områden och på olika nivåer. Jag vill särskilt framhålla att

enheten i planeringsverksamheten bör ha särskilda förutsättningar att bevaka de s. k. svaga gruppernas behov. Inom vårdsektorn finns dels kunskaper om olika gruppers problem och orsakerna till dessa problem, dels speciella förutsättningar att söka sådan kunskap. För att man i planeringsprocessen skall kunna ta hänsyn till de sociala aspekterna ställs krav på ett tillförlitligt faktaunderlag. Det är därför väsentligt att de erfarenheter som fortlöpande vinnas i arbetet inom socialtjänsten på ett systematiskt sätt samlas in och bearbetas för att kunna ligga till grund för bedömningar om utformningen av den framtida miljön.

Den sociala enhetens medverkan i den regionala samhällsplaneringen på det sätt som jag här föreslagit kommer bl. a. att ställa krav på att tjänstemännen på enheten håller sig å jour med resultaten av den forsknings- och utredningsverksamhet som bedrivs. Detta förutsätter ett väl utvecklat samarbete med såväl de kommunala huvudmännen som socialstyrelsen.

Inom länsstyrelsen finns speciella handläggare av alkoholärenden ("utskäkningsärenden"), vilka f. n. ingår i länsstyrelsens allmänna enhet. De sorterade tidigare under riksskatteverkets alkoholbyrå. Denna överfördes 1978-01-01 till socialstyrelsen som en följd av riksdagens alkoholpolitiska beslut år 1977. Länsstyrelsen är tillstånds- och tillsynsmyndighet för handeln med drycker. Verksamheten regleras främst av lagen (1977:293) om handel med drycker med tillhörande dryckeshandelsförfordning (1977:305) samt socialstyrelsens föreskrifter. I och med denna nya alkohollagstiftning har verksamhetens inriktning vid länsstyrelsen delvis förändrats och utökats. Det förutsätts i nämnda alkoholpolitiska proposition att övervakningen av handeln med drycker skall få en mer offensiv inriktning än hittills med särskild tonvikt på förebyggande insatser och skärpt lagtillämpning. Förändringen består i att ärenden rörande detaljhandel med öl och tillstånd till servering av öl samt vissa medgivanden m. m. rörande servering av drycker har flyttats från polismyndigheterna till länsstyrelserna. Med anledning av dessa förändringar har antalet länsstyrelsehandläggare fr. o. m. den 1 juli 1977 ökat från totalt 27,5 till 45.

Övervakningen av handeln med alkoholdrycker är en del av alkoholpolitiken som i sin tur är en del av socialpolitiken. Det är därför viktigt att länsstyrelsens behandling av dessa frågor inte sker isolerat, utan att de kommer in i ett större socialt sammanhang. Jag anser att på samma sätt som en integration på central nivå, genom överförandet av alkoholbyrån från riksskatteverket till socialstyrelsen, bör en integration genomföras även på regional nivå. Jag förordar därför att länsstyrelsens alkoholhandläggare ingår i den sociala enheten.

I samband med inrättandet av en regional social enhet vill jag betona vikten av att arbetsuppgifter så långt möjligt decentraliseras från socialstyrelsen till länsnivån. Jag vill erinra om att det förslag till omorganisation av socialstyrelsen som jag lagt fram i det föregående redan i sig inrymmer betydande decentraliseringsåtgärder, i första hand till de vårdansvariga huvudmännen, som får långtgående effekter på

styrelsens organisation och resurser. Ytterligare arbetsuppgifter bör emellertid enligt min mening kunna decentraliseras till den regionala nivån, särskilt inom de verksamhetsområden som rör statsbidragsärenden, planering, juridisk rådgivning, tillståndsgivning enligt alkohollagstiftningen samt flyktingfrågor.

Socialstyrelsen disponerar och administrerar för närvarande ett stort antal statsbidragsanslag (budgetåret 1978/79 ca 25 st.) av olika karaktär. Adminitrationen av de olika statsbidragen varierar starkt, främst beroende på detaljeringsgraden i statsbidragsreglerna. Vissa statsbidrag är mycket komplicerade och reglerade, vilket kräver en omfattande granskning av ansökningar. Andra statsbidrag är enkla och utbetalas efter schablonmässiga regler. Socialstyrelsens arbete med statsbidragen består huvudsakligen i petitaarbete, granskning och utbetalning samt utfärdande av tillämpningsföreskrifter.

En stor del av de statsbidrag som administreras av socialstyrelsen har nyligen övervägts av olika utredningar. De viktigaste utredningarna i detta sammanhang är socialutredningen och kommunalekonomiska utredningen. Även ÖSoS har övervägt vissa statsbidrag. Flera statsbidrag försvinner eller ersätts med skatteutjämningsbidrag som en följd av vad riksdagen beslutat med anledning av propositionen (1978/79:95) om den kommunala ekonomin. Fortfarande kommer det inom vissa områden att finnas behov av särskild stimulans i form av statsbidrag. Denna typ av stimulansbidrag kommer även i framtiden att kräva olika slag av kontakter med kommuner och andra vårdhuvudmän. Handläggningen av vissa sådana bidrag torde med fördel kunna föras över till de sociala enheterna. Sådana bidrag som utgår efter mer schablonmässiga grunder och som för utbetalning endast kräver enklare sammanställningar av uppgifter från kommunerna bör av effektivitetsskäl även fortsättningsvis handläggas centralt av socialstyrelsen. Vilka statsbidrag och vilka delar av handläggningen som skall föras över till regional nivå får utifrån dessa riktlinjer prövas efter hand. Jag vill emellertid redan nu föreslå vissa decentraliseringar.

Socialstyrelsen handlägger ärenden som avser godkännande för statsbidrag av inackorderings- och behandlingshem inom nykterhets- och narkomanvården. Det planerade överförandet till kommunala huvudmän av det samlade resursansvaret för olika vårdinstitutioner innebär att dessa ärenden minskar i omfattning. Kvar torde i huvudsak bli ett mindre antal ärenden rörande inrättandet av i enskild regi bedrivna behandlingshem inom narkomanvården, där även fortsättningsvis ett godkännande kommer att erfordras som grund för utbetalning av statsbidrag. Ett sådant statsbidragsärende kräver överläggningar med huvudmannen, berörda kommuner etc.

Jag förordar att — efter en förväntad huvudmannaskapsreform — ärenden som gäller godkännande av i enskild regi anordnade behandlingshem för narkotikamissbrukare behandlas av den sociala enheten inom länsstyrelsen. Det bör ankomma på länsstyrelsen att godkänna behandlingshemmet efter hörande av sedvanlig byggnadsteknisk expertis. Läns-

styrelsens beslut i ärendet bör sändas till socialstyrelsen, som med eget yttrande överlämnar det till regeringen, som enligt gällande regler meddelar beslut i bidragsfrågan.

I regeringens proposition 1978/79:111 har föreslagits vissa förenklingar av statsbidragen inom barnomsorgen. Vidare har föreslagits undantag från livsmedelslagens tillämpning på kök i förskola m. m. Dessa åtgärder kommer att medföra ett minskat behov av myndighetskontroll. Förslag om ytterligare förenklingar i statsbidragsgivningen till barnomsorgen som leder till en minskning av socialstyrelsens kontroll- och granskningsuppgifter har nyligen lagts fram i en departementspromemoria (Ds S 1979:03).

I promemorian föreslås att bestämmelserna om ytnormer avskaffas och ersätts av en av riksdagen antagen rekommendation. Detta innebär att ritningsgranskning och fastställande av platsantal skulle bortfalla. Vidare föreslås att socialstyrelsens granskningsuppgifter m. m. i samband med statsbidragsgivningen förs över till länsstyrelserna liksom utbetalningen av bidragen.

För egen del anser jag att mycket talar för att länsstyrelserna bör få ansvaret för prövning och utbetalning av statsbidragen. En decentralisering ger förutsättningar för bättre kontakt mellan granskande organ, dvs. länsstyrelsernas sociala enheter, och de ansvariga kommunala organen. Länsstyrelserna bör också – i samarbete med socialstyrelsen – följa upp kommunernas planering för barnomsorgen. Jag har emellertid funnit det lämpligt att genom remiss inhämta synpunkter på förslaget, varför ett definitivt ställningstagande får anstå.

Jag har tidigare föreslagit (avsnitt 7.3) att vissa delar av planeringsarbetet rörande socialtjänsten bör ligga på regional nivå. Med tanke på det förhållandevis stora antalet huvudmän för socialvården bör socialstyrelsens uppföljning av den planerade utvecklingen grundas på regionala sammanställningar av kommunernas planer för socialtjänsten och dess olika delar. Den sociala enheten bör ta del av och kommentera SCB:s regionala sammanställningar av kommunernas planer för socialtjänsten innan dessa sänds till socialstyrelsen. Socialstyrelsen gör sedan översiktliga rikssammanställningar och analyserar samt kommenterar planerna med utgångspunkt från de intentioner, som angivits av statsmakterna. Kommunernas redovisning av planer rörande socialtjänsten följer enligt vad jag tidigare nämnt av det tillsynsansvar för socialtjänsten som enligt den nya lagstiftningen skall åvila socialstyrelsen och länsstyrelserna.

Vid socialstyrelsen finns f. n. två lagbyråer. I båda byråernas arbete ingår att ge juridisk service till myndigheter, organisationer, andra organ samt till allmänheten. Uppgiften att lämna denna service till myndigheter och allmänhet ökar i omfattning och beskrivs av socialstyrelsen som betungande. Vidare bedömer socialstyrelsen att de nya lagar som inom de närmaste åren träder i kraft inom området i inledningsskedet kommer att ytterligare öka antalet förfrågningar.

Jag delar uppfattningen att den nya lagstiftningen till att börja med

kan leda till ett ökat behov av råd och information. Däremot är jag tveksam till om huvuddelen av denna information skall utgå centralt från socialstyrelsen. Mycket talar i stället för att man bör utnyttja den juridiska kompetensen på länsstyrelserna inom detta område.

Som jag tidigare varit inne på skall en uppgift för den sociala enheten vara att ge råd och information till allmänheten och fungera som "klagomur". Det ter sig därför naturligt att även den utåtriktade juridiska service och rådgivning, som i dag utgår från socialstyrelsen centralt, i framtiden blir en uppgift för den regionala nivån. Genom samverkan mellan den sociala enheten och den allmänna enheten inom länsstyrelsen bör en juridisk kompetens inom socialrättsområdet och närliggande områden kunna utvecklas som möjliggör att ansvaret för denna utåtriktade juridiska service till allmänhet, myndigheter och organisationer i stor utsträckning decentraliseras till länsstyrelsen. I sakens natur ligger att i vissa speciellt komplicerade rättsliga frågor måste man även i framtiden ha möjlighet att vända sig till socialstyrelsen.

Socialstyrelsen svarar för en inte obetydlig del av den tillståndsgivning som krävs enligt alkohollagstiftningen. Det bör enligt min mening prövas om dessa frågor kan decentraliseras till länsstyrelsernas sociala enheter, som enligt vad jag tidigare föreslagit skall innefatta de nuvarande alkoholhandläggarna vid länsstyrelserna.

Socialstyrelsens verksamhet för flyktingar har jag berört i ett tidigare avsnitt (avsnitt 7.5.7). Jag har därvid föreslagit förändringar i fråga om socialstyrelsens roll i detta sammanhang. I den mån vissa länsstyrelser har behov av särskild sakkunskap inom flyktingområdet, kan det övervägas att inrätta särskilda tjänster på de sociala enheterna, motsvarande den typ av flyktingkonsultenttjänster som i dag finns på central nivå. Jag har tidigare framhållit att det bör övervägas om det skall vara en uppgift för arbetsmarknadsverket att i samarbete med vederbörande kommun svara för bostadsanskaffning m. m. för sådana flyktingar som hittills har tagits om hand av socialstyrelsen. I den utsträckning socialstyrelsen kommer att ha kvar visst ansvar inom flyktingverksamheten bör den praktiska handläggningen av uppgifterna i stor utsträckning kunna decentraliseras till länsstyrelserna och dessas sociala enheter. Jag vill i sammanhanget också erinra om mitt tidigare nämnda (avsnitt 7.5.7) förslag om att den administration av statsbidrag avseende flyktingar som socialstyrelsen svarar för skall överföras till länsstyrelserna och invandrarverket.

Det torde vara möjligt att finna ytterligare arbetsuppgifter inom socialstyrelsen, där man kan överväga decentralisering. Jag avser därför att uppdra åt den organisationskommitté som skall svara för genomförandet av den nya organisationen att fortlöpande under arbetet komma med förslag om ytterligare decentralisering inom områden, där det visar sig lämpligt.

Även med länsstyrelsen som huvudman för den regionala enheten har socialstyrelsen enligt min mening ett ansvar för fort- och vidareutbildning inom sina fackområden av den sociala enhetens personal. Länsstyrelsernas organisationsnämnd (LON) svarar för den länsstyrelsespecifika

utbildningen. På sikt bör en introduktionsutbildning för nyanställd personal inom den sociala enheten utvecklas. Den regionala organisationen bör också ha möjlighet att delta i utbildning och konferenser, som anordnas för förtroendevalda och tjänstemän i kommunerna.

Det bör finnas möjlighet att på regional nivå ta initiativ till utvecklingsarbete liksom för socialstyrelsen att initiera utredningsuppdrag på den regionala nivån. I dessa uppgifter kan de regionala tjänstemännen med sin kännedom om de specifika förhållandena inom länet komplettera det centrala verkets djupare kunskaper inom fackområdena. Samarbete mellan flera län bör i dessa sammanhang kunna förekomma. Jag vill också understryka vikten av ett effektivt samarbete mellan socialstyrelsen och länsstyrelsens sociala enhet i övrigt. Formerna för samarbetet bör regleras enligt samma principer som gäller mellan andra statliga myndigheter och länsstyrelsen.

Vad gäller dimensioneringen av de sociala enheterna förutsätter jag, såsom jag tidigare framhållit, att de nuvarande socialkonsulenterna ges möjlighet till anställning vid enheterna. På sikt anser jag att man bör sträva efter att inom ramen för de befintliga resurserna åstadkomma en differentiering av enheternas dimensionering med hänsyn till de skiftande behoven i olika län. Frågan om den sociala enhetens inplacering i länsstyrelsens organisation bör närmare prövas av organisationskommittén tillsammans med länsstyrelsernas organisationsnämnd (LON).

Jag vill slutligen nämna att jag i likhet med socialutredningen anser att tjänsterna för eftervårdskonsulenter bör avvecklas i samband med att huvudmannaskapet för ungdomsvårdsskolorna ändras.

9.2 Länsläkarorganisationen

Länsläkarorganisationen bildades år 1962 genom att man till en organisation sammanförde förutvarande förste provinsialläkaren och länets hälsovårdskonsulent. Riktlinjerna för den nya organisationen drogs upp i betänkandet (SOU 1958:15) Hälso- och öppen sjukvård i landstingsområdena, som lades fram av 1954 års kommitté för översyn av hälso- och sjukvården i landet.

I betänkandet föreslogs att förste provinsialläkaren skulle kallas länsläkare. Förutom arbetsuppgifter inom omgivningshygien skulle länsläkaren även verka inom hälsovårdssupplysningen och inom tillsynen av den förebyggande vården och av hälso- och sjukvården i övrigt. Utredningen föreslog att länsläkaren vid sin sida skulle ha en biträdande länsläkare, en hälsovårdskonsulent och länssjuksköterska. Hälsovårdskonsulenten skulle i första hand ägna sig åt samarbetet med kommunerna angående den omgivningshygieniska tillsynen. Länssjuksköterskan skulle främst biträda länsläkaren i tillsynen av den sjukvårdande verksamheten. Organisationen föreslogs vara underställd medicinalstyrelsen, men den skulle om möjligt ha sina lokaler inom länsstyrelsen, vilken också skulle ge skrivhjälp och biträda organisationen i juridiska frågor.

Propositionen 1961:181 byggde i stort på utredningens förslag. Där

angavs följande huvudinriktning för länsläkarorganisationens verksamhet:

- att medverka i all hälso- och sjukvårdsplanering inom länet
- att utöva tillsyn över hälso- och sjukvårdsförhållandena
- att stå länsstyrelser och kommunala organ och andra sammanslutningar till tjänst med råd och upplysningar i frågor som rör den allmänna hälsovården
- att ägna särskild uppmärksamhet åt utvecklingen på det omgivningshygieniska området.

Den successiva utbyggnad av länsläkarorganisationen, som utredningen föreslog, genomfördes dock aldrig. Länsläkarorganisationens instruktion, som trädde i kraft år 1965, omfattade en stor mängd sinsemellan oprioriterade arbetsuppgifter av varierande dignitet och omfattning. Arbetet har därför kommit att skifta mellan olika län. År 1972 tillsattes en utredning inom socialstyrelsen med uppgift att föreslå dels lämplig inriktning av arbetet vid länsläkarorganisationen, dels ett system för socialstyrelsen att löpande kunna påverka inriktningen av detta arbete.

Mot bakgrund av utredningens förslag har en prioritering av länsläkarorganisationens uppgifter gjorts. Inom sjukvårdsområdet har tillsynen över den privat utövade sjukvården ansetts mycket angelägen medan deltagande i sjukvårdsplaneringen bedömts mindre väsentlig. Inom den allmänna hälsovården har det miljömedicinska området prioriterats. Inom detta område medverkar organisationen i att föra ut socialstyrelsens råd och föreskrifter i olika frågor, samt återför till styrelsen den lokala och regionala nivåns behov av insatser från centralt håll. Vidare bedrivs viss undersöknings- och utredningsverksamhet åt socialstyrelsen. Länsläkarorganisationen biträder också länsstyrelsen med medicinsk sakkunskap i dess arbete med såväl tillsyn, planering som handläggning av enskilda ärenden. Biträde åt länsstyrelsen omfattar även uppgifter utanför det miljömedicinska området, främst kan här nämnas medverkan i körkortsärenden. I råd och upplysningsverksamheten till hälsovårdsnämnderna eftersträvas en utveckling mot generellt verkande åtgärder, medan rådgivningen i enskilda ärenden bör minska.

Inom länsläkarväsendet finns i dag totalt 66 handläggartjänster, varav 25 länsläkartjänster – en i varje län – samt 2 i Stockholm. Vidare finns 15 tjänster som biträdande länsläkare, varav 2 finns i Stockholms län. Det finns vidare 26 länshälsovårdskonsulenter. I Stockholm och Norrbotten finns även länssjuksköterskor anställda. Några särskilda tjänster för dessa finns emellertid inte inrättade. Anslaget för budgetåret 1978/79 uppgick till 14,4 mkr. Länsstyrelsen tillhandahåller lokaler och kansliresurser samt svarar för länsläkarorganisationens expenser. Kanslipersonalen uppgår till 64, varav 28 är deltidsanställda.

Ett flertal utredningar, som berör länsläkarorganisationen, pågår eller har nyligen avslutats. ÖSoS föreslog att socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna skulle samordnas i en social- och miljömedicinsk enhet på länsstyrelsen. Inom hälso- och sjukvårdsutredningen övervägs att

ålägga landstingen ett totalt planeringsansvar för hälso- och sjukvården inom resp. län. Detta medför ett ansvar för landstingen att bl. a. kartlägga behoven av hälso- och sjukvård för befolkningen inom sina resp. områden, att vidta eller initiera hälsofrämjande åtgärder samt att samordna olika vårdgivares insatser som riktar sig till enskilda. I utredningen "Primärvård – innehåll och utveckling" redovisar socialstyrelsen, Spri och de båda kommunförbunden sin syn på den framtida primärvårdens arbetsuppgifter. Dessa skall bl. a. omfatta miljöinriktade förebyggande insatser, individinriktade förebyggande insatser och forsknings- och utvecklingsarbete, t. ex. epidemiologi. Utredningen pekar i detta sammanhang på behovet av insatser i den inre boendemiljön (bostadshygien), den yttre boendemiljön, miljön i offentliga lokaler, den lokala trafikmiljön, arbetsmiljön och den psykosociala miljön. I primärvården skall finnas ett sammanhållet ansvar för befolkningens hälsa, där miljömedicin, arbetsmedicin och socialmedicin kommer att utgöra väsentliga inslag. Vissa delar av länsläkarorganisationens nuvarande verksamhet kommer i framtiden att ligga på primärvården och dess personal. I primärvårdens idé ligger enligt utredningen att den skall verka nära den befolkning som skall betjänas och ha goda möjligheter till samverkan med socialvården. Primärvårdsorganisationen måste kunna medverka i samhällsplaneringen och därvid tillhandahålla de samlade erfarenheterna från det hälso- och sjukvårdande arbetet. Liknande tankegångar förs fram i en rapport (Hälsopolitik i praktiken -- förutsättningar och krav) utgiven av landstingsförbundet till förbundskongressen år 1979. I rapporten framhålls primärvårdens centrala ställning i det framtida hälsovårdsarbetet. För att tillgodose kraven på ett samordnat hälsoarbete på regional nivå föreslås vidare att en miljömedicinsk enhet inrättas inom varje landsting som ett komplement till sjukvårdens nuvarande resurser.

I medicinalansvarskommitténs huvudbetänkande (SOU 1978:26) förutsätts, att sjukvårdshuvudmännen och vårdpersonalen tar ett större ansvar för information och kontakter mellan patienter och personal och skapar för patienten tryggare och säkrare förhållanden. Vidare har kommittén avgivit vissa förslag (Ds S 1979:2) som rör personer som tillämpar icke auktoriserade terapimetoder, exempelvis kiropraktorer, naprapater, osteopater m. fl. I huvudbetänkandet från utredningen om sjukvården i krig (SOU 1978:83) föreslås att delar av länsstyrelsens specifika ansvar för hälso- och sjukvården i krig skall upphöra och överföras till landstingen. Däremot skall hälsooskyddsfrågorna även fortsättningsvis åvila länsstyrelsen. Hälsovårdsstadgutredningen framhåller i sitt huvudbetänkande (SOU 1978:44) att kommunerna fått förbättrade möjligheter att klara olika uppgifter inom omgivningshygien. För att betona miljöfrågornas ökade betydelse föreslås att hälsovårdsnämnderna får en ny benämning, miljö- och hälsooskyddsnämnder. Hälsovårdsstadgutredningen bedömer frågan om miljö- och hälsooskyddsnämndens medverkan i planeringen som betydelsefull. Genom en aktiv insats i planeringen får nämnden möjlighet att medverka

till att förebygga eventuella misstag i planeringen, som senare kan visa sig svåra och dyrbara att rätta till. När det gäller miljö- och hälsoskyddsnämndens behov av medicinsk sakkunskap, där kommunerna i dag har möjlighet att bl. a. utnyttja länsläkarorganisationen, föreslår utredningen ett närmare samarbete mellan nämnd och distriktsläkare. Förslaget innebär att allmänna läkarinstruktionen ändras så att distriktsläkaren blir skyldig att på kallelse av miljö- och hälsoskyddsnämnd i tjänsten närvara vid nämndens sammanträden. Detta åläggande för distriktsläkarna förutsätter, enligt utredningen, att dessa får sådan utbildning i miljömedicin att de blir lämpade för uppgiften. I en del kommuner räknar hälsovårdsstadgutredningen med att medicinsk sakkunskap även kan påräknas från exempelvis företagsläkare med kunskap om och intresse för omgivningshygieniska frågor.

Denna redovisning av olika utredningar visar enligt min mening att förutsättningarna för länsläkarorganisationens arbete under senare år förändrats på ett grundläggande sätt. Utvecklingen i stort när det gäller den kommunala verksamheten går mot större självständighet och ansvar för huvudmännen. Denna utveckling medför att det inte längre finns samma behov av en regional statlig organisation inom detta område. Jag vill peka på den sjukvårdspolitiska utvecklingen, som innebär betydande förändringar i fråga om insatser för befolkningens hälsotillstånd. Dessa förändringar medför att landstingen inom primärvården förstärker sina insatser såväl beträffande hälsobefrämjande som sjukdomsuppspårande åtgärder. Till hjälp i detta arbete behövs bl. a. epidemiologiska studier, men även ett utökat forsknings- och utvecklingsarbete. I den framtida hälso- och sjukvårdslagstiftningen torde landstingens ansvar komma att utvidgas i jämförelse med vad som gäller i dag. Landstingen bör få ett förstahandsansvar för samordningen av hälso- och sjukvården inom resp. landstingsområde för att tjänster skall kunna erbjudas alla på lika villkor. Jag utgår också ifrån att landstingens ansvar vad gäller förebyggande hälsovård i vid bemärkelse kommer att vidgas.

Mot denna bakgrund kan jag konstatera, att väsentliga delar av det som i dag inryms i länsläkarfunktionen i framtiden normalt kommer att tillhöra landstingens arbetsfält och att många av länsläkarnas uppgifter redan är stadda i kraftig utveckling inom landstingen. Jag anser därför att länsläkarorganisationen bör avvecklas och att vissa av dess arbetsuppgifter bör överföras till landstingen. Av remissinstanserna på ÖSoS slutrapport delas denna uppfattning exempelvis av de flesta sjukvårdshuvudmännen. Avvecklingen bör så vitt möjligt ske på ett sådant sätt att de samlade kunskaperna och erfarenheterna inom länsläkarorganisationen tas till vara. Med hänsyn till skiftande förutsättningar och behov inom olika delar av landet måste de organisatoriska lösningarna anpassas till regionala och lokala förhållanden.

Länsläkarorganisationen har i dag ett flertal arbetsuppgifter inom följande områden: sjukvårdsverksamhet, allmän hälsovård, institutionell vård, experthjälp åt länsstyrelsen samt försvars- och katastrofberedskap. De områden som prioriterats av socialstyrelsen är tillsynen över den

privata sjukvården, miljömedicinen inom den allmänna hälsovården samt servicen till länsstyrelsen i medicinska och miljömedicinska frågor. För min egen del anser jag att den mångfald av arbetsuppgifter som åvilar länsläkarväsendet utgör en betydande svaghet för organisationen. De många och samtidigt olikartade verksamheterna gör det svårt för organisationen att på alla områden upprätthålla en tillräcklig slagkraft. Detta beror inte minst på att de olika verksamheterna kräver olika slag av kompetens. Enligt min mening har länsläkarorganisationens 2-3 handläggande tjänstemän i varje län begränsade förutsättningar att vidmakthålla och utveckla den både breda och djupa kompetens som erfordras för att fullgöra samtliga här aktuella arbetsuppgifter. Av dessa arbetsuppgifter kommer de som rör miljömedicin och omgivningshygien att få central betydelse i framtiden. Såväl inom dessa områden som inom medicinen i övrigt går utvecklingen mot snabbt ökad kunskapsfördjupning. Jag bedömer att även om länsläkarorganisationen befriades från samtliga arbetsuppgifter utom de som rör miljömedicin och omgivningshygien skulle den ha begränsade möjligheter att upprätthålla sakkunskap och tillhandahålla beslutsunderlag av tillfredsställande vetenskaplig kvalitet, som en ordentlig satsning på den förebyggande verksamheten kräver. Här bör sjukvårdshuvudmännen ha de största förutsättningarna.

Tonvikten i den nuvarande länsläkarorganisationen ligger på arbetsuppgifter inom ramen för den allmänna hälsovården. Enligt min uppfattning är kompetensuppbyggnad inom miljömedicin med omgivningshygien, epidemiologi och smittskydd de av länsläkarorganisationens arbetsuppgifter som naturligen bör åvila landstingen i framtiden. Jag vill starkt understryka den ökade uppmärksamhet, som måste ägnas frågor om miljöns betydelse för olika sjukdomars uppkomst. Hälsorisker finns i luft, vatten och den fysiska miljön i övrigt. Faktorer som trafikförhållanden, arbetsmiljö och bostadsmiljö kan ge upphov till hälsorisker. Sådana risker finns också i varje människas psykiska och sociala miljö. Hälsorisker kan uppstå på grund av sociala förhållanden såsom t. ex. familjesituation, bostadsförhållanden, arbetsförhållanden och ekonomisk situation. Detta leder till att vårdorganisationen i framtiden inte bara bör svara för behandlingen av sjukdom och skada. Den måste också i samverkan med andra organ kartlägga hur omgivningsfaktorer av kemisk, biologisk, fysikalisk, psykisk och social natur påverkar den mänskliga organismen. Okända eller obeaktade hälsorisker kan därigenom bli föremål för uppmärksamhet för att förebygga ohälsa och olycksfall på ett tidigare stadium än som annars blivit fallet. En viktig uppgift för hälso- och sjukvården bör därför vara att ta till vara, sammanställa och bearbeta den information om miljörisker, som uppdagas i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. Av stor betydelse är härvid registreringen av sjukligheten och dess förändringar. All information som hälso- och sjukvården samlar in om sjukdomsförhållanden bör systematiskt utnyttjas för att utvärdera de sjukdomsframkallande faktorerna. Sjukvårdshuvudmännen bör med utgångspunkt från detta informera och samverka med olika organisationer i samhället och därigenom medverka till samhällsföränd-

ringar av betydelse för befolkningens hälsa.

En regional hälsovårdsorganisation inom landstingen bör enligt min mening ersätta länsläkarorganisationens expertuppgifter inom områdena miljömedicin, omgivningshygien, epidemiologi och smittskydd. Hur denna regionala hälsovårdsorganisation bör organiseras mera i detalj bör avgöras av respektive landsting utifrån lokala förutsättningar och behov. Bl. a. torde eventuellt befintliga resurser hos landstingen inom arbetsmedicinens område påverka hälsovårdsorganisationens utformning. Som jag tidigare kunnat konstatera i min genomgång av olika utredningar med anknytning till länsläkarorganisationens verksamhet är man från landstingsförbundets sida inne på tankegångar som innebär att en miljömedicinsk enhet inrättas inom varje landstingsområde. Jag ansluter mig till dessa tankegångar om att en särskild enhet bör finnas som har ett rådgivnings- och samordningsansvar för ifrågakommande hälsovårdsuppgifter inom varje landsting. Härvid bör de nuvarande länsläkarnas erfarenheter och kunskaper i största möjliga utsträckning tas till vara. Jag vill dock framhålla att grunden för landstingens insatser på hälsovårdsområdet bör utgöras av en utbyggd primärvårdsorganisation. Jag utgår också ifrån att hälso- och sjukvårdsutredningen i sitt kommande betänkande ytterligare kommer att behandla hithörande frågor.

Det bör understrykas att de omgivningshygieniska och miljömedicinska problemens komplexitet förutsätter att sjukvårdshuvudmännen har ett brett samarbete med olika lokala, regionala och centrala organ. Av särskilt intresse är härvidlag länsstyrelserna som har att svara för tillsyn och viss annan myndighetsutövning inom såväl den allmänna hälsovården som smittskyddet. Detta myndighetsansvar för länsstyrelserna påverkas inte av mitt förslag om länsläkarorganisationens avveckling. Länsläkarorganisationen har i dag att biträda länsstyrelserna i detta arbete. Läns hälsovårdskonsulenter inom länsläkarorganisationen fungerar exempelvis som experter i ärenden som rör vattenfrågor, avfallsproblem, luftföroreningar, buller m. m. Konsulenter utför bl. a. de mätningar på platsen, som olika ärenden kräver och bedömer andra hälsoorgans mätresultat.

Inför avvecklingen av länsläkarorganisationen finns det enligt min mening skäl, som talar för att läns hälsovårdskonsulenterna övergår till länsstyrelserna. Det är redan i dag svårt att i vissa fall göra en åtskillnad mellan länsläkarorganisationens uppgifter och verksamheten inom bl. a. länsstyrelsernas naturvårdsenheter. Överlappningar förekommer i större eller mindre omfattning inom främst renhållning, luft- och vattenvård samt bullerbekämpning. Läns hälsovårdskonsulenterna kan på ett värdefullt sätt komplettera naturvårdsenheterna som har en mera teknisk inriktning. Med hänsyn till konsulenternas bakgrund och inriktning får man på så sätt en kompletterande bevakning av gränsområdena mellan å ena sidan naturvårdslagstiftningen och å andra sidan miljö- och hälsovårdslagstiftningen. Om läns hälsovårdskonsulenterna inordnas i länsstyrelserna kan de också fortsätta att bistå dessa i de hälsovårdsfrågor av icke medicinsk natur som ålegat länsläkarorganisationen. Mot denna bakgrund anser jag att läns hälsovårdskonsulenterna bör inordnas i

resp. länsstyrelse i samband med att länsläkarorganisationen avvecklas. Frågan om organisatorisk inplacering bör övervägas närmare av organisationskommittén i samarbete med LON. I överensstämmelse med vad jag tidigare framhållit beträffande den sociala enhetens personal bör socialstyrelsen enligt min mening ha ett ansvar för länshälsovårdskonsulenternas fort- och vidareutbildning samt vidare kunna initiera utredningsuppdrag hos länshälsovårdskonsulenterna inom sitt fackområde.

Vad gäller länsstyrelsernas behov av medicinsk kompetens inom den allmänna hälsovården bör detta kunna lösas på flera sätt. Länsstyrelserna kan t. ex. i vissa fall till sig knyta läkare på konsultbasis. I första hand anser jag dock att det naturliga är ett nära samarbete mellan länsstyrelserna och sjukvårdshuvudmännen i omgivningshygieniska och miljömedicinska frågor. Detta skulle enligt min mening ge länsstyrelserna ökade möjligheter att för sin myndighetsutövning få tillgång till den sakkunskap som i varje situation är bäst skickad att tillhandahålla ett kvalificerat beslutsunderlag. Inrättande av en enhet med ett samlat ansvar för den miljömedicinska verksamheten inom resp. landsting som jag tidigare varit inne på bör ge goda förutsättningar för att utveckla ett sådant samarbete mellan de statliga länsorganen och sjukvårdshuvudmännen.

På smittskyddsområdet har länsläkarorganisationen vissa självständiga myndighetsuppgifter vid sidan av skyldigheten att biträda länsstyrelsen. I länsläkarorganisationens myndighetsuppgifter ingår bl. a. att tillse att skäligen åtgärder vidtagits av hälsovårdsnämnd och distriktsläkare. Till stora delar överensstämmer detta med länsstyrelsens uppgift enligt smittskyddslagstiftningen, nämligen att "vaka över att smittsamma sjukdomar bekämpas i länet och tillse att lämpliga åtgärder vidtages för ändamålet". Länsstyrelsen och länsrätten har också att handlägga vissa ärenden angående veneriska sjukdomar, i vilka länsläkarorganisationen biträder.

Landstingen bör ha goda förutsättningar att kunna ta över vissa av länsläkarorganisationens uppgifter inom smittskyddet. Detta gäller i fråga om de förebyggande, rådgivande och samordnande delarna av verksamheten. Landstingen bör också kunna överta ansvaret för att sammanställa anmälningar och uppgifter om smittsamma sjukdomar inom länen. Myndighetsfunktionen bör efter länsläkarorganisationens upphörande helt utövas av länsstyrelserna. På motsvarande sätt som vad jag tidigare sagt beträffande den allmänna hälsovården i övrigt bör även när det gäller smittskyddet ett nära samarbete upprättas mellan länsstyrelse och landsting samt där befintlig expertis. Socialstyrelsen har uppdragit åt den nuvarande länsläkarorganisationen att i varje län organisera ett s. k. epidemiutskott som ett samrådsorgan med huvudsaklig uppgift att planera epidemiberedskapen inom länet och vid inträffade större epidemier utgöra ett rådgivande organ. I utskotten bör ingå representanter för bl. a. länsläkarorganisation, länsstyrelse, landsting, hälsovårdsnämnder och veterinärväsende. Jag utgår från att organ motsvarande dessa utskott kommer att kunna fungera som regionala samrådsorgan i frågor som rör smittskydd och epidemiberedskap även efter det att länsläkarorganisationen upphört. Jag räknar vidare med att socialstyrelsen skall kunna öka

sina insatser för att stödja de lokala och regionala organens arbete med att förbättra epidemiberedskapen som en följd av de förstärkningar inom socialstyrelsen när det gäller hälsoskyddsfrågor, inte minst inom smittskyddsområdet, som jag kommer att föreslå i ett senare avsnitt.

Länsstyrelsernas behov av medicinsk expertis för myndighetsutövning inom den allmänna hälsovården och smittskyddet bör alltså kunna tillgodoses i olika former. Särskilt betydelsefullt i detta avseende blir det kunnande inom bl. a. miljömedicinens område som enligt vad jag nyss framhållit sjukvårdshuvudmännen bör vara mest lämpade för att bygga upp och organisera. Det bör emellertid ankomma på organisationskommittén att överväga även andra former. Kommittén bör därvid undersöka möjligheterna att till vissa länsstyrelser knyta de sammanlagt fyra läkartjänster som jag längre fram förordar för tillsynsuppgifter rörande den privat meddelade hälso- och sjukvården.

En avveckling av länsläkarorganisationen innebär att vissa ändringar måste göras i smittskyddslagen (1968:231) och — kungörelsen (1968:234) samt i livsmedelskungörelsen (1971:807). Enligt 52 § i sistnämnda kungörelse skall läkare eller veterinär, som misstänker att matförgiftning orsakats av förorenat livsmedel i samband med yrkesmässig hantering, anmäla detta till länsläkaren. Eftersom länsveterinären numera är ansvarig för livsmedelsfrågor inom länsstyrelsen bör anmälan enligt min mening i stället göras till länsveterinären.

Utöver de viktiga frågorna som rör allmän hälsovård m. m., vilka jag i huvudsak hittills har uppehållit mig vid, åligger det länsläkarorganisationen att svara för en lång rad andra arbetsuppgifter. Jag övergår i fortsättningen till att behandla dessa frågor.

Länsläkarorganisationen har enligt sin instruktion tillsynsuppgifter inom sjukvården och även för olika institutioner utanför sjukvården. Inom sjukvården har länsläkarna främst att utöva tillsyn över privat meddelad sjukvårdsverksamhet inom länet (läkare, sjuksköterska, sjukgymnast), över sjukstuga och sjukhem samt den offentliga öppna vården. Organisationen utför också apoteksvisitationer, där bl. a. granskning sker av receptförskrivningar. Länsläkarna har vidare tillsyn över sjukvårdsverksamhet, som utövas av annan personal än medicinalpersonal. Denna tillsyn avser främst kontroll av efterlevnaden av kvacksalverilagstiftningen.

Tillsynen över olika institutioner är relativt omfattande från länsläkarorganisationens sida. Denna tillsyn avser dels den eventuella sjukvård som meddelas, dels de bostadshygieniska förhållandena. De institutioner som länsläkarorganisationen har tillsyn över är bl. a. enskilda vårdhem, behandlingshem och inackorderingshem för narkotikamissbrukare, ungdomsvårdsskolor, fångvårdsanstalter, ålderdomshem, särskolor, elevhem, daghem, vårdhem och hem för psykiskt utvecklingsstörda, allmänna och enskilda vårdanstalter för alkoholmissbrukare, inackorderingshem för alkoholmissbrukare, barnhem, barnkolonier och barnstugor, elevhem, skolor samt häkten och polisarrester. Det stora antalet objekt har medfört att länsläkarorganisationen inte kan bedriva någon fortlöpande inspektionsverksamhet i sin tillsyn. Annan offentlig tillsyn utövas som

regel även av socialstyrelsen, länsstyrelsen, socialkonsulenterna, yrkesinspektionen samt inom primärkommunerna av sociala centralnämnden och hälsovårdsnämnden.

Efter den prioritering som socialstyrelsen gjort har länsläkarorganisationen koncentrerat sig på tillsyn över privat meddelad sjukvård. För den sjukvård som bedrivs av sjukvårdshuvudmännen bör det enligt min mening i framtiden räcka med socialstyrelsens centrala tillsyn och huvudmännens egen tillsyn. I detta sammanhang kommer också medicinalansvarskommitténs förslag om förtroendenämnder in i bilden.

Länsläkarorganisationens tillsyn över institutioner för medicinsk vård anser jag också i ökad utsträckning kunna ersättas av tillsyn från landstingens sida. Landstingen utövar redan i dag i viss utsträckning en sådan tillsyn. Ett ökat tillsynsansvar för landstingen ligger i linje med tanken att varje landsting i en kommande sjukvårdslagstiftning bör äläggas ett väsentligt utökat samordnings- och planeringsansvar för hälso- och sjukvården inom resp. sjukvårdsområde.

Tillsynen över institutionernas hygieniska förhållanden m. m. bör i enlighet med hälsovårdsstadgeutredningens förslag generellt överföras till de av utredningen föreslagna miljö- och hälsoskyddsnämnderna med undantag för den del av tillsynen som regleras av sjukvårdslagstiftningen. När det gäller institutioner som har en social värdfunktion bör tillsynen över den vård som meddelas utövas av länsstyrelserna och deras sociala enheter.

Vad gäller organisationen av tillsynen över privat sjukvård och sjukvård som bedrivs av annan personal än medicinalpersonal, anser jag att detta tills vidare bör vara en statlig uppgift. Den privata sjukvården är i huvudsak koncentrerad till storstadsområdena. Det finns därför inte behov av särskilda tillsynsläkare för detta ändamål i varje län. Jag beräknar att behovet motsvarar sammanlagt fyra läkartjänster. De läkare som engageras i detta tillsynsarbete kan antingen placeras centralt på socialstyrelsen eller på vissa orter ute i landet. Jag har tidigare varit inne på att organisationskommitten bör överväga att knyta dessa läkartjänster till länsstyrelserna. Läkare för detta ändamål bör i första hand rekryteras ur länsläkarkåren med hänsyn till länsläkarnas erfarenhet från arbete av detta slag. Den apotekstillsyn som länsläkarna svarar för bör också inordnas i detta tillsynsarbete.

I dag omfattar länsläkarorganisationens apotekstillsyn främst en uppföljning av förskrivningen av alkoholhaltiga, narkotiska och andra läkemedel som är föremål för särskild kontroll för att förhindra missbruk. Genom denna kontroll av förskrivningen är apotekstillsynen ett viktigt instrument för tillsyn av medicinalpersonal. Länsläkarorganisationens tillsyn är således inte någon tillsyn över apoteksverksamheten som sådan. Denna utövas centralt av socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Den tillsyn som utövas av länsläkarorganisationen utgör dock enligt min mening ett värdefullt komplement till läkemedelsavdelningens inspektionsverksamhet. En fortsatt sådan tillsyn bör därför säkerställas även i framtiden inom ramen för den verksamhet som avses åvila ovannämnda tillsynsläkare. Vid behov av åtgärder i de förskrivningsfrågor som här

avses har apoteken självfallet också möjlighet att vända sig direkt till socialstyrelsen.

Utöver de medicinska frågor som rör den allmänna hälsovården biträder länsläkarna också länsstyrelse och länsrätt med vissa andra medicinska bedömningar. Dessa uppgifter domineras helt av körkortsärenden, som omfattar körkortstillstånd, varning och återkallelse. Fråga om körkortstillstånd prövas av länsstyrelsen, medan fråga om varning resp. återkallelse av körkort prövas av länsrätten. I ett medelstort län rör det sig om ca 2 000 ärenden per år. Dessa ärenden utgör i tid räknat länsläkarens näst största uppgift och upptar ca 20 % av hans tid. Körkortsärenden är en specifik uppgift, som inte har något samband med länsläkarorganisationens övriga verksamhet. Uppgiften kan enligt min mening läggas på läkare som särskilt förordnas att på deltid biträda länsstyrelse och länsrätt med de medicinska bedömningarna i dessa ärenden. Dessutom anser jag att länsstyrelserna inom ramen för ett i medicinska frågor närmare samarbete med sjukvårdshuvudmännen bör kunna få tillgång till viss kvalificerad medicinsk expertis, exempelvis när det gäller körkortsärenden som är betjänta av att bedömas av läkare med specialistkompetens. Länsstyrelse och länsrätt skulle denna fäg i vissa fall kunna få ett mer kvalificerat medicinskt sakkunnigutlåtande än man i dag kan få genom att utnyttja länsläkarorganisationen.

Länsstyrelsen har enligt sin instruktion ett ansvar för planläggning och beredskap inför krigs- och katastrofsituationer. I händelse av krig blir länsstyrelsen ansvarig för sjukvården i länet. Länsläkarorganisationen ingår i regel i länsstyrelsens krigsorganisation. Denna uppgift för organisationen är en följd av praxis och har inget författningsmässigt stöd. Ansvar och ledning för sjukvården i krig har behandlats av en särskild parlamentarisk utredning, utredningen om sjukvården i krig (USIK). Utredningens förslag innebär som jag tidigare redovisat att ett ökat ansvar läggs på sjukvårdshuvudmännen. En sådan utveckling leder till att behovet av länsläkarorganisationens insatser på detta område bortfaller. Om länsstyrelserna skulle komma att ha kvar visst ansvar för sjukvården i krig bör enligt min mening företrädare för sjukvårdshuvudmännen ersätta länsläkarorganisationen i länsstyrelsernas krigsorganisation.

Genomförandet av länsläkarorganisationens avveckling bör som jag tidigare sagt så vitt möjligt ske på ett sådant sätt att organisationens kunskaper och erfarenheter tas till vara. Frågan om enskilda länsläkares placering bör därför lösas på ett sätt som motsvarar deras kompetens och intresseinriktning. På socialstyrelsen, eller ute i landet, kommer att finnas tjänster för tillsynsuppgifter. Jag utgår från att en särskild enhet inom landstingen i framtiden kommer att svara för uppgifter som gäller epidemiologi, miljömedicin, smittskydd m. m. Denna enhet kommer att ha behov av läkarutbildad personal. Länsstyrelserna kommer att ha behov av konsultläkare.

I den fortsatta avvecklingen av länsläkarorganisationen måste hänsyn tas både till den enskildes situation och till skiftande regionala behov och förhållanden. Med hänsyn till övergångsproblemen förordar jag följande

tidsplan: Under perioden t. o. m. år 1980 påbörjas planeringen för avvecklingen av organisationskommittén i samarbete med länsstyrelser, landsting och berörda personalorganisationer. Under 3-årsperioden 1981–1983 genomförs därefter förändringarna.

10. Vissa särskilda frågor

10.1 Miljömedicinska inkl. psykosociala frågor

I prop. 1978/79:120 föreslås inrättande av ett statens miljömedicinska laboratorium (SML) genom att den omgivningshygieniska avdelningen vid statens naturvårdsverk skiljs från naturvårdsverket och ombildas till ett fristående miljömedicinskt laboratorium med socialstyrelsen som chefsmyndighet. Frågan om SML har inom regeringskansliet beretts i anslutning till översynen av socialstyrelsens framtida arbetsuppgifter och organisation. I propositionen angående SML angavs, att vissa ytterligare frågor inom det miljömedicinska området kunde komma att tas upp i propositionen om socialstyrelsen. Av hithörande frågor har jag redan berört frågan om utvidgning av SML:s verksamhet inom det epidemiologiska området och därvid föreslagit att socialstyrelsens sjukdomsregister med tillhörande statistisk verksamhet samt vissa resurser förs över från socialstyrelsen till SML. Jag har även behandlat frågan om regional bevakning och handläggning av miljömedicinska frågor. En återstående fråga gäller de psykosociala miljöfaktorerna och möjligheterna att på detta område ta till vara de erfarenheter och kunskaper, som finns inom det s. k. laboratoriet för klinisk stressforskning vid karolinska institutet. Jag vill beträffande denna fråga anföra följande.

Adekvata kunskaper om miljöproblem och miljöns inverkan på människornas hälsotillstånd är en nödvändig grund för att kunna förebygga och förhindra uppkomsten av skadliga hälsoeffekter. Föredragande statsrådet anförde som utgångspunkt för förslaget om bildande av SML:

"Enligt min mening kommer det i framtiden att ställas ökade krav på en väl fungerande samhällsservice inom det miljömedicinska området. Med samhällsservice avser jag tillgång till en sammanhållen organisation med såväl kunskapsuppbyggande som kunskapsförmedlande, idégivande och utredande verksamhet. Man känner i dag till att förändringar i den yttre miljön på olika sätt kan påverka människan, direkt eller indirekt. Vad man däremot inte vet i tillräckligt hög grad är vilka miljökomponenter som är särskilt riskabla, vilka grupper som är speciellt känsliga för sådan påverkan, på vilket sätt denna påverkan kan ge upphov till skador och hur vi skall kunna förebygga och förhindra icke önskvärda och främja önskvärda förändringar i människans miljö."

SML skall inrikta sin verksamhet på att bygga upp, samla in och systematisera kunskaper inom den fysikalisk/kemiska miljömedicinens område. SML kommer således att bli orienterad mot den fysiska miljön. Enligt min uppfattning är det angeläget att studera såväl den fysiska som den psykiska miljöns effekter på människors hälsa. Den ökade medveten-

heten om sambanden mellan miljö och hälsa har medfört en allt större uppmärksamhet på de psykosociala miljöfaktorernas inverkan på hälsan. Som en följd av detta har såväl olika myndigheter m. fl. organ med anknytning till miljöfrågor som de fackliga organisationerna visat stort intresse för den verksamhet, som bedrivs vid laboratoriet för klinisk stressforskning vid karolinska institutet — stressforskningslaboratoriet (SFL).

SFL bildades år 1959 och hade då till uppgift att vara ett tvärvetenskapligt samarbetsorgan för karolinska sjukhusets medicinska och psykiatriska kliniker. År 1973 utsågs SFL till WHO:s första samarbetscentrum för forskning och utbildning rörande psykosociala faktorer och hälsa¹. SFL arbetar med frågor som rör sambandet mellan människans psykosociala miljö och hennes hälsa och välbefinnande. SFL är utpräglat tvärvetenskapligt. Laboratoriet är numera också institution vid karolinska institutet. Dess chef är professor i psykosocial miljömedicin, särskilt arbetsmedicin, vid medicinska forskningsområdet. Ett 50-tal personer arbetar vid SFL. Verksamheten finansieras helt av från år till år sökta och beviljade forskningsbidrag. Finansieringen genom forskningsbidrag och avsaknaden av fasta tjänster innebär, att garantier för kontinuerlig verksamhet vid SFL saknas.

I sammanhanget bör erinras om att riksdagen år 1969 begärde en utredning om den psykiska hälsovården (rskr 1969/70:333). Socialstyrelsen erhöll år 1970 regeringens uppdrag att verkställa den begärda utredningen. En arbetsgrupp inom styrelsen lade förra året fram betänkandet *Psykisk hälsovård*, som i första hand omfattar forsknings- samt dokumentations- och informationsfrågor inom det psykosociala området. I betänkandet pekas bl. a. på att resurserna för dessa frågor är splittrade och otillräckliga.

Jag anser det angeläget att få till stånd såväl kunskapsuppbyggande som tillämpad forskning rörande de psykosociala miljöfaktorernas samband med hälsa och välbefinnande. Jag föreslår därför, att SFL ges vissa fasta basresurser och att dessa resurser bildar ett institut för psykosocial miljömedicin. Bakom förslaget att organisera verksamheten i form av ett institut ligger tanken att denna organisationsform ger verksamhetens huvudintressenter möjlighet att utöva ett inflytande på arbetets inriktning och allmänna uppläggning. Jag återkommer i det följande till denna fråga.

Institutet för psykosocial miljömedicin bör inrättas den 1 juli 1980. Institutets verksamhet bör ha sin utgångspunkt i den målinriktade verksamhet, som nu bedrivs vid SFL. Institutet bör inom den psykosociala miljömedicinen ha uppgifter som i viss mån motsvarar SML:s uppgifter inom den fysikalisk/kemiska miljömedicinen, dvs. bedriva målinriktad forskning och uppdragsverksamhet samt bistå myndigheter och andra intressenter vid rådfrågning i löpande ärenden, besvarande av remisser m. m. Vidare bör institutet fungera som informationsförmedlare och medverka i utbildning avseende psykosocial miljö.

På samma sätt som SML förväntas komplettera och nära samverka med karolinska institutets institution för hygien, avses institutet för psyko-

¹WHO Collaborating Research and Training Centre on Psychosocial Factors and Health.

social miljömedicin komplettera och samverka med karolinska institutets SFL. På detta sätt tillgodoses både inom den fysikalisk/kemiska och den psykosociala miljömedicinen såväl de mer grundläggande som de på tillämpning inriktade forskningsbehoven, samtidigt som samordning och gott resursutnyttjande säkerställs.

Som allmän målsättning för institutet bör gälla att institutet skall utveckla, utvärdera och förmedla kunskaper om psykosociala risksituationer, riskgrupper och riskreaktioner inom områdena allmän social miljö och hälsa, arbetsmiljö och hälsa samt vårdmiljö och hälsa. Verksamheten bör förutom tillämpad forskning även omfatta utbildning och vidareutbildning, dokumentation och information samt utredningar, rådgivning och service inom den psykosociala miljömedicinens område.

Institutet för psykosocial miljömedicin får genom samarbete med SFL anknytning till karolinska institutet. Institutets fasta resurser bör finansieras över socialhuvudtiteln. Den övriga verksamheten inom SFL faller liksom hittills under utbildningshuvudtiteln. Den professur vid medicinska forskningsrådet, som SFL:s chef innehar och som är placerad vid karolinska institutets SFL, bör förenas med uppdrag att vara chef för institutet för psykosocial miljömedicin. Jag föreslår att institutet, förutom föreståndaren, erhåller fasta resurser motsvarande ytterligare åtta tjänster. En av dessa tjänster bör avse befattning för professor/läkare, företrädesvis chefen för enheten vårdmiljö och hälsa. Två tjänster bör avse laboratorer. Professuren bör tillsättas på likartat sätt som motsvarande tjänster inom universitets- och högskoleområdet.

Vad gäller teoretisk forskning, forskarutbildning etc. bör institutet för psykosocial miljömedicin samarbeta med SFL, som ju redan utgör en högskoleinstitution vid karolinska institutet inom ämnesområdet. En huvuduppgift för institutet bör emellertid vara att genom forsknings- och kartlägningsarbete biträda myndigheter och andra organ, som arbetar med hälso-, sociala miljö- och arbetsmiljöfrågor, med kunskapsunderlag av psykosocial natur. Institutet skall inom det psykosociala området ha rollen av ett expert- och serviceorgan med såväl kunskapsgenererande som informations- och kunskapsförmedlande funktioner. För att fullgöra sina uppgifter måste institutet ha nära kontakter och samarbete med sina huvudavnämare. Jag anser att när det gäller såväl allmänna som konkreta samarbetsbehov tillgodoses dessa bäst om det nya institutet för psykosocial miljömedicin leds av en styrelse med representanter för institutets huvudavnämare. Till dessa bör räknas socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, universitets- och högskoleämbetet, primär- och landstingskommunerna samt arbetsmarknadens parter. I styrelsen bör även ingå institutets föreståndare.

En företrädare för socialstyrelsen bör enligt min mening inneha posten som ordförande i institutets styrelse. Socialstyrelsen har som högsta tillsynsmyndighet för den allmänna hälsovården ett betydande intresse och behov av miljömedicinsk kunskapsunderlag. För att kunna följa utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet, inte minst ur sjukdomsförebyggande synpunkt, är det också nödvändigt för styrelsen att bevaka miljömedicinska orsaker till ohälsa hos befolkningen. Inom den fysika-

liska och kemiska miljömedicinen förfogar socialstyrelsen tillsammans med det nya miljömedicinska laboratoriet över erforderliga personalresurser för att kunna ta fram det underlag, som krävs för styrelsens tillsyns- och planeringsuppgifter. Socialstyrelsens tillgång till psykosocial expertis är emellertid otillräcklig och behöver hyggas ut. Ett nära samarbete mellan socialstyrelsen och institutet för psykosocial miljömedicin blir därför av utomordentligt stort värde. Av detta skäl anser jag att institutets basresurser till viss del bör stå till socialstyrelsens förfogande för bl. a. visa utredningsuppgifter inom den psykosociala miljömedicinen. Omfattningen av detta bör närmare regleras i regleringsbrevet i samband med den årliga medelstilldelningen till institutet. Jag anser vidare att socialstyrelsen i samband med omorganisationen bör tillföras två handläggare för psykosociala frågor, varav en psykolog och en socionom, samt en assistent. Dessa bör ha till uppgift att bevaka psykosociala aspekter vid socialstyrelsens handläggning av olika ärenden. Jag har beaktat denna förstärkning vid dimensioneringen av enheten för hälsoskydd i förslaget till ny organisation för socialstyrelsen.

Sammanfattningsvis anser jag således, att i socialstyrelsens ansvar för förebyggande hälsofrågor ingår att bevaka såväl de fysiska som de psykosociala miljöfaktorernas effekter på hälsotillståndet hos befolkningen. Genom ett nära samarbete med SML, för vilket socialstyrelsen föreslås bli chefsmyndighet, och institutet för psykosocial miljömedicin, där en företrädare för styrelsen bl. a. föreslås inneha posten som ordförande i institutets styrelse, bör socialstyrelsen verka för en samordning av olika krav på miljömedicinskt bedömningsunderlag så att förutsättningar skapas för en effektiv bevakning av den samlade miljöns inverkan på mänsklig hälsa.

10.2 Avvecklingen av nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB)

I enlighet med förslag i prop. 1978/79:174 och riksdagens beslut (SoU 1978/79:39, rskr 1978/79:396) upphörde nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB) den 1 juli 1979. Nämndens granskning och godkännande av förslag till byggnadsarbeten för vissa sjukvårdsändamål ersätts av samråd och kontinuerligt erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdshuvudmännen och Spri.

Enligt förut gällande bestämmelser skulle NSB i ärenden, som omfattar medicinsk fråga av "större principiell räckvidd" överlämna ärendet till socialstyrelsen för avgörande. Med SNB:s avveckling upphör socialstyrelsens formella befattning med dessa ärenden.

Jag anser det viktigt, att socialstyrelsen som tillsynsansvarig för vårdens kvalitet och patienternas säkerhet aktivt medverkar i det utvecklingsarbete rörande sjukvårdsbyggnader som kommer att bedrivas av huvudmännen och Spri. I socialstyrelsens tillsynsansvar för hälso- och sjukvården ingår att tillse att vården bedrivs i lokaler, som medger god vårdstandard. Det är inte rationellt att Spri bygger upp egen medicinsk

expertis, utan Spri bör i stället grunda sitt utvecklingsarbete på ett nära samråd med socialstyrelsen. Styrelsen kan då på ett tidigt stadium påverka riktlinjerna för det fortsatta byggandet av olika sjukvårdsinrättningar ur vård- och säkerhetssynpunkt och därigenom bedriva ett "förebyggande" tillsynsarbete.

För den övervägande delen av sjukvårdens byggnader är det tillräckligt med ett generellt utvecklings- och rådgivningsarbete med utgångspunkt från de erfarenheter och kunskaper, som samlas hos Spri. När det gäller byggnader för akutsjukvården vill jag emellertid framhålla, att dessa projekt är få och av en helt annan storleksordning och komplexitet än exempelvis sjukhem och vårdcentraler. Förutsättningarna för ett generellt utvecklingsarbete avseende hela sjukhus är därmed helt annorlunda, särskilt som en stor del av projekten kommer att avse om- och tillbyggnader. Här bör ett intensifierat generellt utvecklingsarbete i första hand inriktas på olika avgränsade delar/funktioner, såsom t. ex. akutmottagningar, vårdavdelningar och laboratorieenheter. Härutöver bör Spri direkt biträda huvudmännen med sitt generella kunnande i planeringen och projekteringen av olika sjukhusprojekt. Utformningen av akutsjukhusen blir i hög grad beroende av den omfattning och den medicinska specialiseringsgrad, som bedöms vara mest lämplig för olika sjukhus. För att åstadkomma en balanserad utveckling av akutsjukvården i landet måste sådana bedömningar göras från mer övergripande utgångspunkter än som är möjliga att göra inom varje sjukvårdsområde av varje enskild sjukvårdshuvudman. Former för detta samspel i fråga om bl. a. större sjukhusprojekt har föreslagits av regionsjukvårdsutredningen (SOU 1978:70). Det är enligt min mening väsentligt att säkerställa erforderligt samråd beträffande här aktuella projekt med socialstyrelsen och Spri vid lämpliga tillfällen i planerings- och byggnadsprocessen.

10.3 Prioritering av byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvården

Lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd ger regeringen möjlighet att besluta om att byggnadsarbete inte får påbörjas utan tillstånd. Med stöd av lagen har regeringen i kungörelse (1971:1205) föreskrivit att byggnadsarbete för s. k. oprioriterade åtgärder inte får utföras utan byggnadstillstånd. Kravet på byggnadstillstånd gäller inom hälso- och sjukvården för:

- sjukhus som avses i sjukvårdslagen;
- lokaler för öppen hälso- och sjukvård;
- vårdhem och specialistsjukhus för omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda samt
- enskilda vårdhem av sjukhuskaraktär (för sjukvård och rehabilitering).

Huvudmotiven för bestämmelserna i lagen om byggnadstillstånd utgörs av strävandena att uppnå en konjunkturpolitisk utjämning med hänsyn till främst sysselsättningen på byggnadsarbetsmarknaden. Lagen talar emellertid om att regleringen även skall ske med hänsyn till andra samhällsintressen. Detta har fått utgöra den formella grunden för en

reglering av igångsättningen av byggnadsarbeten inom sjukvårdssektorn som även inneburit en prioritering med utgångspunkt från bedömningar av lämplig tillväxttakt inom hälso- och sjukvården liksom av olika vårdpolitiska prioriteringar.

Arbetet med prioriteringen av byggnadsinvesteringarna inom hälso- och sjukvården inleds med att socialstyrelsen ärligen under våren hos huvudmännen för hälso- och sjukvården samt omsorgsverksamheten begär uppgifter om de byggnadsprojekt över 500 000 kr. som avses bli påbörjade i första hand under de närmaste tre åren.¹

Med huvudmännens byggnadsplaner som underlag sker i nästa steg inom regeringens kansli en sammanvägning mellan framför allt samhälls-ekonomiska, arbetsmarknadspolitiska och sjukvårdspolitiska faktorer. Sammanvägningen resulterar i ett beslut om preliminära investeringsramar för hälso- och sjukvården samt omsorgsverksamheten. Ramarna avser

1. Igångsättningsram för det närmaste kalenderåret
2. Garanterade minimiram för ytterligare två år
3. Särskild ram för större byggnadsobjekt.

Socialstyrelsen får därefter regeringens uppdrag att undersöka vilka byggnadsobjekt, som skall påbörjas inom de redovisade ramarna. Underlag för socialstyrelsens prioritering skall vara de uppgifter om enskilda objekt som socialstyrelsen tidigare sammanställt samt de riktlinjer för arbetet som socialdepartementets sjukvårdsdelegation årsvis fastställer.

Enligt sjukvårdsdelegationens senaste riktlinjer (vid sammanträde 1978-06-20) skall byggnadsobjekten i första hand angelägenhetsgraders på följande sätt:

Prioriteringsgrupp 1: Byggnader för långtidssjukvård

Prioriteringsgrupp 2: Byggnader för öppen vård (vårdcentraler och läkarstationer)

Prioriteringsgrupp 3: Byggnader för psykiatrisk sjukvård

Prioriteringsgrupp 4: Byggnader för övrig sjukvård och omsorger om psykiskt utvecklingsstörda.

När socialstyrelsen – vanligen i maj–juni – på regeringens uppdrag skall välja ut lämpliga byggnadsobjekt, bedömer styrelsen inom de preliminärt fastställda ramarna vilka objekt ur det redovisade materialet, som den anser bör utföras under det kommande kalenderåret. Socialstyrelsen samråder i arbetet med Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB). Övervägandena inom socialstyrelsen fordrar i många fall kompletteringar genom direkta kontakter med huvudmännen. Resultaten av bedömningarna för det närmaste kalenderåret redovisar socialstyrelsen för regeringen under sommaren. Samtidigt informeras arbetsmarknadsstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen.

Under hösten före det kalenderår prioriteringen avser aktualiserar socialstyrelsen materialet genom att begära nya uppgifter om planeringsläget hos huvudmännen. Resultatet av uppföljningen redovisas för

¹ Prioriteringen omfattar både lokaler som sjukvårdshuvudmännen själva planerar att uppföra och lokaler som huvudmännen avser att hyra.

regeringen, som anger de slutliga investeringsramar som skall gälla under det följande kalenderåret. Regeringens beslut är underlaget för de formella avgörandena om byggnadstillstånd inom arbetsmarknadsverket. Samtidigt föreskrivs att samråd skall ske mellan arbetsmarknadsverket och socialstyrelsen i handläggningen av ärende om byggnadstillstånd för arbete på sjukhus och andra vårdanläggningar om kostnaden överstiger ett fastställt belopp (sedan några år 500 000 kr.). För reparations- och underhållsarbeten fordras oavsett kostnad inget samråd.

Socialstyrelsen fullgör samrådsplikten genom att utarbeta en ny (vid behov reviderad) förteckning över byggnadsobjekt som styrelsen prioriterar. Förteckningen överlämnas till arbetsmarknadsstyrelsen, som bemyndigar länsarbetsnämnden att besluta om starttider och meddela byggnadstillstånd för prioriterade objekt. Samtidigt redovisar socialstyrelsen till regeringen sitt förslag till fördelning av de garanterade minimiramorna för de två påföljande åren. Fördelning av särskild ram för större projekt sker i princip vartannat år men förberedelsearbete härför kan sägas pågå kontinuerligt.

Av följande sammanställning framgår utvecklingen av sjukvårdshuvudmännens investeringsönskemål samt de slutliga prioriteringsramarnas omfattning hittills under 1970-talet (avrundat till hela mkr.)

År	Investerings- önskemål	Varav	
		av SoS priori- terade objekt	övriga objekt
1970	1 435	668	767
1971	1 396	388	1 008
1972	1 612	702	910
1973	930	516	414
1974	1 327	924	403
1975	850	715	135
1976	1 440	1 078	362
1977	1 801	1 311	490
1978	3 383	2 023	1 360
1979 ¹	2 470	1 302	1 168

¹ Preliminär ram. Regeringen har senare beslutat att inte fastställa någon investeringsram för år 1979

Uppgifterna avser löpande priser. En omräkning med ledning av SCB:s byggnadskostnadsindex visar, att landstingens önskemål om igångsättningar för år 1977 var i det närmaste hälften av nivån år 1970. Investeringsönskemålen för år 1978 är dock i samma storleksordning, som för de första åren på 1970-talet. Även prioriteringsramarna har i realiteten – efter indexomräkning – minskat mellan åren 1970 och 1977. För år 1978 är ramen dock ca 40 % högre än för år 1970.

Utvecklingen har vidare inneburit att gapet mellan planerade och prioriterade byggnadsarbeten, både i fasta och löpande priser, tenderat att krympa under perioden 1970–1977. En sådan utjämning mellan

redovisade ambitioner och resultaten av prioriteringen föreligger vidare när det gäller olika slag av byggnader. Detta har närmare redovisats av decentraliseringsutredningen.

Uppgifterna för år 1978 och 1979 innebär ett väsentligt avsteg från utvecklingen. Det kan därvid konstateras att den totala investeringsramen (för år 1979 den preliminära ramen) inte ens rymmer de två högsta prioriteringsgrupperna.

Differenserna mellan olika år vad gäller sjukvårdshuvudmännens önskemål kan delvis förklaras av skillnaderna avseende de objekt, som är hänförliga till den särskilda investeringsramen, som avser större projekt av lasarettskaraktär. Fluktuationerna framgår av följande sammanställning:

	1977	1978	1979	1980
Mkr.	257	613	142	1 142

Av följande tabell framgår utvecklingen av landstingens totala kapitalutgifter för sjukvårdsbyggnader och inventarier under perioden 1972–1980 vid 1978 års priser.

		1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Vårdcentraler och sjukhem	Mkr.	195	227	276	–	523	675	1 028	1 181	1 306
	Index	100	116	141	–	267	344	524	603	666
Akutvård	Mkr.	2 155	1 944	1 685	–	1 620	1 530	1 601	1 580	1 709
	Index	100	90	78	–	75	71	74	73	79
Summa	Mkr.	2 351	2 171	1 961	2 225	2 143	2 205	2 629	2 761	3 015
	Index	100	94	87	94	91	94	112	117	128

Som framgår av tabellen beräknas investeringarna år 1980 vara nästan 7 gånger så stora som inom de prioriterade områdena långtidsvård och vårdcentraler som de var år 1972; mätt i fasta priser. För akutvården beräknas investeringarna däremot vara drygt 20 % lägre år 1980 än år 1972. I jämförelse med önskemålen om igångsättningar är variationerna i det totala investeringarna relativt begränsade. Skillnaden mellan de tidigare redovisade beloppen avseende investeringsmönskemål och angivna LKELP-uppgifter sammanhänger med att de senare uppgifterna inkluderar såväl objekt understigande 500 000 kr. som inventariestkostnader.

Decentraliseringsutredningen (Kn 1975:01) föreslår¹ att den obligatoriska prioriteringen av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar ersätts av riktlinjer och rådgivning. Utredningen föreslår att det nya samrådet om turordningen mellan byggnadsobjekten baseras på sjukvårdshuvudmännens kommunalekonomiska långtidsplanering på fem års sikt – de s. k. genomförandeplanerna. Som ett led i samrådet bör de centrala organen i hälso- och sjukvårdsplaneringen t. ex. för de närmaste tre åren resonera om principer för hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning med huvudmännen. Utredningen menar att övervägandena

¹ Decentralisering av beslut om hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar (Ds Kn 1977:6).

bl. a. bör omfatta en diskussion om de avvikelser från statsmakernas och huvudmännens gemensamma sjukvårdspolitiska strävanden som kan förekomma i byggnadsprogrammen.

Den föreslagna avvecklingen av den statliga prioriteringen avser de sjukvårdspolitiska bedömningarna. I lägen när det bl. a. av samhällsekonomiska skäl är angeläget att begränsa den totala investeringsnivån för hälso- och sjukvården, föreslår utredningen att detta sker genom överläggningar mellan företrädare för staten och sjukvårdshuvudmännen. Det totala investeringsutrymmet skall i nästa steg normalt kunna fördelas genom överenskommelser mellan huvudmännen inbördes.

Genom den utveckling av planeringsdialogen som föreslagits finns det enligt utredningen skäl att se optimistiskt på möjligheterna för sjukvårdshuvudmännen att själva genom jämkningar i tidsprogrammen för olika objekt komma överens om hur byggnadsverksamheten skall rymmas inom de samhällsekonomiskt möjliga ramarna. Skulle de planerade investeringarna under en period väsentligt överstiga den ram, som svarar mot statsmakernas bedömning av de samhällsekonomiska möjligheterna, kan det emellertid bli svårare för huvudmännen att acceptera ramens storlek och att själva fördela investeringsutrymmet. Utredningen föreslår att ett statligt organ på central nivå i ett sådant läge beslutar både om den sammanlagda investeringsvolymen och fördelningen mellan de olika sjukvårdshuvudmännens byggnadsobjekt.

Decentraliseringsutredningen föreslår att länsarbetsnämnden gör den arbetsmarknadspolitiska bedömning som fordras med hänsyn till bl. a. säsongsplaneringen. Länsarbetsnämnden skall också -- i samråd med distriktsarbetsnämnden -- från sysselsättningspolitiska synpunkter rekommendera huvudmännen tidpunkter för igångsättningen.

För den centrala nivån föreslår decentraliseringsutredningen att socialstyrelsen och landstingsförbundet sammanställer resultaten av byggnadsplaneringen, bedömer innehållet samt med eget yttrande redovisar uppgifterna för en principdiskussion i socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Regeringen -- eller det organ regeringen utser -- bör besluta i lägen där det saknas förutsättningar för överenskommelser mellan statsmakerna och sjukvårdshuvudmännen om den totala investeringsvolymen samt inbördes mellan huvudmännen om fördelningen mellan olika byggnadsobjekt.

En majoritet av remissinstanserna tillstyrker utredningens förslag. En sammanställning av remissynpunkterna bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 5*.

För egen del vill jag i denna fråga anföra följande.

Byggnadsprioriteringen inom hälso- och sjukvården grundas på behovet av en konjunkturanpassning av investeringarna, men har i praktiken också fått tjäna som en samhällsekonomisk, vårdpolitisk och regionalpolitisk styrning av sjukvårdsbyggandet. Prioriteringens effekter som styrinstrument måste diskuteras utifrån dessa syften med systemet.

De *konjunktur- och arbetsmarknadsmässiga aspekterna* är av två slag, nämligen dels effekterna på byggarbetsmarknaden under uppförandet,

dels sjukvårdens totala effekter på sysselsättningen vid idrifttagandet av en anläggning. I det nuvarande systemet är det främst den första aspekten som beaktas, men effekterna kan diskuteras. Således kan konstateras att det under 1960-talet förekom ett omfattande sjukvårdsbyggande samtidigt som anspråken i övrigt var stora när det gällde byggarbetskraften. Under 1970-talet har byggnadsinvesteringarna avseende industri och bostäder varit begränsade och då har även investeringarna inom sjukvården minskat. Detta förhållande talar enligt min mening för att det nuvarande byggprioriteringssystemet haft begränsade långsiktiga effekter. I det kortare perspektivet kan heller knappast spåras några effekter – utöver den viktiga säsongsmässiga utjämningen – som skulle motverka eller kompensera svängningarna på byggnadsområdet i övrigt. Orsaken till detta kan vara svårigheten att bedöma konjunkturutvecklingen i kombination med de långa planerings- och projekteringstiderna inom sjukvårdsbyggandet.

För framtiden anser jag att det från sysselsättningspolitiska utgångspunkter finns skäl att slå vakt om främst den säsongsmässiga styrningen vad gäller igångsättningen, som bör beslutas av resp. länsarbetsnämnd. Därutöver vill jag rent allmänt framhålla ett växande behov att anpassa expansionen inom hälso- och sjukvården till det totala sysselsättningsläget. Sysselsättningsutredningen har sålunda diskuterat möjligheterna att framför allt förlägga personalutökningar till perioder med sviktande sysselsättning.

Det hittillsvarande prioriteringssystemet har också kommit att innebära en *vårdpolitisk* styrning av sjukvårdsbyggandet. En allt större överensstämmelse har utvecklats under 1970-talet mellan de av statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen prioriterade områdena och de faktiska investeringarna. I likhet med vad som gäller för andra övergripande och åtgärdsinriktade styrsystem finns en uppenbar risk för fastlåsningsomständigheter som åsidosätter kraven på flexibilitet. Som exempel härpå kan jag nämna sjukvårdshuvudmännens önskemål om reinvesteringar i akutsjukhusen. En alltför ensidig inriktning på de högst prioriterade byggnadskategorier kan innebära ett negligerande av kraven att tillhandahålla patienter och personal en tillfredsställande vård- och arbetsmiljö. Flera akutsjukhus som byggdes under 1940-talet kommer att kräva betydande reinvesteringar under 1980-talet, även vid ett realiserande av nuvarande vårdpolitiska intentioner med sikte på att antalet akutvårdplatser skall reduceras.

Erfarenheterna visar dock att ett realiserande av de vårdpolitiska målen i många fall förutsätter ett utbyggt samråd och stöd från ett för hela riket gemensamt utvecklings- och planeringsarbete. Enligt min mening framstår det därvid som särskilt viktigt att få en samlad bedömning av de specialiserade akutvårdsanläggningarnas funktionella och resursmässiga uppbyggnad med beaktande av bl. a. en rimlig avvägning mellan läns- och regionsjukvården. Det gemensamma arbetet på riksplanet bör utvecklas och dess framförhållning förbättras så att möjligheterna till en tidig rådgivning till sjukvårdshuvudmännen förbättras. När det gäller de stora

akutvårdsprojekten kan i annat fall risker föreligga för en omotiverad spridning av verksamhet och specialiteter med negativa effekter för såväl värdens innehåll som dess ekonomi.

De *regionalpolitiska* skälen för byggprioriteringen grundas på statsmakternas övergripande ansvar för att en likvärdig hälso- och sjukvård erbjuds allmänheten i alla delar av landet. Avvägningar av regionalpolitiska skäl aktualiseras främst när det gäller lokalisering och dimensionering av olika medicinska specialiteter inom region- och länssjukvården. I lägen där begränsningar är nödvändiga även av i dag prioriterade områden, såsom vårdcentraler och långtidssjukvård, måste regionalpolitiska aspekter även beaktas vid dessa verksamheters utbyggnad.

Under senare år har det framstått som angeläget att hälso- och sjukvårdens expansion avståms mot de *samhällsekonomiska* förutsättningarna. Under en följd av år har förts överläggningar mellan företrädare för regeringen och kommunförbunden om tillväxtutrymme, utdebitering m. m. Kommunalekonomiska utredningen har tagit fasta på dessa överläggningar och föreslagit att ett system utvecklas för återkommande årliga överläggningar om hithörande frågor. Sjukvårdshuvudmännen har också ställt sig positiva till ett sådant system för förhandlingar och samråd.

Starka skäl talar enligt min uppfattning för att sådana överläggningar skall vara avgörande för den kommunala expansionstakten. Den allmänna vårdpolitiska inriktningen bör i första hand säkerställas genom ett utvecklat samrådsförfarande i planeringen på såväl 10-15 års sikt (principplaneringen) som på 5 års sikt (verkställighetsplaneringen). Mot denna bakgrund anser jag att väsentliga fördelar står att finnas i decentraliseringsutredningens förslag om att bedömningen av investeringsramarna integreras med bedömningen av den totala ekonomin och om en därmed sammanhängande utvecklad samverkan i det långsiktiga planeringsperspektivet med LKELP-materialet som grund för den gemensamma bedömningen av investeringarnas omfattning och inriktning under den kommande femårsperioden. De årliga överläggningarna om kommunernas ekonomi bör således utökas till att omfatta även investeringssidan varigenom ges möjlighet att även bedöma driftkostnadsutveckling, andra resursanspråk samt effekter på kommunalskatt m. m. Ramöverenskomsten i fråga om investeringar bör på sikt omfatta femårsperioden i sin helhet med successivt avtagande precisering.

Socialstyrelsen bör liksom nu gemensamt med landstingsförbundet svara för den grundläggande bearbetningen av LKELP-materialet. Socialstyrelsen bör översiktligt bedöma och till regeringen avge yttrande om investeringsplanerna inför överläggningarna mellan företrädare för regeringen och sjukvårdshuvudmännen avseende den ekonomiska utvecklingen. LKELP-materialet måste anpassas till dessa förändringar. De nuvarande LKELP-undersökningarna bör kompletteras med vissa basuppgifter avseende aktuella byggnadsobjekt, utvisande icke blott årliga investeringskostnader utan även kostnader, starttidpunkter samt verksamhetsförändringar, personalförändringar etc. med anledning av resp. byggnadsprojekt.

Den tidsmässiga anpassningen av uppgiftslämnandet bör också prövas. Denna innehålls- och tidsmässiga anpassning av LKELP bör enligt min mening vara möjlig att åstadkomma inom ramen för det sedan länge etablerade LKELP-samarbetet mellan socialstyrelsen och landstingsförbundet.

Genom en samlad bedömning av sjukvårdshuvudmännens planer för den närmaste femårsperioden ökar förutsättningarna att belysa de samhällsekonomiska effekterna, som således bör utgöra underlag för överenskommelsen om såväl drift- som investeringskostandsutrymmet. Bedömningarna och prioriteringarna bör även omfatta byggnader för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda.

Enligt min mening har det alltmer utbyggda samrådet i den långsiktiga planeringen inneburit en allt större samstämmighet mellan sjukvårdshuvudmännens investeringsplaner och den av statsmakterna förordade omfattningen och inriktningen av byggnadsinvesteringarna. Den statliga, på central nivå fastställda prioriteringen har fått en minskad betydelse efter hand som planeringsdialogen mellan de centrala organen och huvudmännen utvecklats. De ekonomiska realiteterna, behovet av starkt ökade insatser inom bl. a. äldreården samt de stigande personalkostnaderna bidrar vidare till en i stora delar gemensam syn på användningen av hälso- och sjukvårdens resurser. Dessa faktorer, tillsammans med vad jag tidigare anfört om de framtida formerna för samråd om omfattning och inriktning av investeringsverksamheten, leder till att jag anser att den nuvarande, på vårdpolitiska grunder utförda centrala prioriteringen av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar kan avvecklas.

Det bör även framdeles ankomma på regeringen att besluta om vilka åtgärder som från tid till annan skall vidtas för att anpassa investeringsvolymen inom hälso- och sjukvårdssektorn. En fortsatt investeringskontroll bör enligt min uppfattning endast motiveras utifrån samhällsekonomiska bedömningar och inriktas på att begränsa investeringsvolymen när sjukvårdsbyggandet hotar att skapa överhettning på byggarbetsmarknaden och äventyra de stabiliseringspolitiska målen. Överenskommelse om investeringsvolymen bör som jag tidigare sagt ske i de kommunal-ekonomiska överläggningarna mellan staten och kommunerna.

Då samhällsekonomin kräver relativt stora inskränkningar i huvudmännens investeringsönskemål kan behov uppkomma av att göra vissa prioriteringar från bl. a. sjukvårdspolitiska utgångspunkter. Vad gäller det av decentraliseringsutredningen föreslagna utvecklade samrådet vid större diskrepanser mellan ramar och planerade investeringar har vid remissbehandlingen bl. a. ifrågasatts om ett sådant förfarande tidsmässigt går att förena med huvudmännens krav på slutligt besked till den begärda igångsättningen av en investering. Otvivelaktigt finns vissa skäl för denna tveksamhet till förslaget då större skillnader skall lösas genom ett samrådsförfarande som kan behöva omfatta en rad huvudmän med skilda intressen. Enligt min mening bör en begränsning av hälso- och sjukvårdens utbyggnadstakt i första hand föranleda en total omprövning av planerna på det sätt som genomförts i LKELP 78, där utgångspunkten

givits i den träffade ekonomiska uppgörelsen mellan staten och kommunerna om bl. a. kommunalskattens utveckling de närmaste åren. I sista hand ankommer det på regeringen att i varje sådan situation ta ställning till hur erforderliga prioriteringar bör förverkligas.

Jag har tidigare anfört att det är av särskilt intresse att få till stånd en samlad bedömning av den specialiserade sjukhusvårdens funktionella och resursmässiga utbyggnad. Frågor om styrning av lokalisering, dimensionering och organisation av den specialiserade vården hänger nära samman med de förslag som lagts fram av regionssjukvårdsutredningen (SOU 1978:70). Utredningen har föreslagit en lagstadgad skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att medverka i gemensam planering inom och mellan sjukvårdsregionerna. De regionala planerna föreslås bli sammanställda och analyserade inom ramen för det redan etablerade plansamarbetet mellan de centrala organen.

10.4 Central samordning av smittskyddsfrågor

Uppgifter och befogenheter för att förhindra uppkomst av och vidare spridning av smittsamma sjukdomar åvilar olika lokala, regionala och centrala organ. På lokal nivå är det hälsovårdsnämnden och distriktsläkaren som har ansvaret. Regionalt har länsstyrelsen och länsläkarorganisationen vissa uppgifter och befogenheter. Även landstingen har vissa uppgifter, däremot knappast befogenheter i egentlig mening. Frågor av betydelse för det regionala smittskyddsarbetet har jag tidigare behandlat under avsnittet om den regionala organisationen.

De centrala organen inom smittskyddet utgörs av socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium (SBL).

Socialstyrelsen har den högsta tillsynen över bekämpandet av smittsamma sjukdomar. Styrelsen skall meddela råd och anvisningar och i vissa fall föreskrifter för hälsovårdsnämnderna och föreskrifter för läkarna. För dessa uppgifter har socialstyrelsen en särskild smittskyddsfunktion inom hälsovårds- och primärvårdsbyrån (byrå SN 1). Funktionen består av en föredragande läkare (12 veckotimmar) och en halv byrådirektörstjänst. Därutöver engageras också vissa andra resurser inom styrelsen i arbete som har anknytning till smittskyddsfrågor. Läkemedelsavdelningens registreringsarbete rörande bakteriologiska preparat och analys av anmälda vaccinationsbiverkningar är ett exempel. Hälsoupplysningen kan också nämnas. Det kan emellertid konstateras att för den direkta smittskyddsfunktionen har socialstyrelsen ytterst blygsamma resurser.

Socialstyrelsen har inrättat två särskilda organ till stöd för sin smittskyddsfunktion, nämligen permanenta vaccinationsgruppen (PVG), som är ett konsultativt organ i vaccinationsfrågor, och samverkansgruppen socialstyrelsen-SBL (SOBL).

SBL är det nationella expert- och serviceorganet inom smittskyddet, som bl. a. skall ge service till socialstyrelsen. Det åligger SBL enligt dess instruktion att hålla beredskap mot epidemiska sjukdomar, fortlöpande underrätta socialstyrelsen om det epidemiska läget och omedelbart

meddela styrelsen om åtgärd från dess sida är nödvändig. Laboratoriet skall ge företräde åt undersökningar som begärs av socialstyrelsen. Planläggningen av mer omfattande epidemiologiska fältundersökningar samt av arbetet med att följa det epidemiska läget skall utföras efter samråd med socialstyrelsen. Vid utbruten eller befarad epidemiskall laboratoriet fullgöra vad socialstyrelsen begär även om andra uppgifter åsidosätts.

SBL förfogar inom smittskyddet över resurser för diagnostik, produktion av vacciner, FoU samt epidemiologisk övervakning. SBL:s verksamhet är indelad i sex program:

1. Diagnostiska undersökningar
2. Preparatförsörjning
3. Centrallaboratorieuppgifter
4. Försvarsmedicinsk verksamhet
5. Epidemiologisk verksamhet
6. Service till utomstående.

Samtliga program utom program 6 tjänar smittskyddets syften. Det är dock endast program 5 som är specialdestinerat för smittskyddsverksamhet. För programmet ansvarar den epidemiologiska avdelningen som utgör basen för SBL:s smittskyddsverksamhet. Avdelningen omfattar 13 tjänster. Avdelningen leds av den s. k. statsepidemiologen.

Den epidemiologiska avdelningen svarar för bevakning av epidemiläget i Sverige och utomlands. Detta sker med hjälp av dels den obligatoriska rapporteringen av inträffade fall av smittsam sjukdom, dels en frivillig rapportering från regionala mikrobiologiska laboratorier. Vidare kommer rapporter om läget i grannländerna samt dagliga rapporter från WHO om det internationella epidemiläget. Avdelningen håller socialstyrelsen förlöpande underrättad om epidemiläget och föreslår styrelsen åtgärder när läget påkallar detta. Avdelningen svarar också för information och rådgivning till hälso- och sjukvårdens personal.

Vid mer komplicerade och omfattande epidemiutbrott biträder den epidemiologiska avdelningen de regionala och lokala myndigheterna samt medverkar i vissa fall direkt i arbetet med att organisera och leda fältundersökningar för att bestämma epidemins utbredning, kartlägga smittvägarna och fastställa smittkällan. Dessutom görs fältundersökningar för att löpande följa immunitetsläget hos befolkningen, vilket också innebär en uppföljning av effektiviteten av olika vaccinationsåtgärder. I avdelningens uppgifter ingår även viss fort- och vidareutbildning av personal med smittskyddsuppgifter.

ÖSoS-utredningen har föreslagit en prövning av frågan om ett överförande av SBL:s epidemiologiska avdelning – eller del av denna – till socialstyrelsen. Som skäl för detta anfördes att det ur principiell synpunkt är otillfredsställande att den myndighet som har ansvar för epidemiövervakning och skyddsåtgärder också framställer och försäljer vaccin och immunglobuliner. Vidare skulle det centrala ansvaret för smittskyddsfrågor bli mera samlat och entydigt. Åtgärderna inom smittskyddet måste sättas in i sitt samlade hälso- och sjukvårdssammanhang. De av SBL insamlade informationerna och rapporterna om

smittsamma sjukdomar inom och utom Sverige ligger bl. a. till grund för socialstyrelsens åtgärder och rekommendationer i smittskyddsfrågor. Snabba och väl motiverade beslut från centralt ansvarig myndighet borde underlättas om den epidemiologiska avdelningen på lämpligt sätt integrerades i socialstyrelsen.

I sitt remissvar över ÖSoS motsätter sig SBL att den epidemiologiska avdelningen överförs till socialstyrelsen med motiveringen att en klar gräns bör dras mellan den verkställande funktionen och den övergripande ledningsfunktionen då det gäller epidemiberedskap och bekämpningen. TCO anser inte heller att epidemiologiska avdelningen bör överföras till socialstyrelsen, i första hand av skälet att enheten blir så liten att resurserna inte kommer att räcka till vid en toppbelastning. En samordning av de centrala smittskyddsfunktionerna till socialstyrelsen förordas av bl. a. kommunförbundet, Göteborgs kommun och försvarets sjukvårdsstyrelse.

För egen del kan jag konstatera att de nuvarande förhållandena när det gäller den centrala smittskyddsorganisationen kännetecknas av bl. a. tre saker. För det första att det är socialstyrelsen, som utövar myndighetsfunktionen, dvs. har rätt och skyldighet att fatta beslut som är bindande för organ på regional och lokal nivå samt för enskilda

Detta får ytterligare eftertryck genom bl. a. läkarinstruktionens bestämmelser om läkares skyldigheter att efterkomma socialstyrelsens föreskrifter. SBL å sin sida saknar egentliga myndighetsbefogenheter. SBL nämns t. ex. i smittskyddslagstiftningen endast som mottagare av de anmälningar av inträffade fall av smittsam sjukdom som laboratoriet har att sammanställa. SBL kan inte fatta beslut om åtgärder som är bindande för andra myndigheter eller enskilda.

För det andra att socialstyrelsen har ett omfattande ansvar och betydande befogenheter men små egna resurser inom smittskyddsområdet, medan SBL har ett avsevärt ansvar och stora resurser men däremot små befogenheter. SBL:s epidemiologiska avdelning har i förhållande till socialstyrelsen överlägsna resurser för smittskyddsfrågor.

Trots detta tycks avdelningen i vissa fall ha svårt att genomföra de undersökningar som socialstyrelsen bedömt önskvärda.

För det tredje att det råder ett hierarkiskt förhållande mellan socialstyrelsen och SBL. Laboratoriet är på smittskyddsområdet underordnat socialstyrelsen, vilket också klart framgår av SBL:s instruktion som ger SBL skyldighet att underrätta socialstyrelsen om epidemiläget och meddela om åtgärd från socialstyrelsens sida är nödvändig. Laboratoriet skall biträda socialstyrelsen i frågor av betydelse för den civila och militära beredskapen och ge företräde åt undersökningar och preparatberedningar som begärs av styrelsen. Planläggning av större fältundersökningar och det löpande arbetet med att följa epidemiläget skall utföras efter samråd med socialstyrelsen. När epidemi har utbrutit eller endast befaras skall SBL fullgöra vad socialstyrelsen begär även om andra uppgifter åsidosätts. SBL:s roll är således av utpräglad servicekaraktär.

Även om förhållandet mellan socialstyrelsen och SBL ur formell

synpunkt är otvetydigt kan det i praktiken uppstå problem att upprätthålla en klar rollfördelning. Socialstyrelsen har inte varit styrande över SBL i den utsträckning som ligger i den formella rolluppdeleningen på smittskyddsområdet. Förklaringen torde ligga i att SBL trots allt utgör ett självständigt statligt organ. Dessutom har SBL betydligt större resurser än socialstyrelsen för smittskyddsfrågor.

Jag kan alltså konstatera att nuläget kännetecknas av att samhällets centrala smittskyddsfunktion är delad på två organ med åtföljande oklarheter i ansvars- och rollfördelning. För att komma till rätta med detta problem och uppnå en bättre samordning kan två vägar väljas, nämligen att antingen socialstyrelsen eller SBL åläggs det fulla och odelade ansvaret för smittskyddet på central nivå.

Alternativet med SBL innebär att laboratoriet tilldelas uppgifter att svara även för myndighetsutövningen inom smittskyddsområdet. Mot detta anser jag dock tala att laboratoriet helt saknar erfarenhet av egentlig myndighetsutövning, vilket kan vara bekymmersamt inom ett område, som innefattar en hel del av tvingande åtgärder. SBL skulle behöva tillföras den härför nödvändiga juridiska och administrativa kompetensen. Vidare skulle regionala och lokala organ just när det gäller smittskyddsfrågorna underställas en särskild myndighet, medan man i andra närliggande frågor rörande såväl hälsovård som sjukvård har socialstyrelsen som huvudmyndighet.

Samtidigt talar enligt min mening flera skäl för att socialstyrelsen bör ha kvar sina uppgifter inom smittskyddet samt också erhålla förutsättningar att utföra dessa uppgifter. Socialstyrelsen är tillsynsyndighet för samtlig medicinalpersonal och således även bl. a. för den personal som har att utföra de vaccinationer som är en viktig del av smittskyddet. Här kommer också medicinalansvarsfrågorna in i bilden. En överflyttning av myndighetsfunktionen inom smittskyddet till SBL skulle när det gäller tillsynen över medicinalpersonalen skapa mer oreda än klarhet. Vidare utgör vaccinationer en viktig del av verksamheten inom primärvården, framför allt inom barnhälsovården. Vaccinationsverksamheten är så integrerad med den övriga verksamheten att den även centralt bör ses i ett sammanhang. Socialstyrelsen bör därför även i fortsättningen svara för inriktningen och samordningen av vaccinationsverksamheten i landet. Sambandet mellan smittskydd och allmän hälsovård, där socialstyrelsen är huvudtillsynsmyndighet, är också påtagligt.

Det är alltså av olika skäl inte särskilt lämpligt att lägga totalansvaret på SBL. Genom att lägga totalansvaret på socialstyrelsen anser jag att man inte bara uppnår ett helt entydigt ansvar och en bättre samordning, utan också att socialstyrelsen får större förutsättningar att fullgöra de myndighetsuppgifter, som skall ligga på styrelsen. Socialstyrelsen har f. n. beträffande smittskyddsfunktionen i huvudsak kompetens i formell mening, men litet av den sakliga och vetenskapliga kompetens som är det avgörande för en effektiv myndighetsutövning. Detta förhållande framstår särskilt klart om man jämför med vissa ämbetsverk med närliggande myndighetsuppgifter, t. ex. inom naturvårdsverket och livsmedelsverket,

vilka båda inom sin organisation har särskilda laboratorier och undersökningsresurser. Genom en överflyttning av den epidemiologiska avdelningen skulle socialstyrelsen få en mer omedelbar tillgång till den expertkunskap som är en direkt förutsättning för styrelsens myndighetsfunktion inom smittskyddsområdet. Jag vill i sammanhanget också erinra om förslaget i prop. 1978/79:120 om ett miljömedicinskt laboratorium, som innebär att bl. a. socialstyrelsen får bättre tillgång till undersöknings- och utredningsresurser inom den fysiska/kemiska miljömedicinen som underlag för sina myndighetsuppgifter inom den allmänna hälsovården.

Det samlade ansvaret för samhällets smittskyddsverksamhet på central nivå bör alltså enligt min mening läggas på socialstyrelsen. SBL:s epidemiologiska avdelning bör i konsekvens med detta i sina huvudsakliga delar flyttas till socialstyrelsen. Personal inom den epidemiologiska avdelningen bör överföras till socialstyrelsen. Det är naturligt att avdelningen bildar en del av den enhet, som inom socialstyrelsen skall svara för hälsoskyddsfrågor. Jag har i förslaget till dimensionering av denna enhet tagit hänsyn till detta och därvid räknat med att huvuddelen av den epidemiologiska avdelningens personal överflyttas till socialstyrelsen. Den närmare omfattningen av överföringen bör dock prövas av organisationskommittén. Benämningen statsepidemiolog bör i samband därmed avskaffas. Det nuvarande behovet inom styrelsen av en särskild deltidsföredragande läkare för smittskyddsfrågor bortfaller.

Inom arbetsmarknadsdepartementet förbereds nu en proposition om kontroll av användningen av hybrid-DNA. Chefen för arbetsmarknadsdepartementet kommer där in bl. a. på kontrollen av allmänfarliga patogener i samband med användningen av hybrid-DNA. Enligt vad jag erfarit utgår han därvid från att socialstyrelsen bör ha det samlade ansvaret för samhällets smittskydd.

En nackdel med en överflyttning av den epidemiologiska avdelningen kan vara att avdelningen förlorar de omedelbara vardagliga kontakterna med den mikrobiologiska verksamheten inom SBL:s övriga enheter och därigenom får sämre vetenskaplig miljö. Jag anser att detta bör kunna lösas genom att den epidemiologiska avdelningen formellt inordnas i socialstyrelsen men fysiskt behåller sin placering inom SBL:s lokaler. Viss personal inom avdelningen kan dock behöva samlokaliseras med socialstyrelsen.

11. Genomförande

Som jag anfört i det föregående bör en särskild organisationskommitté svara för detaljutformningen av socialstyrelsens organisation samt den framtida regionala organisationen. Kommittén bör utarbeta underlag för statsmakternas närmare beslut om socialstyrelsens uppgifter, resurser och inre organisation. Organisationskommittén bör bedriva sitt arbete med utgångspunkt i mitt förslag om styrelsens roll, uppgifter och organisation samt vad som framkommer vid riksdagens behandling av detta. Jag kommer att senare begära regeringens bemyndigande att tillkalla ledamöter

m. m. i organisationskommittén samt att föreslå direktiv för denna. Med hänsyn till de omfattande uppgifter som organisationskommittén har att svara för när det gäller förberedelse och genomförande av omorganisationen är det av vikt att kommitténs arbete kommer igång snabbt.

Socialstyrelsens nya organisation föreslås träda i kraft den 1 januari 1981. En första uppgift för organisationskommittén skall vara att före den 15 januari 1980 till regeringen framlägga förslag om erforderlig medelsram för styrelsen, så att förslag om anslag för budgetåret 1980/81 kan underställas riksdagen. Kommittén bör även utarbeta en plan för en årlig, successiv anpassning av socialstyrelsens resurser, så att mitt ramförslag i huvudsak kan vara genomfört under budgetåret 1983/84. Denna plan bör inges till regeringen före den 1 september 1980. Förslag om anslag till institutet för psykosocial miljömedicin läggs fram av regeringen i annat sammanhang. Detta gäller även beträffande förslag till erforderliga författningsändringar.

I organisationskommitténs uppdrag bör också ingå att avge förslag om övergångslösningar och andra åtgärder som erfordras för att anpassa styrelsens verksamhet till de förslag som jag har lagt fram och statsmakternas beslut med anledning härav samt beräkna medel härför. Det ankommer på regeringen att besluta om tidpunkt när organisationskommittén skall upphöra.

Personal som arbetar med uppgifter som avvecklas bör föras över stat. Jag förutsätter emellertid att ingen personal vid socialstyrelsen skall behöva friställas på grund av arbetsbrist. Minskningen av styrelsens personalstyrka ner till nivån i mitt ramförslag bör genomföras i takt med omplacering och den naturliga personalavgången. Byte av arbetsuppgifter och omplacering torde bli aktuellt i flera fall, vilket bl. a. kan ställa krav på särskilda utbildningsinsatser. Behovet av utbildning för att underlätta personalens omställning till nya arbetsuppgifter och medel för detta ändamål bör därför särskilt beaktas av organisationskommittén. Med hänsyn till socialstyrelsens nuvarande personalstruktur och för att underlätta nödvändiga omplaceringar bör kommittén därvid särskilt uppmärksamma utbildningsbehovet för administrativ personal i lägre lönegrader. Den föreslagna omorganisationen och personalminskningen förutsätts genomföras med iakttagande av i första hand internrekrytering och med stor restriktivitet vad gäller nyrekrytering.

Organisationskommittén har att närmare beräkna det framtida medelsbehovet för socialstyrelsen och därvid överväga och lägga fram förslag om tjänstestruktur och tjänsternas fördelning på styrelsens olika enheter. Detta skall ske med utgångspunkt från mitt förslag till totalram för verksamheten och den fördelning av denna inom den nya organisationen som blir följden av statsmakternas beslut med anledning av ramförslaget. Därvid bör organisationskommittén beakta vad jag tidigare anfört beträffande behovet av vissa förändringar i tjänstestrukturen.

Organisationskommittén bör i lokalplaneringen samverka med byggnadsstyrelsen. Målet bör vara att lokalmässigt samla den nya organisationens olika enheter – exkl. läkemedelsavdelningen och SBL:s nuvarande epidemiologiska avdelning – till ett enda ställe.

Ett särskilt sekretariat bör utses för kommittén. Utöver detta bör det

uppdras åt socialstyrelsen att lämna kommittén erforderligt arbetsbiträde. Främst bör viss personal inom styrelsens personal- och ekonomisk-administrativa funktioner ställas till kommitténs förfogande.

Mina förslag beträffande socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation är i huvudsak av principiell och övergripande natur. De är i stora delar att uppfatta som en redogörelse som lämnas för riksdagens information och som en bakgrund till de framlagda förslagen. De är också avsedda att ge ledning för arbetet i den organisationskommitté som jag föreslår skall tillsättas med uppgift att svara för detaljutformningen av socialstyrelsens organisation.

Hemställan

Med hänvisning till det anförda hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att

1. godkänna de riktlinjer för socialstyrelsens uppgifter som jag har föreslagit,
2. godkänna de riktlinjer för socialstyrelsens organisation och personalresurser samt ikraftträdandet av den nya organisationen som jag har angivit,
3. godkänna förslagen om avveckling av de nuvarande socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna samt inrättandet av sociala enheter vid länsstyrelserna,
4. godkänna förslaget om inrättande av ett institut för psykosocial miljömedicin,
5. godkänna förslaget om en central samordning av smittskyddsfrågor.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att antaga de förslag som föredraganden har lagt fram.

Sammanfattning av rapport avgiven av beredningsgruppen för socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation

En särskild beredningsgrupp (SoS-gruppen) har på regeringens uppdrag utarbetat beslutsunderlag för regeringens och riksdagens ställningstagande till socialstyrelsens framtida roll, uppgifter, organisation och dimensionering. SoS-gruppen har haft att ta ställning till ett flertal utredningar, som berör socialstyrelsen, bl. a. styrelsens egen översynsutredning (ÖSoS).

Gruppens förslag är av övergripande och principiell natur. Detaljutformningen av socialstyrelsens organisation föreslås bli anförtrödd åt en särskild organisationskommitté. SoS-gruppen har lagt stor vikt vid att beskriva socialstyrelsens roll vad gäller centrala funktioner såsom tillsyn och planering. SoS-gruppens förslag avser att koncentrera styrelsens insatser till dessa centrala uppgifter. Genom en sådan koncentrerings och en i förhållande till dagsläget minskad organisation kan en effektivisering och kraftsamling uppnås. Socialstyrelsen måste ha en aktiv roll när det gäller att påverka utvecklingen inom socialvården och hälso- och sjukvården. Enligt SoS-gruppens mening skall socialstyrelsen på statsmakternas uppdrag verka för att statsmakternas beslut och intentioner genomförs. Styrelsen skall fullgöra denna uppgift dels genom att medverka i planeringen av socialvården och hälso- och sjukvården, dels genom en aktiv tillsyn inom dessa områden.

Den nuvarande sjukvårdslagen och socialstyrelsens instruktioner anger att styrelsen är tillsynsmyndighet inom hälso- och sjukvårdsområdet. SoS-gruppen har förutsatt att styrelsen ges denna klara myndighetsroll även inom en kommande ramlagstiftning på området. I den kommande socialtjänstlagen bör enligt SoS-gruppens mening stadgas, att socialstyrelsen har att utöva tillsyn över socialvården i riket. Detta bör också komma till uttryck i styrelsens instruktion. Vägledande för arbetet bör å ena sidan vara önskemålet att vidareutveckla den kommunala självstyrelsen och å andra sidan kraven på att effektivt kunna omsätta värdpolitiska mål och prioriteringar i praktisk tillämpning. SoS-gruppen understryker att kraven på rättssäkerhet och lika tillgång till samhällsservice har särskilt stor tyngd inom socialvården och hälso- och sjukvården.

En central fråga vad gäller socialstyrelsen och dess uppgifter är styrelsens planeringsroll. Som utgångspunkt för sina överväganden tar SoS-gruppen den utveckling som skett av de kommunala huvudmännens planering av socialvården och hälso- och sjukvården. Som statlig myndighet har socialstyrelsen att svara för viktiga delar av statens ansvar för och medverkan i denna planering. Socialstyrelsens planeringsroll behöver emellertid preciseras. Styrelsen bör förse de ansvariga huvudmännen med planeringsunderlag, som har karaktären av allmänna mål. Ett sådant planeringsunderlag är principprogrammet för hälso- och sjukvårdens omfattning, inriktning, struktur och resurskrav (HS 90). I styrelsens planeringsuppgifter hör ingå att med lämpliga tidsintervall förnya

denna typ av principprogram, samt att för särskilda problemområden bryta ner principprogrammen i s. k. sektorsprogram. Styrelsen bör ha en viktig uppgift i att granska och yttra sig över enskilda sjukvårdsplaner samt genom sammanställningar och analyser ge underlag för rikspolitiska överväganden och initiativ. En annan viktig uppgift är den fortsatta verksamheten med underlag till vårdprogram för olika sjukdomstillstånd och hälsoproblem. Arbetet med underlag till vårdprogram, som enligt SoS-gruppens mening fyller en viktig funktion som underlag för huvudmännens bedömning av olika vårdåtgärder och för utformningen av vårdens innehåll och organisation, bör inta en central ställning i socialstyrelsens planeringsverksamhet och även omfatta sociala konsekvenser av olika hälsoproblem.

Socialstyrelsen bör enligt SoS-gruppens mening ha samma aktiva roll inom socialvården som inom hälso- och sjukvården i fråga om att tillhandahålla kommunerna planeringsunderlag och därmed vidareutveckla och föra ut statsmakternas intentioner inom socialvården. Styrelsen bör analysera huvudmännens planer för socialvården för att därigenom kunna följa utvecklingen och ge kunskapsåterföring till kommunerna och vid behov föreslå statsmakterna nya initiativ. Ett allmänt åliggande för kommunerna att planera den framtida socialtjänstens uppgifter bör därför enligt SoS-gruppens mening tas in i den kommande socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen bör vidare mera aktivt ta fram underlag för den utbildningsplanering och utformning av utbildningsmål som görs av utbildningsmyndigheterna. Socialstyrelsen bör även svara för den statliga insatsen i fråga om personalplanering på riksnivå som kvantitativt syftar till att anpassa personalresurserna till socialvårdens och hälso- och sjukvårdens utveckling.

SoS-gruppen anser att forskning och utveckling liksom praktisk försöksverksamhet är nödvändig för utvecklingen på det stora sociala området och för den nya socialtjänsten. Denna verksamhet bör dock enligt SoS-gruppens mening bedrivas utanför socialstyrelsen. Gruppen förordar att den överlämnas till ett föreslaget institut för social- och arbetsmarknadspolitisk forskning. Socialstyrelsens behov av att initiera forskning, utveckling och försöksverksamhet bör tillgodoses genom att styrelsen erhåller vissa rörliga medel för sin verksamhet.

SoS-gruppen framhåller vikten av att socialstyrelsens arbete koncentreras och den nuvarande mångfalden av arbetsuppgifter skärs ner. Gruppen knyter därvid an till vissa aktuella förslag. Gruppen förutsätter sålunda att pågående huvudmannaskapsförhandlingar leder till att vissa av styrelsens underförvaltningar förs över till andra huvudmän. Motsvarande initiativ bör enligt SoS-gruppens mening tas beträffande resterande underförvaltningar. En rad statsbidrag som administreras av socialstyrelsen kommer att försvinna om årets riksmöte följer förslag som framlagts av regeringen. När det gäller styrelsens statsbidragsverksamhet inom flyktingområdet förordar gruppen en långtgående förenkling och att administrationen överförs till invandrarverket. Gruppen förutsätter också att styrelsens nuvarande beredskapsuppgifter förs över till sjuk-

vårdshuvudmännen i anslutning till föreliggande utredningsförslag. Utöver detta föreslår SoS-gruppen att huvuddelen av styrelsens nuvarande statistikuppgifter i framtiden utförs av statistiska centralbyrån i samverkan med huvudmännen. SoS-gruppen föreslår vidare att styrelsens hälsoupplýsning ges en annan inriktning och att den nuvarande h-nämndens kansli därvid minskas. Med hänsyn till de organisatoriska förändringarna föreslås också en betydande minskning av styrelsens administration.

Det sammantagna resultatet av det angivna bortfallet av arbetsuppgifter blir på sikt en minskning av antalet anställda vid styrelsen. Enligt SoS-gruppens ramförslag beräknas det minskade personalbehovet till ca 310 tjänster och antalet kvarvarande tjänster till ca 615. Därutöver har SoS-gruppen beräknat ett behov av rörliga medel för expertis m. m., som uppgår till 3,5 milj. kr., vilket motsvarar ytterligare ca 25 tjänster. SoS-gruppens ramförslag kan realiseras först på några års sikt, i huvudsak dock före ingången av budgetåret 1983/84. Förslaget innebär samtidigt i förhållande till dagsläget en prioritering och personalmässig förstärkning av utvecklings- och tillsynsarbetet omkring äldreomsorg och långtidssjukvård, psykiatri och handikappfrågor.

Socialstyrelsen bör enligt SoS-gruppens mening i huvudsak organiseras med fyra fackavdelningar med inriktning på områdena förebyggande arbete och planering, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt läkemedelsärenden. En förstärkning föreslås av ledningsfunktionerna på såväl verkslednings- som avdelningsnivå. Verksstyrelsens inflytande på policyfrågor m. m. bör öka. De tre centrala fackliga organisationerna föreslås bli företrädare i verksstyrelsen. De nuvarande vetenskapliga företrädarna utgår. Detaljutformning av organisationen liksom den närmare organisationen av den administrativa funktionen överläts till den särskilda organisationskommittén.

I sina organisatoriska överväganden har SoS-gruppen haft att ta ställning till förslaget från utredningen om den statliga läkemedelskontrollen om att läkemedelsavdelningen bör skiljas från socialstyrelsen och bilda en självständig myndighet, statens läkemedelsverk. Utredningen och vad som framkommit under remissbehandlingen har inte övertygat gruppen om att ett särskilt läkemedelsverk bör inrättas. Inom ramen för de uppgifter avseende planering och tillsyn som enligt SoS-gruppens förslag skall åvila socialstyrelsen kommer det enligt gruppens mening att krävas ett utvidgat samarbete mellan läkemedelskontrollen och övriga funktioner inom styrelsen. Det är mot den bakgrunden inte rationellt att inrätta ett nytt verk.

En stor del av socialstyrelsens funktioner utövas av nämnder, råd o. d. SoS-gruppen har ifrågasatt ändamålsenligheten i nuvarande nämndorganisation. Gruppen har den principiella uppfattningen att de funktioner som naturligt åvila socialstyrelsen också bör utövas av styrelsen. I de fall då det är rationellt att vissa uppgifter utförs av särskilda nämnder eller råd bör socialstyrelsen närmare ange uppgifternas omfattning och själv utse nämnden eller rådet. I de fall då en nämnd får till uppgift att helt på eget ansvar fullgöra vissa funktioner bör nämnden vara helt fristående

från socialstyrelsen. Detta gäller även kanslifunktionen.

Socialstyrelsens nuvarande regionala organisation består av socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna. SoS-gruppen anser att frågan om roll och uppgifter för regionala statliga resurser inom ifrågavarande områden måste ses mot bakgrund av den breddade och fördjupade kompetens som finns på kommunal nivå. Inom den framtida socialtjänsten bör uppgifterna på regional nivå begränsas och inriktas på uppgifter inom länsstyrelsen. SoS-gruppen föreslår därför att en socialtjänstenhet inrättas inom länsstyrelsen. Samtidigt avskaffas nuvarande socialkonsulentorganisation. Länsstyrelsen torde komma att utöva den formella tillsynen över socialtjänsten. En viktig del av socialtjänstenhetens arbete blir att tillhandagå länsstyrelsen i tillsynsarbetet. Likaså kommer länsrätten att ha behov av medverkan från socialtjänstenheten i olika ärenden. Uppgiften att ge råd och information till allmänheten i sociala frågor bör ses som en naturlig del av tillsynsarbetet. SoS-gruppen anser vidare att medverkan i samhällsplaneringen kommer att vara en uppgift för socialtjänstenheten. Även handläggningar av alkoholärenden bör ingå i socialtjänstenhetens uppgifter. SoS-gruppen anser att vissa i rapporten angivna arbetsuppgifter bör decentraliseras från socialstyrelsen till socialtjänstenheterna.

SoS-gruppen konstaterar att väsentliga delar av det som i dag inryms i länsläkarfunktionen i framtiden normalt kommer att tillhöra landstingens arbetsfält och att många av länsläkarnas uppgifter redan är stadda i kraftig utveckling inom landstingen. SoS-gruppen anser därför att länsläkarorganisationen i dess nuvarande form avvecklas och att arbetsuppgifterna överförs till landstingen och andra organ. Av länsläkarorganisationens arbetsuppgifter bör de tre områdena epidemiologi, miljömedicin med omgivningshygien och smittskydd naturligen åvila hälso- och sjukvårdsorganisationen. En regional hälsovårdsorganisation inom landstingen bör ersätta länsläkarorganisationen när det gäller dessa arbetsuppgifter. Hur denna skall organiseras mera i detalj bör avgöras av resp. landsting utifrån lokala förutsättningar och behov. Länsläkarorganisationens tillsyn över olika institutioner bör övertas av landstingen, hälsovårdsnämnderna samt socialtjänstenheterna på länsstyrelserna. Tillsynen över privat meddelad hälso- och sjukvård bör tills vidare vara en statlig uppgift. Förändringarna föreslås bli genomförda under treårsperioden 1981–1983.

SoS-gruppen har även behandlat vissa särskilda frågor. Sålunda föreslår gruppen att det s. k. stressforskningslaboratoriet (SFL) vid karolinska institutet ges vissa fasta basresurser. Dessa fasta resurser bör bilda ett institut för psykosocial miljömedicin. Institutet bör bedriva målinriktad forskning, uppdragsverksamhet m. m. i nära samarbete med bl. a. socialstyrelsen.

Regeringen har i prop. 1978/79:174 föreslagit att nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB) skall upphöra fr. o. m. den 1 juli 1979. SoS-gruppen anser det viktigt att socialstyrelsen som tillsynsansvarig för vårdens kvalitet och patienternas säkerhet medverkar i det

utvecklingsarbete rörande sjukvårdsbyggnader som kommer att bedrivas av huvudmännen och Spri.

SoS-gruppen anser vidare att mot bakgrund av det alltmer utbyggda samrådet i den långsiktiga hälso- och sjukvårdsplaneringen kan den nuvarande — på vårdpolitiska grunder — utförda centrala prioriteringen av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar avvecklas. En fortsatt investeringskontroll bör endast motiveras utifrån samhällsekonomiska skäl. Överenskommelse om investeringsvolym bör träffas i de kommunal-ekonomiska överläggningarna mellan staten och kommunerna. Då samhällsekonomin kräver inskränkningar i investeringsönskemålen och behov uppkommer att göra vissa prioriteringar från bl. a. sjukvårdspolitiska utgångspunkter ankommer det enligt SoS-gruppens mening på regeringen att i varje sådan situation ta ställning till vilket prioriteringsförfarande som skall tillämpas.

Slutligen föreslår SoS-gruppen att den s. k. epidemiologiska avdelningen vid SBL överförs till socialstyrelsen. Detta bör enligt gruppens mening leda till en bättre samordning av smittskyddsfunktionen på central nivå.

Sammanfattning av ÖSoS slutrapport Socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer

Del I: Centrala verket

Utredningens utgångspunkter

Till grund för ÖSoS överväganden och förslag ligger de förändringar som skett i samhället - särskilt inom socialsektorn - sedan socialstyrelsen bildades samt de utvecklingslinjer som kan skönjas inför framtiden.

Såväl socialvården som hälso- och sjukvården har fått ett vidgat ansvar för människors välfärd och därmed starkt ökade uppgifter. Sociala och medicinska problem uppfattas alltmer utifrån en helhetssyn på individen och dennes miljö. Detta har lett till en starkare betoning av olika slag av förebyggande åtgärder som komplement till vård- och behandlingsinsatserna.

Krav på socialsektorns aktiva medverkan i samhällsplaneringen och bättre samverkan med andra verksamhetsområden är andra uttryck för ett mer helhetspräglat synsätt på vårdfrågorna.

Betydande förändringar pågår eller är att vänta inom socialvården och hälso- och sjukvården. Utvecklingen karaktäriseras bl. a. av betoningen av förebyggande insatser, öppnare vårdformer och förläggning av vårdresurserna till närmiljön. Den utveckling för socialvården som föreslås av socialutredningen grundar sig på en konsekvent tillämpning av helhetssynen och socialvårdens yttersta ansvar för den enkildes sociala situation. Inom socialvården har utvecklingen successivt gått från tvång mot ökad frivillighet.

För hälso- och sjukvårdens del pågår ett omfattande planerings- och utredningsarbete rörande dess framtida struktur och organisation. Arbetet bygger bl. a. på de riktlinjer som socialstyrelsen angivit i sitt principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80). Primärvården skall byggas ut och få primäransvaret för befolkningens hälsotillstånd. Samtidigt utvecklas planerna på en mer offensiv hälsopolitik i syfte att söka förhindra uppkomsten av resurskrävande vårdbehov.

En reformering planeras av lagstiftningen för både socialvården och hälso- och sjukvården för att främja verksamheternas anpassning till nya krav och behov. Nuvarande lagstiftning väntas bli ersatt av s. k. ramlagar, som ger kommuner och landsting större möjligheter att inom de ramar som statsmakterna fastställt anpassa det sociala och medicinska arbetet till lokala behov.

Övergången till ramlagstiftning är en följd av förskjutningen i uppgiftsfördelningen mellan statliga och kommunala organ, som innebär en minskad statlig detaljreglering av den kommunala verksamheten. Förutsättningar för denna utveckling har skapats genom kommunsammanslagningen och tillväxten i kommunernas och landstingens ansvar och verksamhet. En uthyggnad har skett av såväl statlig som kommunal

förvaltningsorganisation på regional och lokal nivå. Detta har medfört ökade möjligheter för en decentralisering av beslut och arbetsuppgifter från den centrala förvaltningen.

Den ökade aktiviteten på regional och lokal nivå får konsekvenser för de centrala ämbetsverkens roll och arbetssätt. Deras arbetsuppgifter blir mer övergripande med betoning på kunskapsutveckling, planering och uppföljning.

Kommunerna har dragit konsekvenserna av principen om helhetssyn genom att sammanföra de tidigare separata förvaltningarna inom socialvården. Socialstyrelsens regionala konsulenter inom socialvårdsområdet har också förts samman. Socialstyrelsens egen socialvårdsorganisation är dock fortfarande uppdelad efter socialvårdens traditionella ansvarsområden. Verkets socialvårdsbyråer är fördelade på olika avdelningar. Detta har inom verket skapat problem för socialvårdssidan vad gäller kunskapsutveckling och planering samt för kontakterna med kommunerna. Socialstyrelsens medicinska sida har i större utsträckning än den sociala kunnat ägna sig åt övergripande vård- och resursplanering.

Det har inte alltid funnits en tillräcklig koppling inom socialstyrelsen mellan tillsynsarbetet och planeringsarbetet, eftersom dessa uppgifter i huvudsak utförts på olika avdelningar. Socialstyrelsens nuvarande organisation är inte utformad för en ökad inriktning på förebyggande verksamhet och samhällsplaneringsfrågor.

Sedan socialstyrelsen bildades för tio år sedan har antalet anställda vid styrelsen i stort sett fördubblats. Detta beror på att statsmakterna genom en aktiv reformpolitik ålagt socialstyrelsen nya uppgifter. Tillväxten har gjort att överblicken över styrelsens verksamhet försvårats liksom samverkan inom myndigheten. Styrelsens ledningsorganisation har utsatts för påfrestningar. Avdelningschefernas roll har varit oklar, bl. a. beroende på avdelningarnas heterogena upphyggnad. Den relativt centraliserade administrationen inom verket har lett till vissa spänningar mellan fackavdelningarna och den administrativa avdelningen.

Socialstyrelsen har successivt sökt anpassa verksamheten till nya krav. Vissa organisatoriska åtgärder har genomförts i syfte att effektivisera arbetet. I stort sett har dock 1968 års organisation och arbetsformer förblivit oförändrade. En samlad översyn av socialstyrelsen mot bakgrund av olika samhällsförändringar och brister i verkets sätt att fungera har gjorts i och med ÖSoS. Arbetet inom ÖSoS är ett uttryck för socialstyrelsens strävan att undantöja olika problem och hinder för ett effektivt och framåtsyftande arbete.

Socialstyrelsens framtida roll och arbetssätt

Ett stort antal organisationer arbetar inom hälso- och sjukvården och socialvården. Landsting och kommuner, de s. k. huvudmännen, har det direkta ansvaret för utformning, finansiering och drift av vården. De övergripande målen fastställs av statsmakterna.

Socialstyrelsen skall under statsmakterna företräda riksintresset. Soci-

alstyrelsen skall tolka och vidareutveckla statsmakternas mål och utifrån sina erfarenheter från verksamheten inom sektorn lämna underlag till förändrade mål. Socialstyrelsen skall följa tillämpningarna av statsmakternas beslut samt bevaka säkerhet och kvalitet i vården. Socialstyrelsen har det högsta fackmässiga ansvaret för personalens yrkesutövning inom socialvård och hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen svarar i samråd med de kommunala huvudmännen för riksplaneringen av socialvård och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen skall ge statsmakterna underlag för socialpolitiska ställningstaganden och ge vägledning för regional och lokal planering. Socialstyrelsen skall följa huvudmännens planering, göra rikssammanställningar, utarbeta planeringsmetoder samt ta fram kunskapsunderlag till grund för regional och lokal planering.

Socialstyrelsen har ett särskilt ansvar för samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård. Behovet av samverkan med andra sektorer har ökat.

Socialstyrelsen är högsta tillsynsmyndighet inom socialsektorn. Socialstyrelsen måste öka den generellt inriktade tillsynen i form av t. ex. olika fältkontakter, överläggningar med huvudmännen, analys av statistik och speciella utvärderingar av utvecklingen inom sektorn.

Utgångspunkten för socialstyrelsens arbete bör vara att de olika organisationerna inom socialsektorn själva kan klara av de problem som uppstår. Socialstyrelsens roll blir främst att bevaka brister och eftersläpningar i utvecklingen och att gå in med olika stimulans- och utvecklingsinsatser när så behövs. Socialstyrelsen har en central roll i kunskapsutvecklingen inom sektorn. Detta ställer krav på att socialstyrelsen har flexibla arbetsformer.

Socialstyrelsen har vissa "driftuppgifter", bl. a. ett stort antal individärenden och huvudmannaskap för en lång rad underförvaltningar. Socialstyrelsen bör successivt minska dessa uppgifter till förmån för uppgifter inom ramen för styrelsens riksplanering av socialvård samt hälso- och sjukvård. I ÖSoS arbete har bl. a. ingått att söka avveckla, decentralisera och rationalisera detaljuppgifter. Olika åtgärder kommer att vidtas för att säkerställa att ett rationaliseringsarbete av detta slag löpande bedrivs inom socialstyrelsen.

Socialstyrelsens framtida organisation

ÖSoS föreslår en ny organisation för socialstyrelsen. Förslaget bygger på vissa grundläggande principer. En sådan är helhetssynen på människa och miljö och betydelsen av ett förebyggande och samhällsinriktat arbete. Organisationen skall vidare stödja socialstyrelsens kontakter utåt, framför allt med huvudmännen. Förutsättningarna för samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård inom verket skall utvecklas.

Socialstyrelsens planering och tillsyn av verksamheten inom socialsektorn ses som delar av en gemensam process och skall därför i högre grad än f. n. hållas ihop organisatoriskt och arbetsmässigt inom verket.

Fackavdelningarnas planeringsansvar ökar.

Socialstyrelsens ledningsfunktioner skall förbättras, bl. a. genom att verksledning och avdelningschefer intensifierar sitt samarbete i policybetonande och verksamhetsstyrande frågor. Organisationen skall möjliggöra en delegering av arbetsuppgifter och beslut samt av administrativa frågor.

Socialstyrelsen har bakom sig en expansionsperiod. Verksamheten behöver nu ges stadga och koncentreras till några huvudområden. Verksamheten samlas på relativt få och homogena avdelningar. Socialstyrelsen kan därigenom förändra omfattning av verksamhet och resurser, t. ex. vid ett bortfall av arbetsuppgifter och underförvaltningar, utan att behöva ändra sin basorganisation.

Den nya organisationen föreslås bestå av fem avdelningar (mot nuvarande sex): förebyggande arbete och planering, socialtjänst, hälso- och sjukvård, läkemedelsärenden samt administration (se bakre pärmens insida). Basorganisationen föreslås bli kompletterad med en speciell samverkansorganisation för aktuella utvecklingsområden som kräver kunnande och insatser från flera av socialstyrelsens fackområden. Denna samverkansorganisation benämns program.

Avdelningen för förebyggande arbete och planering

Förebyggande och samhällsrinriktade insatser blir allt vanligare i såväl socialvårdens som hälso- och sjukvårdens arbete. En stor del av det förebyggande arbetet sträcker sig utanför socialvården och hälso- och sjukvården, bl. a. i form av medverkan i samhällsplaneringen. Genom att föreslå en avdelning för förebyggande arbete och planering vill ÖSoS betona vikten av dessa framtidsytande verksamheter.

I avdelningen skall ingå den gemensamma och övergripande planeringskompetens som behöver hållas samman inom socialstyrelsen. Det gäller i första hand kompetens rörande metoder och tekniker för planering. Avdelningen skall också innefatta den kompetens rörande övergripande samhällsfaktorer, t. ex. ekonomi, arbetsmarknad, utbildning, forskning och utveckling, som krävs för socialstyrelsens arbete med riksplanering av socialvård och hälso- och sjukvård samt för medverkan i annan samhällsplanering. Avdelningen skall svara för att socialstyrelsens planering av socialvård och hälso- och sjukvård samordnas med övrig samhällsplanering och -utveckling. För detta ändamål föreslås inom avdelningen en byrå för personal- och utbildningsplanering samt en för allmän planering och samhällsplanering.

En viktig del av det förebyggande arbetet är insamling och registrering av sociala och medicinska data för bl. a. epidemiologiska undersökningar. Statistisk information är också nödvändig som underlag för planering. Socialstyrelsens statistikfunktion bör ingå i avdelningen för förebyggande arbete och planering.

De miljömedicinska frågorna föreslås hanteras inom avdelningen i en byrå för hälsoskydd. Till avdelningen, och närmast byrån för hälsoskydd,

bör knytas det miljömedicinska laboratorium som planeras med socialstyrelsen som chefsmyndighet.

En byrå för hälsoupplýsning föreslås inrättas inom avdelningen. Byrån ges den dubbla funktionen av att dels vara kansli åt socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning, dels vara fackbyrå åt socialstyrelsen i vissa hälsofrågor.

Avdelningen för förebyggande arbete och planering innefattar frågor rörande förebyggande åtgärder av såväl social som medicinsk och miljömedicinsk natur. Avdelningen föreslås därför få ett särskilt ansvar för samordning och utveckling av socialstyrelsens uppgifter och kontakter rörande de föreslagna sociala och miljömedicinska enheterna vid länsstyrelserna. Dessa enheters verksamhet kommer i stor utsträckning att avse förebyggande frågor och samhällsplanering (se ÖSoS slutrapport del 2).

Avdelningen för socialtjänst

I denna avdelning samlas socialstyrelsens resurser för planering, utveckling och tillsyn av socialvården. Detta ser utredningen som en förutsättning för att socialstyrelsen skall kunna motsvara de krav som ställs på verket i samband med en ny sociallagstiftning. En reformering av socialvården förutsätter att socialstyrelsen anger vägledande riktlinjer och information för den lokala planeringen av socialvården. Enligt ÖSoS mening kan socialstyrelsen inte klara dessa uppgifter med nuvarande splittring av socialvårdsresurserna på olika avdelningar.

Byråerna inom socialtjänstavdelningen bör anpassas till de reformer som genomförts eller planeras på socialvårdsområdet. De nuvarande byråerna för åldrings- och barnavård bör ytterligare bredda sina ämnesområden. En viktig fördel med en sammanhållen socialtjänstavdelning är att det sociala behandlingsarbetet kan hållas ihop.

Den av ÖSoS föreslagna uppdelningen av avdelningen i social service, barn- och ungdomsverksamhet och socialt behandlingsarbete stämmer överens med utvecklingen ute i kommunerna.

Fr. o. m. 1978-01-01 har socialstyrelsen det samlade ansvaret för alkoholpolitiken på central verksnivå. Enligt statsmakternas beslut bör alkoholfrågorna – tillsammans med frågor om andra missbruksmedel – bilda grundvalen för en särskild enhet inom socialstyrelsen. ÖSoS föreslår att en byrå för alkohol- och narkotikafrågor inrättas i socialtjänstavdelningen. Till byrån knyts socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor.

Socialstyrelsens byrå för omsorg om psykiskt utvecklingsstörda bedöms i framtiden inriktas alltmer på frågor i anslutning till den primärkommunala verksamheten. ÖSoS föreslår därför att byrån förs till socialtjänstavdelningen.

Avdelningen för hälso- och sjukvård

Den framtida hälso- och sjukvården bör enligt socialstyrelsens princip-

program Hälso- och sjukvård inför 80-talet byggas upp kring tre huvudfunktioner: primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. En nära samverkan måste komma till stånd mellan de olika nivåerna i hälso- och sjukvårdsstrukturen. Detta förutsätter en gemensam planering av primärvården och läns- och regionsjukvården, också på riksplanel. Detta försvåras inom socialstyrelsen av att funktioner som rör såväl primärvården som läns- och regionsjukvården är fördelade på olika avdelningar i den nuvarande organisationen.

ÖSoS föreslår att socialstyrelsens planerings- och tillsynsuppgifter inom det medicinska området förs samman till en avdelning för hälso- och sjukvård. Inom avdelningen bör en uppdelning göras i primärvård samt läns- och regionsjukvård. Verksamhetsområdena medicinsk rehabilitering och långvård resp. psykiatri bör t. v. hållas samman i särskilda byråer för att bäst utnyttja styrelsens resurser.

Tandvårdsfrågorna har närmast samband med hälso- och sjukvårdsfrågorna och bör ingå i avdelningen.

Den civila sjukvårdens fredsorganisation ligger till grund för krigssjukvårdens organisation. Sambanden är därför starka mellan socialstyrelsens enheter för fredssjukvård och beredskapsfrågor, både när det gäller planering och medicinska fackfrågor. ÖSoS föreslår att styrelsens nuvarande byråer för beredskapsfrågor ingår i avdelningen för hälso- och sjukvård. I ett längre perspektiv, med bl. a. en mer decentraliserad arbetsfördelning mellan socialstyrelsen och landstingen, kan styrelsens arbete med beredskapsfrågorna komma att minska och de båda byråerna för beredskapsfrågor eventuellt föras ihop till en enhet.

Avdelningen för läkemedelsärenden

Läkemedelsavdelningen har endast i begränsad omfattning varit föremål för överväganden inom ÖSoS. Utredningen har emellertid ingående sett över läkemedelsavdelningens personal- och ekonomiadministrativa verksamhet. Socialstyrelsen har i enlighet med ÖSoS förslag genomfört olika delegeringar till läkemedelsavdelningen. På utredningens förslag har avdelningen också övertagit vissa ekonomiadministrativa uppgifter från den administrativa avdelningen. Vidare har avdelningen berörts av vissa rationaliseringsfrågor.

ÖSoS föreslår inga ändringar i läkemedelsavdelningens organisation och verksamhet. Läkemedelsavdelningen är i andra sammanhang föremål för olika överväganden. Regeringen har tillsatt fem utredningar som i olika avseenden kommer att beröra avdelningens arbetsuppgifter.

Avdelningen för administration

Omfattningen av den centrala handläggningen av administrativa frågor kommer i den nya organisationen att påverkas av flera olika faktorer. Ett överförande av socialstyrelsens underförvaltningar till andra huvudmän

enligt socialutredningens och ÖSoS förslag kommer i hög grad att påverka den centrala personal- och ekonomiadministrationens omfattning.

Vidare föreslår ÖSoS en fortsatt delegering av administrativ beslutanderätt från avdelningen för administration till fackavdelningarna. Detta underlättas av ÖSoS förslag om färre och mer homogena avdelningar. Den fortsatta decentraliseringen av administrativa uppgifter till avdelningarna skall ske successivt.

Kontaktmannasystemet mellan de centrala personal- och ekonomiadministrativa enheterna och fackavdelningarna skall byggas ut. Kontaktpersonerna inlemmas i fackavdelningarnas kanslier, men tillhör formellt den administrativa avdelningen. Även för de juridiska frågorna skall en liknande kontaktmannafunktion byggas upp.

Avdelningen för administration föreslås omfatta områdena personal, ekonomi, juridik och information. Förslaget innebär att de båda juridiska byråerna samordnas i en byrå för juridik. I avvaktan på att frågan om medicinalväsandets ansvarsnämnds framtida ställning och verksamhet bestäms bör socialstyrelsen disponera en särskild byråchefstjänst för ansvarsnämndens verksamhet.

Program

Inrättande av program är ett väsentligt komplement till avdelnings- och byråorganisationen i ÖSoS förslag. Program bildas för prioriterade verksamheter som kräver kompetens och resurser från flera avdelningar. I programarbetet kan även organisationer utanför socialstyrelsen medverka.

Programmen byggs upp av projekt med olika varaktighet och omfattning. För varje program skall finnas en programgrupp och en programansvarig som har det direkta ledningsansvaret. Lämpliga programområden kan vara exempelvis äldreomsorg, handikappfrågor, psykoterapeutiskt arbete, invandrar- och flyktingfrågor, barnomsorger och missbruksfrågor.

Programmen fyller flera viktiga funktioner. Programmen är ett sätt att inom socialstyrelsen förbättra integration och samarbete i olika utvecklingsfrågor mellan socialvård och hälso- och sjukvård. Genom att styrelsens arbete inom socialvård resp. hälso- och sjukvård koncentreras till särskilda avdelningar och att dessa samtidigt kompletteras med tvärgående program anser utredningen att bättre förutsättningar föreligger för att realisera den integrationsmålsättning som ligger till grund för socialstyrelsen.

Programmen är vidare avsedda att vara uttryck för verkets prioriteringar och möjliggöra en flexiblere resursanvändning. Programmen får dessutom en viktig rådgivande funktion till verkets ledning i det policyskapande arbetet.

Resurser

ÖSoS organisationsförslag bygger på oförändrade resursramar för socialstyrelsens centrala verk med undantag för de personalinskränkningar som kan bli resultatet av huvudmannaskapsförändringar för olika underförvaltningar och vissa andra förändringar i styrelsens arbetsuppgifter. Oklarheter föreligger dock om den slutliga omfattningen av dessa förändringar och om tidpunkten för deras genomförande.

Med beaktande av dessa förhållanden beräknas centrala verkets löneplansanställda minska från ca 950 till ca 855. Beräkningarna är ungefärliga och måste successivt omprövas inför övergången till den nya organisationen.

Några viktiga funktioner i den nya organisationen

För att ytterligare precisera socialstyrelsens framtida arbetssätt har ÖSoS utvecklat förslagen när det gäller inriktning och uppbyggnad av några viktiga funktioner i den nya organisationen, såsom planering, forskning och utveckling, information, tillsyn, ledning och samordning samt personalutveckling.

Planering

ÖSoS anser att den s. k. sektorplaneringen är en huvuduppgift för socialstyrelsen, dvs. planering på riksnivå av utvecklingen inom sektorn för socialvård samt hälso- och sjukvård. Ansvar för sektorns planering är delat mellan flera offentliga organ och sker i samverkan mellan dessa. ÖSoS har utgått ifrån att nuvarande ansvarsfördelning mellan departement, socialstyrelsen, vårdhuvudmännen samt övriga deltagande organ i allt väsentligt kommer att bestå.

I sektorplaneringen skall socialstyrelsen tolka och vidareutveckla statsmakternas mål samt lämna underlag för politiska beslut på såväl nationell som regional och lokal nivå. Styrelsens uppgifter rörande planeringen inom sektorn för socialvård samt hälso- och sjukvård kan delas upp i fyra huvudområden: målfrågor, struktur- och organisationsfrågor, löpande sektorplanering samt planeringsmetodik.

Socialstyrelsen och socialektorn i sin helhet har också ett ansvar för att medverka i den s. k. sektorövergripande planeringen, dvs. socialsektorns samordning med utvecklingen inom andra samhällssektorer liksom med fysisk och ekonomisk samhällsplanering. En bättre samordning av fysisk, ekonomisk och social samhällsplanering framstår enligt utredningens mening som allt nödvändigare. Socialstyrelsens medverkan i detta avseende motiveras av behoven att anlägga en helhetssyn på vårdbehoven i samhället och att förebygga uppkomsten av sociala och medicinska problem.

Enligt ÖSoS bör planeringsansvaret inom socialstyrelsen i huvudsak läggas på fackenheterna för socialvård och hälso- och sjukvård och inte i

särskilda planeringsenheter. En central tanke bakom detta är att socialstyrelsens planerings- och tillsynsuppgifter bör hållas ihop för att bättre utnyttja styrelsens samlade kunskaper och resurser i planeringsarbetet. Förutsättningar för en sådan uppbyggnad av verkets planeringsfunktion skapas av den föreslagna avdelningsorganisationen, programarbetsformen och förstärkningen av verkets ledningsfunktioner.

Avdelningen för förebyggande arbete och planering skall fungera som en gemensam planeringsresurs och stödfunktion till de andra avdelningarnas planeringsarbete. Avdelningen skall därvid bl. a. svara för ett metodkunnande och att socialstyrelsens planering av socialvård och hälso- och sjukvård i erforderlig grad samordnas med och påverkar annan samhällsutveckling.

Forskning och utveckling

ÖSoS eftersträvar en myndighetsroll för socialstyrelsen som innebär en starkare inriktning på att utveckla och förmedla kunskaps- och beslutsunderlag. Socialstyrelsen bör öka insatserna för forskning och utveckling samt försöksverksamhet. Socialstyrelsen skall dock inte ha till primär uppgift att bedriva forskning. Styrelsen skall följa och stödja kunskapsutvecklingen inom socialsektorn genom att initiera, bidra till och medverka i forskning, försöksverksamheter och annat utvecklingsarbete i nära anknytning till den praktiska verksamheten inom kommuner och landsting. Styrelsen bör följa upp samtliga led i kunskapsprocessen och förmedla information mellan forskning och praktisk verksamhet.

Socialstyrelsens forsknings- och utvecklings- och försöksverksamhet skall ingå som en integrerad del av arbetet i byråer och program. För att bättre kunna medverka i sådant arbete måste styrelsens personal få möjligheter att kontinuerligt vidga sina egna kunskaper.

För administration av gemensamma forsknings- och utvecklingsfrågor inom styrelsen föreslås att ett FoU-sekretariat inrättas inom byrån för allmän planering och samhällsplanering. För central samordning och prioritering föreslås dels en samordningsgrupp med personer från socialstyrelsens olika enheter, dels en bedömningsgrupp med vetenskapligt skolade personer utanför socialstyrelsen.

Information

Den roll och det arbetssätt som ÖSoS föreslår för socialstyrelsen i framtiden innebär att styrelsens externa information måste öka i betydelse och omfattning. Informationen inom den sociala sektorn måste planeras och samordnas bättre genom en ökad samverkan mellan informationsansvariga organ. Socialstyrelsen har ett ansvar för att en sådan samordning kommer till stånd. En årlig samverkanskonferens föreslås för detta ändamål.

Socialstyrelsens informationsbyrå bör förstärkas och olika slag av informationsservice och -kunnande bör samlas i denna, t. ex. redaktions-

och förlagsfrågor, massmediakontakter, distributionscentral och internationell information. En särskild dokumentations- och upplysningsenhet bör också inrättas inom byrån. Denna enhet bör fungera som socialstyrelsens centrala upplysningstjänst och ge service åt externa och interna informationssökande.

Informationsbyråns tjänster skall vara stödjande. Fackbyråerna har det primära ansvaret för socialstyrelsens information och även utbildning till olika intressenter. På varje byrå bör finnas särskilda informationsansvariga som svarar för allmänna upplysningar om byråns verksamhet.

I socialstyrelsens informationsarbete kommer också de föreslagna sociala och miljömedicinska enheterna inom länsstyrelserna att fylla en viktig funktion.

Tillsyn

Av socialstyrelsens ställning som central förvaltningsmyndighet för socialvård och hälso- och sjukvård följer att styrelsen har det högsta tillsynsansvaret för verksamheten inom denna sektor. Socialstyrelsens tillsynsansvar är reglerat på olika sätt, bl. a. i styrelsens instruktion, och är klarare uttalat beträffande de medicinska frågorna än vad gäller socialvården.

Tillsynsarbetet har ändrat karaktär och alltmer blivit en fråga om ömsesidigt informationsutbyte snarare än kontroll. Skillnaderna mellan socialstyrelsens tillsyn och planering har blivit mindre utpräglade. Enligt ÖSoS bör tillsyn och planering ses som delar i en gemensam process som organisatoriskt bör kopplas ihop i verkets olika fackenheter. Kunskaper från tillsynen skall utnyttjas i det framåtsyftande planeringsarbetet.

I framtiden bör man urskilja två former av tillsyn: uppföljning och individuell tillsyn.

Uppföljning är inriktad på måluppfyllelse och utvärdering av resultaten av olika planeringsåtgärder. Utvecklingen mot målorienterade ramlagar för socialvård och hälso- och sjukvård innebär att socialstyrelsens framtida tillsyn i ökad utsträckning bör avse uppföljning, alltså kontroll av måluppfyllelse. En betoning av uppföljningen innebär att skillnaderna i tillsynen mellan hälso- och sjukvård och socialvård minskar.

Den individuella tillsynen är inriktad på rättssäkerhet samt säkerhet och kvalitet i vård och behandling i enskilda fall. Den individuella tillsynen ger samtidigt socialstyrelsen kunskaper om tillståndet i socialvården och hälso- och sjukvården.

Ledning och samordning

ÖSoS föreslår en förstärkning av socialstyrelsens ledningsfunktioner. Verksledningen bör förstärkas genom att avdelningscheferna mer än nu ses som en del av verksledningsfunktionen. Verksledning och avdelningschefer bör regelbundet träffas i en verksledningskonferens som skall utgöra verkets centrala policy- och samordningsorgan. Verksledningen

bör också förstärkas med ett särskilt verksamhetssekretariat, som bl. a. skall svara för beredning av verksamhetskonferensens arbete.

Avdelningarna blir i den nya organisationen mer homogena. Detta ger ökade möjligheter att delegera både sakfrågor och administrativa beslut. Härigenom ökar avdelningschefernas samordnande ansvar.

Inom det administrativa området föreslår ÖSoS en ökad självständighet för fackavdelningarna i förhållande till den centrala administrationen. Till stöd för avdelningarnas och avdelningschefernas arbete med personal- och ekonomiadministrativa frågor samt vissa andra avdelningssammansatta frågor inrättas särskilda avdelningskanslier.

Socialstyrelsens interna verksamhetsplanering bör utvecklas till det centrala instrumentet för prioriteringar inom verket.

Personalutveckling m. m.

För att de av ÖSoS föreslagna förändringarna skall få förväntade effekter krävs kompletterande insatser i form av åtgärder som utvecklar och stödjer personalen i dess arbete. ÖSoS har i dessa frågor ägnat särskild uppmärksamhet åt den interna informationen och kommunikationen, utbildningsfrågorna och rekryteringsfrågorna.

En väl fungerande intern information och kommunikation är betydelsefull när det gäller att stödja personalen i det pågående förändringsarbetet och för att nå en ökad delegering och samordning i arbetet. ÖSoS har under utvecklingsarbetet lagt fram flera konkreta förslag rörande verkets interna information och kommunikation.

När det gäller socialstyrelsens internutbildning har ÖSoS arbetat för att få till stånd s. k. samverkansutbildning, som bl. a. är inriktad på frågor om gruppsamverkan, sociala roller, personalledning och förändringsprocesser. ÖSoS har vidare understrukt personalens behov av såväl fackutbildning som utbildning i metodfrågor och administrativa frågor. En viktig förutsättning är att socialstyrelsen har en väl fungerande intern utbildningsfunktion.

En utveckling av rekryteringen pågår för att anpassa rekryteringspolitiken till att svara mot behovet av ett mer flexibelt och utvecklingsinriktat arbetssätt inom styrelsen.

Den regionala organisationen

Mot bakgrund av en genomgång av länsläkar- och socialkonsulentorganisationernas nuvarande och framtida arbetsuppgifter samt olika intressenters behov av regionala resurser inom socialvård samt hälso- och sjukvård har ÖSoS bl. a. konstaterat att

- länsstyrelserna har behov av social, medicinsk och miljömedicinsk kompetens för dels tillsyn, besvär och övrig ärendehandläggning, dels medverkan i samhällsplaneringen,
- socialstyrelsen har behov av regionala resurser för dels kunskapsför-

medling och erfarenhetsåterföring inom socialvård och allmän hälsovård, dels tillsyn över enskilt utövad sjukvårdsverksamhet.

ÖSoS föreslår att socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna inordnas i länsstyrelserna och där förs samman till en gemensam social och miljömedicinsk enhet. Till denna enhet bör även övervägas att föra länsstyrelsernas handläggare av alkoholärenden. Den regionala organisationen behandlas i ÖSoS slutrapport del 2.

Genomförandet av den nya organisationen

Ett genomförande av ÖSoS förslag innebär en omfattande förändringsprocess för socialstyrelsens personal vid det centrala verket, berörda underförvaltningar samt den regionala organisationen. I detta sammanhang bör också beaktas det arbete som pågår inom socialdepartementet rörande ett överförande av ungdomsvårdsskolor och statens nykterhetsvårdsanstalter till annan huvudman.

Det är viktigt att det förändringsarbete som påbörjats i och med ÖSoS inte stannar av. Så snart beslut fattats om kommande förändringar bör dessa genomföras. Inom socialstyrelsen bör en särskild plan för genomförandet läggas upp i samråd med personalorganisationerna.

Ett informationspaket som anger huvuddragen i och konsekvenserna av ÖSoS förslag bör snarast presenteras för personalen. Utbildningsinsatser bör påbörjas mot bakgrund av de förslag ÖSoS lämnat. En omfattande personalplanering för att förbereda omställningarna förutsätts komma igång. På sikt bör även verkets olika arbetsenheter lokaliseras till samma arbetsställe.

Målsättnings- och prioriteringsdiskussioner bör fördjupas med inriktning på de föreslagna arbetsenheterna och programmen redan inför nästa interna planeringsomgång. Detta bör föregås av ökade insatser på verksledningsplanet för att ange ramarna för arbetet. Detta kan möjliggöras genom att snarast inleda arbetet i den s. k. verksledningskonferensen och det särskilda verksledningssekretariatet. Ett starkt motiv härför är också att stärka verksledningens möjligheter att organisera och leda det fortsatta förändringsarbetet.

Efter statsmakternas behandling av ÖSoS förslag synes det lämpligt att inrätta en partssammansatt organisationskommitté för att leda det praktiska genomförandet av beslutade förändringar.

Del 2: Regionalorganisation

Behov av regionala resurser

ÖSoS har försökt göra en samlad bedömning av behovet av en framtida regional organisation för socialstyrelsen med utgångspunkt i socialkonsulenternas och länsläkarorganisationens nuvarande och framtida arbetsuppgifter. Olika intressenters behov av regionala statliga resurser inom socialvård samt hälso- och sjukvård har uppmärksamats och alternativa

möjligheter att få arbetsuppgifterna utförda har diskuterats.

Som utgångspunkt för diskussionen om behovet av regionala statliga resurser inom socialvården har tagits socialutredningens beskrivning av arbetsuppgifter för den föreslagna socialtjänstenheten vid länsstyrelsen. Behovet av resurser inom hälso- och sjukvården har behandlats utifrån länsläkarorganisationens arbetsuppgifter enligt dess verksamhetsplan.

Av behovsanalysen kan man konstatera att det finns ett behov av regionala, statliga resurser såväl inom socialvården som inom hälso- och sjukvården. Behoven inom båda dessa områden sammanfaller relativt väl med varandra och det är i båda fallen länsstyrelsen inklusive länsrätten som har det primära behovet. Länsstyrelsen har behov av social, medicinsk och miljömedicinsk kompetens såväl i sin samhällsplanerande som i sin myndighetsutövande funktion. Om de nuvarande regionala resurserna skulle avvecklas, skulle länsstyrelsen bli tvungen att för ett flertal uppgifter själv skaffa motsvarande kompetens.

Den medicinska kompetens som är nödvändig för länsstyrelsen omfattar huvudsakligen den preventiva medicinen och bör i första hand vara miljö- och socialmedicinskt inriktad. Länsläkarorganisationens uppgifter inom sjukvårdsverksamheten är däremot av mindre intresse för länsstyrelsen.

Även socialstyrelsen har inom delar av sitt ansvarsområde behov av regionala resurser. Dessa är emellertid inte tillräckliga för att ensamma motivera en regional organisation. Socialstyrelsens behov omfattar främst en dubbelriktad kunskapsförmedlande funktion – inkl. faktainsamlings- och utredningsuppgifter – dels inom socialvårdens, dels inom den allmänna hälsovårdens område. Socialstyrelsens behov av regionala resurser för dessa ändamål kan också komma att öka mot bakgrund av styrelsens ändrade roll och arbetssätt.

Socialstyrelsen behöver också såsom högsta tillsynsmyndighet över såväl socialvården som hälso- och sjukvården regionala resurser för att fullgöra delar av denna tillsyn. Detta gäller främst tillsynen över den enskilt utövade sjukvårdsverksamheten. När det gäller den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna sjukvården, har något behov från socialstyrelsen av regionala resurser inte framkommit.

Den principiella inställningen från landsting och kommuner är att man inte anser sig ha behov av några regionala statliga resurser i framtiden varken inom socialvården eller hälso- och sjukvården. Vissa enskilda kommuner anser det dock alltfjämt värdefullt att på regional nivå ha tillgång till resurser för råd och service.

Framtida arbetsuppgifter

ÖSoS föreslår att de regionala statliga resurserna inom socialvården samt hälso- och sjukvården i första hand skall inriktas på följande uppgifter:

- tillsyn, besvär samt övrig ärendehandläggning
- kunskapsförmedling
- medverkan i samhällsplaneringen.

Uppgifterna omfattar i första hand socialvården och den allmänna hälsovården och bör primärt inriktas på funktioner inom länsstyrelsen. En viktig uppgift skall vara att arbeta förebyggande och i olika typer av beslut och planering på länsnivå bevaka att hänsyn tas till sociala, medicinska och miljömedicinska aspekter. Uppgifter som rör ärendehandläggning skall hållas på rimlig nivå och skall ses som ett nödvändigt informationsinflöde för mer generellt verkande åtgärder.

Den kunskapsförmedlande funktionen gentemot såväl socialstyrelsen som kommuner och andra regionala och lokala organ faller ut som en mycket naturlig uppgift för resurser med fasta uppgifter på den regionala nivån.

Ovan nämnda uppgifter skall ses som delar i en helhet, där varje arbetsområde är en förutsättning för de övriga.

Huvudmannaskap och organisation

Med hänsyn till att flertalet av de regionala organens uppgifter är nära knutna till länsstyrelsens verksamhet föreslår ÖSoS att huvudmannaskapet för socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna överförs till länsstyrelsen.

Ett inordnande av dessa organisationer i länsstyrelsen bör medföra att det nuvarande samarbetet kan utvecklas och bedrivas effektivare genom att detta kan ske i enkla och informella former. De regionala tjänstemännen får härmed också större möjligheter än i dag att på olika sätt hävda de egna facksynpunkterna i länsstyrelsens interna överläggningar, där skilda och ofta konkurrerande intressen skall vägas mot varandra.

Översynsutredningen anser att övervägande skäl talar för att länsläkar- och socialkonsulentorganisationerna vid ett inordnande i länsstyrelsen bör hållas samman och bilda en gemensam enhet. Arbetet i framtiden kommer i högre grad än f. n. att inriktas på generella och förebyggande åtgärder. För detta krävs en organisation med bred kompetens som på ett samlat sätt kan företräda de sociala, medicinska och miljömedicinska aspekterna i olika sammanhang. Ett annat motiv för en samordning är att socialstyrelsen är gemensam central myndighet.

Inom länsstyrelsen finns speciella handläggare för alkoholärenden, vilka f. n. ingår i förvaltningsavdelningens allmänna enhet. De sorterade tidigare under riksskatteverkets alkoholbyrå. Alkoholbyrån överfördes emellertid 1978-01-01 till socialstyrelsen. Alkoholärendena har såväl social som medicinsk anknytning och handläggning av dessa bör ses som ett inslag i det förebyggande arbetet. Det synes därför lämpligt att inom länsstyrelsen samordna handläggarna för alkoholärenden med socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna.

Mot den bakgrunden föreslår ÖSoS att det inom länsstyrelsen bildas en ny enhet, som benämns social och miljömedicinsk enhet. Enheten föreslås innehålla tre funktioner, nämligen miljömedicin, socialtjänst samt alkoholärenden.

Det är av stor betydelse att enheten får en sådan inplacering i

länsstyrelsen att den föreslagna arbetsinriktningen möjliggörs. Översynsutredningen anser därför att den sociala och miljömedicinska enheten bör inordnas i planeringsavdelningen.

ÖSoS har inte diskuterat frågan om dimensionering av den föreslagna enheten mer ingående. Utredningen anser dock att nuvarande resurser inom länsläkar- och socialkonsulentorganisationerna i princip bör kunna överföras till den nya enheten. Eftersom det totala antalet tjänster för kanslipersonalen är stort i förhållande till antalet handläggare bör vissa rationaliseringsmöjligheter finnas vid en samordning av kansliresurserna i den föreslagna enheten. En samlad bedömning av behovet av kanslipersonal bör göras inom resp. länsstyrelses ram.

Beträffande eftervårdskonsulenterna föreslår ÖSoS att dessa t.v. samordnas med socialkonsulenterna. I samband med att huvudmannaskapet för ungdomsvårdsskolorna ändras bör dessa tjänster i enlighet med socialutredningens förslag avvecklas.

Glesbygdskonsulenterna bör stå kvar under socialstyrelsens huvudmannaskap så länge den nuvarande försöksverksamheten pågår. Det fortsatta behovet av dessa resurser får behandlas i samband med en utvärdering av försöksverksamheten.

Relationerna socialstyrelsen – den regionala enheten

Vid ett förändrat huvudmannaskap för socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna är det viktigt att ett nära samarbete och goda kontakter bibehålls och utvecklas mellan centrala verket och tjänstemännen vid de sociala och miljömedicinska enheterna.

Socialstyrelsen har härvid ett behov av att kunna påverka resurser och verksamhetsinriktning vid den regionala enheten för att bl. a. kunna utnyttja denna i kontakterna med fältet. Länsstyrelsen behöver också få en uppfattning om verkets behov av och krav på insatser på länsnivå.

Kontakterna och samarbetsformerna mellan socialstyrelsen och den regionala enheten behandlas i avsnitt 8. Enligt ÖSoS bör socialstyrelsen ha ett ansvar gentemot den regionala enheten och möjligheter att påverka dess arbete främst när det gäller

- tjänstetillsättningar
- utbildning och information
- verksamhetsplanering
- länsstyrelsernas anslagsframställningar.

Socialstyrelsen måste kontinuerligt följa och stödja det regionala arbetet. En huvudprincip bör vara att verkets fackbyråer har ansvaret för löpande kontakter med de sociala och miljömedicinska enheterna inom sina resp. områden.

För uppgifter av samordnande och mer övergripande karaktär krävs dock någon form av ledningsfunktion vid socialstyrelsen. ÖSoS föreslår att verksledningskonferensen skall svara för denna ledningsfunktion, i likhet med vad som skall gälla för verket i övrigt. Då frågor rörande de

regionala enheterna behandlas i verksledningskonferensen bör någon eller några representanter för enheterna ingå.

Vidare bör minst en tjänsteman avdelas för bevakning av frågor rörande de regionala enheterna i styrelsens löpande arbete. Denna kanslifunktion föreslås bli förlagd till avdelningskansliet vid avdelningen för förebyggande arbete och planering.

Kompetens, utbildning och rekrytering

För att de regionala tjänstemännen skall kunna svara mot den roll och de arbetsuppgifter som beskrivs i rapporten krävs vissa förändringar av kompetensen. Dessa kan erhållas dels genom utbildning, dels genom förändrade rekryteringsprinciper. I avsnitt 9 diskuteras kompetenskrav samt former för utbildning och rekrytering av de regionala tjänstemännen.

Genomförande

Översynsutredningens förslag om en samordning av nuvarande läns- läkar- och socialkonsulentorganisationer till en social och miljömedicinsk enhet inom länsstyrelsen bör kunna genomföras relativt snart.

Enligt vad ÖSoS f. n. kan bedöma synes det sannolikt att de föreslagna lagändringarna inom socialvårdsområdet kommer att träda i kraft fr. o. m. 1980-01-01. Det föreslagna regelsystemet styr i hög grad socialkonsulenternas arbete. För att den nya enheten skall kunna förbereda och anpassa sitt arbete till den nya sociallagstiftningen bör en samordning av de båda organisationerna och ett inordnande av dessa i länsstyrelsen ske så snart som möjligt efter statsmakternas ställningstagande till förslaget om socialtjänstlag. Många praktiska problem i samband med själva omorganisationen kan därigenom lösas innan övriga förändringar genomförs.

Även mot bakgrund av att det pågår en översyn av länsstyrelsernas organisation (OPAL) är det väsentligt med ett snabbt ställningstagande till ÖSoS förslag om det framtida huvudmannskapet för socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna. Den sociala och miljömedicinska enhetens ställning och organisatoriska inplacering samt den slutliga dimensioneringen bör behandlas i detta sammanhang.

I avsnittet om genomförandefrågorna i slutrapportens del 1 föreslås bl. a. att en organisationskommitté tillsätts med uppdrag att leda omställningsarbetet vid socialstyrelsen. Ansvar för genomförandet av ÖSoS förslag beträffande den regionala organisationen kan antingen läggas på en sådan organisationskommitté, eller på en för den regionala organisationen särskilt tillsatt genomförandegrupp. I båda alternativen bör representanter för de regionala organisationerna, handläggarna av alkoholärenden och länsstyrelsernas organisationsnämnd ingå.

Sammanställning av remissyttranden över ÖSoS slutrapport Socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer

Yttranden har efter remiss avgetts av kriminalvårdsstyrelsen, försvarets sjukvårdsstyrelse, riks försäkringsverket, statens bakteriologiska laboratorium, riksrevisionsverket, statens personalnämnd, universitets- och högskoleämbetet, skolöverstyrelsen, statens livsmedelsverk, statens naturvårdsverk, statens strålskyddsinstitut, överstyrelsen för ekonomiskt försvar, arbetsmarknadsstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, statens handikappråd, länsstyrelserna i Hallands, Malmöhus, Uppsala, Västmanlands och Västerbottens län, hälso- och sjukvårdsutredningen, landstingskommunerna i Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Kronobergs, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Älvsborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län, landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Göteborgs, Malmö, Gotlands, Ljungby och Vilhelmina kommuner, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Landsorganisationen i Sverige (LO), Handikappförbundens centralkommitté (HCK), Svenska läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund samt Föreningen länsstyrelsernas utskänkningshandläggare.

Yttrande över rapporten har dessutom inkommit från lek miljörådet.

Apoteksbolaget AB, nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB), statens arbetsmiljönämnd samt landstingskommunerna i Göteborgs och Bohus, Jönköpings och Gävleborgs län har enligt inkomna skrivelser beslutat avstå från att avge yttrande.

Remissinstanserna har i flera fall bifogat yttranden från underställda organ.

Sammanställningen, del 1, redovisas under rubrikerna socialstyrelsens framtida roll och arbetssätt, socialstyrelsens framtida organisation, några viktiga funktioner i den nya organisationen samt genomförande. I huvudsak överensstämmer detta med rubriksättningen i sammanfattningen av betänkandet sid. 5--18 (del 1).

Sammanställningen, del 2, sid. 32 redovisas under rubrikerna behov av regionala resurser, framtida arbetsuppgifter, huvudmannaskap och organisation, relationerna socialstyrelsen -- den regionala enheten, kompetens, utbildning och rekrytering samt genomförande. Detta motsvarar rubrikerna i betänkandets sammanfattning sid. 3--8 (del 2).

Del 1: Centrala verket

1 Socialstyrelsens framtida roll och arbetssätt

Flertalet remissinstanser biträder eller lämnar utan erinran ÖSoS allmänna syn på inriktningen av socialstyrelsens roll och arbetssätt i framtiden. I en del yttranden understryks och vidareutvecklas värdet av

en inriktning mot en mera övergripande, stödjande och kunskapsutvecklande roll. Vissa remissinstanser menar att det är nödvändigt med en samlad bedömning av det utredningsarbete som pågår inom berörda områden innan ställning kan tas till styrelsens roll i framtiden. Några remissinstanser anser att rapporten inte utan överarbetning kan ligga till grund för ett ställningstagande angående styrelsens roll och arbetsuppgifter. I några fall pekar man på att gränsdragningen mellan socialstyrelsens och andra organs uppgifter är oklar. I flera yttranden understryks att den enskildes behov inte får åsidosätts genom den nya organisationen och att socialstyrelsen måste ha en aktiv roll när det gäller att påverka utvecklingen inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Svenska kommunförbundet delar ÖSoS syn på förutsättningarna för socialstyrelsens framtida uppgifter. Utvecklingen mot en minskad statlig detaljreglering av den kommunala verksamheten, strävan att stärka den kommunala självstyrelsen samt den utbyggnad av kommunernas förvaltningsorganisation som blivit en naturlig följd av kommunsammanslagningarna är härvid de viktigaste utgångspunkterna. Socialstyrelsens uppgifter bör främst inriktas på att föra ut statsmakternas intentioner till olika intressenter, att i samråd med huvudmännens organisation svara för uppföljningen av hur intentionerna förverkligas samt initiera och informera om utvecklings- och forskningsarbete. Socialstyrelsen bör ansvara för informationen på riksnivå.

Malmö kommun konstaterar att ÖSoS rapport är avsedd att ge socialstyrelsen den centrala roll den bör ha när det gäller frågor om social-, hälso- och sjukvårdens utveckling. *Gotlands kommun* menar att utredningen återger en principiellt viktig grundsyn på styrelsens roll och arbetssätt. Förskjutningen av innehållet i styrelsens tillsynsansvar mot uppgifter av uppföljande och utvecklande karaktär – integrerade med planeringsuppgifterna – är väsentlig och viktig. *Vilhelmina kommun* anser att socialstyrelsen inte med tillräcklig kraft hävdar socialvårdens intressen. Socialstyrelsens sviktande ställning har lett fram till att annan central organisation med ganska klart markerad ekonomisk/teknokratisk inriktning kommit att spela en allt mer betydelsefull roll. Denna utveckling är enligt kommunen inte invändningsfri.

Landstingsförbundet framhåller att även om landstingen är huvudmän för hälso- och sjukvården måste statsmakterna – dvs. riksdag och regering – i sista hand lägga fast de övergripande målen för hälso- och sjukvårdspolitiken som en del av den allmänna välfärdspolitiken. Med utgångspunkt från dessa mål bör de politiskt ansvariga huvudmännen så långt möjligt få verka utan statlig detaljreglering.

Stockholms läns landsting menar att socialstyrelsens organisation i hög grad blir beroende av hur lagstiftningen på grundval av socialutredningen och hälso- och sjukvårdsutredningen utformas. Utvecklingslinjerna är redannu ganska klara. Det finns en klar trend mot ökad självständighet för de kommunala huvudmännen och till en vidgad decentralisering av beslut och ansvar. *Södermanlands läns landsting* ansluter sig till utredningens uppfattning och vill understryka det väsentliga i att resurserna

koncentreras främst på utveckling och kunskapsförmedling medan däremot traditionellt inspekterande uppgifter ej kan anses påkallade i nuläget. *Östergötlands läns landsting* vill särskilt understryka att socialstyrelsens arbete måste inriktas på att ta tillvara de erfarenheter och kunskaper som finns hos vårdhuvudmännen. *Malmöhus läns landsting* instämmer i förslaget att socialstyrelsens driftuppgifter successivt bör minskas men vill peka på att en utläggning av driftuppgifter i sig inte innebär en rationalisering i den mån utläggningen endast innebär ett överförande till andra myndigheter av dessa uppgifter. *Älvsborgs läns landsting* konstaterar att utredningens förslag om socialstyrelsens framtida roll och arbetssätt väl överensstämmer med de tankegångar som huvudmännen i olika sammanhang uttalat. *Örebro läns landsting* tillstyrker förslaget om styrelsens framtida verksamhetsinriktning och förutsätter därvid att den inspektionsverksamhet som i dag bedrivs inom vissa områden upphör, eftersom dessa inspektioner på intet sätt gagnar landstingets verksamhet. *Västmanlands läns landsting* anser att en utredning om socialstyrelsens arbetsuppgifter borde göras av en av politiker sammansatt kommitté med företrädare för såväl staten som landstings- och kommunförbunden. Bl. a. behöver närmare utredas och klarläggas gränsdragningen mellan arbetsuppgifterna för socialstyrelsen och Spri.

Även andra landsting tar upp frågan om kompetensfördelningen mellan socialstyrelsen och andra organ. *Örebro läns landsting* pekar på att risken för intressekonflikter och dubbelarbete synes vara uppenbar om inte gränsdragningsproblematiken klaras upp. *Västernorrlands läns landsting* saknar en analys av arbetsfördelningen mellan de centrala organisationerna socialstyrelsen, kommunförbunden och Spri. *Jämtlands läns landsting* efterlyser en klar ansvarsfördelning mellan socialstyrelsen, kommunförbunden och Spri vad avser olika utvecklingsfrågor. *Uppsala läns landsting* anser att övergripande frågor och större utredningar bör anförtros det organ som gemensamt av stat och landsting skapats just för den uppgiften, nämligen Spri, samt framhåller att det betydande dubbelarbete som i dag äger rum i förhållandet mellan Spri, socialstyrelsen och kommunförbundet bör avvecklas varvid socialstyrelsen bör koncentrera sig på sina uppgifter som kontroll- och överklagandeorgan.

Riksrevisionsverket (RRV) delar i stort ÖSoS allmänna syn på uppgifts- och ansvarsfördelning mellan stat och kommun inom den sociala sektorn och på socialstyrelsens roll som central myndighet, men vill framhålla att det t. ex. även på längre sikt kan finnas driftuppgifter som bör betraktas som statliga angelägenheter och som har närmare samband med socialstyrelsens verksamhet än med någon annan statlig myndighets ansvarsområde. RRV vill inte heller utesluta att det även i framtiden kan finnas behov av mer direkt statlig styrning för att riksintressena skall tillgodoses. Socialstyrelsen kan t. ex. behöva ges möjlighet att utfärda föreskrifter eller anvisningar eller att inom ramen för sin tillsynsverksamhet ålägga de kommunala huvudmännen att vidta vissa åtgärder. Socialstyrelsens befogenheter i detta avseende måste i

sådana fall givetvis anges i lagstiftningen för resp. område. ÖSoS material är en viktig del i statsmakternas beslutsunderlag och utgör också en god grund för det fortsatta utvecklingsarbetet inom socialstyrelsen.

LO framhåller att socialstyrelsens roll och uppgifter i framtiden i grunden är en politisk fråga. Den bestäms av i vilken utsträckning statsmakterna väljer att ange riktlinjerna för kommuner och landsting i fråga om socialvården och hälso- och sjukvården. ÖSoS har enligt *LO*:s uppfattning allt för litet beaktat detta förhållande varför rapporten inte utan grundlig överarbetning kan läggas till grund för ställningstaganden om styrelsens framtida organisation. Socialstyrelsens arbete bör inriktas på att vidareutveckla och driva de riktlinjer som lagts fast av regering och riksdag. Styrelsen har alltför mycket ägnat sig åt eget utvecklingsarbete samtidigt som styrelsen alltför litet drivit de frågor där man haft ställningstaganden från statsmakterna att utgå ifrån. Här bör socialstyrelsen ha en stark ställning i förhållande till kommuner och landsting och deras region- och riksorganisationer.

TCO för likaledes fram att socialstyrelsens roll och uppgifter i framtiden bestäms av i vilken utsträckning statsmakterna väljer att ange riktlinjer för kommuner och landsting. ÖSoS förslag kan därför inte utan överarbetning ligga till grund för ställningstaganden om styrelsens framtida organisation. Enligt *TCO*:s uppfattning bör styrelsen få en stark ställning i förhållande till landsting och kommuner och deras riksorganisationer, framför allt när det gäller frågor där styrelsen har statsmakternas beslut i ryggen. Om verket i framtiden skulle bli alltmer beroende av de båda kommunförbunden kommer det statliga inflytandet på riksnivå att ytterligare urholkas. Funktioner som självklart bör ligga på ämbetsverket kommer härigenom att överföras till organisationer av vilka ansvar inte kan utkrävas den vanliga vägen t. ex. genom justitieombudsmannen. Eftersom hälso-, sjuk- och socialvård är områden som är kommunal-ekonomiskt konjunkturkänsliga krävs därför enligt *TCO*:s uppfattning att socialstyrelsens uppgifter inte begränsas till att utfärda allmänna råd. Ett ämbetsverk som så gott som enbart har en kunskapsförmedlande och utvecklande roll kan inte upplevas som ett stöd för den enskilde medborgaren i den viktiga meningen att verket påtar sig ansvar för dennes välfärd.

SACO/SR delar i allt väsentligt utredningens syn på socialstyrelsens framtida roll och arbetsuppgifter. Verksamheten bör sålunda som en naturlig följd av den pågående utvecklingen inom socialvård resp. hälso- och sjukvård alltmer inriktas på övergripande uppgifter såsom planering, uppföljning och metodutveckling inom samhällets sociala sektor i vid bemärkelse. Denna strävan bör kompletteras med och fullföljas genom successiv avveckling av detaljerade myndighetsuppgifter av ren förvaltningskaraktär. Denna avveckling, som bör gå betydligt längre än enligt ÖSoS förslag, torde på längre sikt möjliggöra ytterligare nedskärning på personalsidan.

Statens handikappråd vill bl. a. mot bakgrund av socialutredningens förslag om en ramlagstiftning och att vissa specialdestinerade statsbidrag

förväntas försvinna understryka vikten av en aktiv socialstyrelse. Det bör vara möjligt att ge socialstyrelsen befogenheter att se till att vissa minimikrav i fråga om kontinuitet och kvalitet på utbudet av sociala tjänster garanteras de enskilda konsumenterna oavsett i vilken kommun dessa är bosatta. Med bibehållen respekt för den kommunala självstyrelsen anser rådet att en aktiv socialstyrelse motiveras inte minst av att socialtjänsten i sig inte föreslås få några styrmedel när det gäller medverkan i samhällsplaneringen. Ur rådets synpunkt kan t. ex. vikten av socialstyrelsens tillsyn och inspektion av vården för långtidssjuka inte nog understrykas. Ramlagstiftningen kan bli en positiv reform endast om kommunernas frihet balanseras av en aktiv socialstyrelse. *Handikappförbundens centralkommitté (HCK)* ställer sig i princip positiv till en utveckling mot en ökad närdemokrati, men vill framhålla att denna utveckling kan innebära risker för att olika "svaga grupper" behov inte blir tillgodosedda. Handikappade har genom de begränsningar av aktiviteten som handikappet i sig medför ofta svårt att föra fram sina krav. Tillsynsmyndigheternas ställning får inte försvagas bl. a. med tanke på att tillräcklig erfarenhet ännu inte erhållits av konsekvenserna av ökad ramlagstiftning, regionalt beslutandedelegerande etc. Socialstyrelsens befogenheter skall inte begränsas enbart till utarbetandet av allmänna riktlinjer.

II Socialstyrelsens framtida organisation

ÖSoS förslag om socialstyrelsens framtida organisation tillstyrks i sina huvuddrag av flertalet remissinstanser. I vissa fall har man emellertid avvikande synpunkter vad gäller främst byråindelningen. Samverkansformerna mellan hälso- och sjukvård samt socialvård berörs i flera yttranden. Många remissinstanser tar därvid upp och uttalar sig positivt om den föreslagna samverkan genom program.

Vilhelmina kommun framhåller att organisationsförslaget bygger på traditionella idéer men att det innebär en förbättring i förhållande till nuvarande organisation. Det är viktigt att socialstyrelsen utvecklar samverkansformerna mellan socialvården och hälso- och sjukvården. Styrelsen har hittills inte med tillräcklig kraft hävdad socialvårdens intressen men har på ett helt annat sätt ägnat sig åt de medicinska problemställningarna.

Malmö kommun (sociala centralnämnden) yttrar följande:

"Till avdelningen förebyggande arbete och planering hör bl. a. byrån för allmän planering och samhällsplanering. Det kan, enligt sociala centralnämnden, ha sitt berättigande där om man koncentrerar sig på levandsnivåstudier, välfärdsfördelning, inflöde i centrala planeringsprocesser (ekonomisk långtidsplanering och fysisk riksplanering osv.). Men rimligare vore kanske att knyta en sådan byrå till avdelningen för socialtjänst, dels därför att socialutredningen anger samhällsplaneringen som en av socialtjänstens huvuduppgifter, dels därför att inom denna avdelning samlas de byråer vars verksamhet på olika sätt är beroende av samhällsplaneringen. En sådan ordning hindrar inte att man

också har en samlad planeringsenhet inrymmande även sjuk- och hälsovårdens utvecklingsfrågor. Förslagsvis kunde byrån därvid innefatta också den föreslagna statistikbyrån och betecknas "Allmän planering och statistik".

Göteborgs kommun ansluter sig till organisationsförslaget, men vill starkt understryka vikten av en effektiv samordning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Kommunen vill här framhålla angelägenheten av den föreslagna programbildningen som ett komplement till linjeorganisationen. Uppenbart är också att renodlingen av avdelningarna för socialtjänst resp. hälso- och sjukvård kommer att ställa allmänt ökade samordningskrav på verksledningen. Vidare anför kommunen följande:

"Beträffande den föreslagna byråindelningen vill kommunen föreslå att byrån för social service, som huvudsakligen föreslås innehålla äldreomsorg och handikappfrågor, renodlas till att endast omfatta dessa frågor. Socialhjälpen bör således flyttas från denna byrå och lämpligen inordnas i byrån för socialt behandlingsarbete med tanke på att det framtida socialbidraget ofta kommer att vara ett inslag i behandlingsarbetet.

Kommunen vill framhålla vikten av att den centrala ledningen för smittskydd och infektionssjukdomar centraliseras till socialstyrelsen. Nuvarande organisatoriska förhållanden medför oklara ansvarsgränser och bör därför förändras."

Kommunförbundet konstaterar att en bättre samordning mellan de olika funktionerna är önskvärd. Vad gäller det planerade miljömedicinska laboratoriet och SBL:s epidemiologiska avdelning anser förbundet att dessa funktioner bör integreras med byrån för hälsoskydd.

Landstingsförbundet anser att mycket talar för att förslaget innebär ökade möjligheter att uppnå samverkan och balans mellan socialvård och sjukvård.

Stockholms läns landsting (omsorgsnämnden) anser att den föreslagna organisationen speglar de förändringar i synsätt och utvecklingslinjer som bl. a. kommit till uttryck i reformeringen av sociallagstiftningen. Den nya organisationen betyder att omsorgsbyrån blir en del av en samlad avdelning för socialtjänst. Denna inordning av omsorgsbyrån i ett allmänt socialt sammanhang är bra. Däremot finns i organisationsförslaget inte någon samlad resurs för barnhabiliteringen. Denna fråga bör tas upp i organisationsberedningen. Men kan se fördelar med en anknytning till socialtjänstfunktionen men ett tillräckligt beaktande av de medicinska aspekterna måste samtidigt ske. *Östergötlands läns landsting* anser det likaledes vara helt riktigt att byrån för omsorg om psykiskt utvecklingsstörda inlemmas i en avdelning för socialtjänst. En förutsättning för den nya organisationen är att den speciella samverkansorganisationen (programmen) kan förverkligas. *Södermanlands läns landsting* finner f. n. inte skäl att förorda en avveckling av den särskilda byrån för omsorg om psykiskt utvecklingsstörda men framhåller att frågan bör prövas i samband med ev. lagändring på grundval av omsorgskommitténs arbete. *Hallands läns landsting* anser den föreslagna nya organisationen vara väl avvägd och att ett genomförande bör komma till stånd utan onödig

tidsutdräkt. Vidare vill man betona vikten av att gemensamma projekt etableras mellan byrån för omsorger och t. ex. byrån för barn- och ungdomsverksamhet där normalisering inom vård och behandling av de psykiskt utvecklingsstörda kan diskuteras.

Malmöhus läns landsting instämmer i stort i principerna bakom den nya organisationen och vill starkt understryka vikten av att programverksamheten ges hög prioritet och snarast etableras. Vidare anförts bl. a. följande:

"Översynsutredningen förordar inrättandet av en sammanhållen avdelning för hälso- och sjukvård inom socialstyrelsen. Samtidigt föreslås att de två byråerna för hälsoskydd och hälsoupplýsning inordnas i planeringsavdelningen.

Förvaltningsutskottet ifrågasätter om det inte vore att begränsa fackavdelningarnas ansvar för det framåtsyftande planeringsarbetet att på detta sätt särskilja hälsoskydds- och hälsoupplýsningsarbetet från fackavdelningarna."

När det gäller den framtida organisationen finns, enligt *Örebro läns landsting*, vissa oklara och motsägelsefulla inslag:

"Utvecklingen inom samhällets sociala sektor går, med bl. a. socialstyrelsen som pådrivare, mot en ökad integrering mellan primär- och landstingskommunal verksamhet. Den tänkta avdelningsorganisationen för den framtida socialstyrelsen går dock emot denna utveckling. Visserligen kommer man även att arbeta genom att inrätta s. k. program, men förvaltningsutskottet är, trots att programmets funktioner synes viktiga och ändamålsenliga, skeptisk till att dessa skulle kunna lösa integreringsfrågorna. Vidare finner förvaltningsutskottet det märklígt att de medicinska verksamhetsområdena psykiatri, medicinsk rehabilitering och långvård kommer att utgöra egna byråer. Det naturliga vore att dessa ingick som exempelvis sektioner inom byrån "Läns- och regionsjukvård". Inom avdelningen hälso- och sjukvård, utgör byråerna en blandning av funktioner och nivåindeldad verksamhet, vilket synes inkonsekvent. Hälsoupplýsningen intar en allt större roll i den integrering som sker mellan hälsovård och sjukvård. Det är därför anmärkningsvärt att byrån för hälsoupplýsning inte placeras inom avdelningen för hälso- och sjukvård, utan inom en annan avdelning. Enligt förvaltningsutskottets uppfattning skulle det vara till fördel om socialstyrelsens interna organisation hade så stor överensstämmelse beträffande funktionell organisation som möjligt med de organ som på fältet handlägger hälso- och sjukvård."

Västernorrlands läns landsting anser att den föreslagna omstrukturen av socialstyrelsens centrala organisation innebär en anpassning till primärkommunernas och landstingens ansvarsområden. Man vill kraftigt understryka betydelsen av att den vertikala organisationen med indelning i olika avdelningar i enlighet med förslaget kompletteras med en horisontell organisation med s. k. program. Förslaget att i en avdelning samordna all verksamhet som hör till landstingens hälso- och sjukvård hälsas med tillfredsställelse. Det kan ifrågasättas om inte byrån för hälsoupplýsning bör inordnas i hälso- och sjukvårdsavdelningen. Inte minst förebyggande åtgärder inom tandvården talar för detta.

Västerbottens läns landsting anför bl. a. följande:

”Vad gäller avdelningen för hälso- och sjukvård anser landstinget, att den föreslagna byrån för medicinsk rehabilitering och långvård med fördel kan infogas i byrån för primärvård och byrån för läns- och regionsjukvård. Detta framför allt med hänsyn till att långvården rent definitionsmässigt tillhör primärvården och att rehabilitering bör vara en angelägenhet för varje akutvårdande klinik. Utskottet anser också, att endast en byrå för beredskapsfrågor är tillräckligt. Genom en omfördelning av arbetsuppgifterna skulle dessutom hela den föreslagna avdelningen för förebyggande arbete och planering kunna utgå ur organisationen. Landstinget ifrågasätter således om den särskilda avdelningen för planering är erforderlig. Den planerade verksamheten bör kunna ske inom resp. fackavdelning eller genom den särskilda programorganisationen.”

Riksrevisionsverket anser att samtidigt som ÖSoS organisationsförslag har flera påtagliga fördelar är det också förknippat med vissa risker. En sådan risk är att en önskvärd samverkan mellan de båda huvudområdena hälso- och sjukvård och socialvård inte kommer till stånd. En följd av detta skulle i sin tur kunna bli att socialstyrelsen inte får någon samlad överblick över vare sig utvecklingen inom områden som har anknytning till både socialvård och sjukvård (t. ex. äldreomsorg) eller behovssituationer för de grupper i samhället som är beroende av sådan ”integrerad” verksamhet. En annan del av ÖSoS organisationsförslag som enligt RRV:s mening kan förorsaka problem är förslaget att inrätta en särskild avdelning för förebyggande arbete och planering. Större delen av det förebyggande arbetet och vissa andra av de uppgifter som föreslås ligga på denna avdelning hänger nära samman med fackenheternas arbete. Risken med ÖSoS förslag är bl. a. att kunskaperna från socialstyrelsens tillsyn och uppföljning inom olika vårdområden inte tillräckligt kan tillgodosgöras i det förebyggande arbetet. Vidare är kompetensfördelningen mellan avdelningen och fackenheterna något oklar vad gäller bl. a. utbildnings- och personalplanering.

RRV finner vid en sammanvägning av för- och nackdelar att den föreslagna avdelningsindelningen är ett godtagbart organisationsalternativ men att stora krav ställs på samverkan mellan olika avdelningar. RRV biträder ÖSoS förslag att inrätta program som ett komplement till avdelnings- och byråorganisationen. Det kan enligt RRV:s mening ifrågasättas om inte vissa stora program bör ligga direkt under verksamheten.

TCO konstaterar att organisationsförslaget kan ses som ett försök att inom verkets ram återskapa en medicinalstyrelse och en socialstyrelse. Det är möjligt att denna väg att sektorvis hålla samman likartade funktioner är nödvändig i nuläget som ett alternativ till den befintliga ”passiva” men ”integrerade” organisationen. Samtidigt är emellertid risken betydande att man därigenom förlorar greppet om den samverkan mellan sociala och miljöbetingade samt medicinska faktorer som skulle påbjudas utifrån en mera vedertagen tolkning av begreppet helhetssyn. En dubbel organisation med program som löper vid sidan av linjeorganisationen kan leda till problem när det gäller samordning och till intressekonflikter. Modellen bör övervägas av den särskilt tillkallade

beredningsgruppen. TCO anser inte heller att epidemiologiska avdelningen vid SBL bör överföras till socialstyrelsen, i första hand av skälet att enheten blir så liten att resurserna inte kommer att räcka vid en toppbelastning.

LO anför att förslaget kan ses som ett steg tillbaka i förhållande till beslutet om sammanslagning av social- och medicinalstyrelserna. Det är viktigt att arbetet på att integrera socialvården med hälso- och sjukvården fullföljs. Mot bakgrund av den föreslagna förstärkningen av verksledningen samt att en gemensam avdelning för förebyggande arbete och planering och att särskilda projektgrupper (program) föreslås inrättas kan LO ansluta sig till utredningens förslag. LO finner det väsentligt att avdelningen för förebyggande arbete och planering ges en stark ställning. Denna avdelning bör under verksledningen ha huvudansvaret för att driva fram en ökad prioritering av det förebyggande arbetet och en samordning av socialvården och hälso- och sjukvården.

SACO/SR finner huvuddragen i den föreslagna organisatoriska indelningen av det centrala verket tilltalande. De föreslagna programmen kan enligt SACO/SR sannolikt tillgodose en del av behovet av integration och samverkan mellan olika avdelningar/byråer. Däremot torde programmen inte kunna tillgodose det kontinuerliga dagliga samverkansbehovet mellan verkets olika enheter. SACO/SR förutsätter att detta behov klaras av vid sidan av programmen t. ex. i den föreslagna verksledningskonferensen etc. SACO/SR anför vidare bl. a. följande:

"I och för sig finns det skäl att närmare granska den föreslagna fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika byråer men det skulle föra för långt att här ta upp en detaljerad diskussion om dessa frågor.

Det får förutsättas att en närmare prövning kan ske under genomförandefasen. Som exempel på frågor som därvid bör övervägas kan nämnas inplaceringen av resurserna för pediatrik, barn- och ungdomspsykiatri samt företagshälsovård. Man kan här genomgående tänka sig alternativ till den föreslagna anknytningen till primärvårdsbyrån. Mycket talar t. ex. för att företagshälsovården snarare borde inordnas i hälso- och skyddsbyrån än i primärvårdsbyrån. Barn- och ungdomspsykiatriens nära anknytning till vuxenpsykiatrien kan möjligen motivera inordning i psykiatribyrån. Vidare kan det finnas skäl att överväga behovet av en särskild byrå för regionsjukvård."

Statens handikappråd anser att den föreslagna programverksamheten är en förutsättning för att socialstyrelsen skall kunna tillämpa en helhetssyn. Det mest positiva med programmen är att de skall ingå i socialstyrelsens verksamhetsplanering och att de får egna resurser. Rådet finner det riktigt att omsorgsbyrån förs till avdelningen för socialtjänst då dessa frågor har en tyngdpunkt på det sociala området och alltmer kan förutses bli en fråga för den kommunala socialtjänsten. Vidare vill rådet understryka vikten av att byrån för social service tillförs sakkunnig personal i tillräcklig omfattning. Rådet anser vidare det vara av stor betydelse att denna byrå äläggs ett primäransvar för handikappfrågor och vill understryka vikten av att byrån lyckas förankra socialstyrelsens arbete i handikappfrågor i kommuner och landsting.

HCK vill understryka betydelsen av programverksamheten. Kommittén anser också att förebyggande arbete bör integreras i de olika byråernas verksamhet och inte vara begränsat till en särskild avdelning. Vidare anför kommittén följande:

"I regeringens proposition om insatser för handikappades kulturella verksamhet framhålls att "handikappades problem inte får ges en särbehandling utan måste behandlas i sitt sakliga sammanhang". Innehörden är givetvis att "handikappades problem måste beaktas i utredningsarbetet inom olika områden". Härtill bör tas hänsyn i arbetet inom de olika fackenheterna. Som en följd härav måste kunskap om handikapp och vad handikapp för med sig finnas inom socialstyrelsens samtliga enheter. Så är f. n. inte fallet. För att kunna påskynda denna utveckling behövs ett team med speciella kunskaper i dessa frågor för att bl. a. medverka till kunskapsspridning inom verket samt deltagande i projekt och program. Vidare bör i ökad omfattning anställas tjänstemän med kunskaper i handikappfrågor inom socialstyrelsens olika byråer."

Lunds universitet (medicinska fakultetsnämnden) konstaterar att avdelningen för hälso- och sjukvårdsfrågor uppdelas i primärvård resp. läns- och regionsjukvård. Detta visar att utredningen knappast förmått brygga över de klyftor socialstyrelsen tidigare skapat mellan olika sektorer inom sjukvården; fakultetsnämnden vill t. ex. allvarligt ifrågasätta det kloka i att också i fortsättningen avskilja verksamhetsområdena medicinsk rehabilitering och långvård i särskilda byråer.

Svenska läkaresällskapet menar att den pediatrikska representationen inom socialstyrelsen är klart otillräcklig med hänsyn till det stora verksamhetsfält som öppen och sluten barnsjukvård samt barnhälsovård utgör. Pediatrik representation bör därför inte enbart finnas inom primärvårdsbyrån utan även inom den föreslagna byrån för läns- och regionsjukvård. Vidare anför läkaresällskapet att barn- och ungdomspsykiatri har nära anknytning till vuxenpsykiatri varför det är önskvärt och logiskt att barn- och ungdomspsykiatri knyts till psykiatribyrån i stället för till primärvårdsbyrån.

Försvarets sjukvårdsstyrelse finner den föreslagna programsamverkan vara ett riktigt grepp. Styrelsen hälsar med tillfredsställelse att ansvaret för beredskapsfrågor inordnas i hälso- och sjukvårdsavdelningen men uttrycker också önskemålet om att i den kommande organisationen, utöver den generella kompetens som bör finnas i centrala ämbetsverk, garantier skapas för att i en kommande byrå för sjukvårdens beredskapsfrågor finns ständigt tjänstgörande medicinsk sakkunskap för såväl det läkarrelaterade handlandet som för omvårdnadsfrågor och frågor om förnödenhetsförsörjning. Styrelsen vill vidare anmäla att det är angeläget att en organisationsförändring inte förhindras med hänvisning till utredningen om sjukvården i krig. Vad gäller smittskyddsproblematiken finner styrelsen det naturligt att statsepidemiologfunktionen tillförs socialstyrelsen och att denna ges ett samlat ansvar också för totalförsvarets smittskyddsfrågor.

Riksförsäkringsverket uppfattar utredningens förslag där arbetsuppgifterna på byrå SN 1 och LA 1 föreslås övertas av byrån för primärvård,

resp. byrån för medicinsk rehabilitering och långvård, båda inom avdelningen för hälso- och sjukvård, och där tandvårdsbyrån föreslås inordnad i samma avdelning, som positivt. Det synes ur verkets synvinkel vara en fördel att hithörande frågor handläggs inom samma avdelning i socialstyrelsens organisation. En särskild avdelning för förebyggande arbete och planering synes vara väl motiverad. Vidare är utredningens förslag om tillskapande av särskilda program positivt.

Arbetskyddsstyrelsen förutser ett omfattande samarbete med flera av byråerna inom den föreslagna avdelningen för förebyggande arbete och planering. Styrelsen tillstyrker att ett miljömedicinskt laboratorium bildas genom sammanslagning av naturvårdsverkets omgivningshygieniska avdelning och det till karolinska sjukhuset knuta stressforskningslaboratoriet. Det sistnämnda har en omfattande verksamhet inom arbetsmiljöområdet. Diskussioner om samarbetsformer och om gränsdragningsproblem mellan socialstyrelsen och arbetskyddsstyrelsen i dessa frågor saknas i utredningen och måste klarläggas.

Statens naturvårdsverk ser positivt på den ökade tonvikten på planering och förebyggande arbete. Genom tillkomsten av en avdelning för förebyggande arbete och planering torde bl. a. förebyggande insatser få ökad tyngd. Kontakter med andra myndigheter och sektorer underlättas, inte minst i frågor som rör den yttre miljön och olika miljöföreningars långsiktiga inverkan på folkhälsan. För naturvårdsverket är det av stor betydelse att ha ett nära samarbete med den miljömedicinska expertis som finns på socialstyrelsen särskilt med ett ev. miljömedicinskt laboratorium.

Statens strålskyddsinstitut anser att utredningens syfte att utarbeta ny och bättre organisation och mer rationella arbetsformer för socialstyrelsen är mycket angeläget och att de föreslagna lösningarna förefaller leda till klara förbättringar. Den föreslagna projektverksamheten är särskilt intressant eftersom den bör vara väl lämpad för handläggning av många ärenden av strålskyddskaraktär. Det bör dock framhållas med skärpa att den utan tillräckliga resurser lätt blir ett slag i luften.

Statens bakteriologiska laboratorium (SBL) kan inte instämma i förslaget att överföra epidemiologiska avdelningen till socialstyrelsen.

Karolinska institutet hälsar det nya greppet med program med tillfredsställelse. Programmen torde få stor betydelse för att handlägga stora och övergripande problem inom socialstyrelsen.

Överstyrelsen för ekonomiskt försvar (ÖEF) framhåller att den från beredskapssynpunkt bästa organisatoriska lösningen för PB 4 och PB 5 vore att sammanföra dem till en egen fristående enhet. Om detta inte är möjligt torde det näst bästa alternativet vara att – som ÖSoS föreslår – föra dem till avdelningen för hälso- och sjukvård. Ett tredje alternativ är också tänkbart nämligen att föra enheten för beredskapsfrågor till avdelningen för förebyggande arbete och planering.

III Funktioner i den nya organisationen

Planering

Remissinstanserna biträder i stort sett ÖSoS uppfattning att socialstyrelsen bör sträva efter att minska detaljreglering och detaljstyrning samt öka det övergripande planerings- och utvecklingsarbetet. Vissa kritiska synpunkter förs fram.

Kommunförbundet anser att socialstyrelsens uppgift bör vara att tillföra huvudmännen kunskap av generell natur inom olika verksamhetsområden. Styrelsen bör erhålla underlag för uppföljning och erfarenhetsåterföring genom sammanställning och analys av huvudmännens planer. Förbundet kan inte dela uppfattningen att socialstyrelsen skall utfärda riktlinjer för den kommunala planeringen och varnar för en sektorisering av planeringsverksamheten. Analyser av problem, behov och utvecklingsinsatser inom olika verksamhetsområden bör ges karaktären av planeringsunderlag för den samlade bedömning och prioritering som ett svårt ekonomiskt läge gör mera nödvändig än någonsin tidigare.

Landstingsförbundet framhåller att den betoning av socialstyrelsens planeringsroll som framgår av utredningens förslag kan ses som en naturlig följd av att nuvarande lagstiftning bör kunna bli ersatt av en ramlagstiftning. Förbundet vill särskilt understryka att socialstyrelsens arbete inriktas på att ta tillvara de erfarenheter och kunskaper som finns hos sjukvårdshuvudmännen, stämma av dessa mot planeringsuppgifter och vidarebefordra dessa kunskaper till andra huvudmän. Härvid bör inte minst socialstyrelsens planeringsroll vad avser den förebyggande hälsovården betonas. Förbundet delar utredningens uppfattning att tillsyn och planering skall ses som delar i en gemensam process.

LO konstaterar att ÖSoS lägger stor vikt vid socialstyrelsens medverkan i samhällsplaneringen, men att utredningen inte utvecklat på vad sätt denna medverkan skall gå till. Socialstyrelsens planeringsuppgifter hör i första hand gälla sektorns egen planerings- och utvecklingsverksamhet. *LO* erinrar om att de krav som medlemmarna ställer i fråga om hälso- och sjukvård och social omvårdnad ofta innebär krav på statliga åtgärder för att stimulera eller styra i en viss riktning.

TCO förordar att handlingsprogram och planer upprättas för berörda samhällssektorer. De ramlagar som förväntas bli införda både för sjukvården och för socialvården leder fram till ett behov av mer detaljerade målsättnings- och verksamhetsplaner.

Riksrevisionsverket (RRV) delar ÖSoS uppfattning att sektorsplanering för socialvård samt hälso- och sjukvård bör vara en central uppgift för socialstyrelsen i framtiden. Den beskrivning som görs av vad sektorsplaneringen innebär och bör omfatta har *RRV* inte heller några invändningar mot. Socialstyrelsens planeringsroll inom hälso- och sjukvårdsområdet synes enligt *RRV* vara klarare än inom socialvårdsområdet. Det är därför viktigt att socialstyrelsens planeringsansvar för socialvården preciseras närmare. Enligt *RRV* har socialstyrelsen ett särskilt ansvar för att se till att vårdområden med skilda huvudmän blir

föremål för samordnad planering.

Västmanlands läns landsting påpekar att ÖSoS-rapporten tar upp socialstyrelsens planeringsuppgifter på ett mycket stort antal ställen, men någon helt klar bild av den roll som styrelsen bör spela härvidlag framgår dock inte. Enligt landstingets mening finns det anledning att en översyn och överprövning görs av nuvarande ansvarsfördelning. *Uppsala läns landsting* är tveksamt till tanken att socialstyrelsen skall ägna sig mera åt planering och andra övergripande frågor inom sitt ansvarsområde. Landstinget anser att planeringsansvaret i framtiden främst skall åvila kommuner och landsting och därmed ske i nära kontakt med den praktiska verkligheten. *Västerbottens läns landsting* anför att socialstyrelsens roll i planeringen bör inskränkas till rådgivning. Styrelsen bör också vara remissorgan för landstingen i samband med planering av hälso- och sjukvården.

Enligt *arbetsmarknadsstyrelsens (AMS)* mening är det av stor betydelse att en helhetssyn på sociala problem tillämpas och att samordnande av problemlösande insatser kommer till stånd, varvid de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna spelar en mycket viktig roll. En ökad satsning på förebyggande åtgärder, bl. a. genom att de socialvårdande myndigheterna i större utsträckning än f. n. medverkar i övrig samhällsplanering, ställer krav på ökad samverkan med andra samhällsorgan. AMS är beredd att medverka till sådana förändringar av samverkansformerna som kan leda till bättre utnyttjande av de gemensamma resurserna.

Göteborgs kommun ansluter sig till utredningens tanke att organisatoriskt hålla samman tillsyns- och sektorsplaneringsfunktionerna i avdelningarna för socialtjänst resp. hälso- och sjukvård. Härigenom skapas möjlighet till både uppföljning och verklighetsanknytning av planer. Flera remissinstanser, däribland *riksrevisionsverket*, *Uppsala universitet* (medicinska fakultetsnämnden), *länsstyrelsen i Malmöhus län*, *Malmöhus läns landsting*, *Västernorrlands läns landsting* samt *Vilhelmina kommun* delar ÖSoS synsätt att planeringsansvaret i huvudsak bör läggas på fackenheterna och inte på särskilda planeringsenheter.

Forskning och utveckling

Enligt ÖSoS förslag bör socialstyrelsen öka insatserna för forskning och utveckling samt försöksverksamhet. Styrelsen bör dock inte ha till primär uppgift att bedriva forskning. Förslagen om forskning och utveckling kommenteras av vissa remissinstanser.

Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) delar ÖSoS strävan att ge socialstyrelsen en myndighetsroll som innebär en starkare inriktning på sammanställande och spridande av kunskaps- och beslutsunderlag. Det innebär att socialstyrelsen genom ökade insatser av forsknings- och utvecklingskaraktär bör bidra till att tillgodose behovet av nya och kvalitetshöjande kunskaper inom sektorn samtidigt som styrelsen inte skall ha till primär uppgift att bedriva egen forskning. UHÄ vill understryka vikten av att styrelsens FoU-verksamhet arbetar i mycket

nära kontakt med alla berörda forskningsorgan, inte minst den medicinska och samhällsvetenskapliga forskningen vid universitet och högskolor.

Uppsala universitet (medicinska fakultetsnämnden) är tveksam till att styrelsen skall bedriva egen forskning och att styrelsen i sina anslagsframtällningar skall föra fram krav på egna medel för forskning. Forskningsanslag bör i första hand kanaliseras via universiteten och forskningsråden. Däremot har man ingen erinran mot att socialstyrelsen bedriver försöksverksamheter och annat utvecklingsarbete och man tillstyrker vidare tillkomsten av ett särskilt sekretariat för dessa uppgifter. Inte heller *Lunds universitet* (samhällsvetenskapliga fakultetsnämnden) motsätter sig den föreslagna forskningsorganisationen. Enligt *karolinska institutet* (rektorsämbetet) är det mindre välbetänkt att styrelsen skall ha egna forskningsmedel och en samordningsgrupp när styrelsen inte skall bedriva forskning. Vidare anförs följande:

”F. n. är den medicinska forskningens huvudproblem en successivt minskad medelstildelning med ökande svårigheter för yngre forskare att etablera sig som följd. Det är därför viktigt att forskningsmedel fördelas av de organ som har överblick av landets och universitetens resurser, dvs. i första hand forskningsråd och universitet-högskolor. Karolinska institutet ifrågasätter det rationella i att socialstyrelsen skapar en ny forskningsorganisation. Styrelsen bör koncentrera sig på sina vedertagna uppgifter snarare än att söka sig in på nya områden som redan har en väl fungerande organisation. Vinsten med en bedömningsgrupp ifrågasättes även. Denna kompetens kan i nuläget erhållas från redan existerande organisationer, t.ex. genom samordning mellan socialstyrelsen och medicinska forskningsrådet.”

Svenska läkaresällskapet finner det vällovligt att en bedömningsgrupp bildas på socialstyrelsen med uppgift att handlägga frågor rörande forsknings-, utvecklings- och försöksverksamhet. Läkaresällskapet anser att denna bedömningsgrupp som sin huvuduppgift bör ha beredskap för att ta del av och initiera införandet av nya forskningsrön i sjukvården. Det är angeläget att den har ett brett urval av vetenskapligt skolade personer från forskningsvärlden och det praktiska fältet. Läkaresällskapet anser däremot inte att socialstyrelsen skall bedriva egen forskning, utan utnyttja universiteten, forskningsrådet och läkaresällskapet för eventuell initiativforskning. Läkaresällskapet ser det som mycket angeläget att inte konkurrens om de knappa forskningsresurserna kommer till stånd. Forskningens oberoende av myndighet är vital.

Svenska kommunförbundet anser att socialstyrelsens viktigaste uppgift bör vara att initiera forskning och praktiskt utvecklingsarbete. Forskningen bör bedrivas av organ som är fristående från förvaltande myndigheter. Socialstyrelsen bör svara för sammanställningar av resultat från forsknings- och utvecklingsarbete inom sitt verksamhetsområde. I jämförelse med den av kommunförbundet bedrivna idébanksverksamheten bör styrelsens insatser inriktas på att mera ingående och principiellt analysera och redovisa kunskapsläget inom olika problemområden. *Göteborgs kommun* finner förslaget om inrättande av ett sekretariat för

forsknings- och utvecklingsarbete inom socialstyrelsen angeläget och förordar att socialstyrelsens engagemang i forsknings- och utvecklingsarbete koncentreras på epidemiologiska frågeställningar, metoder och tekniker för planering, utvärdering och effektivitetsuppföljning samt statistiksystem. *Stockholms läns landsting* menar att det inte är helt klart vad inmutningen av forskningsuppgifter ytterst syftar till och undrar om man vill styra forskningen till speciella uppgifter och om socialstyrelsen skall godkänna forskningsuppdrag.

Enligt *RRV:s* mening är utredningen inte helt klagörande vad gäller dels socialstyrelsens relation till forskningsråden, dels roll och arbetsfördelningen mellan styrelsen och delegationen för social forskning. Denna har en samordnande och forskningsstödande funktion nära förknippad med den planerande och utvecklande roll som socialstyrelsen bör ha. Den föreslagna översynen av styrelsens relationer till forskningsråden bör därför komma till stånd. Vidare är *RRV* tveksam till att inrätta ett särskilt FoU-sekretariat med placering vid byrån för allmän planering och samhällsplanering. Huvuddelen av FoU-administrationen bör enligt *RRV:s* mening ske på byrå- och programnivå. Uppgiften att sammanställa ansökningar om FoU-anslag inför verksledningen bör kunna ligga på verksledningssekretariatet. Styrelsen bör ha tillgång till vissa egna medel över statsbudgeten för forskning, utvecklings- och försöksverksamhet, men det bör särskilt betonas att styrelsen inte skall bedriva egen forskning.

I.O anför följande:

"En betydande del av styrelsens verksamhet bedrivs f. n. med särskilda projektanslag för forsknings- och utvecklingsarbete. Det gäller inte bara speciella forskningsprojekt utan sådana frågor som det sociala arbetet i framtiden och formerna för en socialt inriktad planering på länsnivå. *I.O* finner det orimligt att frågor av detta slag, som hör till socialstyrelsens centrala arbetsuppgifter, bekostas från särskilda projektmedel. En av konsekvenserna av denna finansiering är att projekten får forskningskaraktär och att organisationer som medverkar i referens- eller styrgrupper får mycket begränsade möjligheter att lämna synpunkter på arbetet. eftersom sådana synpunkter kan uppfattas som ingrepp i forskargruppens arbete. *LO* anser att uppgifter av denna typ hör ingå i socialstyrelsens reguljära verksamhet och utföras under verksstyrelsens ledning."

TCO för fram samma synpunkter samt pekar också på att en starkt negativ konsekvens av de många projekt som bedrivs under angivna förutsättningar är att de engagerade tjänstemännens arbetsvillkor ofta är osäkra då arbetet inte sällan är direkt beroende av anslaget varaktighet. *TCO* anser att det finns ett stort behov av att socialstyrelsen på ett aktivt sätt medverkar till metodutveckling inom den kommande socialtjänsten. Detta behöver inte ske genom utredningsprojekt med långsiktig planering och breda målformuleringar, *TCO* har direkt negativa erfarenheter av flera sådana utvecklingsprojekt inom socialstyrelsen. Det kan ofta räcka med att styrelsen håller sig å jour med utvecklingen ute i kommunerna och stimulerar och sprider kännedom om utveckling av metoder som bedöms vara av allmänt intresse.

Information

Några remissinstanser tar särskilt upp frågan om socialstyrelsens roll beträffande information.

Kommunförbundet anser att det är huvudmännens eget ansvar att bestämma inriktningen och omfattningen av de direkta utbildningsinsatserna riktade till förtroendevalda och personal inom kommunerna. Socialstyrelsen bör svara för informationen på riksnivå. Beträffande informationen till huvudmännen bör denna ske i samarbete med deras organisationer och genom medverkan i konferenser-kurser och utformningen av utbildnings-samband.

Vilhelmina kommun instämmer i stort i de förslag som lämnas för att förbättra socialstyrelsens informationsverksamhet. Det är viktigt att styrelsen på ett bättre sätt än f. n. bereds möjlighet att tillmötesgå kommunerna med det informationsmaterial som framställs inom verket och som är relevant inom sektorn.

TCO ser det som önskvärt att socialstyrelsens information till allmänheten ytterligare prioriteras och planeras på ett långsiktigt sätt. Inte minst gäller detta frågan om basinformation i syfte att ge kunskaper t. ex. om socialbidrag och socialbidragstagare för att påverka attityder men också i direkt syfte att ge kunskap om sociala rättigheter.

RRV har inte några invändningar mot förslagen att förbättra styrelsens informationsverksamhet. Frågor rörande arbetsfördelning och samverkan mellan centrala verket och den regionala organisationen i informationsverksamheten bör dock penetreras ytterligare. *Statens personalnämnd (SPN)* noterar att utredningen strävat efter att systematisera den interna informationen. Enligt SPN:s erfarenhet ger brister inom dessa områden på kort tid negativa effekter såväl på verksamheten som på personalens tillfredsställelse. *Karolinska institutet* menar att den förstärkning av den informativa verksamheten som föreslås är avsedd att fylla ett länge relativt eftersatt men viktigt behov inom denna expansiva sektor av samhället.

Tillsyn

Följande synpunkter förs fram av de remissinstanser som särskilt behandlar socialstyrelsens tillsynsfunktion.

Gotlands kommun anser att förskjutningen av innehållet i styrelsens tillsynsansvar mot uppgifter av uppföljande och utvecklande karaktär är väsentlig och viktig. Det är vidare angeläget att formerna för samverkan med huvudmännen blir harmoniska så att risken för isolering undviks och, inför en väntad ramlagstiftning även på sjukvårdsområdet, styrelsens arbete inte kommer i konflikt med huvudmännens ansvar. *Vilhelmina kommun* ser socialstyrelsens tillsynsverksamhet som mycket viktig inte minst mot bakgrunden av att den framtida socialvården kommer att regleras genom ramlagstiftning.

Kommunförbundet framhåller att socialstyrelsens uppföljning av hur statsmakternas intentioner förverkligas kan ske genom sammanfattning

och systematisering av den kunskap som den individuella tillsynen ger och analys av den statistik som kommunerna är ålagda att lämna till statliga organ.

Enligt *landstingsförbundet* bör socialstyrelsens tillsynsuppgifter inriktas mot att på ett övergripande sätt tillsammans med vårdhuvudmännen söka sig fram till de bästa lösningarna för socialvårdens och hälso- och sjukvårdens utveckling.

Stockholms läns landsting (landstingsrådsberedningen) anser att det politiska ansvaret inför väljarna i hög grad innebär en "tillsynsfunktion" som torde garantera att ingen huvudman i nämnvärd grad kommer att släpa efter i utvecklingen. *Hallands läns landsting* (socialnämnden) hälsar med tillfredsställelse utredningens syn på socialstyrelsens framtida tillsynsverksamhet, som innebär att den detaljerade kontrollen bör minska och ersättas av mer allmänna åtgärder. *Jämtlands och Östergötlands landsting* understryker att styrelsens tillsynsarbete mera bör få karaktär av informationsutbyte och uppföljning än kontroll.

Läkarsällskapet noterar med tillfredsställelse att styrelsens arbete i framtiden mera skall innebära samordnings- och utvecklingsarbete än uppgifter inom övervakning och tillsyn. Sällskapet instämmer dock helt i utredningens förslag att socialstyrelsen bör göra uppföljningar för att utröna olika åtgärders effekt och effektivitet.

RRV delar ÖSoS uppfattning om socialstyrelsens framtida tillsynsverksamhet samt framhåller följande:

"Inom områden där länsstyrelsen är formellt tillsynsorgan och socialstyrelsen har ett bevaknings- och utvecklingsansvar enbart i kraft av central myndighet behöver socialstyrelsen inte på samma sätt som inom de områden där styrelsen har det formella tillsynsansvaret ägna uppföljningen åt hur de enskilda huvudmännen bedriver sin verksamhet. Tonvikten bör i stället ligga på en uppföljning och bevakning av mer generella briser inom området. Det måste emellertid understrykas att det förhållandet att länsstyrelsen inom viss del av verksamhetsområdet är formell tillsynsmyndighet inte får inskränka socialstyrelsens möjligheter att direkt följa verksamheten i kommunerna. Tvärtom är det av synnerligen stor vikt att socialstyrelsen upprätthåller direkta fältkontakter."

Enligt *TCO* bör socialstyrelsen bevaka att konsumenternas behov av sociala tjänster tillgodoses på en likartad riksnivå. Det bör vara möjligt att ge ämbetsverket befogenheter att tillse att vissa minimikrav i fråga om kvantitet och kvalitet hos utbudet garanteras de enskilda oavsett i vilken kommun dessa är bosatta. Socialstyrelsen bör utifrån riksdagens och regeringens intentioner utforma rekommendationer angående t. ex. intagningsregler och avgiftstaxor.

Ledning och samordning

Den av ÖSoS föreslagna förstärkningen av verksledningen m. m. kommenteras särskilt av flera remissinstanser.

RRV tillstyrker ett verksledningssekretariat med i huvudsak de

uppgifter som ÖSoS föreslår samt anför följande:

"RRV ser mycket positivt på en delegering av såväl sakfrågor som administrativa beslut till fackavdelningarna. Som ett led i en sådan delegering kan RRV också tillstyrka inrättandet av avdelningskanslier vid avdelningarna. Det bör dock klart framhållas att verkets totala resurser för administration inte får öka. Den resursökning som avdelningskanslierna kommer att medföra måste motsvaras av en resursminskning vid den administrativa avdelningen.

Vikten av att förbättra socialstyrelsens interna verksamhetsplanering har tidigare påtalats av RRV i revisionen av styrelsen. De förslag till åtgärder som därvid framfördes har dock hittills endast genomförts i begränsad omfattning. RRV finner det därför i likhet med ÖSoS angeläget att formerna för verksamhetsplaneringen utvecklas ytterligare i linje med det förslag som lämnats.

RRV biträder förslaget att socialstyrelsens verksamhetsplanering och redovisning även bör omfatta tillfälliga projektmedel och speciella anslag. En samlad bild av socialstyrelsens totala resursanskaffning och resursanvändning är nödvändig för att få överblick över styrelsens hela verksamhet och för att verkliga prioriteringsdiskussioner skall komma till stånd.

Det centrala verkets hela verksamhet bör enligt RRV:s mening så långt möjligt samlas under anslaget V E1. Som utredningen framhåller torde detta bl. a. underlätta verkets personal- och resursplanering."

Statens personalnämnd (SPN) finner utredningens förslag om ett verksamhetssekreteriat positivt. En god samverkan mellan personaladministrativa enheten och verksamhetssekreteriatet är en nödvändig förutsättning för att resursanvändningen och personalpolitik skall samverka.

LO anser att utredningen försummat att diskutera socialstyrelsens roll i förhållande till socialdepartementet och verksamhetsstyrelsens roll i ledningen av styrelsens verksamhet. Verksamhetsstyrelsen bör få en starkare ställning och bör bl. a. se till att socialstyrelsens verksamhet inriktas på att förverkliga statsmakternas intentioner. *LO* erinrar vidare om den framställning som gjorts om representation i socialstyrelsens styrelse. *TCO* pekar på att socialstyrelsens frågor i hög grad rör *TCO*'s intresseområden från en rad olika utgångspunkter och förutsätter därför att organisationen erhåller representation i socialstyrelsens styrelse i enlighet med gjord framställning. *SACO/SR* pekar på att medan huvudmannasidan är starkt representerad i socialstyrelsens styrelse saknar de anställda inom socialvård och hälso- och sjukvård styrelserepresentation trots att deras arbetsförhållanden i hög grad påverkas av styrelsens verksamhet. *SACO/SR* föreslår att frågan om berörda fackliga organisationers rätt att nominera ledamöter i socialstyrelsens styrelse övervägs. *Sveriges läkarförbund* anför liknande synpunkter. *HCK* anser att det vore värdefullt om handikapprörelsen vore representerad i socialstyrelsens styrelse.

Personalutveckling m. m.

ÖSoS förslag om personalutveckling m. m. behandlas framför allt av statens personalnämnd (SPN) men också av en del andra remissinstanser.

SPN anser att utredningen varit medveten om personalproblem inom myndigheten och behovet av personaladministrativa insatser. *SPN* konsta-

terar dock att utredningen inte närmare utrett tänkbara konsekvenser av angivna riktlinjer för den personaladministrativa verksamheten. SPN har därför ansett det angeläget att ge en mer ingående beskrivning av krav som utifrån lagar, statsmakternas intentioner och beprövad erfarenhet ställs på PA-arbete och PA-organisation och som bör beaktas vid en decentralisering. Bl. a. anför SPN följande:

”Personaladministrationen bör i fråga om decentralisering följa karaktären hos administrationen i sin helhet. Ökad delegering av beslutsrätten i PA-frågor förutsätter kostnadsansvar inom motsvarande område.

Oberoende av graden av decentralisering måste likartade personaladministrativa frågor få en tillräckligt enhetlig behandling inom hela myndigheten. Den nödvändiga samordningen bör ske inom en särskild PA-enhet.

Avdelningskanslier som föreslås utvecklas bör erhålla befogenheter av sådant slag att handläggning av exempelvis PA-ärenden inte försvåras och försenas. Det är svårt att utläsa av rapporten vilken ställning kontaktmännen i PA-frågor avses få. Det finns risk för att kontaktmännen kan uppleva sin hemvist som oklar då de organisatoriskt tillhör den centrala PA-enheten men är placerade på avdelningskanslierna. Det bör enligt SPNs uppfattning nog övervägas om inte kontaktmännen i PA-frågor organisatoriskt skall överföras till avdelningskanslierna.

I en decentraliserad PA-organisation blir personalledningsfunktionen än mer viktig. Detta innebär att utbildning och utveckling av personalledare bör uppmärksammas som en angelägen PA-uppgift för PA-enheten. Behovet av framtida personalledare bör säkerställas genom PA-enhetens försorg. Vid tillsättning av chefsbefattningar, i vilka personalledning är en väsentlig del, är det angeläget att goda personalledaregenskaper väger minst lika tungt som sakkunskaper inom verksamhetsområdet.”

Kriminalvårdsstyrelsen som i princip tillstyrker utredningens förslag beträffande det centrala verkets organisation och arbetsformer vill dock betona de stora svårigheter som genomförandet av ett så omfattande ändringsförslag innebär för berörd personal.

TCO anser att även om ett behov klart finns av en definierad och samlad ledningsfunktion bygger det framlagda förslaget inte tillräckligt på det viktiga förhållandet att personalen på alla nivåer är verkets viktigaste resurs. Ett tillräckligt medbestämmande för personalen kräver en långt gående delegation inom verket av beslut som rör personalen. Detta förhållande har inte belysts tillräckligt i utredningen. Detta är en brist eftersom arbetsmiljön f. n. upplevs som mycket pressande.

IV Genomförandet av den nya organisationen

Några remissinstanser kommenterar ÖSoS syn på genomförandet av den nya organisationen.

RRV delar ÖSoS uppfattning att beslut om och genomförande av den nya organisationen bör komma till stånd så snart som möjligt. Även om socialstyrelsens roll och relationer till andra organ inom alla områden inte skulle kunna anges av statsmakterna redan under innevarande år, t. ex.

till följd av remissvar på utredningar, bör beslut i en rad frågor kunna fattas mer omgående så att förändringarna kan genomföras så snart som möjligt. Ett längre dröjsmål för statsmakternas ställningstagande kan komma att inverka negativt på styrelsens hela verksamhet till följd av osäkerhet hos personalen om framtiden.

Ljungby kommun uttalar önskemålet att socialstyrelsens organisation inte fördröjs utan genomförs så snabbt som möjligt. *Värmlands läns landsting* menar att ett längre dröjsmål mellan utredningsarbetets slutförande och statsmakternas ställningstagande torde komma att inverka negativt på socialstyrelsens hela verksamhet.

Del 2: Regional organisation

I Behov av regionala resurser

Behov inom socialvården

De kommuner som har uttalat sig om behovet av regionala resurser är i allmänhet tveksamma, men olika uppfattningar redovisas.

Göteborgs kommun hävdar att den hittillsvarande erfarenheten tyder på att det ur kommunens synvinkel inte finns något behov av socialstyrelsens regionala organisation för kunskapsförmedling, erfarenhetsåtergivning, utvecklingsarbete och medverkan i samhällsplanering. Dessa uppgifter bör likaväl kunna utföras centralt. *Ljungby kommun* däremot anser att socialstyrelsens funktion inom planering och utveckling av socialvården liksom dess uppgift att samla in erfarenheter utifrån landet, bearbeta dessa och föra ut information därom till kommunerna är av hög angelägenhetsgrad. Här kan konsulentorganisationen fylla en viktig uppgift. *Malmö kommuns sociala centralnämnd* är tveksam:

”Tillsynsuppgifterna (inspektionen) har fått annan karaktär och ändrade huvudmannaskapsförhållanden enligt socialutredningens förslag gör behovet av denna verksamhet än mindre motiverad. Andra motiv som gör tillsynsfrågan marginell är landets allt färre kommuner som ger möjlighet att anställa och konsultera egen sakkunskap, den pågående uppluckringen av detaljstyrning och detaljreglering samt att man allmänt strävar efter ett decentraliserat beslutsfattande.

Ärendehandläggningen vid länsrätten motiverar inte heller självfallet inrättandet av en särskild konsultfunktion. Den sociala sakkunskap som behövs inom länsrätten bör kunna byggas upp där.

Den andra huvuduppgiften för den föreslagna enheten är kunskapsförmedling. Det anses också vara den nya socialstyrelsens huvuduppgift, vilket torde innebära ett resurstillskott för det centrala ämbetsverket som bör täcka också det regionala behovet.

Slutligen gäller det medverkan i samhällsplaneringen och det är givetvis viktigt att de sociala aspekterna ges en framträdande roll i den regionala planeringen. Sådana aspekter börjar redan nu arbetas in i de olika kommunalförbundens regionplaner och då i nära samarbete med företrädare för de sociala myndigheterna. Det framstår för sociala centralnämnden som naturligt att sådana samarbetsformer utvecklas liksom att man i den regionalpolitiska samhällsplaneringen direkt knyter till sig den sociala kompetens som är erforderlig och naturlig i planarbete av denna karaktär.”

Kommunförbundet anser att det för primärkommunernas del inte finns något behov av socialstyrelsens regionala organisation. Utvecklingen har gjort att den inte längre har någon funktion att fylla. Vidare har kommunsammanslagningarna medfört att kommunerna numera i allmänhet besitter en saklig kompetens som i regel är större än den en regional organisation kan bistå med. Det är därför svårt att se hur den regionala organisationen ska kunna bidra med kunskapsförmedling, som inte likaväl kan ske från centrala verket.

Landstingen som yttrat sig instämmer i princip i den av landsting och kommuner i utredningen redovisade uppfattningen att man inte anser sig ha behov av några regionala statliga resurser i framtiden varken inom socialvården eller hälso- och sjukvården. Detta gäller bl. a. *Stockholms läns landstings sociala nämnd*, *Uppsala läns landsting*, *Östergötlands läns landsting*, *Hallands läns landstings sociala nämnd* och *Västernorrlands läns landsting*.

Jämtlands läns landsting framför att det numera inom kommuner och landsting finns en djup och bred kompetens inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården. Behovet av regionala, statliga resurser inom dessa områden måste ses mot den bakgrunden. Landstinget anför vidare att ett hälsopolitiskt synsätt bör få genomslagskraft inte minst i den fysiska planeringen på primärkommunal nivå. Den erfarenhet och kunskap som bl. a. distriktsläkare och distriktssköterskor besitter bör tas tillvara i detta sammanhang. Även i övrigt samhällsplaneringsarbete torde den kompetens som kommuner och landsting förfogar över kunna tillgodose de socialmedicinska behoven.

Kronobergs läns landsting anser att kravet på social och miljömedicinsk expertis i länsstyrelsens planeringsarbete kan fyllas även utan länsläkare. Medverkan kan enligt landstinget förslagsvis ske enligt samma principer som gäller för förtroendeläkarna vid försäkringskassorna. *Örebro läns landsting* är mycket tveksam till om man vid utbyggnad av ett eventuellt samhällsplanerande regionalt organ med tyngdpunkt på sociala relationer i samhället skall utgå från den befintliga länsläkarorganisationen. Liknande synpunkter kan läggas på socialkonsulentorganisationen.

Riksrevisionsverket anför följande synpunkter:

"Eftersom länsstyrelsen har – och enligt socialutredningens förslag även i fortsättningen kommer att ha – tillsynsansvaret för socialvården finns det ett behov av regionala statliga resurser i någon form och omfattning inom detta vårdområde. Vare sig ÖSoS eller socialutredningen har emellertid särskilt ingående diskuterat innehållet och omfattningen i länsstyrelsens tillsynsuppgifter. Detta gör det svårt att ta ställning till vilka kvantitativa och kvalitativa resurser som krävs för tillsynsverksamheten och hur dessa skall organiseras.

Länsstyrelsen behöver också social kompetens för att bevaka sociala aspekter såväl i löpande ärendehandläggning som i övergripande planeringsformer av typ länsplanering och fysisk riksplanering. Detta kräver dock i och för sig inte några specialdestinerade fasta resurser på länsnivå utan den sociala kompetensen kan även tillgodoses på andra sätt. Ett sätt är att låna in denna kunskap från central eller lokal nivå. Ett annat sätt är

att berörda enheter inom länsstyrelsen -- t. ex. den regionalekonomiska enheten -- bygger upp egen kompetens inom det sociala området.

Behovet av regionala resurser för information och kunskapsförmedling mellan socialstyrelsen och den kommunala socialvården framstår inte lika klart som länsstyrelsens behov. En omfattande direktkontakt mellan det centrala verket och fältet är såsom tidigare framhållits nödvändigt för att socialstyrelsen skall kunna fullgöra sin bevaknings- och utvecklingsroll. Regionala resurser skulle dock om styrelsen utnyttjade dem mer aktivt än nuvarande socialkonsulentorganisation kunna vara av stor nytta för styrelsen i dess bevaknings- och utvecklingsroll genom att t. ex. förmedla kunskap till styrelsen på grundval av det löpande tillsynsarbetet."

Behov inom sjukvårdsverksamheten

Samtliga landsting delar utredningens uppfattning att behovet av statliga regionala resurser inom sjukvården är begränsat.

Örebro läns landsting anser att den regionala organisationens existens över huvud taget måste bli föremål för omprövning. Det är mera realistiskt och naturligt att, som utredningen även är inne på, köpa tjänster från landstingens olika specialistgrupper av läkare, t. ex. beträffande miljömedicinska frågor, landstingens yrkesmedicinska kliniker, infektions- och epidemifrågor, landstingens infektionskliniker resp. bakteriologiska och virologiska kliniker etc. *Västernorrlands läns landsting* konstaterar att länsläkarorganisationens tillsynsansvar inom den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna hälso- och sjukvården bör kunna helt slopas. Härmed åsyftas det tillsynsansvar som enligt instruktionen för länsläkarväsendet åvilar länsläkarorganisationen beträffande medicinalpersonal inom öppen vård samt beträffande sjukstugor och sjukhem. *Västerbottens läns landsting* och *Jämtlands läns landsting* har samma uppfattning.

Älvsborgs läns landsting ifrågasätter behovet av en regional organisation för landstingens del. De tillsynsuppgifter inom sjukvårdsområdet och den institutionella vården, som f. n. åvilar länsläkarorganisationen, torde enligt landstingets uppfattning med fördel kunna överföras till landstingen. *Malmöhus läns landsting* betonar värdet av att länsläkaren bibehåller sina uppgifter vad gäller tillsyn av enskilt utövad sjukvårdande verksamhet, av enskilda sjukvårdsinstitutioner och av läkemedelshanteringen. Samma inställning uttrycks av *Kristianstads läns landsting* samt *Kronobergs läns landsting*, som tillägger att en del uppgifter också borde kunna handhas av de i medicinalansvarskommitténs slutbetänkande föreslagna förtroendenämnderna.

Landstingsförbundet anser att den regionala organisationen är av mycket liten betydelse för den offentliga hälso- och sjukvården. Enligt landstingsförbundets uppfattning bör länsläkarorganisationens tillsynsuppgifter kunna överföras till landstingen vad gäller sjukvården och den institutionella vården samt till kommunerna och länsstyrelserna vad gäller socialvården och den allmänna hälsovården. Vidare anför landstingsförbundet:

"Ett intensivt utredningsarbete pågår f. n. inom området försvars- och katastrofmedicin. Detta torde resultera i ett ökat engagemang för sjukvårdshuvudmännen vid beredskapsplanering inom det egna länet. Bland annat mot denna bakgrund finns det starka skäl som talar för att länsläkarnas arbete med frågor rörande landstingskommunal försvars- och katastrofberedskap överförs till landstingen."

Riksrevisionsverket anför bl. a. följande:

"När det gäller sjukvårdsområdet delar RRV ÖSoS bedömning att det inte finns samma behov av regionala statliga resurser som inom socialvården och den allmänna hälsovården. Socialstyrelsen har inom sjukvården betydligt lättare att etablera direktkontakt med huvudmännen och den regionala organisationens uppgifter bör kunna minska jämfört med i dag. Tillsynen av sjukvårdshuvudmännens hälsovård och öppna sjukvård bör enligt RRV:s mening ske på samma sätt som tillsynen över den slutna vården, dvs. direkt från styrelsen.

Den del av sjukvårdsverksamheten där det synes vara svårast att undvara särskilda statliga regionala resurser är tillsynen över privatpraktikernas verksamhet och kontrollen av läkarnas förskrivning. Här synes en direkt tillsyn från socialstyrelsen - motsvarande tillsynen av den landstingskommunala sjukvården - vara mindre ändamålsenlig med hänsyn till det stora antal enheter och deras spridning. Det finns dock som ÖSoS visar alternativa former för att bedriva tillsyn över privatpraktikernas verksamhet. Av intresse i detta sammanhang är också de förslag som nyligen lämnats av medicinalansvarskommittén.

En framtida utveckling inom sjukvården som enligt RRV:s mening vore önskvärd är att landstinget som sjukvårdshuvudman får ett samlat ansvar för all hälso- och sjukvård inom ett sjukvårdsområde -- dvs. såväl den hälso- och sjukvård som landstinget själv bedriver som företagshälsovården och annan privat vård. Därigenom skulle landstingens "egentillsyn" kunna utsträckas till att även omfatta privatpraktikernas verksamhet medan socialstyrelsens tillsyn skulle kunna bli mindre detaljerad och avse sjukvårdshuvudmännens verksamhet i stort, inklusive ledningen och tillsynen över privatpraktikernas verksamhet.

Tillsynen av institutionell vård avser endast i ringa utsträckning medicinska förhållanden. Bortsett från tillsynen av enskilda vårdhem bör denna tillsyn kunna integreras med socialstyrelsens och länsstyrelsens övriga tillsyn av sjukvården och socialvården. Tillsynen över institutionernas hygieniska förhållanden bör som ÖSoS framhåller kunna överföras till de kommunala hälsovårdsnämnderna.

De möjligheter att begränsa länsläkarorganisationens nuvarande uppgifter inom sjukvårdsområdet som diskuterats av ÖSoS eller framförts i detta remissvar bör enligt RRV:s mening prövas vid den fortsatta behandlingen av ÖSoS förslag och kommande förslag från hälso- och sjukvårdsutredningen. Det kan därvid komma att visa sig att fasta statliga regionala resurser inom sjukvården på några års sikt över huvud taget inte kommer att behövas."

Behov inom den allmänna hälsovården

Kronobergs läns landsting ifrågasätter länsläkarens roll inom den allmänna hälsovården. Landstinget anser att inom den primärkommunalt bedrivna allmänna hälsovården har förhållandena förbättrats sedan kommunsammanslagningarna. Man har fått bättre resurser att klara sina

uppgifter vad avser såväl handläggningen av löpande ärenden som planeringsfrågor.

Riksrevisionsverket framhåller följande:

”Inom den allmänna hälsovården, dvs. den del av socialstyrelsens verksamhetsområde som på lokal nivå handhas av de kommunala hälsovårdsnämnderna, synes behoven av statliga regionala resurser i dag vara ungefär desamma som inom socialvården. Dels har länsstyrelsen ett tillsynsansvar, dels bör omgivningshygieniska aspekter bevakas i länsstyrelsernas planeringsverksamhet. Dessutom är regionala resurser ett medel för kunskaps- och erfarenhetsförmedling mellan socialstyrelsen och kommunerna. Det är dock enligt RRV:s mening mindre lämpligt att utgå från dagens situation vid en diskussion om det framtida behovet av regionala statliga resurser inom den allmänna hälsovården eftersom det f. n. pågår översyn av hälsovårdsstadgan och av miljölagstiftningen som kan leda till en förändring av roll- och uppgiftsfördelningen mellan olika organ. Med hänsyn till den allmänna hälsovårdens koppling till andra verksamhetsområden kan vare sig behovet av regionala statliga resurser inom den allmänna hälsovården eller frågan om hur sådana resurser skall organiseras, enligt RRV:s mening, behandlas utan att andra närliggande områden berörs.

Vad gäller smittskyddet, som är en del av den allmänna hälsovården, kan enligt RRV:s mening ifrågasättas om inte en stor del av länsläkarorganisationens uppgifter successivt bör kunna överföras till sjukvårdshuvudmännen.”

II Framtida arbetsuppgifter

Riksrevisionsverket delar ÖSoS uppfattning att de regionala resurserna inte får splittras på ett stort antal uppgifter utan bör koncentreras på tillsynsverksamhet, besvärshandling, kunskapsförmedling och medverkan i samhällsplaneringen. RRV har inte heller något principiellt att invända mot ÖSoS beskrivning av dessa uppgifter. Enligt RRV:s mening finns dock ett stort behov att göra ytterligare preciseringar av vad de olika arbetsuppgifterna bör omfatta inom resp. verksamhetsgren samt att få till stånd en lämplig arbetsfördelning och samverkan mellan det centrala verket och den regionala nivån.

Länsstyrelsen i Uppsala län tillstyrker utredningens förslag till arbetsinriktning. Samma uppfattning framförs av *länsstyrelsen i Hallands län*. Även *försvarets sjukvårdsstyrelse* instämmer i utredningens förslag till inriktning av verksamheten.

Flera remissinstanser, bl. a. *Värmlands läns landsting*, *Norrbottnens läns landsting*, *Göteborgs kommun* och *länsstyrelsen i Malmöhus län*, har pekat på att länsläkarens framtida ställning och arbetsuppgifter bör tas upp till närmare prövning vid behandlingen av hälso- och sjukvårdsutredningens kommande förslag.

Riksförsäkringsverket ser gärna att diskussioner upptas mellan social-

styrelsen och verket rörande samarbetet mellan försäkringskassornas förtroendeläkare och länsläkarna. Det vore enligt verket olyckligt att fastlägga länsläkarnas arbetsuppgifter innan sådana diskussioner förts.

Stockholms läns landsting (omsorgsnämnden) samt *Södermanlands läns landsting* för fram önskemål om att socialkonsulentorganisationen måste ha tillräcklig förtrogenhet med och kunskap om de utvecklingsstördas förhållanden och problem. *Handikappförbundens centralkommitté* påpekar att den ökade ramlagstiftningen, försvinnandet av specialdestinerade bidrag m. m. kan leda till att svaga gruppers behov eftersätts. HCK anför vidare:

"Vi finner det därför angeläget att det inom enheten finns någon med särskilda kunskaper i handikappfrågor. Om detta skall ske genom att handikappkonsulenten i länet överförs till enheten - de har f. n. en något ostrukturerad arbetssituation och upplever sig ofta arbeta isolerat från andra yrkesgrupper - eller genom någon annan konstruktion vill vi f. n. inte ta ställning till. Vi anser dock att behovet av kunskaper om handikapp måste vara stort inom enheten, bl. a. med tanke på enhetens tillsynsfunktion, medverkan i samhällsplanering och som expertis åt länsstyrelse och länsrätt."

Riksrevisionsverket anser att körkortsärendena - som i dag tar en stor del av länsläkarnas tid i anspråk - inte kräver några fasta resurser inom en länsorganisation. En undersökning bör göras av möjligheterna till förenklingar i handläggningen av körkortsärenden inom länsstyrelsen.

Länsstyrelsen i Uppsala län anser det nödvändigt att kunna utnyttja konsulentgruppens sakkunskap och kontakter med lokala och centrala organ i krigslänsstyrelsen. En inplacering inom länsstyrelsen av den sociala och socialmedicinska expertisen skulle redan i fred underlätta planeringsarbetet inför en krissituation. *Försvarets sjukvårdsstyrelse* noterar utredningens konstaterande att länsläkarens uppgifter inom försvars- och katastrofberedskapen får anses ha övertagits av landstingen. *Försvarets sjukvårdsstyrelse* anser sig inte kunna bedöma bärkraften i påståendet att länsläkarorganisationen är en värdefull resurs för länsstyrelsens övnings- och utbildningsverksamhet för kommuner och landsting.

Styrelsen anför vidare:

"För försvarsmakten är det emellertid angeläget att i planerings-sammanhang såväl försvarsområdes- som militärområdesvis vara till-försäkrad beslutskapabla kontaktpersoner inom sjukvårdsförvaltningen såväl på politisk som administrativ och medicinsk nivå. Försvarsmakten är medveten om landstingskommunernas ansvar för planläggning av sjukvårdsverksamheten icke blott i fred utan även i krig och uttrycker förhoppningen att man med detta nya engagemang också skall få förutsättningar från försvarsmakten till en bättre samverkan när det gäller personalutnyttjande, personalplanering, utbildningsplanering och utbildningsgenomförande."

Kristianstads läns landsting har den uppfattningen att länsläkarnas arbete med frågor rörande försvars- och katastrofberedskap bör överföras till landstinget. *Västmanlands läns landsting* anser att chefskapet för

sektion B i länsstyrelsens krigsorganisation bör innehas av befattningshavare hos landstinget.

Läkarförbundet framhåller att man otillräckligt uppmärksammat den överföring av arbetsuppgifter från länsläkarorganisation till sjukvårdshuvudmannen som ägt rum under senare år. Enligt förbundet pågår f. n. inom området försvars- och katastrofmedicin ett intensivt utredningsarbete som torde resultera i ett ökat engagemang för sjukvårdshuvudmännen vid beredskapsplanering. Redan i dag svarar landstingen för krigssjukvårdsplanering inom det egna länet.

III Huvudmannaskap och organisation

Samtliga länsstyrelser som yttrat sig är positiva till ÖSoS förslag att huvudmannaskapet för socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna överförs till länsstyrelsen. *Länsstyrelsen i Västmanlands län* anför att anknytningen till länsstyrelsen behöver inte påverka konsulenternas nuvarande funktion som rådgivare åt olika håll. Länsstyrelsen har goda erfarenheter av sådan verksamhet på andra fackområden, som inordnats i länsstyrelsen på senare år. Länsstyrelsen konstaterar också att en organisatorisk anknytning till länsstyrelsen bör för länsläkarens del inte hindra att han har en självständig beslutsfunktion med stöd av bestämmelser i sjukvårdsförfattningar.

Länsstyrelsen i Hallands län anser att översynsutredningens uppfattning är helt riktig från de utgångspunkter och motiveringar som legat bakom beslutet om ett samordningsorgan för den regionala samhällsplaneringen. *Länsstyrelsen i Uppsala län* anför att det otvivelaktigt finns större möjligheter att påverka arbetets inriktning och genomförande om vederbörande expert organisatoriskt finns inom länsstyrelsen och kan delta i den fortlöpande samrådsverksamheten. Ett inlemmande av länsläkaren, läns hälsovårdskonsulenten och socialvårdskonsulenten i länsstyrelsens organisation innebär en rationalisering genom att systemet med underremisser försvinner samt genom att dessa experter kan användas som beredande och föredragande i olika ärenden. *Länsstyrelsen i Malmöhus län* tillstyrker förslaget men vill understryka nödvändigheten av att nuvarande specialistkunskaper inom organisationen bibehållas och utvecklas samt att arbetet utvecklas på sätt som tillfredsställer krav på självständiga ställningstaganden i enskilda frågor från såväl länsläkare och läns hälsovårdskonsulent som övriga befattningshavare i ansvarsposition. *Länsstyrelsen i Västerbottens län* anser att övervägande skäl talar för utredningens förslag.

Malmö kommun tar klart ställning mot utredningens förslag och förordar ett bevarande av fristående regionala länsläkarorganisationer. Kommunens sjukvårdsstyrelse uttalar att förslaget för Malmös del skulle innebära att stadsläkarorganisationen avskaffas vilket enligt styrelsens mening skulle få förödande konsekvenser för det mycket goda samarbete som är etablerat mellan stadsläkarorganisationen, sjukvårdsstyrelsen, socialvården samt övriga myndigheter inom kommunen. Som motiv för

sin uppfattning i denna fråga anför styrelsen att sjukvårdshuvudmännen med all sannolikhet de facto kommer att få ett ökat engagemang inom verksamhetsområdena omgivningshygien och miljömedicin. Huvudmännens uppbyggnad av enheter för yrkesmedicin och yrkesdermatologi samt socialmedicinska avdelningar med ökad tonvikt på epidemiologiskt arbete anser sjukvårdsstyrelsen innebära skapandet av så omfattande resurser i förhållande till de resurser som kan skapas inom länsstyrelsen att huvudmännen med nödvändighet kommer att inta en dominerande ställning.

Göteborgs kommun konstaterar att om man skulle bedöma det önskvärt att behålla konsulentorganisationen innebär förslaget till regional organisation en förbättring i förhållande till dagsläget. *Gottlands kommun* uttalar att innan innehållet och omfattningen av tillsynsuppgifterna är närmare klarlagda kan det finnas skäl att dröja med en huvudmannaskapsförändring. *Ljungby kommun* finner däremot förslaget att sammanföra socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna till en gemensam enhet i länsstyrelsen väl motiverat.

Kommunförbundet är positivt till att konsulentorganisationen inordnas i länsstyrelsen, om det bedöms önskvärt att behålla organisationen.

Även om landstingen i allmänhet anger att de inte har något behov av en regional organisation uttalar några landsting ett positivt stöd till organisationsförslaget, nämligen *Uppsala läns landsting*, *Södermanlands läns landsting*, *Hallands läns landsting*, *Värmlands läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting*. Ett landsting är tveksamt, *Älvsborgs läns landsting*. *Kopparbergs läns landsting* anser att socialstyrelsen även i fortsättningen skall vara huvudman för länsläkarväsendet.

Riksförsäkringsverket, *statens livsmedelsverk*, *naturvårdsverket*, *statens personalnämnd*, *försvarets sjukvårdsstyrelse* är samtliga positiva till organisationsförslaget. *Livsmedelsverket* uttrycker att det är värdefullt med organisatoriska former som underlättar en slagkraftig regional verksamhet med samplanering på regional nivå av uppgifter från centrala fackmyndigheter såsom socialstyrelsen och livsmedelsverket. *Naturvårdsverket* anser att om huvudmannaskapet överförs till länsstyrelsens planeringsavdelning torde bl. a. miljömedicinska hänsyn på ett smidigt sätt kunna tillföras samhällsplaneringen. Vidare anför verket att hälsovårdsnämndernas kontakter med länsnivån underlättas av att de länsorgan som arbetar med miljö- och hälsofrågor samlas på en enhet.

Riksrevisionsverket har heller inget att erinra mot att de regionala statliga resurser som krävs inom socialstyrelsens verksamhetsområde knyts till länsstyrelsen. Med undantag för sjukvårdsområdet – där behovet av en statlig regional organisation åtminstone på sikt kan ifrågasättas – är länsstyrelsealternativet enligt RRV:s mening naturligt mot bakgrund av att länsstyrelsen synes ha det största behovet av resurserna. För länsstyrelsen talar också enligt RRV:s mening önskemålet att minska antalet fristående länsorgan och inordna dem i länsstyrelsen.

Kriminalvårdsstyrelsen är däremot tveksam till om det är lämpligt att inordna länsläkarorganisationen i länsstyrelserna:

”Länsläkarorganisationerna har enligt instruktion tillsyn över kriminalvårdsanstalter och häkten. Dessa inspektioner har för kriminalvården varit mycket värdefulla. Genom länsläkarorganisationens ingripande och hjälp har många gånger problem av medicinsk och hygienisk art kunnat avhjälpas vid anstalterna. Det är för kriminalvården angeläget att samarbete med länsläkarorganisationerna får fortsätta under nuvarande former. Garantier måste därför ges för att länsläkarorganisationens medverkan i kriminalvårdsarbetet inte äventyras för det fall att organisationen enligt förslaget införlivas med länsstyrelserna.”

Statens handikappråd tillstyrker utredningens förslag, men framhåller att en överflyttning av huvudmannaskapet för socialstyrelsens socialkonsulent- och länsläkarorganisation inte får innebära att man bortser från socialstyrelsens behov av dubbelriktad kunskapsförmedling. Rådet anser det vara viktigt att ett nära samarbete och goda kontakter bibehålls och utvecklas mellan centrala verket och tjänstemännen vid de sociala och miljömedicinska enheterna. De regionala tjänstemännen får också större möjligheter än i dag att på olika sätt hävda de egna facksynpunkterna i länsstyrelsens interna överläggningar, där skilda och ofta konkurrerande intressen ska vägas mot varandra.

Även *de medicinska fakultetsnämnderna vid universiteten i Linköping och Umeå* tillstyrker utredningens förslag om ändrat huvudmannaskap.

LO tillstyrker utredningsförslaget om ändrat huvudmannaskap. *TCO* anser att ställningstagandet till denna fråga och till frågan om den regionala organisationen bör överlämnas till den särskilda beredningen. *TCO* anför att motiven för ändrat huvudmannaskap inte är särskilt starka. *SACO/SR* är inte beredd att i nuläget tillstyrka utredningsförslaget. Även *SACO/SR* hänvisar till socialdepartementets beredning. *Läkarförbundet* förordar att en ny förutsättningslös utredning genomförs angående socialstyrelsens regionala organisation och i synnerhet länsläkarorganisationen. *Handikappförbundens centralkommitté* är positiv till utredningens förslag.

Beträffande förslaget om sammanförande av socialkonsulent- och länsläkarorganisationerna till en enhet vill *riksrevisionsverket* f. n. inte tillstyrka förslaget att inrätta en social- och miljömedicinsk enhet. *RRV* har i yttrande över socialutredningens slutbetänkande anslutit sig till förslaget att samla socialtjänstens regionala resurser vid en särskild socialtjänstenhet inom länsstyrelsen. En förändring av detta slag bör enligt *RRV*s mening under alla förhållanden komma till stånd. Den ytterligare prövning av länsläkarorganisationens nuvarande verksamhet som *RRV* föreslår får sedan visa om socialtjänstenheten bör utvidgas till en social och miljömedicinsk enhet.

Kommunförbundet anser inte att länsläkarorganisationen och socialkonsulenterna bör sammanföras i en enhet. Länsläkarorganisationens huvudsakliga uppgift är miljövård och den bör därför snarare sammanföras med länsstyrelsens naturvårdsenhet eller länsveterinären.

Länsstyrelsen i Västerbottens län anser att rapporten ger belägg för att behovet av samverkan och samordning mellan de båda organisationerna kommer att öka alltmer i framtiden, inte minst vad gäller kunskapsför-

medling och medverkan i samhällsplanering. *Länsstyrelsen i Uppsala län* tillstyrker förslaget och ser mot bakgrund av den helhetssyn som numera tillämpas inom socialvården med tillfredsställelse att en enhetlig socialtjänstfunktion skapas inom den sociala och miljömedicinska enheten.

Övriga remissinstanser som är positiva till utredningens förslag är *landstingen i Uppsala län, Malmöhus län och Värmlands län* samt *Fakultetsnämnden vid Umeå universitets medicinska fakultet*.

Länsstyrelsen i Västerbottens län är negativ till utredningens förslag att alkoholärenden skall föras till den föreslagna sociala och miljömedicinska enheten:

”Helt visst saknas det inte kontaktytor mellan alkoholärenden å ena samt miljömedicin och socialtjänst å andra sidan. Inte minst kan det finnas visst behov av informations- och erfarenhetsutbyte mellan verksamhetsområdena. Länsstyrelsen ifrågasätter dock om det verkligen föreligger tillräckliga skäl att föra över ärendena från den allmänna enheten till den nya enheten. Verksamheten utgör sådan typisk myndighetsutövning som för närvarande är koncentrerad till allmänna enheten. Verksamheten, som innefattar många rent administrativa uppgifter, är väsensskild i förhållande till konsulenterna och länsläkarens arbetsområden. De organisatoriska och funktionella sambanden mellan handläggaren i dryckesärenden och länsläkaren saknas i princip. Övervägande skäl talar därför för att ärendena blir kvar på den allmänna enheten.”

Länsstyrelsen i Hallands län föreslår att frågan utreds ytterligare, medan *länsstyrelsen i Uppsala län* är positiv.

Föreningen Länsstyrelsernas Utskänningshandläggare framför följande synpunkter:

”Översynsutredningen har inte omfattat handläggarna av alkoholärendena varför flera frågeställningar - t. ex. beslutsfunktion beträffande alkoholärendena - är helt obesvarade och outredda.

Med hänsyn till denna ofullständighet, går det inte att ta ställning i frågan. Föreningen kan emellertid konstatera att några direkta band som skulle knyta samman konsulentorganisationen och länsläkarorganisationen med handläggarorganisationen inte finns.”

Flera remissinstanser anser att frågan om inplacering av den sociala och miljömedicinska enheten i länsstyrelsens organisation bör prövas inom den s. k. OPAL-utredningen. Detta gäller *länsstyrelserna i Uppsala län, Hallands län, Västmanlands län, Värmlands län, Västerbottens län* och *Norrbottnens län*. Länsstyrelsen i Värmlands län tillägger att det är väsentligt att enheterna får en sådan organisatorisk inplacering att de aktivt kommer att delta i länsstyrelsernas planeringsarbete.

Föreningen Länsstyrelsernas Utskänningshandläggare har den bestämda uppfattningen att om en social och miljömedicinsk enhet ska inrättas vid länsstyrelserna, bör en sådan enhet knytas till förvaltningsavdelningen och inte till planeringsavdelningen.

Beträffande dimensioneringen av den framtida regionala organisationen uttalar *riksrevisionsverket* att en överföring av länsläkarorganisationens resurser inte bör ske utan ytterligare prövning. Inte heller de befintliga resurserna inom socialkonsulentorganisationen bör enligt

RRV:s mening automatiskt överföras till länsstyrelsen. En noggrann prövning av dimensioneringen bör ske med utgångspunkt i de krav som de föreslagna uppgifterna ställer.

Värmlands läns landsting menar att regionala skillnader kan motivera vissa variationer i bemanningen av de föreslagna nya enheterna vid länsstyrelserna. Efter ett eventuellt beslut om inrättande av dessa enheter bör det ankomma på varje länsstyrelse att lägga fram förslag om resp. lokal enhets dimensionering.

Länsstyrelsen i Hallands län uttalar att trots att den enskilda ärendehandläggningen i första hand skall vara en kommunal uppgift så är man inte övertygad om att antalet enskilda ärenden kommer att minska på regional nivå.

Ljungby kommun konstaterar att socialkonsulentverksamheten tycks ha reducerats vad beträffar kontrollfunktionen och rådgivningen till kommunerna. Detta bör enligt kommunen leda till en reduktion av organisationen och en anpassning till behoven inom de olika distrikten.

IV Relationerna socialstyrelsen – den regionala enheten

Riksrevisionsverket tillstyrker ÖSoS förslag, eftersom detta utgår från principen att relationerna mellan socialstyrelsen och länsstyrelsernas enheter bör utformas på samma sätt som gäller för andra myndigheter inom vilkas område det finns regionala enheter inom länsstyrelsen. Verket anser dock inte att styrelsen bör inrätta någon särskild kanslifunktion för de regionala frågorna. Styrelsens uppgifter bör enligt RRV:s mening här liksom i övrigt i första hand fullgöras av resp. avdelning eller byrå inom sitt område.

Länsstyrelsen i Malmöhus län uttalar att ett gott samarbete mellan länsstyrelsen och socialstyrelsen givetvis är en förutsättning för att avsikten med omorganisationen skall kunna förverkligas. Länsstyrelsen understryker emellertid att länsstyrelsen i egenskap av regional huvudman för verksamheten måste ha det avgörande ansvaret för den regionala verksamheten. Framtagande av planeringsunderlag och utförande av verksamhetsplanering kan inte vara en fråga mellan den sociala och miljömedicinska enheten och socialstyrelsen. Anvisningar rörande verksamheten skall riktas till länsstyrelsen och inte till en enskild enhet inom länsstyrelsen.

V Kompetens, utbildning och rekrytering

Göteborgs universitet (sektorn för utbildning för vårdyrken, läkarlinjen) framhåller att då den fortlöpande vidareutbildningen av länsläkarna oavsett huvudmannaskap kommer att ges av socialstyrelsen bör en samordning av den omgivningshygieniska avdelningen vid naturvårdsverket med laboratoriet för klinisk stressforskning vid karolinska institutet under socialstyrelsen ge länsläkarna ökade möjligheter att ta del av forskningsrön på tidigt stadium.

Den medicinska fakultetsnämnden vid Umeå universitet framhåller att med hänsyn till att en nära samverkan förbereds på central nivå mellan socialstyrelsen och universitetsenheter för forskning och utvecklingsarbete i och med införlivandet av den omgivningshygieniska avdelningen av naturvårdsverket och stressforskningslaboratoriet vid karolinska sjukhuset, synes det naturligt att föreslå att på regional nivå – på universitetsorterna – en samverkan stimuleras mellan länsstyrelsernas miljömedicinska enhet och institutioner med miljö- och socialvårdsinriktad verksamhet, såsom arbetsmedicinska, socialmedicinska och hygieniska institutioner. För att ett sådant samarbete skall komma till stånd bör speciella kompetenskrav ställas på organisation och befattningshavare vid länsstyrelsernas miljömedicinska enheter på universitetsorterna.

SACO/SR anser det viktigt att vidareutbildningen för blivande läsläkare inordnas i det system som gäller för kliniskt verksamma läkare. Denna fråga bör lämpligen aktualiseras inom NLV:s utredning för översyn av specialistutbildningen.

Statens personalnämnd framhåller att socialstyrelsens personal- och utbildningsplanering även bör innefatta personal inom den sociala och miljömedicinska enheten. En prövning förutsätts då ske av om en breddning i utbildnings- och erfarenhetsbakgrund bör eftersträvas. Personalen inom den sociala och miljömedicinska enheten bör också få del av länsstyrelsens utbildnings- och informationsverksamhet.

Göteborgs universitet (medicinska fakultetsnämnden) yttrar att den miljömedicinska undervisningen i den nuvarande läkarutbildningen förekommer inom flera ämnen på såväl grundutbildningsnivå som i vidareutbildningen. Man borde överväga att utnyttja social och miljömedicinska enheten för vidareutbildningen. Denna enhet skulle kunna vara användbar och värdefull för vidareutbildningen av allmänläkare, socialmedicinare och möjligen geriatriker.

VI Genomförande

I.O anser att den nya regionala organisationen bör genomföras snabbt så att den nya organisationen är i stånd att ta sin del i genomförandet av de nya lagstiftningarna för socialvården och för hälso- och sjukvården som nu förbereds.

Länsstyrelsen i Malmöhus län framhåller att tidpunkten för omorganisationen bör fastställas till den 1 juli 1979 i likhet med vad som avses skola gälla för genomförandet av OPAL-utredningens förslag. För omorganisationens genomförande vill länsstyrelsen förordas att en särskild arbetsgrupp, bestående av representanter för planeringsavdelningen, vederbörande fackorganisationer och de befattningshavare som nu tjänstgör inom de organ som avses skola ingå i den sociala och miljömedicinska enheten, tillsättes regionalt. En partsammansatt ledningsgrupp på riksplanet för omställningsarbetet torde, såsom utredningen förordat, därutöver erfordras.

Sammanställning av remissyttranden över läkemedelskontrollutredningens förslag om inrättande av ett läkemedelsverk (Ds S 1978:12)

Utredningens förslag att läkemedelsavdelningen bör skiljas från socialstyrelsen och utgöra en självständig myndighet, statens läkemedelsverk, kommenteras av ett stort antal remissinstanser. Flertalet av dessa är positiva till förslaget. Andra remissinstanser är negativa till förslaget, medan åter andra förklarar att man inte vill ta ställning till förslaget eller avger yttranden av vilka det inte framgår om de tillstyrker eller avstyrker förslaget. Följande remissinstanser är positiva till att ett fristående läkemedelsverk inrättas. *Läkemedelsnämnden, riks försäkringsverket, riksrevisionsverket, UHÄ, lantbruksstyrelsen, kommerskollegium konsumentverket/KO, statens provningsanstalt, direktionen för akademiska sjukhuset, Sveriges lantbruksuniversitet, statens veterinärmedicinska anstalt, Uppsala, Värmlands och Västerbottens läns landsting, SACO/SR, De Handikappades Riksförbund, Handikappförbundens Centralkommitté, Svenska Sjukvårdsleverantörers Förening, Apotekarsocieteten, LIF och RUFI.* Avdelningschefen Åke Liljestrand förklarar i en skrivelse, som bifogas socialstyrelsens yttrande, att *läkemedelsavdelningen* vid socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag att inrätta ett fristående läkemedelsverk.

Följande remissinstanser tar inte ställning till förslaget eller redovisar inte sin uppfattning. *Statens livsmedelsverk, statens naturvårdsverk, produktkontrollnämnden, direktionen för karolinska sjukhuset, näringsfrihetsombudsmannen, JO, Landstingsförbundet, Malmö, kommun, Gotlands kommun, Dagligvaruleverantörers Förbund, Apoteksbolaget, Spri, hälso- och sjukvårdsutredningen, Svenska Läkaresällskapet och TCO.*

Negativa till förslaget är *socialstyrelsen, statens bakteriologiska laboratorium, statskontoret, Stockholms läns landsting, Göteborgs kommun och LO.*

De remissinstanser som är positiva till att ett självständigt läkemedelsverk inrättas tillstyrker genomgående utredningens förslag utan att närmare redovisa skälen för sina ställningstaganden. I några fall hänvisar man till de grunder som utredningen anför i betänkandet. *Riksrevisionsverket* och *statens veterinärmedicinska anstalt*, som i princip är för ett självständigt läkemedelsverk, redovisar båda någorlunda utförligt skälen till sina ställningstaganden men anser samtidigt att ytterligare utredning är nödvändig innan man kan besluta om att skilja läkemedelsavdelningen från socialstyrelsen. *Riksrevisionsverket* anser att tyngdpunkten i socialstyrelsens framtida arbete bör ligga på samordnings-, planerings-, utvecklings- och tillsynsuppgifter medan socialstyrelsen i så stor utsträckning som möjligt bör avlastas löpande och rutinbetonade drifts- och förvaltningsuppgifter. Läkemedelskontrollen är till stor del löpande laboratorieverksamhet med ringa behov av kontakter med socialstyrelsen i övrigt. Mot bakgrund härav kan det finnas skäl att skilja verksamheten från

socialstyrelsen och inrätta ett särskilt läkemedelsverk. Samtidigt finns risk för att inrättandet av ett särskilt läkemedelsverk får till följd att läkemedelsfrågorna inte sätts in i ett sjukvårdspolitiskt helhetsperspektiv. Den av utredningen föreslagna förskjutningen av läkemedelskontrollen från rena kontrollåtgärder till ett arbete för att ytterligare främja en god läkemedelsanvändning i sjukvården talar vidare för en fortsatt anknytning till socialstyrelsen. Sambandet mellan läkemedelsfrågorna och socialstyrelsens övriga uppgifter är emellertid inte enligt verkets mening så starkt att det hindrar att man inrättar en specialistmyndighet för de huvudsakligen konkreta och fackbetonade frågor som läkemedelskontrollen innebär. Det kan också erbjuda rent praktiska fördelar att avlasta socialstyrelsen. Sammantaget finner verket att det i flera hänseenden kan vara ändamålsenligt att ett särskilt läkemedelsverk inrättas. Frågan bör dock slutligt prövas i samband med den samlade bedömning av socialstyrelsens framtida roll och organisation som f. n. pågår inom socialdepartementet. Innan beslut fattas är det enligt verket väsentligt att närmare klargöra vad socialstyrelsens ansvar som central myndighet för hälso- och sjukvården skall omfatta vad gäller läkemedelsförsörjningen.

Statens veterinärmedicinska anstalt finner det vara rationellt med den decentralisering av beslutsprocessen som inrättandet av ett läkemedelsverk innebär. Härutöver kan framhållas att, eftersom läkemedelsavdelningen handlägger och fattar beslut i frågor som rör läkemedel såväl för humanmedicinskt som veterinärmedicinskt bruk, det synes riktigare med ett självständigt verk än inordning i endera av de administrativa fackmyndigheterna. Anstalten finner dock att utredningen har glömt bort det ansvar för inte minst de mikrobiologiska preparaten som socialstyrelsen resp. lantbruksstyrelsen har i samband med epidemi- resp. epizootiberedskapen i fred och krig. Detta ansvar kan inte överflyttas på ett läkemedelsverk på grund av det intima sambandet mellan denna speciella läkemedelsförsörjning och andra åtgärder i kampen mot de smittsamma sjukdomarna – epidemiologiska/epizootologiska utredningar, diagnostik m. m. Det övergripande ansvaret för denna beredskap måste kvarligga på socialstyrelsen resp. lantbruksstyrelsen. Anstalten finner det över huvud taget tveksamt om läkemedelsverket skall ha totalansvaret för läkemedelsförsörjningen. Sammanfattningsvis tillstyrker anstalten sålunda i princip ett fristående organ för läkemedelskontrollen men anser att innan omorganisationen genomförs ytterligare överväganden bör göras beträffande ansvarsfördelningen mellan det nya verket å ena sidan samt främst socialstyrelsen.

Av de remissinstanser som inte tar ställning till förslaget anser *Landstingsförbundet* att det är angeläget att effektiviteten i registreringsarbetet ökas samtidigt som samordningen mellan de organ som sysslar med för sjukvården väsentliga frågor inte får eftersättas. I betänkandet påpekas särskilt, att de nuvarande kontakterna mellan läkemedelsavdelningen och övriga enheter inom socialstyrelsen huvudsakligen omfattar administrativa ärenden och frågor i samband med utarbetande av författningar, tillämpningsföreskrifter samt råd och anvisningar. En

beröringspunkt i detta sammanhang är läkemedelsförsörjningen och läkemedelshanteringen på sjukvårdsinrättningar och ålderdomshem. Dessa frågor, liksom läkemedelsfrågornas betydelse i anslutning till underlag för vårdprogram, utgör exempel på frågor som är av väsentlig betydelse för sjukvårdshuvudmännen och där ett betydande mått av samordning - antingen mellan två självständiga verk eller inom socialstyrelsen - krävs. Enligt Landstingsförbundets uppfattning måste dessa och andra aspekter ytterligare vägas mot varandra vid övervägandena om den framtida läkemedelskontrollens organisation. Frågan om huruvida socialstyrelsens läkemedelsavdelning skall organiseras som ett självständigt ämbetsverk bör bedömas av statsmakterna utifrån såväl här redovisade samband mellan läkemedelsfrågorna och sjukvården i stort som mer begränsade administrativa effektivitetsskäl. Nu föreliggande utredning ger inga klara belägg för att ett fristående läkemedelsverk skulle medföra några mer betydande fördelar härvidlag.

Av de remissinstanser som är negativa till att ett fristående läkemedelsverk inrättas kommenterar särskilt *socialstyrelsen* utredningens förslag på denna punkt. I en mycket lång och ingående redogörelse för sin syn på förslaget anför styrelsen bl. a. att den vid en generell bedömning av utredningens betänkande har funnit, att medan förslagen avseende den framtida inriktningen och effektiveringen av läkemedelskontrollen är väl motiverade och utformade och uppenbart ändamålsenliga, så är förslaget avseende läkemedelsavdelningens framtida organisation dåligt underbyggt. Någon analys av de skäl, som enligt utredningen talar för att läkemedelsavdelningen framdeles bör utgöra en självständig myndighet har inte presenterats i betänkandet. I och för sig kan den knappa tid utredningen har fått till sitt förfogande för att penetrera denna viktiga organisationsfråga utgöra en förklaring till detta förhållande. Oavsett hur det förhåller sig härmed kan enligt styrelsens uppfattning utredningens förslag inte läggas till grund för ett beslut om att organisationsmässigt avskilja läkemedelsavdelningen från styrelsen.

Det förhållandet att läkemedelsavdelningen av olika skäl har kommit att föra ett självständigt liv inom socialstyrelsen kan enligt styrelsens bedömning knappast tas till intäkt för att läkemedelsavdelningen bör ombildas till en självständig myndighet, lika lite som den omständigheten att läkemedelsavdelningen har i förhållande till övriga socialstyrelsen väl avgränsade uppgifter. För att ytterligare markera läkemedelsavdelningens självständiga ställning inom socialstyrelsens organisation, har utredningen påpekat, att större delen av arbetet och beslutsfunktionerna med avseende på frågor inom det personal- och ekonomiadministrativa området har delegerats till läkemedelsavdelningen i samband med dess utflyttning till Uppsala. Styrelsen bestrider inte uppgifterna om läkemedelsavdelningens självständiga ställning i dessa hänseenden. Delegeringen till läkemedelsavdelningen av dessa uppgifter är ett uttryck för en klar utvecklingstendens inom verket. Det förhållandet att läkemedelsavdelningen har givits självständighet i ekonomiskt hänseende har för styrelsens vidkommande inte inneburit några nackdelar. Utredningens

påstående att kontaktytorna i det dagliga arbetet mellan läkemedelsavdelningen och socialstyrelsen även i övrigt är mycket få, är enligt styrelsens förmenande en överdrift. Redan den av utredningen gjorda uppräknningen av kontaktpunkter tyder snarare på motsatsen. Det är dessutom ofta fråga om arbetsuppgifter av principiellt viktig natur, som läkemedelsavdelningen har att bestrida i samarbete med andra enheter inom socialstyrelsen. Som exempel på en sådan arbetsuppgift kan nämnas avdelningens insatser i arbetet med utformning av föreskrifter rörande den försöksverksamhet som började den 1 januari 1978 med rätt för barnmorskor att föreskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte. Om de förslag till effektiviserad och utvidgad kontrollverksamhet, som utredningen har förordat, genomförs, kommer kontaktytorna mellan socialstyrelsen och övriga närmast berörda enheter inom styrelsen väsentligen att öka. Styrelsen vill här främst erinra om vad som har framhållits beträffande den föreslagna kontrollverksamheten avseende läkemedel i användning och rörande medicinska utensilier. En angelägen uppgift för läkemedelsavdelningen och socialstyrelsen – och ytterst med tanke på allmänhetens intresse – hör därför vara att – i stället för att acceptera strävandena att uppnå separation – söka finna bättre och välfungerande samarbetsformer i de väsentliga frågor rörande läkemedel, som berör läkemedelsavdelningen och socialstyrelsen gemensamt.

Styrelsen betvivlar också att rekryteringsmöjligheterna till läkemedelsavdelningen skulle komma att öka nämnvärt, om avdelningen blir ett självständigt verk. Såsom har framhållits har avdelningen redan nu en mycket självständig ställning i personalfrågorna. Problem av typen låg lönesättning, obalans i lönestrukturen och bristande meriteringsmöjligheter – som utredningen har påtalat – kommer knappast närmare sin lösning genom att läkemedelsavdelningen förlänas ställning som självständig myndighet. Detta gäller i all synnerhet som utredningens tilläggsdirektiv anger en oförändrad resursram som en förutsättning för denna konstruktion.

Som skäl för ett bibehållande av den befintliga organisationen anför socialstyrelsen följande:

”Läkemedelskontrollutredningen har funnit det ”väsentligt att konstatera att läkemedelsförsörjningen utgör en del av den totala hälso- och sjukvården. Läkemedel är ett av de mest betydelsefulla terapeutiska redskapen i sjukvården. Det är således viktigt att läkemedel inte ses isolerat utan i ett större medicinskt sammanhang. Såsom högsta tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården i landet har socialstyrelsen ett självklart intresse av att säkra och effektiva läkemedels finns tillgängliga. Läkemedelskontrollens mål och inriktning är därigenom för såväl hälso- och sjukvården som för socialstyrelsen av stor betydelse”, (betänkandet, s. 105). Socialstyrelsen instämmer helt i denna bedömning. Styrelsen anser att de fundamentala skälen för ett bibehållande av den nuvarande ramorganisationen med läkemedelsavdelningen som en del av socialstyrelsen knappast kan formuleras bättre. Särskilt programområdet ”Läkemedel i användning” samt medicinska säkerhetsfrågor i anslutning till användning av medicinska utensilier är arbetsuppgifter, där ett flertal enheter inom socialstyrelsen vid sidan av läkemedelsavdelningen har att

svara för att effektiva och säkra förhållanden råder.

Socialstyrelsen arbetar sedan flera år med den sociala helhetssynen som övergripande princip. Detta innebär att en människas vårdbehov inte skall bedömas isolerat medicinskt eller isolerat socialt utan i ett vidare perspektiv med hänsynstagande till samtliga i det enskilda fallt relevanta medicinska och sociala faktorer. Självfallet utgör samhällets förmåga att svara för att säkra och effektiva läkemedel kan tillhandahållas en sådan faktor. Med denna utgångspunkt är det inte alls säkert att läkemedelskontrollens inriktning och relationer till intressenterna – varmed också förstås den vårdökande allmänheten – inte påverkas av om läkemedelskontrollen ingår som en del i socialstyrelsen eller utgör en självständig organisation.”

”Som exempel på tillämpningen av helhetssynen på det organisatoriska planet kan framhållas, att kontrollverksamheten inom det alkoholpolitiska området nyligen har överförs till socialstyrelsen. Sälunda ingår den byrå vid riksskatteverket, som där har svarat för denna verksamhet, fr. o. m. den 1 januari 1978 i styrelsens organisation. Enligt regeringens proposition 1976/77:108 ansågs denna åtgärd komma att innebära ”viktiga fördelar genom att samordning, uppföljning och tillsyn på det alkoholpolitiska området handläggs i samma myndighet”. Det finns enligt socialstyrelsens uppfattning lika starka skäl till ett sammanhållet arbete enligt helhetssynen inom läkemedelsområdet som inom det alkoholpolitiska fältet.

Med utgångspunkt från att hälso- och sjukvårdsarbetet liksom arbetet inom tandvården inrymmer en mångfald komponenter – av vilka läkemedel är en – måste stora krav ställas på samordning av verksamheten på myndighetsplanet. En splittring av ansvaret för denna stora och betydelsefulla samhällssektor kan inte befrämja denna samordning. Atminstone kan befaras att besvärliga gränsdragningsproblem uppkommer. Det måste för sjukvårdshuvudmännen, medicinalpersonalen och ytterst allmänheten vara angeläget att bestämt veta, till vilken myndighet man skall vända sig i frågor som rör verksamheten. Samma fråga får inte behandlas av olika myndigheter med olika resultat. För att undvika olägenheter av sådan art, finns det enligt styrelsens mening endast ett alternativ: att det yttersta ansvaret för hälso-, sjuk- och tandvård vilar på en enda myndighet.”

”Med vad styrelsen i det föregående från mer principiella och övergripande utgångspunkter har anfört, har styrelsen velat framhålla, att styrelsens verksamhetsområde visserligen kan indelas i ett antal till synes självständiga och från varandra skilda områden – av vilka läkemedelsområdet är ett, socialvårdsområdet ett annat, tandvårdsområdet ett tredje, hälsovårdsområdet ett fjärde osv. – men att dessa områden i realiteten är så nära förbundna med varandra, att inget av dem kan brytas loss utan allvarliga risker för effektförluster i det totala perspektivet. Styrelsen vill bestämt varna för den hämmande inverkan på det samordnade arbetet för hela vårdsektorn, som ett genomförande av utredningens förslag kan befaras medföra i form av ökad byråkrati, tidsförluster, dubbelarbete och resursslöseri. Det framstår därför som betydelsefullt att organisationen av den övergripande verksamheten avseende samtliga områden – inklusive läkemedelsområdet – inom socialstyrelsen blir så enhetlig och sammanhållen som möjligt. Det är också väsentligt att styrelsen som högsta tillsynsmyndighet och ytterst ansvarig för hälso-, sjuk- och socialvården har ett omedelbart inflytande på verksamheten inom alla dessa områden.”

Statskontoret finner det förklarligt att utredningen under den tid som har stått till buds inte har hunnit utreda de två organisationsalternativ som angavs i tilläggsdirektiven. Följden är emellertid enligt statskontorets mening, att utredningen därmed inte har kunnat påvisa tillräckliga skäl för en ombildning av socialstyrelsens läkemedelsavdelning till ett fristående verk. På grund av de oklarheter som vidlåter utredningens förslag när det gäller gränsdragningen mellan läkemedelskontrollens framtida uppgifter och socialstyrelsens övriga verksamhet, måste dessutom de inbördes ansvarsförhållandena utredas ytterligare, innan beslut fattas om ett fristående läkemedelsverk. Det finns annars risk för två centrala myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet med delvis konkurrerande uppgifter. Statskontoret finner det mot denna bakgrund inte möjligt att tillstyrka inrättandet av ett fristående läkemedelsverk.

Sammanställning av remissyttranden över decentraliseringsutredningens delbetänkande (Ds Kn 1977:6) Decentralisering av beslut om hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar

Yttranden har avgetts av

socialstyrelsen, nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB), statskontoret, riksrevisionsverket, arbetsmarknadsstyrelsen, omsorgskommittén, landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, samtliga sjukvårdshuvudmän utom Kristianstads läns landsting och Gotlands kommun, sjukvårdens- och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), I.O, TCO och SACO/SR genom Sveriges läkarförbund.

I det följande sammanfattas remissynpunkterna endast i de delar som rör utredningens förslag om prioriteringsförfarandet för byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvården.

En majoritet av remissinstanserna ansluter sig till utredningens förslag och anser att dessa ligger i linje med de senaste årens utveckling mot minskad statlig kontroll av landstingens och kommunernas verksamhet. De som tillstyrker förslaget från denna utgångspunkt är *statskontoret, riksrevisionsverket, omsorgskommittén, landstingsförbundet, kommunförbundet, Malmö kommun, Göteborgs kommun, TCO, SACO/SR, landstingen i Stockholms, Malmöhus, Östergötlands, Värmlands, Örebro, Kopparbergs, Göteborgs och Bohus, Uppsala, Södermanlands, Kalmar, Blekinge, Hallands, Gävleborgs, Älvsborgs och Jämtlands län.*

Landstingen i Gävleborgs och Jämtlands län anser att utredningens förslag är så angelägna att de bör behandlas med förtur och således genomföras snarast möjligt. *Landstingsförbundet* anför att de förslag som decentraliseringsutredningen nu framlägger överensstämmer med de synpunkter som anförts av sjukvårdshuvudmännen.

Kommunförbundet anser att utredningens förslag i princip överensstämmer med vad 1976 års kommunalekonomiska utredning anfört i fråga om samverkan mellan stat och kommun för styrning och dimensionering av den kommunala verksamheten utifrån samhälls-ekonomiska förhållanden.

SACO/SR understryker vikten av att det föreslagna systemet redan från början och fortlöpande följs upp och utvärderas. Liknande synpunkter framförs av *TCO*, som anser det viktigt att avskaffandet av den tvångsvisa regleringen kombineras med att riktlinjer utarbetas som gör att hälso- och sjukvården inte kommer att uppvisa stora regionala skillnader i kvalitetsavseende. *TCO* anser att landstingens ökade kompetens vad gäller hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar kräver att landstingen tar ökade sysselsättningspolitiska hänsyn i sin planering.

Vidare anser *TCO* liksom även *landstinget i Västerbottens län* det viktigt att länsarbetsnämndernas centrala roll i byggplaneringen bibehålls.

Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) anför liknande synpunkter, då man finner det angeläget att sysselsättningsaspekterna med större konsekvens

än hittills förs in i den offentliga sektorns verksamhetsplanering. Styrelsen anser vidare det synnerligen viktigt att kunna påverka utförandetiderna för olika projekt med hänsyn till utvecklingen på byggarbetsmarknaden.

Landstinget i Kronobergs län redogör för i länet förekommande överläggningar mellan länsarbetsnämnd (LAN), landstinget och kommunerna om önskade byggnadsprojekt. Enligt landstingets uppfattning torde detta förfarande ge ett gott underlag för bedömning av byggnadsprojekten liksom för LAN:s precisering av lämplig tidpunkt för igångsättning. Landstinget anser mot denna bakgrund det ej vara rationellt att landstingens byggnadsverksamhet skall vara beroende av tillståndsgivning från både socialstyrelsen och LAN.

Omsorgskommittén anser att de nya formerna för turordningen och utformningen av byggnadsobjekt inom hälso- och sjukvården även skall omfatta byggnader för omsorgerna om de psykiskt utvecklingsstörda. Liknande synpunkter framförs bl. a. av *landstingsförbundet* och *landstingen i Göteborgs och Bohus, Kalmar, Örebro, Västmanlands och Kopparbergs län*.

Landstinget i Kopparbergs län anser att det bör prövas om inte regionsjukvårdsnämnderna skulle kunna fungera som det forum i vilket sjukvårdshuvudmännen skulle kunna diskutera fördelningen av investeringsramarna på både kortare och längre sikt.

Hallands läns landsting framhåller att landstingskommunerna kan ha olika förutsättningar att göra sig gällande vid överenskommelser mellan sjukvårdshuvudmännen inbördes och tillstyrker därför förslaget att regeringen eller av denna utsett organ skall besluta om investeringsvolymen och fördelningen därav, när enighet därom ej kunnat nås.

Malmö kommun uppmärksammar beträffande gällande mentalsjukvårdsavtal att anläggnings-, upprustnings- och utrustningsbidrag utgår under förutsättning att projektet prioriterats av socialstyrelsen för igångsättning. Om nuvarande regler om prioritering slopas anser Malmö kommun att konsekvenserna härav för mentalsjukvårdsavtalet bör uppmärksammas och förhandlingar tas upp rörande justering av avtalstexten.

Landstinget i Värmlands län anser att för att LKELP skall bli ett meningsfullt instrument för dialog mellan landstingen och staten bör en översyn av detaljeringsgraden i LKELP göras.

Flera remissinstanser kritiserar eller efterlyser en förenklad handläggningsgång för det föreslagna samrådet avseende investeringsverksamheten mellan socialdepartementets sjukvårdsdelegation, socialstyrelsen, landstingsförbundet, sjukvårdshuvudmännen och länsarbetsnämnderna.

Landstinget i Norrbottens län anser att det tilltänkta samrådsförfarandet är hållet i så allmänna ordalag att förslagets praktiska konsekvenser inte kan bedömas på ett meningsfullt sätt. *Landstingen i Västmanlands, Värmlands och Västernorrlands län* framför liknande synpunkter och finner den föreslagna handläggningsgången omständig och innefattande risker för en ökad arbetsbelastning, administrativa problem och tidsförseningar. *Landstingen i Jönköpings, Västmanlands*

och i viss mån *Östergötlands län* uttrycker önskemål om en mer konkret utformning av utredningens förslag över huvud taget och förordar att många frågor ytterligare bör klarläggas och preciseras innan ett genomförande äger rum.

Statskontoret anser att utredningen ytterligare borde ha diskuterat, preciserat och klargjort formerna för socialstyrelsens myndighetsroll beträffande hyggnadsverksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet vid ett införande av ett rådgivningsförfarande som föreslås ersätta nuvarande handläggning av prioriteringsfrågorna. Statskontoret utgår vidare ifrån att socialstyrelsens tillsynsansvar inom hälso- och sjukvården kommer att återfinnas i den kommande ramlagen på hälso- och sjukvårdsområdet. Statskontoret betonar att det är viktigt att man i det nya systemet bygger in reella möjligheter för socialstyrelsen att utöva den för tillsynen nödvändiga centrala uppföljningen.

Riksrevisionsverket framhåller att om det skulle uppstå en betydande diskrepans mellan huvudmännens byggande och de rikspolitiska intentionerna, bör socialstyrelsen hos regeringen aktualisera en återgång till ett system med tvingande styrning även i de fall detta inte är motiverat av samhällsekonomiska skäl.

Socialstyrelsen betonar att oberoende av om investeringsbegränsning skall finnas kvar eller ej föreligger ett statligt ansvar för riksplanering m. m. av hälso- och sjukvården som måste tillgodoses genom socialstyrelsen som högsta ansvariga myndighet. Vidare anser styrelsen det av utredningen framlagda förslaget medföra en omständlig handläggningsordning, som kan komma att kräva förstärkta resurser hos de handläggande centrala organen. I detta sammanhang betonar styrelsen vikten av att klarhet skapas om rollfördelningen mellan olika centrala organ. Socialstyrelsen diskuterar också kritiskt utredningens förslag om att ett centralt organ vid begränsad investeringsvolym skall besluta om den totala investeringsvolymen samt även inbördes mellan huvudmännen om olika hyggnadsobjekt. Styrelsen anför:

”Något tillspetsat uttryckt skulle det kunna sägas att utredningens ”normalfall” (turordningssystem baserat på samrådsförfarande) kan bli mindre aktuellt i nuvarande ekonomiska läge än utredningens ”undantagsfall” (fördelning av ramar genom centralt organ) som reellt kan komma att bli ett normalfall. Om man utgår från en sådan förutsättning – att en central fördelning sålunda kan visa sig ofrånkomlig – måste det enligt socialstyrelsens uppfattning kunna ifrågasättas om det icke – mot bakgrund bl. a. av erforderliga resursinsatser – är alltför ambitiöst att parallellt med ett prioriteringssystem av hittillsvarande modell bygga upp ett samrådsförfarande enligt utredningens förslag.”

Landstinget i Norrbottens län bedömer liksom socialstyrelsen att situationen för överskådlig tid kommer att vara det av utredningen skisserade ”undantagsfallet” och kan därför inte se att förslaget innebär någon förändring i förhållande till det system som nu gäller. Liknande synpunkter framförs av *landstingen i Västerbottens, Västernorrlands, Västmanlands* samt *Skaraborgs län*. *Landstinget i Jönköpings län* anknyter till dessa synpunkter men anser att landstinget bör, även i lägen då

statsmakterna bedömer det nödvändigt att starkt begränsa ramarna för byggande, vara suveränt att självt bestämma om fördelningen av tilldelat investeringsutrymme på olika objekt inom länet. Liknande synpunkter framförs av *landstinget i Skaraborgs län*.

Landstinget i Gävleborgs län anser att frivilliga förhandlingsöverenskommelser mellan staten och huvudmännen bör gälla även vid en diskussion när den samhällsekonomiska situationen kräver investeringsbegränsningar. I denna del anser landstinget att förslaget bör utformas på sätt som kommunalekonomiska utredningen föreslagit, när det gäller samarbetet mellan stat och kommun inom det ekonomiska området. Liknande synpunkter anförs av *landstingen i Örebro och Malmöhus län*.

LO ifrågasätter om tiden är inne att avskaffa den nuvarande statliga prioriteringen av byggnadsobjekt. *LO* anser att de styrmedel som hittills stått till statsmakternas förfogande inte har varit tillräckliga och anser därför att frågan om en avveckling av den statliga byggnadsprioriteringen bör avvakta till dess hälso- och sjukvårdsutredningen avslutat sitt arbete.

Innehåll

Propositionen	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde	3
1. Inledning	3
2. Den nuvarande socialstyrelsen	6
3. Socialstyrelsens tillkomst	7
4. Socialvården samt hälso- och sjukvården efter år 1968	9
5. Socialstyrelsen efter år 1968	11
6. Socialtjänsten samt hälso- och sjukvården i framtiden	15
7. Socialstyrelsens roll och uppgifter i framtiden	17
7.1 Socialstyrelsens roll	17
7.2 Socialstyrelsens tillsyn	21
7.3 Socialstyrelsens planeringsuppgifter	30
7.4 Socialstyrelsens uppgifter inom forskning och utveckling	46
7.4.1 Social forskning	46
7.4.2 Forskning inom hälso- och sjukvården	54
7.4.3 Forsknings- och försöksverksamheten i Dalby	59
7.5 Socialstyrelsens övriga uppgifter	61
7.5.1 Huvudmannaskap för olika institutioner m. m.	61
7.5.2 Beredskapsfrågor	64
7.5.3 Extern kursverksamhet	65
7.5.4 Extern information	66
7.5.5 Statistik	67
7.5.6 Socialstyrelsen och hälsoupplysningen	73
7.5.7 Socialstyrelsens verksamhet för flyktingar och andra invandrare	79
7.5.8 Glesbygdsfrågor	83
7.5.9 Socialarbetarverksamheten i Köpenhamn	84
7.5.10 Vissa statsbidragsfrågor	84
7.5.11 Vissa ärenden rörande hälso- och sjukvårdsperso- nalen	85
8. Socialstyrelsens organisation, arbetsformer och resurser	87
8.1 ÖSoS förslag	87
8.2 Socialstyrelsens ledningsfunktioner	88
8.3 Den nya organisationen	92
8.4 Socialstyrelsens nämnder m. m.	99
8.5 Resurser	111
9. Den regionala organisationen	118
9.1 Socialkonsulentorganisationen	118
9.2 Länsläkarorganisationen	127
10. Vissa särskilda frågor	137
10.1 Miljömedicinska inkl. psykosociala frågor	137
10.2 Avvecklingen av nämnden för sjukvårds- och socialvårds- byggnader (NSB)	140

10.3 Prioriteringen av byggnadsinvesteringar inom hälso- och sjukvården	141
10.4 Central samordning av smittskyddsfrågor	149
11. Genomförande	153
Hemställan	155
Beslut	155

Bilagor

1. Sammanfattning av rapport avgiven av beredningsgruppen för socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation	156
2. Sammanfattning av ÖSoS slutrapport Socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer	161
3. Sammanställning av remissyttranden över ÖSoS slutrapport	177
4. Sammanställning av remissyttranden över läkemedelskontrollutredningens förslag om inrättande av ett läkemedelsverk	208
5. Sammanställning av remissyttranden över decentraliseringsutredningens delbetänkande angående decentralisering av beslut om hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar	214

