

Regeringens proposition

1980/81:9

om regionsjukvården

beslutad den 28 augusti 1980.

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

På regeringens vägnar

THORBJÖRN FÄLLDIN

ELISABET HOLM

Propositionens huvudsakliga innehåll

Propositionen redovisar riktlinjer för regionsjukvårdens innehåll, omfattning och organisation. En ändrad indelning i sjukvårdsregioner föreslås.

I propositionen läggs fram förslag till ändring av sjukvårdslagen (1962:242). Innebörden av detta är att regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. Vidare föreslås att landstingskommuner skall samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård.

**Förslag till
Lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242).**

Härigenom föreskrivs att i sjukvårdslagen (1962:242) skall införas en ny paragraf, 37 §, av nedan angiven lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

37 §

Regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. Landstingskommunerna skall samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1981.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1980-08-28

Närvarande: statsminister Fälldin, statsråden Bohman, Wikström, Dahlgren, Åsling, Söder, Krönmark, Burenstam Linder, Johansson, Wirtén, Holm, Andersson, Boo, Adelsohn, Danell, Petri, Eliasson

Föredragande: statsrådet Holm

Proposition om regionsjukvården

1. Inledning

Regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07)¹, som har haft i uppdrag att utreda regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan sjukvårdsregionerna m.m. har i november 1978 avlämnat sitt betänkande (SOU 1978:70) Regionsjukvården. Till betänkandet hör två huvudbilagor som redovisar ett särskilt delprojekt angående regionsjukvårdens innehåll och avgränsning gentemot länssjukvården m.m. (RIA). De är (SOU 1978:71) Regionsjukvården Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi och (SOU 1978:72) Regionsjukvården Huvudbilaga 2 – Kirurgi.

Till protokollet i detta ärende hör fogas en sammanfattning av betänkandet som *bilaga 1*. För ytterligare information hänvisas till betänkandet med huvudbilagor.

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgetts av:

försvarets sjukvårdsstyrelse, socialstyrelsen, nämnden för läkares vidareutbildning, riksförsäkringsverket, statens handikappråd, statskontoret, riksrevisionsverket, universitets- och högskoleämbetet, skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, direktionen för karolinska sjukhuset, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, medicinska forskningsrådet, länsstyrelserna i Södermanlands län, Hallands län, Värmlands län, Örebro län, Västernorrlands län och Jämtlands län, civilbefälvärnarna i södra, västra och östra civilområdet, Bergslagens civilområde, nedre Norrlands civilområde och övre Norrlands civilområde, företagshälsovårdsutredningen, nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande, sjukvårdens och socialvårdens

¹ Sakkunniga expeditionschefen Bengt Söderqvist, ordförande, avdelningschefen Sven Alsén, samt landstingsråden Arvid Eskel, Bertil Göransson, Nils J. Wedin (avliden 1976-07-31) och Harald Olsson (fr.o.m. 1976-10-01).

planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landstingsförbundet, Stockholm, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landstingskommuner, Malmö, Göteborgs och Gotlands kommuner, Tjänstemännens centralorganisation, Landsorganisationen i Sverige, Centralorganisationen SACO/SR, Svenska kommunalarbetsareförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, De handikappades riksförbund samt Handikappförbundens centralkommitté.

En sammanställning av remissyttrandena bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 2*.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) har efter samråd med regionsjukvårdsutredningen behandlat vissa frågor, som berör regionssjukvården, i sitt betänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården.

2. Föredragandens överväganden

2.1 Bakgrund

Enligt beslut av 1960 års riksdag i anledning av prop. 1960:159 med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m. är riket indelat i sju regioner för den högspecialiserade kroppssjukvården med undervisnings-sjukhusen i Stockholm, Linköping, Lund/Malmö, Göteborg, Uppsala och Umeå samt samt lasarettet i Örebro som regionsjukhus. Till grund för propositionen låg förslag från den s. k. regionvårdsutredningen (SOU 1958:26).

I riksdagsbeslutet angavs vilka specialiteter som skulle utvecklas på länsplanet och vilka som borde finnas endast vid regionsjukhusen. De s. k. regionspecialiteterna skulle vara: hudsjukdomar, kardiologi, reumatologi, barnkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, urologisk kirurgi, neurologi, radioterapi/onkologi samt fysiologiskt laboratorium och käkcentral. Enheter för hudsjukdomar, urologisk kirurgi och neurologi skulle dock kunna utvecklas även på länsplanet.

Samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen i fråga om regionsjukvården borde enligt riksdagsbeslutet vila på frivillig grund. Det skulle alltså ankomma på huvudmännen att själva besluta i fråga om planeringen och utbyggnaden av regionsjukvården.

Intentionerna i 1958 års regionvårdsutredning genomfördes under en period då nya medicinska specialiteter utvecklades snabbt. Lasarettsvården var landstingens dominerande uppgift och expanderade också kraftigt. Utvecklingen av denna skedde mot bakgrund av tätorternas expansion och en snabb ökning av landstingens intäkter.

Den utbyggnad av vårdplatser inom de s. k. regionspecialiteterna, som

skett efter riksdagens beslut år 1960, har emellertid begränsats i förhållande till vad som förutsattes i detta beslut. Detta gäller särskilt barnkirurgi men i viss mån också thoraxkirurgi. En av orsakerna till detta är att medelvårdtiderna har kunnat reduceras i större utsträckning än vad som då förutsågs. I de avtal som upprättats mellan huvudmännen för vård av patienter utanför det egna sjukvårdsområdet skiljer man mellan vård av patienter från regionen vid de s.k. regionklinikerna, vilken regleras i särskilda regionsjukvårdsavtal, och utomlänssremissvård vid övriga kliniker, som regleras genom ett för hela landet gemensamt utomlänssavtal. Sistnämnda avtal reglerar även vården av patienter från andra regioner.

Den vård som meddelats enligt regionsjukvårdsavtalen uppgick till ca. 307 500 vårddagar år 1975 resp. ca. 279 600 år 1977. Övrig vård av utomlänspatienter med specialistremiss uppgick under samma år till ca. 250 200 resp. 237 500 vårddagar. Även den sistnämnda vården är så gott som uteslutande förlagd till regionsjukhusen.

Den sjukvård, som motsvarar regionsjukvård och utomlänsvård med specialistremiss och som ges till patienter bosatta inom sjukvårdsområden med regionsjukhus, ingår inte i statistiken för nämnda avtal. Med tillägg för dessa patienter kan antalet vårddagar för region- och utomlänssjukvård uppskattas till sammanlagt ca. 900 000 vårddagar årligen eller 2,5 % av all sluten sjukvård. Utnyttjandet av sådan högt kvalificerad sjukvård varierar avsevärt sjukvårdsområden emellan.

Kostnaderna för regionsjukvård och utomlänsvård med specialistremiss - uppräknade till att omfatta hela landet - har beräknats till 680 milj. kr. år 1975. Detta utgör 3,5 % av hälso- och sjukvårdens totala kostnader.

För utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete finns sex högskole-regioner, som till stora delar stämmer överens med sjukvårdsregionerna. Ett ömsesidigt beroendeförhållande råder mellan sjukvård å ena sidan samt utbildning jämte forskning och utvecklingsarbete å andra sidan. Genom 1960 års riksdagsbeslut inrättades ett särskilt samordningsorgan, centrala region-sjukvårdsnämnden, där representanter för staten och övriga regionsjukvårdshuvudmän skulle överlägga om gemensamma regionvårdsproblem. Framför allt avsågs takten för utbyggnaden av regionspecialiteterna vid vilken sjukvårdens och utbildningens behov skulle vägas samman med tillgången på ekonomiska och personella resurser. Nämnden kom emellertid inte att spela den roll man hade väntat sig. Dess uppgifter övertogs år 1965 av den då inrättade socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Andra centrala organ som handhar frågor rörande samråd och samplanering är socialstyrelsen, nämnden för läkares vidareutbildning (NLV), nämnden för undervisningssjukhusens utbyggnad (NUU). Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB)¹. Landstingsförbundet samt

¹ Upphörd 1979-07-01

sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri);

Regionala organ, regionsjukvårdsnämnder, har inrättats i samtliga regioner. I Göteborgsregionen har numera uppdragits åt en för allmänna landstingskommunala samordningsfrågor tillskapad planeringsnämnd att även vara regionsjukvårdsnämnd.

Vidare finns numera inom alla sjukvårdsregioner regionnämnder för läkares vidareutbildning (RLV), som inrättades på rekommendation av N.L.V.

Inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation genomfördes våren 1974 en förberedande utredning om regionsjukvården (stencil 1974-02-06). Anledningen härtill var bl.a. skrivelser till socialdepartementet från regionsjukvårdsnämnden i Umeåregionen som önskade att landskapet Medelpad skulle tillföras regionen för att öka dess befolkningsunderlag. Delegationen förordade en översyn av regionindelningen och vissa andra frågor rörande regionsjukvården. Regeringen tillsatte regionsjukvårdsutredningen den 28 juni 1974.

Regionsjukvårdsutredningen har haft i uppdrag att utreda regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelning samt frågan om samverkan inom och mellan sjukvårdsregionerna m.m. I sitt betänkande (SOU 1978:70) Regionsjukvården, behandlar kommittén frågor som rör definition av begreppet regionsjukvård, regionsjukvårdens innehåll, omfattning och avgränsning gentemot länssjukvården, former för planeringssamverkan, regionindelning, avtal och kostnader samt forsknings- och utvecklingsarbete. Utredningens bedömningar i fråga om dimensioneringen av den framtida regionsjukvården avser år 1985.

2.2 Definition av begreppet regionsjukvård

Hittills har begreppet regionsjukvård avsett den vård på de s.k. regionklinikerna som regleras i särskilda regionsjukvårdsavtal.

Regionsjukvårdsutredningen har anslutit sig till den definition av begreppet regionsjukvård som redovisas i socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS-80). Regionsjukvården skall sålunda omfatta "det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas".

Såsom utredningen framhåller finns regionsjukvård i princip inom alla medicinska verksamhetsområden. Kliniker för långvårdsmedicin samt barn- och ungdomspsykiatri på regionsjukhusen har i regel inte regionpatienter men bör ha likartade uppgifter som övriga kliniker på regionsjukhuset vad avser utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete. Allmänläkarvården

tillhör helt primärvården. Viss medverkan i regionalt samarbete är dock nödvändig även för allmänläkarvården. Exempel härpå är enligt utredningen *utveckling av vårdprogram, information och fortbildning*. Här kan också erinras om att krav på utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete inom allmänläkarvård har framförts från olika håll.

Samtliga remissinstanser har godtagit eller lämnat denna uppfattning utan erinran. Som landstingsförbundet har påpekat i sitt remissyttrande läggs med detta vidgade begrepp en ökad vikt vid ett sammanhållet ansvar för den högspecialiserade vården. Samtidigt tillförs utrymme för flexibla lösningar, anpassade efter varje regions specifika förhållanden. Ett genomförande av förslaget bör kunna bidra till en väl avvägd dimensionering av den högspecialiserade vården och ett bättre utnyttjande av de totala resurserna. Förslaget ställer dock stora krav på sjukvårdshuvudmännen. Det förutsätter en noggrann planering, en väl avvägd arbetsfördelning mellan läns- och regionsjukvård samt en vilja till samarbete över ansvarsgränserna.

2.3 Regionsjukvårdens omfattning och avgränsning gentemot länssjukvården

Enligt utredningens uppfattning ankommer det på sjukvårdshuvudmännen att planera och besluta om dimensionering och lokalisering av regionsjukvården. Som ett underlag för utredningens överväganden och sjukvårdshuvudmännens planering har utredningen tagit fram ett omfattande material genom ett särskilt projekt, RIA (Regionsjukvårdens innehåll och avgränsning).

Vissa medicinska verksamhetsområden, bl.a. medicinsk rehabilitering, psykiatri och medicinsk service har inte ingått i RIA. För dessa områden har emellertid socialstyrelsen under senare år redovisat särskilda strukturutredningar.

Tabell 1 redovisar utredningens bedömning av regionsjukvårdens omfattning uttryckt i vårdplatser. Volymen regionsjukvård anges i avrundade tal eller som intervaller. Utredningen har avstått från att redovisa fördelningen per region. Den närmare beräkningen av erforderliga resurser inom regionerna vid skilda tidpunkter och en samtidig avvägning mot länssjukvården måste framkomma som resultat av huvudmännens gemensamma planering samt ge uttryck för de ändringar i förutsättningarna som ständigt sker inom hälso- och sjukvården.

Den slutna regionsjukvården beräknas såsom utredningen framhåller komma att totalt sett minska i omfattning. Den öppna regionsjukvården beräknas däremot öka i omfattning liksom konsultationerna. Dessa arbetsuppgifter kommer att variera dels mellan olika medicinska verksamhetsområden och dels mellan skilda sjukvårdshuvudmän.

Utredningen påpekar att omfattningen av regionsjukvården är så liten

inom vissa medicinska verksamhetsområden att resurserna inte bör fördelas på mer än ett fåtal platser i landet. I dessa fall är det angeläget inte bara av ekonomiska skäl utan även med hänsyn till kvaliteten på vården att en överetablering inte sker eller - om en sådan redan har skett - att vissa enheters verksamhet förändras eller avvecklas. Främst gäller detta den högspecialiserade brännskadevården, som bör koncentreras till två platser, samt barnkirurgi, thoraxkirurgi och transplantationskirurgi som bör koncentreras till vardera fyra platser. Resurser för vård av vissa infektionssjukdomar samt specialkoagulationslaboratorier bör finnas på högst tre platser.

Den använda måttenheten vårddagar (vårdplatser) ger enligt utredningen en för snäv bild av regionsjukvårdens omfattning och resursbehov. Det är angeläget att resurserna vid regionsjukhusen - utöver dem som erfordras för länssjukvård, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete dimensioneras och disponeras så att såväl öppen som sluten regionsjukvård kan bedrivas samt stöd till länssjukvården kan lämnas. Detta gäller inte minst dimensionering av medicinska serviceenheter.

Tabell 1. Regionsjukvårdens omfattning i vårdplatser 1985

Medicinskt verksamhetsområde	Behov av vårdplatser för region-sjukvård år 1985	
<i>Somatisk korttidsvård utom onkologi</i>		
Barnmedicin	100-150	
Barnkirurgi	100	
Hudsjukdomar	30	
Allmän internmedicin	}	300-400
Kardiologi		
Endokrinologi		
Medicinsk gastroenterologi		
Medicinska njursjukdomar		
Akuta infektionssjukdomar	30	
Reumatologi	65-75	
Yrkesmedicin	"	
Lungsjukdomar	}	330-345
Thoraxkirurgi		
Neurologi	}	280-300
Neurokirurgi		
Allmän kirurgi	}	300-360
Ortopedisk kirurgi		
Urologisk kirurgi		
Handkirurgi	75-80	
Plastikkirurgi	200	
Brännskadevård	20	
Gynekologi och obstetrik	30	
Ögonsjukdomar	40-45	
Öron-, näs- och halssjukdomar	}	160-180
Audiologi		
Foniatri		
Delsumma	2 060-2 345	

Medicinskt verksamhetsområde	Behov av vårdplatser för regionsjukvård år 1985
<i>Onkologi^b</i>	630-710
<i>Medicinsk rehabilitering^c</i>	
<i>Psykatrii^d</i>	50-100
Summa	2 740-3 155 ^e

^a Enbart öppen vård.

^b Samtliga vårdplatser vid regionsjukhus inkl. länssjukvård för det egna områdets invånare.

^c Utredningen anger inte något vårdplatsantal.

^d Här till kommer regionalt anordnad vård för särskilt vårdkrävande (475-525 platser) samt rättspsykiatriska undersökningar (50-75 vårdplatser).

^e Exkl. medicinsk rehabilitering.

Liksom flertalet remissinstanser delar jag utredningens bedömning av den framtida regionsjukvårdens dimensionering. Under det senaste decenniet har länssjukvården givits ökade resurser. Härigenom har det blivit möjligt att på denna nivå i större utsträckning utreda och behandla patienter som tidigare remitterats till regionsjukhusen. Å andra sidan utvecklas hela tiden nya behandlingsmöjligheter vid regionsjukhusen. Detta leder till remiss av nya patientkategorier. Enligt min mening är det viktigt att sjukvårdshuvudmännen vid sin planering av regionsjukvården utgår från en helhetsbedömning av behovet av hälso- och sjukvård inom regionen, innefattande såväl regionsjukvård, länssjukvård som primärvård.

Beräkningar av lämplig dimensionering av regionsjukvården inom respektive region måste därför utgå från de lokala förutsättningar som gäller för varje region. Skillnader i sjukvårdshuvudmännens sjukvårdsorganisation medför att efterfrågan på regionsjukvård alltid kommer att variera dem emellan. Jag vill därför understryka att de av utredningen angivna rikssiffrorna inte direkt kan läggas till grund för bestämning av varje regions behov av regionsjukvård. Jag delar utredningens uppfattning att den framtida planeringen av regionsjukvårdens omfattning och inriktning inom regionerna inte bör begränsas till en ensidig beräkning av vårdplatsantal. Jag vill också framhålla att resurserna vid regionsjukhusen även bör utnyttjas för öppen vård och olika former av konsultationer m.m.

Några remissinstanser har pekat på att utredningen inte har angett någon dimensionering av länssjukvården. De anser detta vara en svaghet, då behov av regionsjukvårdsplatser i hög grad är beroende av länssjukvårdens utbyggnad. Inom socialstyrelsen har nu startats ett arbete med att ta fram ett sådant underlag. Även om resultatet av detta arbete ännu inte redovisats, anser jag att det material som utredningen har presenterat kan ligga till grund för planering av den framtida regionsjukvården.

Den i regionsjukvårdsutredningen skisserade utvecklingen innebär en allt längre driven specialisering och en ökande kompetens inom länssjukvården. Detta ligger i linje med de mål för sjukvårdens inriktning som bl.a. beskrivits i socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet. Allt fler kontakter mellan den enskilde och sjukvården kan numera ske inom det egna sjukvårdsområdet.

Jag vill i detta sammanhang peka på att den allt bättre tillgången på läkare och den pågående förkortningen av läkarnas arbetstid medför att läkarnantalet kommer att öka vid sjukhusen, även om den öppna vården utanför sjukhus byggs ut. Detta förhållande bör utnyttjas för att tillföra länssjukvården fler läkare med differentierade kunskaper än som hittills varit möjligt. Införande av ny kunskap i länssjukvården syftar inte enbart till att höja kvaliteten utan också till att utvidga verksamheten och därigenom ta hand om fler patienter närmare hemorten.

Om man på ett sjukhus för in en för sjukhuset ny specialitet, medför detta erfarenhetsmässigt krav på ökade eller nya resurser (personal, apparatur) bl.a. inom sjukhusets enheter för medicinsk service.

Låg frekvens av diagnostiska och terapeutiska åtgärder kan medföra otillräcklig träning och avtagande eller bristande skicklighet hos medverkande personal och därigenom ökad risk för patienterna. Det är därför lämpligt att förlägga behandlingen av lågfrekventa sjukdomar, som kräver särskilda resurser, till regionsjukhusen.

När en läkare anställs inom länssjukvården med en för sjukhuset ny specialistkompetens, måste inriktningen och avgränsningen av dennes verksamhet noga planeras i samråd med företrädare för berörda verksamhetsområden såväl inom det egna sjukhuset som vid regionsjukhuset.

Enligt min mening bör dock specialiseringen inom länssjukvården inte drivas alltför långt. Det är viktigt att en noggrann avvägning sker mellan regionsjukvårdens och länssjukvårdens resurser. I vissa fall är det nödvändigt med ett relativt stort patientunderlag för att vidmakthålla och utveckla kunnandet inom den högspecialiserade vården. En samverkan mellan flera landsting kan då vara nödvändig för att inte splittra resurserna. Införande av nya specialiteter får inte heller leda till splittring på allt för många kliniker. Jag delar utredningens uppfattning att så långt möjligt eftersträva sammanhållna kliniker (storkliniker).

Liksom utredningen och flertalet remissinstanser anser jag det nödvändigt att koncentrera antalet enheter för barnkirurgi och transplantationskirurgi till fyra platser i landet. Samma gäller för thoraxkirurgi. Operativ behandling av vissa medfödda och komplicerade hjärt- och kärlsjukdomar hos barn bör kunna koncentreras till en eller två platser. Den sistnämnda frågan kräver ytterligare utredning.

Jag anser vidare i enlighet med regionsjukvårdsutredningen att den högspecialiserade brännskadevården bör koncentreras till två platser och i första hand organiseras inom ramen för plastikkirurgi.

Resurser för vård av vissa infektionssjukdomar, särskilt tropiska infektionssjukdomar, samt specialkoagulationslaboratorier bör finnas på högst tre platser. Andra typer av högspecialiserad sjukvård t.ex. dövpsykiatri bör kunna ha hela landet som upptagningsområde.

2.4 Former för regionsjukvårdsplanering

Utredningen har utgått från att alla sjukvårdshuvudmän i fortsättningen kommer att ha en väl utvecklad planering av sin verksamhet i huvudsaklig överensstämmelse med det planeringssystem som utvecklats i samarbete mellan centrala organ.

En förutsättning för att resurserna inom en sjukvårdsregion skall kunna utnyttjas effektivt är planeringssamverkan avseende innehållet i och omfattningen av den regionsjukvård som regionsjukvårdshuvudmannen skall tillhandahålla och den vård övriga huvudmän inom regionen skall svara för. En sådan planeringssamverkan måste avse såväl längre som kortare tidsperspektiv. Resultatet av den gemensamma planeringen i dessa avseenden måste sedan ingå i resp. sjukvårdshuvudmans egna planer och fastställas av denne.

Erfarenheten har visat att det med nuvarande samarbetsformer mellan sjukvårdshuvudmännen finns betydande risker för bristande samordning mellan läns- och regionsjukvården, vilket kan ge upphov till överetablering inom antingen regionsjukvården eller länssjukvården eller inom båda. Utbyggnaden av resurserna bör därför ske enligt överenskommelse mellan sjukvårdshuvudmännen själva inom i första hand varje region men även mellan regionerna. En gemensam planering inom och mellan regionerna måste därför enligt utredningen vara obligatorisk.

Utredningen anser att skyldighet att medverka i en samordnad planering av sjukvården måste vara knuten till viss region. Regiontillhörigheten måste därför vara obligatorisk. I övrigt bör sjukvårdshuvudmännen själva bestämma sina inbördes *samarbetsformer*. Likaså bör sjukvårdshuvudmännen bestämma omfattning och lokalisering av resurserna för regionsjukvården inom ramen för den gemensamma planeringen.

Flertalet remissinstanser delar utredningens mening om vikten av en regional planeringssamverkan. De flesta remissinstanserna anser också liksom utredningen, att en gemensam planering inom och mellan regionerna måste vara obligatorisk. Mot denna bakgrund instämmer flertalet remissinstanser i att tillhörigheten till en bestämd region måste vara obligatorisk för landstingen.

För egen del ansluter jag mig till utredningens förslag om en lagfäst planeringsskyldighet när det gäller regionsjukvårdens innehåll och omfattning samt en obligatorisk tillhörighet till en bestämd region. Jag återkommer längre fram till de fall då ett landsting kan tillhöra även en annan region.

Enligt nuvarande sjukvårdsförfattningar finns ingen skyldighet för lands-

tingen att planera hälso- och sjukvården. Det anges dock i sjukvårdslagen, § 10, att "styrelsen skall verka för främjandet av största möjliga planmässighet i sjukvården" samt i sjukvårdskungörelsen, § 4, att "sjukvårdsstyrelse bör efter samråd med berörda myndigheter göra upp översiktsplaner för sjukvården och olika grenar av denna."

I Hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården som är under remissbehandling tas denna fråga upp. I betänkandet föreslås en lagfäst skyldighet för landstingskommunerna att "planera hälso- och sjukvårdens utveckling och organisation med utgångspunkt i människornas samlade behov." Hälso- och sjukvårdsutredningen föreslår en skyldighet för landstingen att samverka med andra landsting beträffande planeringen av regionsjukvården samt att tillhöra en bestämd region. Hälso- och sjukvårdsutredningens lagförslag härom har utformats sålunda (6 §): "Landstingskommunen skall samverka med övriga landstingskommuner vid planeringen av den hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. Regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för sådan hälso- och sjukvård." I avvaktan på att hälso- och sjukvårdsutredningens förslag i övrigt har beretts inom regeringskansliet anser jag att den nuvarande lagstiftningen bör kompletteras med en paragraf om samverkan avseende regionsjukvården.

Liksom regionsjukvårdsutredningen vill jag framhålla att regionalt samarbete förutsätter en överenskommelse som grund för uppbyggnaden av resurser vid regionsjukhusen. Överenskommelsen måste i sin tur grundas på planer för sjukvården hos samtliga berörda huvudmän. Planeringssamverkan är då en nödvändig förutsättning för samarbetet.

Den samverkan som jag här diskuterar avser endast avvägningar mellan å ena sidan den vård de enskilda sjukvårdshuvudmännen själva skall tillhandahålla och å andra sidan arten och omfattningen av den regionsjukvård huvudmannen för denna skall tillhandahålla i både ett längre och ett kortare tidsperspektiv.

Jag avser inte att gå närmare in på hur planeringssamverkan mellan sjukvårdshuvudmännen bör läggas upp. Jag vill dock framhålla vikten av att alla i en region ingående sjukvårdshuvudmän deltar i samplaneringen. Sådana överväganden bör ske i former som garanterar ett parlamentariskt inflytande. Denna del av samverkan inom regionen behöver inte läsas i ensartade former för samtliga regioner. Sättet för samplaneringens genomförande samt inriktningen och omfattningen av det regionala samarbetet i övrigt bör regleras i överenskommelser huvudmännen emellan.

2.5 Flerregional planering

Utredningen framhåller att landstings- och primärkommuner måste samverka med staten mer än f.n. om hälso- och sjukvårdens utveckling skall kunna anpassas till samhällsekonominns ramar. Utredningen anser därför att

de regionala planerna bör insändas till socialstyrelsen och Landstingsförbundet i god tid innan de fastställs av berörda sjukvårdshuvudmän.

Utredningen menar att bearbetning och analys av de regionala planerna bör kunna genomföras i samarbete mellan de centrala organen. Överläggningar bör sedan tas upp med berörda regioner beträffande sådana medicinska verksamhetsområden där en samlad bedömning motiverar förändringar i planerna. Sådana överläggningar bör också tas upp under pågående planeringsarbete avseende samverkan mellan regioner, då någon så begär eller då anmälan inkommit om att avvikelse av betydelse för andra regioner kommer att ske från fastställd plan.

Remissopinionen är delad när det gäller samordning på riksplanet av de regionala sjukvårdsplanerna. Flertalet remissinstanser instämmer i, eller lämnar utan erinran, förslaget att det måste förekomma en samordning på riksplanet för att man skall få en anpassning av sjukvårdens utveckling till de samhällsekonomiska ramarna.

Vissa remissinstanser är dock negativa till utredningens förslag att de regionala planerna skall insändas till socialstyrelsen och Landstingsförbundet i så god tid, innan de fastställs av berörda landsting, att de centrala organen har möjlighet att uppta överläggningar med regionens sjukvårdshuvudmän.

Göteborgs kommun menar t.ex. att utredningens förslag leder till en etableringskontroll och central styrning, som riskerar att bli allt för byråkratisk och hämmande. Kommunen menar att den centrala instansen bör komma in i början av planeringsprocessen så att revideringar i efterhand kan undvikas.

Landstingsförbundet anser i likhet med utredningen att det är nödvändigt med ett förstärkt inflytande och ökade styrmöjligheter på central nivå för att få till stånd en rimlig total dimensionering av regionsjukvården. Landstingsförbundet menar att såväl socialstyrelsen som förbundet måste delta i arbetet. Landstingsförbundet har gjort den bedömningen att förbundet i detta sammanhang bör ta på sig en vidgad roll. Det praktiska arbetet, anser förbundet, måste ske i samverkan mellan de centrala organen och kommer att kräva betydande insatser framför allt från socialstyrelsen med dess specifika kompetens när det gäller medicinska frågor. Förbundet bör dock ha det slutliga ansvaret för att nödvändiga centrala avvägningar görs menar förbundet. En sådan lösning skulle enligt förbundet förstärka det politiska ansvaret på central nivå. Förbundet menar att en sådan vidgad roll i första hand innebär en medlande roll. Den kan också få till följd att förbundet i helhetens intresse tvingas ta ställning i kontroversiella frågor och driva en viss linje i förhandlingar med staten, framhåller Landstingsförbundet i sitt yttrande.

För egen del vill jag framföra följande. Liksom flertalet remissinstanser delar jag utredningens ståndpunkt att det måste ske en samordning av de regionala planerna på riks nivå. Enligt min mening är det naturligt att

erforderlig sammanställning, bearbetning och analys görs i samarbete mellan de centrala organen. Jag anser liksom utredningen att regionernas principplaner måste insändas till socialstyrelsen och Landstingsförbundet i så god tid innan de fastställs av berörda landsting, att de centrala organen har möjlighet att uppta överläggningar med regionens sjukvårdshuvudmän. Det är enligt min mening också viktigt att de centrala organen haft möjlighet att följa planeringsarbetet från början. De planeringsdokument som fortlöpande tas fram på central nivå, t.ex. princip- och sektorsprogram för den framtida hälso- och sjukvården, bör bilda underlag för planeringen.

Särskild uppmärksamhet bör på riksplanet ägnas sådan verksamhet som bedrivs i samverkan mellan två eller flera sjukvårdsregioner. Om nyetablering av flerregional sjukvård planeras inom annan region än sådan som redan har den i sin organisation, måste de redan engagerade regionerna på ett tidigt stadium få tillfälle till samråd. Detta bör garanteras genom avtalsbestämelse.

I de fall en patient är beroende av vård inom flera specialiteter bör hänsyn givetvis tas till detta samband så att patienten får behövlig vård på så få sjukhus som möjligt.

I detta sammanhang vill jag peka på vissa specialiteter där det i dag finns en flerregional roll, t.ex. inom yrkesmedicin och neurofysiologiskt utvecklingsarbete i Örebro. I framtiden kan ytterligare verksamhetsområden komma att etableras på riksplanet, t.ex. utvecklingsstörda barns behov av habilitering.

Statens planeringsinsatser inom hälso- och sjukvården innebär bl.a. en avvägning av resurserna såväl mellan hälso- och sjukvården och övriga samhällssektorer samt inom hälso- och sjukvårdssektorn. Underlaget för statliga överväganden bör tas fram i samverkan mellan staten och Landstingsförbundet.

Hälso- och sjukvårdsutredningen har även tagit upp planeringsfrågorna och samspelet mellan staten och landstingen till diskussion. Utredningens betänkande remissbehandlas f.n. Jag kommer därför att när hälso- och sjukvårdsutredningens förslag behandlas inom regeringskansliet ha anledning att återkomma till denna fråga.

I avvaktan härpå bör frågor som kräver överväganden av mer övergripande art kunna tas upp till behandling i socialdepartementets sjukvårdsdelegation. I samband med avgöranden som aktualiseras på grundval av hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande bör även frågor prövas som sammanhänger med arbetsfördelningen vad gäller bl.a. sjukvårdsplaneringsfrågor mellan staten och landstingskommunerna.

I detta sammanhang vill jag erinra om de kontinuerliga överläggningar som äger rum mellan staten och kommunerna mot bakgrund av överväganden i regeringens proposition (1978/79:95) om den kommunala ekonomin.

Regionsjukvårdsutredningen har givit exempel på utformning av dels

riksomfattande utomlänsavtal, dels separata regionsjukvårdsavtal för varje region om hur planeringssamverkan kan regleras. Avtalens innehåll och utformning är en fråga för de avtalsslutande parterna. Jag går därför inte ytterligare in på detta område.

2.6 Regionala samverkansnämnder

I det föregående har jag pekat på att det regionala samarbetet skall baseras på gemensamt upprättade regionsjukvårdsplaner. Skyldigheten att samverka i hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner bör regleras i lag. Hur samverkan skall vara organiserad bör däremot inte vara författningsmässigt reglerat utan överlämnas till sjukvårdshuvudmännen att själva avgöra.

Jag går därför inte in i några närmare överväganden beträffande denna fråga. Jag hänvisar i stället till utredningens förslag och till de synpunkter som kommit fram i remissbehandlingen (bil. 2).

2.7 Ändrad regionindelning

Utredningen föreslår att antalet regioner minskas från sju till sex. Utredningen anser liksom 1958 års regionvårdsutredning att sambandet mellan regionsjukvård och utbildning jämte forsknings- och utvecklingsarbete är så starkt, att dessa regioner bör baseras på var sin av de sex orter som har medicinska högskolor eller fakulteter. Stor-Stockholm resp. Lund/Malmö betraktas därvid som vardera en ort.

Enligt regionsjukvårdsutredningen måste Umeåregionen tillföras ytterligare befolkningsunderlag för att dess regionsjukhus i längden skall kunna upprätthålla den medicinska standard som är en förutsättning för att regionsjukvård skall kunna bedrivas. Detta bör ske genom att regionen utökas med såväl södra delen av Västernorrlands län (Medelpad) som Jämtlands län, vilka f.n. tillhör Uppsalaregionen.

Utredningsförslaget innebär vidare att Örebroregionen upphör och att i denna ingående län överförs till andra regioner. Värmlands län bör därvid enligt förslaget föras till Göteborgsregionen. Södermanlands län till Stockholmsregionen och Örebro län till Uppsalaregionen liksom också den del av Västmanlands län - Köpingsområdet - som nu tillhör Örebroregionen.

Hallands läns södra del, som nu tillhör Lund/Malmöregionen, föreslås i utredningen bli överförd till Göteborgsregionen. Genom utredningens förslag till ändringar i regionindelningen skulle varje sjukvårdsområde komma att helt tillhöra en region.

Många remissinstanser instämmer i eller lämnar utan erinran utredningens förslag till ändrad regionindelning. Några instanser instämmer i utredningens bedömning att en fullständig region behöver ett befolkningsunderlag på 1,5 milj. invånare men yttrar sig inte över utredningens förslag i stort.

Flera remissinstanser har invändningar mot delar av utredningens förslag. Några instanser, t.ex. Kronobergs, Blekinge, Kristianstads och Hallands läns landsting avstyrker eller är tveksamma till förslaget att låta Halland i sin helhet tillhöra Göteborgsregionen. Andra instämmer i princip men har synpunkter på t.ex. utredningens förslag rörande Örebroregionen eller Umeåregionen.

Några instanser t.ex. socialstyrelsen och Sveriges läkarförbund instämmer i princip i utredningens förslag men hade velat avvakta den särskilda utredningen om konsekvenser för Örebro läns landsting av utredningens förslag (se bilaga 3).

Landstingsförbundet har avgivit sitt remissyttrande efter det att den särskilda utredningen har publicerats. Förbundets yttranden i den del som berör förslaget till ändrad regionindelning redovisas separat under punkt (6.7 i bilaga 2).

Två instanser har avstyrkt utredningens förslag i dess helhet. Statskontoret kan inte tillstyrka förslaget bl.a. därför att det innebär en ytterligare centralisering av sjukvården till landets två största städer. Svenska Läkaresällskapet anser att fler alternativa lösningar bör prövas. Bl.a. talar, enligt läkaresällskapet, utredningens argumentering för en ytterligare koncentring till färre och högst fyra regioner.

Liksom utredningen bedömer jag att behovet av sluten regionsjukvård kommer att minska i framtiden. Denna bedömning bygger på sjukvårdshuvudmännens planer, av vilka det framgår att länssjukvården kommer att tillföras resurser som gör det möjligt att där ge sådan vård som hittills endast kunnat erhållas på regionsjukhus. Det är angeläget att regionsjukvården inte får större omfattning än vad som behövs för att tillgodose efterfrågan. En av utgångspunkterna för en ändrad indelning i sjukvårdsregioner har varit att de framtida resurserna för den högspecialiserade vården skall utnyttjas så effektivt som möjligt. Genom en planering med utgångspunkt i den föreslagna indelningen bör en upphyggnad av högspecialiserad vård på länssjukhus kunna undvikas. Kvalitets- och säkerhetskrav talar för att regionsjukvården inte delas på större antal läkare och annan specialutbildad personal än vad som är nödvändigt.

De nuvarande sjukvårdsregionernas befolkningsunderlag varierar mellan 650 000 och 1,5 milj. invånare. Tre av regionerna har mindre än en miljon invånare. Jag delar utredningens uppfattning att det önskvärda befolkningsunderlaget för en fullständig sjukvårdsregion bör vara ca 1,5 milj. invånare.

Som jag tidigare nämnt finns det vissa medicinska verksamhetsområden som bör koncentreras till två, tre eller fyra platser i landet, vissa endast till en plats.

I 1960 års riksdagsbeslut angavs att regiongränserna så långt möjligt borde följa de administrativa gränserna för sjukvårdsområden. Som skäl angavs att

sjukvårdshuvudmännen inte skulle behöva engagera sig i regionsjukvård på flera håll och att patienter från ett och samma sjukvårdsområde inte skulle komma att hänföras till olika regionsjukhus.

Grundutbildningen av läkare är för närvarande lokaliserad till sex orter. Utredningen har konstaterat att det är förenat med svårigheter att driva läkarutbildning utan tillgång till närbelägen medicinsk verksamhet av regionsjukvårdskaraktär, åtminstone inom flertalet medicinska verksamhetsområden. Utredningen anser liksom 1958 års regionvårdsutredning, att sambandet mellan regionsjukvård och medicinsk utbildning jämte forskning är så starkt, att regionerna måste baseras på var sin av de sex orterna med medicinska högskolor/fakulteter. Stor-Stockholm resp. Lund Malmö betraktas därvid som vardera en ort. Med detta synsätt bör antalet regionsjukhusorter vara högst sex.

Utredningen har konstaterat att det skulle vara en fördel om sjukvårdsregionerna sammanfaller med de sex högskoleregionerna. Så är det redan till stora delar. Örebro sjukvårdsregion saknar emellertid motsvarighet i en högskoleregion. Vidare är Linköpings högskoleregion mycket liten. Den omfattar endast Östergötlands och Jönköpings län. Jag delar utredningens åsikt att det är nödvändigt att minska antalet regioner. Utredningen har redovisat två alternativ. Det ena innebär en minskning av antalet regioner till sex, det andra till fyra. Fyra ungefär lika stora regioner med fyra regionsjukhus skulle i och för sig innebära en rationell organisation av regionsjukvården och en jämn resursfördelning mellan regionerna.

Med hänsyn till behovet av en fungerande samverkan mellan landstingen i en region vill jag dock liksom utredningen stanna för ett alternativ innebärande sex regioner. Jag anser att antalet sjukvårdshuvudmän per region skulle bli för stort vid ett alternativ med endast fyra regioner.

Landstingsförbundet har i sitt yttrande pekat på att det vid regionsjukhuset i Örebro efterhand har byggts upp en betydande kunskap och erfarenhet med speciell inriktning mot vissa medicinska verksamhetsområden. Förbundet framhåller att det är en kunskap som måste tas till vara och föras vidare. Samtidigt gäller, att resurserna vid akademiska sjukhuset i Uppsala för vissa specialiteter är begränsade och att det kan bli svårt att ta emot fler patienter. Ett ömsesidigt samarbete mellan de två sjukhusen borde mot den bakgrunden skapa bättre förutsättningar för ett allsidigt utbud av högspecialiserad vård i Uppsala-regionen än regionsjukvårdsutredningens förslag att koncentrera resurserna till ett sjukhus menar landstingsförbundet.

Jag delar landstingsförbundets uppfattning i denna del. Enligt min mening ger en sådan lösning en region med väl utbyggda resurser för högspecialiserad vård där de båda regionsjukhusen kompletterar varandra.

I detta sammanhang vill jag framhålla att den medicinsk/tekniska utvecklingen och de ökande möjligheterna att behandla patienter i öppen vård kommer att kräva omstruktureringar av sjukvården oavsett regionindelningen.

Jag övergår nu till att ge min syn på den ändrade regionindelningen region för region.

Umeåregionen

Den nuvarande Umeåregionen omfattar Västerbottens och Norrbottens län samt en del av Västernorrlands län (Ångermanland). Den andra delen av Västernorrlands län, Medelpad, hör f.n. till Uppsalaregionen. Västernorrlands läns landsting har begärt att Medelpad flyttas till Umeåregionen.

Umeåregionen, som har den minsta folkmängden, har påtagliga svårigheter till följd av bristande patientunderlag. Utredningen har pekat på att regionen måste tillföras ytterligare befolkningsunderlag för att den medicinska standard som är en förutsättning för en god regionsjukvård, skall kunna upprätthållas.

Enligt min mening är patientunderlaget i Umeåregionen för närvarande inte tillräckligt stort för att det skall vara möjligt att upprätthålla en tillräckligt god medicinsk standard för högspecialiserad sjukvård. Behovet av att regionen utökas understryks ytterligare genom att volymen regionssjukvård förväntas minska i framtiden. Bl.a. regionalpolitiska skäl och geografiska förhållanden talar också för att Umeå måste ges möjlighet att fungera som regionsjukhusort även i fortsättningen.

Jag ansluter mig, liksom flertalet remissinstanser, till utredningens förslag om en utökad Umeåregion. För att erhålla önskad utvidgning bör såväl Medelpad som Jämtlands län tillföras Umeåregionen. På detta sätt får Umeå sjukvårdsregion samma omfattning som högskoleregionen. Dessutom kommer hela Västernorrlands län att tillhöra samma sjukvårdsregion. Detta anser jag vara principiellt värdefullt.

Med den lösning jag således förordar erhåller Umeåregionen ett befolkningsunderlag på ca. 912 000 invånare. Även med en sådan utvidgning blir Umeåregionen en av de befolkningsmässigt minsta regionerna. Umeåregionen måste därför etablera fast regionsamverkan med Uppsalaregionen inom vissa verksamhetsområden för att få delar av sitt regionsjukvårdsbehov tillgodosett. Detta gäller bl.a. beträffande thoraxkirurgi och barnkirurgi. Jag utgår från att frågan om samverkan mellan regionerna i fråga om berörda verksamhetsområden snarast tas upp till diskussion.

Jämtlands läns landsting har i sitt remissvar motsatt sig en flyttning till Umeåregionen. Landstinget anser att det största problemet med att tillhöra Umeåregionen är de i vissa avseende sämre kommunikationerna till Umeå. Jag har förståelse för denna synpunkt. Det bör emellertid inom gällande ramar för trafiknätet finnas möjligheter att förbättra kommunikationerna.

Uppsala/Örebroregionen

Den nuvarande Örebroregionen består av Örebro, Södermanlands och Värmlands län samt Köpingsdelen av Västmanlands län. Utredningen har föreslagit att regionen upphör och att Örebro län förs till Uppsalaregionen, Södermanlands län till Stockholmsregionen och Värmlands län till Göteborgsregionen.

Den nuvarande Uppsalaregionen omfattar Uppsala, Gävleborgs, Kopparbergs, Jämtlands och Västmanlands län (utom Köpingsdelen) samt landskapet Medelpad i Västernorrlands län. Utredningen har föreslagit att Köpingsdelen av Västmanlands län samt Örebro län förs till Uppsalaregionen samtidigt som Jämtlands län och Medelpad förs till Umeåregionen.

Några remissinstanser, bl.a. Örebro och Jämtlands läns landsting har riktat starka invändningar mot detta förslag. Under remisstiden har en särskild utredning (S 1979:8) kallad RSÖ 79 - en konsekvensutredning till regionsjukvårdsutredningen lagt fram ett betänkande. I detta belyses vilka konsekvenser utredningens förslag skulle få för Örebro läns landsting.

Konsekvensutredningen har bl.a. funnit att det ur sjukvårdssynpunkt är rimligt att följa regionsjukvårdsutredningens förslag att avveckla den thoraxkirurgiska kliniken vid regionsjukhuset i Örebro men att inom den kirurgiska kliniken bibehålla viss thoraxkirurgisk kompetens. Utredningen har också pekat på att nuvarande resurser för onkologi bör bibehållas.

Konsekvensutredningen har också, liksom regionsjukvårdsutredningen, understrukt vikten av det omfattande forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivs vid regionsjukhuset och inom Örebro läns landsting. Bl.a. framhålls att den yrkesmedicinska avdelningen i hög grad har bidragit till forskningen och utvecklingen inom detta område.

Landstingsförbundet, som har tagit del av RSÖ 79 för sitt remissarbete, har i sitt remissvar på regionsjukvårdsutredningens betänkande lagt fram ett nytt förslag om ändrad regionindelning. Förslaget innebär att Örebro och Södermanlands län tillförs Uppsalaregionen. Örebro regionsjukhus behåller sin ställning som regionsjukhus och samverkar med akademiska sjukhuset i Uppsala om regionsjukvården i en nybildad Uppsala/Örebroregion. Köpingsdelen av Västmanland som f.n. tillhör Örebroregionen föreslås också höra hit.

Som jag redan har framhållit instämmer jag i Landstingsförbundets förslag att nybilda en Uppsala/Örebroregion med två regionsjukhus. Den nya Uppsala/Örebroregionen kommer då att omfatta Uppsala, Gävleborgs, Kopparbergs, Västmanlands, Örebro och Södermanlands län. Regionen kommer enligt detta förslag att omfatta ca 1 608 000 invånare.

Med två regionsjukhus inom regionen förutsätter jag att de befintliga resurserna utnyttjas rationellt så att onödig nyetablering undviks. Södermanlands län bör därför i första hand repliera på Örebro regionsjukhus.

Södermanlands län utnyttjar nu inom ramen för gällande regionsjukvårds-

avtal vårdplatser vid karolinska sjukhuset t.ex. inom neurokirurgi, barnkirurgi, öppen hjärtkirurgi samt transplantationskirurgi. Denna samverkan bör även i fortsättningen äga rum beträffande de medicinska verksamhetsområden, som inte finns på regionsjukhuset i Örebro. Övervägande skäl talar för att de invånare i Södermanland, som behöver vård inom sistnämnda medicinska verksamhetsområden, liksom för närvarande bör vända sig till karolinska sjukhuset i stället för akademiska sjukhuset i Uppsala. Detta bör regleras i samarbetsavtal.

Liksom utredningen och många remissinstanser, bl.a. Värmlands läns landsting, Göteborgs kommun och Landstingsförbundet, anser jag, som jag tidigare har framhållit, att Värmlands län bör föras till Göteborgsregionen. Värmlands läns utnyttjande av resurser vid regionsjukhuset i Örebro bör dock bibehållas för att ge Örebro sjukhuset tillräckligt underlag. Det kan vara aktuellt t.ex. inom specialiteter, såsom yrkesmedicin och onkologi, särskilt gynekologisk onkologi.

Organisation och fördelning av regionsjukvården inom regionen blir en fråga för de i regionen ingående landstingen att besluta om. Jag vill i detta sammanhang dock peka på den värdefulla forskning som sker inom den yrkesmedicinska avdelningen i Örebro. Liksom regionsjukvårdsutredningen vill jag framhålla att en utveckling av denna forskningsverksamhet anknuten till det beteendevetenskapliga området och socialmedicinen skulle vara värdefull.

Patienter från Örebro läns landsting som idag vårdas vid karolinska sjukhuset kommer i stället att vårdas vid akademiska sjukhuset i Uppsala när den ändrade regionindelningen har genomförts.

Örebro läns landsting och högskolans i Örebro satsning på det tvärvetenskapliga och arbetslivsanknutna samarbetet i utbildning och forskning mellan sjukhuset och de utbildningar som bedrivs i Örebro är också verksamheter som bör uppmärksammas.

Genom en samverkan mellan sjukhuset, värddyrkesskolan, socionombildningen och vissa av högskolans övriga vårdutbildningar skulle förutsättningar ges att bedriva omvårdnadsforskning även i Örebro.

Akademiska sjukhusets i Uppsala speciella ställning som statligt sjukhus kan komma att föranleda särskilda åtgärder.

Stockholmsregionen

Stockholmsregionen omfattar Stockholms län och Gotland. Jag föreslår, som jag tidigare nämnt, ingen förändring beträffande denna region. Regionen omfattar ca. 1 580 000 invånare.

Linköpingsregionen

Linköpingsregionen omfattar Jönköpings, Kalmar och Östergötlands län. I likhet med utredningen föreslår jag inte några förändringar avseende

regionindelningen. Linköpingsregionen har ett litet befolkningsunderlag, ca. 937 000 invånare. Av denna anledning finns inte underlag för en fullt utbyggd regionsjukvård. Regionen bör därför även i fortsättningen ha ett fast samarbete med Lund/Malmöregionen avseende de medicinska verksamhetsområden som inte bör finnas vid Linköpings regionsjukhus.

Göteborgsregionen

Göteborgsregionen består f.n. av Göteborgs kommun samt Göteborgs och Bohus, Hallands (norra delen), Älvsborgs och Skaraborgs län. Hallands län är delat mellan Göteborgsregionen och Lund/Malmöregionen. Den nuvarande regiongränsen överensstämmer med gränsen mellan de båda sjukvårdsdistrikt i vilka länet är indelat. Den nordligaste delen av länet, Kungsbackaområdet, räknas till Stor-Göteborg. Hallands län hör i sin helhet till högskoleregionen Lund/Malmö.

Utredningen har föreslagit att Hallands län i sin helhet skall föras till Göteborgsregionen. Ett skäl till detta är att utredningen principiellt anser att ett sjukvårdsområde inte bör vara delat mellan olika regioner. Enligt nuvarande regionindelning hör 48 procent av Hallands läns befolkning till Lund/Malmöregionen och 52 procent till Göteborgsregionen.

Jag finner dock liksom berörda remissinstanser, att den traditionella förankringen av landstingets norra del till Göteborg och dess södra del till Lund/Malmö är så stark att den nuvarande delningen av landstinget på två regioner bör bibehållas. Jag vill emellertid peka på att Hallands län på detta sätt måste delta i två regioners planering av regionsjukvård.

Som jag tidigare nämnt bör Värmlands län tillföras Göteborgsregionen. Denna kommer då att omfatta ca 1 812 000 invånare. Värmlands läns landstings utnyttjande av resurser vid regionsjukhuset i Örebro kan dock, som jag tidigare framhållit, bibehållas. Det gäller framför allt vissa specialiteter som onkologi, yrkesmedicin och neurofysiologiskt utvecklingsarbete där en samverkan mellan Örebro och Värmlands län är väl etablerad. Hänsyn till denna samverkan bör tas i den samplanering som skall komma till stånd rörande regionsjukvården i de berörda regionerna.

Lund/Malmöregionen

Lund/Malmöregionen omfattar f.n. Malmö kommun, Malmöhus, Kristianstads, Blekinge, Kronobergs och Hallands län (södra delen). Jag föreslår ingen förändring beträffande denna region. Enligt min mening är det emellertid viktigt att Lund/Malmöregionen och Linköpingsregionen etablerar en fast planeringssamverkan beträffande de medicinska verksamhetsområden som inte finns eller kommer att finnas i Linköping. En god grund för detta är den samverkan som finns redan nu mellan Jönköpings och Kalmar län och Lund.

Lund/Malmöregionen kommer att omfatta ca. 1 457 000 invånare år 1981.

Regionernas omfattning och folkmängd enligt förslaget framgår av tabell 2.

Tabell 2. Folkmängd per region och däri ingående sjukvårdsområden eller del därav enligt förslag. (Folkmängden avser den 28 december 1979.)

Region/Ingående sjukvårdsområde	Folkmängd
<i>Stockholmsregionen</i>	
Stockholms län	1 524 186
Gotlands kommun	55 250
Summa	1 579 436
<i>Linköpingsregionen</i>	
Östergötlands län	392 510
Jönköpings län	302 465
Kalmar län	241 569
Summa	936 544
<i>Lund/Malmöregionen</i>	
Kronobergs län	172 433
Blekinge län	154 153
Kristianstads län	278 921
Malmöhus län	507 993
Malmö kommun	235 197
Hallands län (södra delen) ^a	107 901
Summa	1 456 598
<i>Göteborgsregionen</i>	
Göteborgs kommun	434 757
Göteborgs och Bohus län	278 551
Älvsborgs län	424 243
Skaraborgs län	268 735
Hallands län (norra delen) ^b	121 342
Värmlands län	284 742
Summa	1 812 370
<i>Uppsala/Örebroregionen</i>	
Uppsala län	241 697
Kopparbergs län	285 633
Gävleborgs län	294 073
Västmanlands län	259 741
Örebro län	274 333
Södermanlands län	252 076
Summa	1 607 553

^a Kommunerna Halmstad, Laholm och Hylte

^b Kommunerna Varberg, Kungsbacka och Falkenberg

Region/Ingående sjukvårdsområde	Folkmängd
<i>Umeåregionen</i>	
Västerbottens län	241 921
Norrbottnens län	266 949
Västernorrlands län	267 962
Jämtlands län	134 707
Summa	911 539
Riket totalt	8 304 040

En jämförelse mellan folkmängden i nuvarande regioner och enligt förslaget samt den procentuella fördelningen framgår av tabell 3.

Tabell 3. Nuvarande och föreslagna sjukvårdsregioners folkmängd.

Region	Folkmängd (1979-12-28)			
	Nuvarande indelning	Procentuell andel	Förslag	Procentuell andel
Stockholm	1 579 436	19	1 579 436	19
Linköping	936 544	11	936 544	11
Lund/Malmö	1 456 598	18	1 456 598	18
Göteborg	1 527 628	18	1 812 370	22
Örebro	861 910	10	—	—
Uppsala	1 291 829	16	—	—
Uppsala/Örebro	—	—	1 607 553	19
Umeå	650 095	8	911 539	11
Summa	8 304 040	100	8 304 040	100

2.8 Genomförande

De förändringar för regionsjukvården som blir följden av mina förslag är dels en ändring av begreppet regionsjukvård, dels en i sjukvårdslagen inskriven skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att samverka i frågor som rör hälso- och sjukvård och som är gemensamma för flera landstingskommuner, dels en ändring av rikets indelning i sjukvårdsregioner.

Genomförandet av utredningens förslag är i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Det bör ankomma på Landstingsförbundet att utfärda rekommendationer beträffande utformningen av regionsjukvårdsavtal samt initiera ett riksavtal som ersättning för nuvarande utomläns- och regionsjukvårdsavtal.

Slutande av avtal, konstituering av samverkansnämnder och utarbetande av regionsjukvårdsplaner torde kräva en tid av fyra till fem år från det att riksdagen fattat beslut angående de här förordade åtgärderna. Under denna förberedelsetid kan det nuvarande avtals- och ersättningssystemet fortsätta

att fungera. Med hänsyn till behovet av samordning bör det nya systemet träda i kraft vid samma tidpunkt i samtliga regioner.

3. Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att dels godkänna de av mig förordade riktlinjerna för den framtida regionsjukvården, dels antaga förslaget till lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242).

4. Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att antaga de förslag som föredraganden lagt fram.

*Bilaga I***Sammanfattning av regionsjukvårdsutredningens betänkande (SOU 1978:70)****Bakgrund**

Enligt beslut av riksdagen den 6 december 1960 i anledning av proposition (nr 159 år 1960) på grundval av förslag från den s. k. regionvårdsutredningen (SOU 1958:26) är riket indelat i sju regioner för den högspecialiserade kroppssjukvården med undervisningssjukhusen i Stockholm, Linköping, Lund/Malmö, Göteborg, Uppsala och Umeå samt lasarettet i Örebro som regionsjukhus. Regionsjukhuset i Linköping blev dock undervisnings-sjukhus först några år efter 1960 års riksdagsbeslut.

I riksdagsbeslutet angavs vilka specialiteter som skulle utvecklas på länsplanet resp. vilka som borde förbehållas regionsjukhusen. De s. k. regionspecialiteterna skulle vara: hudsjukdomar, kardiologi, reumatologi, barnkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, urologisk kirurgi, neurologi, radioterapi/onkologi samt fysiologiskt laboratorium och käkcentral. Enheter för hudsjukdomar, urologisk kirurgi och neurologi skulle dock kunna utvecklas även på länsplanet.

Samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen i fråga om regionsjukvården borde enligt riksdagsbeslutet vila på frivillig grund. Det skulle alltså ankomma på huvudmännen att själva besluta i fråga om planeringen och utbyggnaden av regionsjukvården.

1958 års regionvårdsutredning genomfördes under en period då de större lasarettens expanderade och utvecklingen i fråga om nya specialiteter var snabb. Lasarettsvården var landstingens helt dominerande uppgift och utvecklingen av denna skedde mot bakgrund av tätorternas expansion och en god ekonomi.

År 1963 tog landstingen över ansvaret för den offentliga öppna läkarvården utanför sjukhus. Den hade hittills bedrivits av staten genom provinsialläkare och av de större städerna genom stadsdistriktsläkare. Huvudmannaskapet för vården av psykiskt sjuka överfördes till landstingen år 1967.

Efter huvudmannaskapsreformerna har ökad vikt lagts vid långtidssjukvård, öppen vård utanför sjukhus samt psykiatri.

Utnyttjandet av vårdplatser inom de s. k. regionspecialiteterna har blivit lägre än vad som förutsattes i 1960 års riksdagsbeslut, särskilt inom barnkirurgi och thoraxkirurgi. Orsakerna till detta är flera bl. a. har medelvårdtiden sjunkit och tillgången på personal, särskilt läkare, ökat betydligt.

I de avtal som upprättats mellan huvudmännen för vård av patienter

utanför det egna sjukvårdsområdet skiljer man mellan vård av patienter från regionen på de s. k. regionklinikerna, vilken regleras i särskilda regionsjukvårdsavtal, och utomlänsremissvård på övriga kliniker, som regleras genom ett för hela landet gemensamt utomlänsavtal. Sistnämnda avtal reglerar även vården av patienter från andra regioner.

Den vård som meddelats enligt regionsjukvårdsavtalen uppgick till ca 307 500 vård dagar år 1975 resp. ca 279 600 år 1977. Övrig vård av utomlänspatienter med specialistremiss uppgick under samma år till ca 250 200 resp. 237 500. Även sistnämnda vård är så gott som uteslutande förlagd till regionsjukhusen.

Den sjukvård, som motsvarar regionsjukvård och utomlänsvård med specialistremiss och ges till patienter bosatta inom sjukvårdsområden med regionsjukhus, ingår inte i statistiken för nämnda avtal. Med tillägg för dessa patienter kan antalet vård dagar för region- och utomlänsjukvård uppskattas till sammanlagt ca 900 000 eller 2,5 % av all sluten sjukvård. Utnyttjandet av sådan sjukvård varierar avsevärt sjukvårdsområden emellan.

Kostnaderna för regionsjukvård och utomlänsvård med specialistremiss uppräknade till att omfatta hela landet har beräknats till 680 milj. kr. år 1975, vilket utgör 3,5 % av hälso- och sjukvårdens totala kostnader.

För utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete finns sex högskoleregioner, som till stora delar stämmer överens med sjukvårdsregionerna. Det råder dock ömsesidiga beroendeförhållanden mellan sjukvård och utbildning jämte forsknings- och utvecklingsarbete.

Genom 1960 års riksdagsbeslut inrättades ett särskilt samordningsorgan, centrala regionsjukvårdsnämnden, där representanter för staten och övriga regionsjukvårdshuvudmän skulle överlägga om gemensamma regionvårdsproblem. Framför allt avsågs takten för utbyggnaden av regionspecialiteterna där sjukvårdens och utbildningens behov skulle vägas samman med ekonomiska och personella resurser. Nämnden kom emellertid inte att spela den roll man hade väntat sig och dess uppgifter övertogs år 1965 av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Andra centrala organ som handhar frågor rörande samråd och samplanering är socialstyrelsen (SoS), nämnden för läkares vidareutbildning (NLV), nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU), nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB), Landstingsförbundet (Lf) samt sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri).

Regionala organ, regionsjukvårdsnämnder, har inrättats i samtliga regioner. I Göteborgsregionen har numera uppdragits åt en för allmänna landstingskommunala samordningsfrågor tillskapad planeringsnämnd att även vara regionsjukvårdsnämnd.

Vidare finns regionnämnder för läkares vidareutbildning (RLV).

Inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation genomfördes våren 1974 en förberedande utredning om regionsjukvården (stencil 1974-02-06). Anledningen härtill var bl. a. skrivelser till socialdepartementet från regionsjukvårdsnämnden i Umeåregionen som önskade att landskapet Medelpad skulle tillföras regionen för att öka dess befolkningsunderlag. Delegationen förordade en översyn av regionindelningen och vissa andra frågor rörande regionsjukvården.

Kungl. Maj:t bemyndigade den 28 juni 1974 chefen för socialdepartementet att tillkalla fem sakkunniga för att utreda regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan regionerna. De sakkunniga antog benämningen regionsjukvårdsutredningen.

Överväganden och förslag

Utredningen redovisar vissa problem beträffande regionsjukvården bl. a. brist på balans mellan patientunderlag och resurser, för snävt avgränsat samarbete inom sjukvårdsregionerna samt andra brister i samarbetet inom och mellan regionerna. Mot denna bakgrund föreslår utredningen vissa förändringar.

Utredningen anser att det regionala samarbetet bör utvidgas till att omfatta i princip alla medicinska verksamhetsområden och inte som nu enbart vissa s. k. regionspecialiteter. Vidare bör formerna för samverkan inte enbart avse slutet och öppen vård utan även medicinsk service, rådgivning, konsultationer, utarbetande av gemensamma vårdprogram m. m., vissa frågor rörande utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Detta innebär att planeringen inriktas mot all sådan verksamhet som skall bedrivas i samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen. För att lösa dessa frågor och för att skapa balans mellan patientunderlag och resurser erfordras planeringssamverkan i första hand inom sjukvårdsregionerna men också mellan regionerna.

Formerna för samarbetet bör ändras för att bättre svara mot de krav som en utvidgning av samsamhetsområdet ställer. En kontinuerlig samverkan i planeringen blir nödvändig. Bindningen i långsiktiga avtal till ett visst antal vårdplatser bör upphöra.

Det flerregionala samarbetet måste ges former som ger möjlighet att initiera och påskynda utvecklingen av resurser inom bristområden samt förhindra uppbyggnaden av för stora resurser inom andra områden.

Begreppet regionsjukvård ges en vidare omfattning än det har f. n. och inbegriper även vård av patienter från de sjukvårdsområden som regionsjukhusen är belägna i.

Utredningen ansluter sig till den definition av begreppet regionsjukvård som redovisas i HS-80. Regionsjukvården omfattar sålunda "det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbehandlade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas".

I princip finns regionsjukvård inom alla medicinska verksamhetsområden. Kliniker för långvårdsmedicin samt barn- och ungdomspsykiatri på regionsjukhusen har i regel inte regionpatienter men bör ha likartade uppgifter som övriga kliniker på regionsjukhuset vad avser utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete. Allmänläkarvården tillhör helt primärvården. Dock är viss medverkan i regionalt samarbete nödvändig även för allmänläkarvården. Exempel härpå är utveckling av vårdprogram, information och fortbild-

ning.

Omfattningen av regionsjukvården är beroende bl. a. av vilka resurser som finns inom länssjukvården. Sjukvårdshuvudmännens planer redovisar f. n. en strävan att öka antalet medicinska verksamhetsområden i länssjukvården samtidigt som behovet av regionsjukvård minskar. Detta varierar dock mellan såväl sjukvårdshuvudmän som medicinska verksamhetsområden. Fortsatt utbyggnad bör ske på grundval av övremskommen arbetsfördelning mellan läns- och regionsjukvård.

Enligt utredningens uppfattning ankommer det på sjukvårdshuvudmännen att planera och besluta om dimensionering och lokalisering av regionsjukvården. Som ett underlag för utredningens överväganden och sjukvårdshuvudmännens planering har utredningen tagit fram ett omfattande material genom ett särskilt projekt, RIA (Regionsjukvårdens innehåll och avgränsning). De skilda medicinska verksamhetsområdena har redovisats var för sig och sammanställts i Regionsjukvården Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi (SOU 1978:71) samt Regionsjukvården Huvudbilaga 2 – Kirurgi (SOU 1978:72).

Vissa medicinska verksamhetsområden, bl. a. medicinsk rehabilitering, psykiatri och medicinsk service har inte ingått i RIA, men för dessa områden har socialstyrelsen nyligen redovisat strukturutredningar.

Tabell 1 redovisar utredningens bedömning av regionsjukvårdens omfattning uttryckt i vårdplatser. Volymen regionsjukvård anges i avrundade tal eller som intervaller. Utredningen har avstått från att redovisa fördelningen per region. Den närmare beräkningen av erforderliga resurser inom regionerna vid skilda tidpunkter och en samtidig avvägning mot länssjukvården måste framkomma som resultat av huvudmännens gemensamma planering och ge uttryck för de ändringar i förutsättningarna som ständigt sker inom hälso- och sjukvården.

Den slutna regionsjukvården kommer enligt utredningens bedömning att totalt sett minska i omfattning. Den öppna vården beräknas däremot öka i omfattning liksom konsultationerna. Detta kommer att variera dels medicinska verksamhetsområden emellan, dels sjukvårdshuvudmän och regioner emellan beroende på olika förutsättningar.

Inom vissa medicinska verksamhetsområden är resursbehovet så litet, att resurserna inte bör fördelas på mer än ett fåtal platser. I dessa fall är det angeläget inte bara av ekonomiska skäl utan även med hänsyn till kvaliteten på vården att en överetablering inte sker eller – om det redan skett – att vissa enheters verksamhet förändras eller avvecklas. Främst gäller detta den högspecialiserade brännskadevården, som bör koncentreras till två platser, samt barnkirurgi, thoraxkirurgi och transplantationskirurgi som bör koncentreras till vardera fyra platser. Resurser för vård av vissa infektionssjukdomar och specialkoagulationslaboratorier bör finnas på högst tre platser.

Utredningen vill understryka att ett ensidigt fasthållande vid den traditionella volymenheten vård dagar (vårdplatser) ger för snäv bild av regionsjukvårdens omfattning och resursbehov. Det är angeläget att resurserna vid regionsjukhus utöver dem som erfordras för länssjukvård, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete dimensioneras och disponeras så att såväl öppen som slutna regionsjukvård kan bedrivas samt stöd till länssjukvården kan fullgöras. Detta gäller inte minst dimensionering av medicinska serviceenheter.

Tabell 1 Regionsjukvårdens omfattning i vårdplatser 1985

Medicinskt verksamhetsområde	Behov av vårdplatser för regionsjukvård år 1985
<i>Somatisk korttidsvård utom onkologi</i>	
Barnmedicin	100–150
Barnkirurgi	100
Hudsjukdomar	30
Allmän internmedicin	300–400
Kardiologi	
Endokrinologi	
Medicinsk gastroenterologi	
Medicinska njursjukdomar	
Akuta infektionssjukdomar	30
Reumatologi	65–75
Yrkesmedicin	^a
Lungsjukdomar	330–345
Thoraxkirurgi	
Neurologi	280–300
Neurokirurgi	
Allmän kirurgi	300–360
Ortopedisk kirurgi	
Urologisk kirurgi	
Handkirurgi	75–80
Plastikkirurgi	200
Brännskadevård	20
Gynekologi och obstetrik	30
Ögonsjukdomar	40–45
Öron-, näs- och halssjukdomar	160–180
Audiologi	
Foniatri	
Delsumma	2 060–2 345
<i>Onkologi^b</i>	630–710
<i>Medicinsk rehabilitering^c</i>	
<i>Psykiatri^d</i>	50–100
Summa	2 740–3 155 ^e

^a Enbart öppen vård.^b Samtliga vårdplatser vid regionsjukhus inkl. länssjukvård för det egna områdets invånare.^c Utredningen anger inte något vårdplatsantal.^d Härtill kommer regionalt anordnad vård för särskilt vårdkrävande (475–525 platser) samt rättspsykiatriska undersökningar (50–75 vårdplatser).^e Exkl. medicinsk rehabilitering.

Utredningen anser att patienter i princip skall erbjudas vård så nära hemorten som möjligt där vård av tillfredsställande kvalitet kan bedrivas. Det måste enligt utredningens mening vara fel att remittera patienter med viss sjukdom till regionsjukhus enbart med motivet att denna grupp av patienter

erfordras för utbildning eller forskning. Utbildning och forskning måste sålunda lokaliseras och organiseras med anpassning till sjukvårdens behov. Sjukvårdshuvudmännens planering bör vara riktlinjer för beslut om vårdutbildningens volym och förläggning inom högskoleregionerna. Samplaneringen underlättas givetvis om sjukvårds- och högskoleregioner överensstämmer geografiskt. Vidgat samarbete beträffande forsknings- och utvecklingsarbete mellan regionsjukhus och sjukvården utanför regionsjukhus bör kunna etableras.

Samordning inom i första hand sjukvårdsregionen är nödvändig också för att möjliggöra en effektiv efterutbildning. Regionsjukhusen har en stor uppgift att fylla härvidlag. Detta gäller alla personalkategorier.

Utredningen har ovan redovisat sin uppfattning att volymen sluten regionsjukvård kommer att minska. RIA-underlaget har vidare pekat på behovet av ytterligare koncentration av regionsjukvården för vissa verksamhetsområden. Bemanningsutvecklingen medför också krav på större befolkningsunderlag för att tillfredsställande medicinsk kvalitet skall kunna upprätthållas. Inom flera verksamhetsområden, bl. a. allmänkirurgi, finns behov av profilering eftersom den enskilda regionsjukvårdsklinikens del av den totala regionsjukvården inom verksamhetsområdet är för liten för att ett fullständigt sjukvårdsutbud skall kunna ges med tanke på kvalitet och säkerhet.

Det är mot denna bakgrund nödvändigt att ompröva antalet regionsjukhus och antalet regioner och därmed indelningen av riket i sjukvårdsregioner.

Utredningen föreslår att antalet regioner minskas från sju till sex. Utredningen anser liksom 1958 års regionvårdsutredning, att sambandet mellan regionsjukvård och utbildning jämte forsknings- och utvecklingsarbete är så starkt, att dessa regioner bör baseras på var sin av de sex orter som har medicinska högskolor/fakulteter. Stor-Stockholm resp. Lund/Malmö betraktas därvid som vardera en ort.

Sjukvårdsregionen med den minsta folkmängden, Umeåregionen, har redan påtagliga besvär till följd av bristande patientunderlag och har föreslagit ökning av regionen. Det är också utredningens uppfattning, att Umeåregionen måste tillföras ytterligare befolkningsunderlag för att regionsjukhuset i längden skall kunna upprätthålla den medicinska standard som är en förutsättning för att kunna bedriva regionsjukvård. Detta bör ske genom att regionen utökas med såväl södra delen av Västernorrlands län (Medelpad) som Jämtlands län, vilka f. n. tillhör Uppsala-regionen.

Utredningen föreslår vidare att Örebroregionen omstruktureras och att i denna ingående län överförs till andra regioner. Värmlands län bör därvid föras till Göteborgsregionen, Södermanlands län till Stockholmsregionen samt Örebro län till Uppsala-regionen liksom också den del av Västmanlands län – Köpingsområdet – som nu tillhör Örebroregionen.

Hallands läns södra del, som nu tillhör Lund/Malmöregionen, föreslås överförd till Göteborgsregionen.

Genom föreslagna ändringar i regionindelningen kommer varje sjukvårdsområde att helt tillhöra en region.

Utredningen har utgått från att alla sjukvårdshuvudmän i fortsättningen kommer att ha en väl utvecklad planering av sin verksamhet i huvudsaklig överensstämmelse med det planeringssystem som är under vidareutveckling

i samarbete mellan centrala organ.

En förutsättning för att resurserna inom en sjukvårdsregion skall kunna utnyttjas effektivt är planeringssamverkan avseende innehållet i och omfattningen av den regionsjukvård som regionsjukvårdshuvudmannen skall tillhandahålla och den vård övriga huvudmän inom regionen skall svara för. En sådan planeringssamverkan måste avse såväl längre som kortare tidsperspektiv. Resultatet av den gemensamma planeringen i dessa avseenden måste sedan ingå i resp. sjukvårdshuvudmans egna planer och fastställas av sjukvårdshuvudmannen.

Erfarenheten har visat att med nuvarande samarbetsformer mellan sjukvårdshuvudmännen finns betydande risker för bristande samordning mellan läns- och regionsjukvården med åtföljande överetablering inom den högkvalificerade sjukvården. Utvecklingen av sådana resurser bör ske planmässigt enligt överenskommelse mellan sjukvårdshuvudmännen inom i första hand varje region men även mellan regionerna. En gemensam planering inom och mellan regionerna måste därför enligt utredningens mening vara obligatorisk.

Skyldighet att medverka i en samordnad planering av sjukvården måste vara knuten till viss region. Regiontillhörigheten måste därför också vara obligatorisk.

I övrigt bör sjukvårdshuvudmännen bestämma sina inbördes samarbetsformer. Likaså bör sjukvårdshuvudmännen bestämma omfattning och lokalisering av resurserna för regionsjukvården inom ramen för den gemensamma planeringen.

Landstings- och primärkommuner måste samverka med staten mer än f. n. om hälso- och sjukvårdens utveckling skall kunna anpassas till samhälls-ekonomins ramar. Kommunalekonomiska utredningen (KEU 76) har behandlat former för sådan samverkan. Några beslut på grundval av KEU:s förslag har ännu inte fattats. Regionsjukvårdsutredningen utgår emellertid från att överläggningar och överenskommelser skall komma till stånd mellan landstingskommuner/primärkommuner och staten om utvecklingen såväl för de närmaste åren som på längre sikt.

De regionala planerna måste insändas till socialstyrelsen och Landstingsförbundet i god tid innan de fastställs av berörda sjukvårdshuvudmän.

Det framstår som naturligt att erforderliga sammanställningar av de regionala planerna utgår från det etablerade samarbetet mellan de centrala organen rörande sjukvårdshuvudmännens planer. Huvuddelen av erforderlig bearbetning och analys av de regionala planerna bör också kunna genomföras i samarbete mellan de centrala organen.

Sedan de regionala planerna sammanställts och analyserats bör överläggningar tas upp med berörda regioner beträffande sådana medicinska verksamhetsområden där en samlad bedömning motiverar förändringar i planerna. Sådana överläggningar bör också tas upp under pågående planeringsarbete avseende samverkan mellan regioner, då någon så begär eller då anmälan inkommit om att avvikelser av betydelse för andra regioner kommer att ske från fastställd plan.

Inom regionerna bör regionala samverkansnämnder dels ta över befintliga regionsjukvårdsnämnders uppgifter, dels svara för ovan redovisad regional planering och i övrigt utökad samverkan. De bör vara rådgivande men ändå

ha tyngd och självständighet. Utredningen vill särskilt peka på de erfarenheter som gjorts av Västsvenska planeringsnämnden i Göteborg.

Utredningen förutsätter att samverkansnämnderna också handlägger frågor beträffande block för läkares vidareutbildning inom sjukvårdsregionerna.

Samarbete i beredskapsfrågor bör etableras mellan samverkansnämnderna och civilbefälvärnarna.

Utredningen föreslår att samarbetet inom varje region regleras i avtal mellan sjukvårdshuvudmännen i regionen, regionsjukvårdsavtal.

När den första regionsjukvårdsorganisationen kom till efter riksdagsbeslut år 1960, gav Landstingsförbundet rekommendationer angående utformningen av regionsjukvårdsavtalen, vilka lett till relativt stor enhetlighet beträffande de befintliga avtalen. Motsvarande förfaringssätt synes lämpligt även vid den nu föreslagna organisationen av regionsjukvården.

Samarbete över regiongränser bör regleras genom ett riksavtal, tillkommet på initiativ av Landstingsförbundet och godkänt av samtliga sjukvårdshuvudmän. Riksavtalet bör även reglera frågor, i vilka olikheter mellan regionerna skulle medföra olägenheter. Bl. a. är det angeläget, att utbytet av tjänster huvudmännen emellan underlättas genom att reglerna för ekonomisk ersättning för lämnade tjänster görs så lätta att tillämpa som möjligt. Grunden för beräkning av ersättningen bör vara riksgiltig. Av dessa skäl bör denna grund liksom begrepp, grunddragen av organisationen för den regionala samverkan samt vissa garantiföreskrifter för vård på likartade villkor åt alla patienter och för ömsesidig väsentlig information anges i riksavtalet.

Utredningen har utarbetat förslag till riksavtal och regionsjukvårdsavtal där hänsyn tagits till av utredningen föreslagna förändringar i det regionala samarbetet.

För att tillämpningen av regionsamarbetet enligt det föreslagna systemet i de nya, ändrade regionerna skall kunna komma i gång fordras på grundval av principplanen utarbetad flerårsplan och budget. Processen med avtalsslutande, konstituering av samverkansnämnder samt utarbetande av planer torde kräva en tid av tre till fyra år från det att de grundläggande besluten fattas av riksdagen.

Under denna förberedelsetid kan det gamla avtals- och ersättningssystemet fortsätta att fungera. Med hänsyn till behovet av samordning bör det nya systemet träda i kraft vid samma tidpunkt i olika regioner. Ikraftträdandet av de nya avtalen förutsätts ske vid ett kalenderårsskifte.

De nya sjukvårdsplanerna och på grundval av därav träffade riks- och regionsjukvårdsavtal kommer därvid att ersätta nu gällande regionsjukvårds- och utomlänsavtal.

Genomförandet av utredningens förslag blir således uppgifter för i första hand sjukvårdshuvudmännen. Med hänsyn till de särskilda förutsättningar som enligt förslaget kommer att gälla för Örebro läns landsting kan det dock enligt utredningens mening finnas skäl att göra en särskild undersökning beträffande de närmare konsekvenserna för detta landstings del av utredningens förslag m. m.

*Bilaga 2***Sammanställning av remissyttrandena över regionsjukvårdsutredningens förslag, upprättad inom socialdepartementet****1. Allmänna synpunkter**

Utredningens förslag har allmänt sett fått ett positivt mottagande. Vissa förslag, främst rörande ändrad regionindelning, har dock mött kritik från en del remissinstanser.

Flertalet remissinstanser menar att regionsjukvårdsutredningen utgör ett värdefullt underlag för sjukvårdshuvudmännens planering.

Vissa instanser, bl. a. *statskontoret, Riksrevisionsverket, Uppsala, Östergötlands, Örebro och Västmanlands läns landsting* samt *Sveriges läkarförbund* och *Svenska läkaresällskapet* anser att utredningen borde ha gjort ekonomiska överväganden beträffande kostnaderna för den föreslagna regionindelningen.

Några instanser vill, med hänvisning till den genom regeringsbeslut 1978-12-21 tillsatta utredningen av vissa frågor rörande regionsjukhuset i Örebro m. m., avvakta sitt ställningstagande till ändrad regionindelning till dess utredningen belyst konsekvenserna av förslaget. Landstingsförbundet har haft tillfälle att ta del av utredningen före utarbetandet av sitt remissyttrande.

Redovisning av utredningen av vissa frågor rörande regionsjukhuset i Örebro m. m. lämnas i bilaga 3.

2. Definition av begreppet regionsjukvård*Utredningens definition*

Utredningen ansluter sig till den definition av begreppet regionsjukvård som redovisas i HS-80. Regionsjukvården omfattar sålunda "det fatala patienter, som erbjuder speciellt svårbehandlade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas".

I princip finns behov av regionsjukvård inom alla medicinska verksamhetsområden. Kliniker för långvårdsmedicin samt barn- och ungdomspsykiatri på regionsjukhusen har i regel inte regionpatienter men bör ha likartade uppgifter som övriga kliniker på regionsjukhuset vad avser utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete. Allmänläkarvården tillhör helt primärvården. Dock är viss medverkan i regionalt samarbete

nödvändig även för allmänläkarvården. Exempel härpå är utveckling av vårdprogram, information och fortbildning.

Remissinstanserna

Samtliga remissinstanser har i princip instämt i utredningens definition av begreppet regionsjukvård.

Landstingsförbundet ställer sig bakom det föreslagna vidgade begreppet för regionsjukvård. Det lägger, enligt förbundets mening, en ökad vikt vid ett sammanhållet ansvar för den högspecialiserade vården och det ger samtidigt utrymme för flexibla lösningar, anpassade efter varje regions specifika förhållanden. Ett genomförande av förslaget bör kunna bidra till en väl avvägd dimensionering av den högspecialiserade vården och ett bättre utnyttjande av de totala resurserna. Förslaget ställer dock stora krav på huvudmännen. Det förutsätter en noggrann planering, en väl avvägd arbetsfördelning mellan läns- och regionsjukvård och vilja till samarbete över ansvarsgränserna.

Flera remissinstanser har positivt diskuterat definitionen.

Skaraborgs läns landsting menar t. ex. att genom den fördjupade samverkan mellan länssjukvården och regionsjukvården som det nya regionsjukvårdsbegreppet kommer att medverka till skapas också bättre förutsättningar än som nu är fallet för avvägning mellan länssjukvården och regionsjukvården. Erfarenheterna från Skaraborgs län tyder på att en ökad medvetenhet inom vårdorganisationen om resursutnyttjandet och resurstillgång inom såväl länssjukvården som regionsjukvården redan i sig kan innebära en bättre balans mellan vårdnivåerna. Enligt landstingets mening innebär regionsjukvårdsutredningens förslag i detta avseende att möjligheter skapas för ett bättre utnyttjande av de av samhället ställda resurserna för hälso- och sjukvården. Landstinget understryker också utredningens uppfattning att möjligheterna till framtida lokalt omhändertagande av patienter underskattas av RIA-experterna.

Älvsborgs läns landsting har tillstyrkt det nya begreppet men ställer sig tveksam till utredningens förslag om att telefonkonsultationer generellt skall innefattas i regionsjukvårdsbegreppet då det här rör sig om ett kollegialt mellanhavande, som av tradition förekommer inom alla yrkesområden och som i många fall är svårt att avgränsa och därmed prissätta. Landstinget menar att det ändå kan finnas exklusiva och mycket smala specialiteter, där telefonkonsultationernas antal har en avgörande betydelse för resursdimensioneringen och i dessa fall torde lämpligen specialavtal kunna träffas.

3. Dimensionering

Utredningens förslag

Enligt utredningens uppfattning ankommer det på sjukvårdshuvudmännen att planera och besluta om dimensionering och lokalisering av regionsjukvården. Som ett underlag för utredningens överväganden och sjukvårdshuvudmännens planering har utredningen tagit fram ett omfattande material genom ett särskilt projekt, RIA (Regionsjukvårdens innehåll och avgränsning). De skilda medicinska verksamhetsområdena har redovisats var för sig och sammanställt i Regionsjukvården Huvudbilaga 1 Medicin och onkologi (SOU 1978:71) samt Regionsjukvården Huvudbilaga 2 – Kirurgi (SOU 1978:72).

Vissa medicinska verksamhetsområden, bl. a. medicinsk rehabilitering, psykiatri och medicinsk service har inte ingått i RIA, men för dessa områden har socialstyrelsen nyligen redovisat strukturutredningar.

Tabell 1 redovisar utredningens bedömning av regionsjukvårdens omfattning uttryckt i vårdplatser. Volymen regionsjukvård anges i avrundande tal eller som intervaller. Utredningen har avstått från att redovisa fördelningen per region. Den närmare beräkningen av erforderliga resurser inom regionerna vid skilda tidpunkter och en samtidig avvägning mot länssjukvården måste framkomma som resultat av huvudmännens gemensamma planering och ge uttryck för de ändringar i förutsättningarna som ständigt sker inom hälso- och sjukvården.

Den slutna regionsjukvården kommer enligt utredningens bedömning att totalt sett minska i omfattning. Den öppna vården beräknas däremot öka i omfattning liksom konsultationerna. Detta kommer att variera dels medicinska verksamhetsområden emellan, dels sjukvårdshuvudmän och regioner emellan beroende på olika förutsättningar.

Inom vissa medicinska verksamhetsområden är resursbehovet så litet, att resurserna inte bör fördelas på mer än ett fåtal platser. I dessa fall är det angeläget inte bara av ekonomiska skäl utan även med hänsyn till kvaliteten på vården att en överetablering inte sker eller – om det redan skett – att vissa enheters verksamhet förändras eller avvecklas. Främst gäller detta den högspecialiserade brännskadevården, som bör koncentreras till två platser, samt barnkirurgi, thoraxkirurgi och transplantationskirurgi som bör koncentreras till vardera fyra platser. Resurser för vård av vissa infektionssjukdomar och specialkoagulationslaboratorier bör finnas på högst tre platser.

Utredningen understryker att ett ensidigt fasthållande vid den traditionella volymenheten vårddagar (vårdplatser) ger för snäv bild av regionsjukvårdens omfattning och resursbehov. Det är angeläget att resurserna vid regionsjukhus utöver dem som erfordras för länssjukvård, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete dimensioneras och disponeras så att såväl öppen som sluten regionsjukvård kan bedrivas samt stöd till länssjukvården kan fullgöras. Detta gäller inte minst dimensionering av medicinska serviceenheter.

Tabell 1 Regionsjukvårdens omfattning i vårdplatser 1985

Medicinskt verksamhetsområde	Behov av vårdplatser för region-sjukvård år 1985
<i>Somatisk korttidsvård utom onkologi</i>	
Barnmedicin	100–150
Barnkirurgi	100
Hudsjukdomar	30
Allmän internmedicin	300–400
Kardiologi	
Endokrinologi	
Medicinsk gastroenterologi	
Medicinska njursjukdomar	
Akuta infektionssjukdomar	30
Reumatologi	65–75
Yrkesmedicin	^a
Lungsjukdomar	330–345
Thoraxkirurgi	
Neurologi	280–300
Neurokirurgi	
Allmän kirurgi	300–360
Ortopedisk kirurgi	
Urologisk kirurgi	
Handkirurgi	75–80
Plastikkirurgi	200
Brännskadevård	20
Gynekologi och obstetrik	30
Ögonsjukdomar	40–45
Öron-, näs- och halssjukdomar	160–180
Audiologi	
Foniatri	
Delsumma	2 060–2 345
<i>Onkolog^b</i>	630–710
<i>Medicinsk rehabilitering^c</i>	
<i>Psykatri^d</i>	50–100
Summa	2 740–3 155 ^e

^a Enbart öppen vård.^b Samtliga vårdplatser vid regionsjukhus inkl. länssjukvård för det egna områdets invånare.^c Utredningen anger inte något vårdplatsantal.^d Härtill kommer regionalt anordnad vård för särskilt vårdkrävande (475–525 platser) samt rättspsykiatriska undersökningar (50–75 vårdplatser).^e Exkl. medicinsk rehabilitering.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser ansluter sig till utredningens bedömningar i fråga om regionsjukvårdens framtida innehåll, avgränsning och omfattning eller lämnar förslaget utan erinran.

Hallands läns landsting, som ansluter sig till utredningens bedömning, påpekar dock att en förbättrad ekonomisk situation för sjukvårdshuvudmannen och en bättre tillgång på välutbildade läkare och annan personal givetvis kan påverka vårdplatssiffrorna genom en i ett sådant läge ökad satsning på den egna länssjukvården och primärvården och medföra en omvärdering av dimensioneringen.

Riksrevisionsverket (RRV) anser i likhet med utredningen att prognoser för den slutna regionsjukvårdens omfattning år 1985 bör betraktas som flexibla planeringsramar. *Direktionen för akademiska sjukhuset* i Uppsala och *Medicinska forskningsrådet*, instämmer också i detta ställningstagande.

Enligt *RRV* skulle dock den framtida planeringen ha underlättats om ramarna redovisats för varje region i stället för att enbart avse hela landet.

Stockholms läns landsting anser liksom utredningen att måttet vård dagar/ vårdplatser utgör ett trubbigt mått för dimensionering av regionsjukvården. Landstinget ser det därför som en brist att utredningen inte närmare diskuterar dimensioneringen av den öppna regionsjukvården per specialitet. Inte heller, påpekar landstinget, berörs de närmare avvägningarna mellan slutna och öppna vård.

Socialstyrelsen instämmer i utredningens uppfattning att RIA:s dimensioneringsberäkningar för den slutna vården bör uppfattas som en övre gräns.

Socialstyrelsen är också beredd att i huvudsak acceptera de bedömningar av lämplig framtida dimensionering som utredningen gjort.

Socialstyrelsen vill dock särskilt poängtera att planeringen av regionsjukvården bör utgå från en helhetsbedömning av behovet av hälso- och sjukvård inom regionen, innefattande både regionsjukvård, länssjukvård och primärvård.

Beräkningar av lämplig dimensionering av regionsjukvården inom respektive regioner måste därför utgå från de lokala förutsättningar som gäller inom varje region. De angivna rikssiffrorna kan således enligt styrelsens uppfattning inte direkt ligga till grund för bestämning av regionala dimensioneringstal. Socialstyrelsen vill i sammanhanget också än en gång understryka betydelsen av att den framtida planeringen av regionsjukvårdens omfattning och inriktning inom regionerna inte begränsas till en ensidig beräkning av vårdplatsantal.

Landstingsförbundet anför:

En allt längre driven specialisering har länge kännetecknat hälso- och sjukvårdens utveckling. Den har spritt sig från universitetssjukhusen till länssjukvården, vars kompetens efterhand ökat till att omfatta allt fler medicinska verksamhetsområden. Det är en utveckling som med all sannolikhet i huvudsak kommer att fortsätta. Den ligger i linje med de mål för sjukvårdens inriktning, som bl. a. HS 80 givit uttryck för och som förbundsstyrelsen delar. Denna innebär, att allt fler kontakter mellan den enskilde och sjukvården kan ske i det egna sjukvårdsområdet och att behovet av direkt patientrelaterade insatser på regionnivå minskar. Inom vissa regioner har också beläggningen på "regionsjukvårdsplatserna" varit låg.

Förbundsstyrelsen delar regionsjukvårdsutredningens uppfattning att den slutna regionsjukvården måste minska i omfattning men att resurserna för diagnostik och behandling i öppen vård kan behöva ökas, liksom stödet till länssjukvård och primärvård. Denna samverkan mellan olika funktioner inom sjukvården måste kraftigt förstärkas. Det ligger ett stort ansvar på regionsjukvården att, bl. a. i form av deltagande i vårdprogramarbetet, föra ut den medicinska utvecklingen till andra delar av sjukvården.

Förbundsstyrelsen vill dock understryka vikten av en noggrann avvägning mellan regionsjukvårdens och länssjukvårdens resurser. Åtskilliga aspekter måste vägas in i bilden. Å ena sidan är det önskvärt, att patienterna i möjligaste mån skall kunna erbjudas vård nära hemorten. Det talar för en fortsatt specialisering av länssjukvården med inriktning på "storkliniker" enligt HS 80:s tankegångar. Å andra sidan är det nödvändigt med ett patientunderlag av viss omfattning för att vidmakthålla och utveckla kunnandet inom den högspecialiserade vården. Det talar för en samverkan över huvudmannaskapsgränserna, så att inte resurserna i alltför hög grad splittras. Med hänsyn till vårdsmässiga men också av ekonomiska skäl är det nödvändigt att finna samverkansformer som ger underlag för en väl avvägd dimensionering av den högspecialiserade vården.

Detta gäller inte minst för de "smala specialiteterna". En koncentration är här nödvändig, även om den får konsekvenser för möjligheten att tillgodose önskemålen om närhet. Att vårdas på ett länssjukhus har stora fördelar för de patienter, som bor i närheten av sjukhuset. För övriga länsinnevanare är dessa fördelar mer begränsade, vilket medför att vård vid ett högspecialiserat sjukhus även på något längre avstånd från hemorten lättare kan accepteras.

Det omfattande underlag från olika medicinska verksamhetsområden, som utredningen tagit fram, bör vara en värdefull grund för sjukvårdshuvudmännen i arbetet med en bättre planering av den högspecialiserade sjukvårdens omfattning och struktur.

Direktionen för Akademiska sjukhuset i Uppsala anser att det förhållandet att utredningen inte har angett någon dimensionering av länssjukvården är en svaghet i materialet då behovet av regionvårdsplatser i hög grad är

beroende av länssjukvårdens utbyggnad. Enligt direktionens uppfattning är länssjukvården sämre utbyggd inom Uppsala-regionen än i andra regioner.

Det är även oklart om den planerade utbyggnaden av länssjukvården enligt landstingens sjukvårdsplaner kan genomföras i den takt som var avsedd med hänsyn till den nu förväntade ekonomiska utvecklingen.

Direktionen ifrågasätter också, liksom flertalet expertgrupper, om inte en väl utbyggd länssjukvård kan förväntas ge nya patientgrupper mer behov av regionsjukvård. Ett ytterligare hårt selekterat patientmaterial kommer givetvis att leda till förändringar i medelvårdtid och vårdtyngd vid regionsjukhuset.

Direktionen framför den uppfattningen att specialisering inom länssjukvården inte får drivas för långt. För att etablera en specialiserad funktion bör det finnas ett patientunderlag som motsvarar inrättandet av minst två tjänster för vidareutbildade läkare. Införandet av nya specialiteter får inte leda till splittring på alltför många kliniker.

Riksrevisionsverket (RRV) menar att utformningen av region- och länssjukvården måste ske utifrån främst överväganden om hur ekonomiska och personella resurser skall fördelas för att kvaliteten på vården skall bli acceptabel inom samtliga vårdnivåer samtidigt som kostnaderna begränsas.

Enligt RRV:s åsikt bör arbets- och resursfördelningen mellan region- och länssjukvård i princip ges en enhetlig struktur för samtliga regioner. Skillnader i huvudmännens nuvarande sjukvårdsorganisation, som inte motiveras av patient- och befolkningsunderlagets sammansättning, bör inte vara styrande för den framtida region- och länssjukvårdens innehåll. Fördelningen av resurser bör enligt RRV:s mening primärt syfta till att dels initiera en utveckling inom bristområden, dels förhindra en parallell uppbyggnad av region- och länssjukvård.

Gävleborgs läns landsting delar utredningens uppfattning att behovet av regionsjukvård kommer att minska i framtiden. Enligt landstingets mening talar utredningens argument för att antalet vårdplatser inom regionsjukvården bör dimensioneras efter den lägre föreslagna gränsen, dvs. ca 2 000 vårdplatser, exkl. onkologi.

Inte heller finns det enligt landstingets uppfattning anledning tro att den öppna regionsjukvården skall öka på lång sikt. Utvecklingen torde snarare tala för att den kommer att minska då landstinget anser att man även i fortsättningen skall arbeta efter LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagandenivå). Eventuellt kan antalet remisser för öppenvårdsbesök vid regionsjukhus komma att öka något men samtidigt kommer möjligheterna att återföra patienterna för fortsatt behandling och kontroll vid sjukhus inom länssjukvården att bli bättre. Sammantaget kan detta på längre sikt leda till en minskning av antalet öppenvårdsbesök vid regionsjukhusen.

Västernorrlands läns landsting anser att möjligheterna för landstinget att ha synpunkter på regionsjukvårdens dimensionering enligt utredningsförslaget är begränsade eftersom någon samlad bedömning av länssjukvårdens framtida kvalitet och kvantitativa omfattning, ej redovisas. Det är därför svårt för landstinget att få en uppfattning om den tänkta volymmässiga fördelningen mellan region- och länssjukvård. Utredningen har beräknat vårdplatsbehovet totalt i riket på regionnivå men inte gjort motsvarande bedömning för länssjukvården. Landstinget kan inte se någon större principiell skillnad när det gäller att även kunna skatta behovet av vårdplatser på länsnivå för hela riket.

Enligt landstingets mening är det mycket svårt att utifrån nu presenterat material i regionsjukvårdsutredningen försöka skaffa sig en någorlunda säker bild av omfattningen på den framtida regionsjukvården uttryckt i antal vårdplatser. Däremot återspeglar svaren från remissinstanserna inom det egna landstinget ett klart uttalat behov av ökat samarbete vad gäller utbildnings- och forskningsfrågor, konsultationer, öppen vård samt vårdprogramsamarbete.

En summering av svaren på underremisserna inom Västernorrlands läns landsting tyder på att behovet av vårdplatser vid regionsjukhuset ligger cirka 15 vårdplatser eller ca 15 % lägre än den av utredningen föreslagna normen tillämpad på Västernorrlands län.

Svenska läkaresällskapet bedömer RIA-materialet vara en källa av stort värde inför den framtida planeringen av regionsjukvård såväl som länssjukvård.

Utredningens belysning av regionsjukvårdens utnyttjande vid de olika regionsjukhusen har gjorts utan att man därvid tagit hänsyn till det varierande befolkningsunderlaget för specialiteterna inom regionerna. Variationer i de geografiska förhållandena har ej heller beaktats. Härvid skiljer sig utredningens metodik från inom sjukvårdsplanering annars använda metoder.

Den slutna regionsjukvården kommer enligt utredningens bedömningar totalt sett att minska i omfattning. Detta motiveras med tendensen att bygga ut olika specialiteter i länssjukvården samt de allmänt förkortade vårdtiderna i slutna vård. RIA har i sin prognos genomgående bedömt behoven som större än utredningen. Det är förvånande att utredningen frångått RIA:s prognoser utan särskild motivering. Det förefaller snarast som om man gjort en generell procentuell nedskärning menar Läkarsällskapet.

Beträffande den slutna regionsjukvården anser Läkarsällskapet visserligen, liksom utredningen, att den torde minskas till följd av länssjukvårdens utbyggnad. Minskningen gäller emellertid enbart under förutsättning att man räknar i vård dagar. Den hittillsvarande utvecklingen talar för en minskning i antalet utnyttjade vård dagar medan remissantalet har varit oförändrat eller något ökat. Vården av remisspatienter har således blivit allt

intensivare. Denna utveckling kommer sannolikt att fortsätta. Länssjukvårdens möjlighet att själv ta hand om patienter som nu remitteras ökar men samtidigt utvecklas kontinuerligt nya behandlingsmöjligheter vid regionsjukhusen, vilket leder till nya remisser. Det är således Sällskapets uppfattning att en ökad specialisering av länssjukvården inte automatiskt leder till ett reducerat behov av regionsjukvård.

Den framtida regionsjukvården bör emellertid ha en flexibel organisation när det gäller antalet vårdplatser på regionnivå för de enskilda medicinska specialiteterna. Den hittillsvarande utvecklingen har ju i hög grad avvikit från den i 1958 års regionvårdsutredning förutsedda. Det finns all anledning att tro, att utvecklingen också i framtiden i betydande utsträckning kommer att ske sprängvis och inom oväntade områden. Regionsjukhusen måste därför ha beredskap och flexibilitet såväl när det gäller vårdplatser som när det gäller andra resurser för att möta den växande strömmen av remisser från länssjukvården.

Den öppna regionsjukvården kommer enligt utredningen att öka i omfattning. Läkaresällskapet är osäkert om utvecklingen inom denna sektor. Troligen kommer utvecklingen att variera inom olika specialiteter. Konsultationsverksamhet i olika former synes därtill kraftigt ha ökat och denna utveckling förväntas fortsätta. För närvarande finns olika underlag för bedömning av de resurskrav som måste ställas för genomförande av den öppna vården inklusive konsultationsverksamheten. Det finns anledning att ytterligare analysera denna verksamhet och dess resurskrav, dels för bedömning av olika specialiteters prestationer, dels för fördelning av regionsjukvårdens kostnader inom regionen.

Handikappförbundens Centralkommitté (HCK) anser att den förstärkning av länssjukvården som föreslås i utredningen är mycket värdefull för stora grupper handikappade. Det är för de flesta vårdkonsumenter angeläget att vården kan erhållas så nära hemorten som möjligt. Många handikappade behöver periodvis ytterst kvalificerad specialistvård som endast kan ges av regionsjukvården. Det är angeläget för dessa att eftervård kan ges inom länssjukvården.

HCK ställer sig, utan att ta ställning till det totala resursbehovet, bakom utredningens förslag om utvecklingen av den högkvalificerade sjukvården.

Landsorganisationen i Sverige (LO) anför:

LO har tidigare i olika sammanhang, bl. a. i rapporten "Fackföreningsrörelsen och socialpolitiken" till 1976 års LO-kongress uttalat sig för en starkare satsning på uthyggnad av primärvården och långtidsjukvården liksom företagshälsovården och yrkesmedicinen. I detta ligger ett krav på en starkare inriktning av sjukvårdens uthyggnad på de breda folksjukdomarna och en mer rättvis geografisk fördelning av vårdresurserna. Därav följer en större återhållsamhet när det gäller den högspecialiserade vården vid de stora sjukhusen, där påtagliga risker finns för en överetablering.

Det material som regionsjukvårdsutredningen redovisar stöder helt LO:s tidigare bedömning. Regionsjukvården är överdimensionerad i förhållande till behoven av den specialiserade sjukvård som där ges. Utredningen räknar också med att volymen sluten regionsjukvård kommer att minska. På vissa verksamhetsområden krävs också i dag större befolkningsunderlag för en klinik än tidigare.

LO:s utgångspunkt när man tar ställning till frågan om regionsjukvården är i första hand medlemmarnas krav på att sjukvården måste byggas ut så, att alla medborgares rätt till god vård på lika villkor kan garanteras. I de delar av landet där man inte har stora sjukhus att vända sig till finns det i dag stora brister framför allt när det gäller tillgång på läkare. Vid de stora regionsjukhusen är ytterst få tjänster vakanta. Flertalet tjänster innehåses av behöriga innehavare. Vid regionsjukhusen och inom storstadsregionerna kan man också till nästan 100 % få vikarier vid ordinarie läkares ledighet. I andra delar av landet är det inte ovanligt att 40–60 % av läkartjänsterna, särskilt inom prioriterade områden som distriktsvård, långvård och psykiatri saknar behörig innehavare. Där saknar man också ofta möjligheten att skaffa vikarier vid ledigheter och för fortbildning.

Vi har redan i dag betydande vårdbehov som inte kan tillgodoses på ett tillfredsställande sätt. Ökade krav på vård kommer att ställas i framtiden bl. a. beroende på ett ökande antal äldre människor. Detta gör det särskilt viktigt att den fortsatta utbyggnaden av sjukvården görs på det mest ändamålsenliga sättet ur de vårdbehövandes synpunkt. Det betyder enligt LO:s mening att primärvård genom vårdcentraler, hemsjukvård och lokala sjukhem skall ges prioritet. Parallellt härmed bör företagshälsovården byggas ut. Den bör genom primärvårdens utbyggnad alltmer kunna inriktas på det förebyggande arbetet. Väl utbyggda länssjukhus med bl. a. yrkesmedicinska kliniker och rehabiliteringskliniker bör också vara en viktig del i den framtida sjukvården.

Därutöver har regionsjukvården en viktig, men relativt begränsad uppgift. En väl utvecklad regionsjukvård måste finnas för sådana ovanligare sjukdomar eller mer specialiserad behandling som inte finns underlag för inom varje enskilt landstingsområde. Regionsjukvårdsutredningens material visar emellertid klart att regionsjukvården i dag i vissa delar är överdimensionerad. Mot denna överdimensionering inom regionsjukvården måste ställas de stora brister som finns när det gäller främst vårdcentraler, företagshälsovård, långtidssjukvård, psykiatrisk vård samt yrkesmedicin. Med hänsyn till de ekonomiska begränsningar som landstingen måste arbeta under och bristen på sjukvårdspersonal medför överdimensionering inom regionsjukvården oundvikligen minskade möjligheter att tillgodose behoven inom de bristområden som här nämnts. Detta gäller i särskilt hög grad till följd av att de relativt väl utrustade regionsjukhusen av många läkare betraktas som mer attraktiva än t. ex. distriktsvården och långtidssjukvården.

Jurist- och Samhällsvetarförbundet anför:

Det omfattande underlag för sjukvårdshuvudmännens gemensamma planering, vilket framtogs inom det s. k. RIA-projektet anser JUS vara väl lämpat för sitt syfte. Där gjorda bedömningar synes vara ur medicinsk synpunkt riktiga och välavvägda. Utredningen har emellertid i förhållande till RIA-gruppernas dimensioneringsförslag i flera fall reducerat antalet vårdplatser på regionnivå med hänvisning till att huvudmännens planer förutsätter en betydande ökning av länssjukvårdens resurser, bl. a. vad avser antalet specialiteter. JUS instämmer i utredningens synpunkter på läns- respektive regionsjukvårdens omfattning och innehåll med – för länssjukvårdens del – en successivt ökande specialisering. Begränsningen till endast vissa regionsjukhus av en del "superspecialiteter" är säkert riktig. Med hänsyn till det samhällsekonomiska läget synes det dock ovisst om sjukvårdssektorns allmänna tillväxt, i synnerhet länssjukvårdens expansion, kommer att förverkligas i avsedd takt och omfattning. Konsultsystem samt föreslagen tilläggsutbildning för specialister är goda och delvis prövade vägar till fortsatt kvalitetshöjning i länssjukvården.

Sveriges läkarförbund anför:

De s. k. RIA-rapporterna utgör enligt läkarförbundets mening ett mycket värdefullt underlag för den framtida sjukvårdsplaneringen. Utredningen har också i stor utsträckning tagit fasta på de synpunkter och förslag som redovisats i rapporterna.

Läkarförbundet vill understryka utredningens konstaterande att länssjukvården vid regionsjukhusen har stor betydelse för att läkare skall kunna upprätthålla och utveckla sitt kunnande samt att läkarna behöver följa och delta i vård av såväl patienter med sjukdomar vilka kräver regionsjukvård som patienter med sjukdomar av länssjukvårdskaraktär. Detta utgör ett enligt läkarförbundets mening riktigt avståndstagande från HS 80:s idéer om att vissa läkare skulle avdelas för att arbeta enbart med patienter på regionsjukvårdsnivå.

Mot bakgrund av gällande sjukvårdspolitiska prioriteringar och med hänsyn till de begränsade ekonomiska resurserna anser utredningen att RIA:s dimensioneringsberäkningar för slutenvård bör uppfattas såsom en övre gräns. Läkarförbundet instämmer inte generellt i denna bedömning utan ger specialitetsvisa kommentarer. (För information i detta hänseende hänvisas till läkarförbundets yttrande i dess helhet.)

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala finner utredningens bedömning riktig att koncentrera antalet enheter för barnkirurgi, thoraxkirurgi och transplantationskirurgi till fyra enheter. Direktionen stöder utredningens uppfattning att fyra regionsjukhusorter bör ha fullständig regionvård, nämligen Stockholm, Uppsala, Göteborg och Lund/Malmö. Denna uppfattning delas också av *Kalmar*, *Kristianstads*, *Malmöhus* och *Hallands läns landsting*.

Spri ser utredningens ställningstagande till att thoraxkirurgi, barnkirurgi,

brännskadevård, transplantationskirurgi och neurokirurgi skall koncentreras till ett fåtal orter som ett riktigt och avgörande vägval inför den framtida utbyggnaden av sjukvården. Spri påpekar dock att en sådan omstrukturering inte är problemfri och att man därför får acceptera att genomförandet kan komma att kräva viss tid.

Uppsala läns landsting delar också utredningens ställningstagande rörande koncentration av resurserna för vissa medicinska verksamhetsområden för att undvika överetablering. I likhet med utredningen anser landstinget att de totala konsekvenserna för regionsjukhuset mycket nog måste penetreras innan en nedläggning av ett medicinskt verksamhetsområde över huvud taget kan övervägas.

Östergötlands läns landsting delar inte utredningens uppfattning. När det gäller superspecialisering är den enskildes personliga insats ofta avgörande för resultaten. Om vid de mindre regionsjukhusen utvecklas en superspecialitet bör därför möjlighet finnas till detta menar landstinget och exemplifierar med "superspecialiteter i mellanörekirurgi" och brännskadevård.

4. Former för planeringssamverkan

4.1 Regional sjukvårdsplanering

Utredningens förslag i sammanfattning

Utredningen har utgått från att alla sjukvårdshuvudmän i fortsättningen kommer att ha en väl utvecklad planering av sin verksamhet i huvudsaklig överensstämmelse med det planeringssystem som är under vidareutveckling i samarbete mellan centrala organ.

En förutsättning för att resurserna inom en sjukvårdsregion skall kunna utnyttjas effektivt är planeringssamverkan avseende innehållet i och omfattningen av den regionsjukvård som regionsjukvårdshuvudmannen skall tillhandahålla och den vård övriga huvudmän inom regionen skall svara för. En sådan planeringssamverkan måste avse såväl längre som kortare tidsperspektiv. Resultatet av den gemensamma planeringen i dessa avseenden måste sedan ingå i resp. sjukvårdshuvudmans egna planer och fastställas av sjukvårdshuvudmannen.

Erfarenheten har visat att med nuvarande samarbetsformer mellan sjukvårdshuvudmännen finns betydande risker för bristande samordning mellan läns- och regionsjukvården med åtföljande överetablering inom den högkvalificerade sjukvården. Utvecklingen av sådana resurser bör ske planmässigt enligt överenskommelse mellan sjukvårdshuvudmännen inom i första hand varje region men även mellan regionerna. En gemensam planering inom och mellan regionerna måste därför enligt utredningens mening vara obligatorisk.

Skyldighet att medverka i en samordnad planering av sjukvården måste

vara knuten till viss region. Regiontillhörigheten måste därför också vara obligatorisk.

I övrigt bör sjukvårdshuvudmännen bestämma sina inbördes samarbetsformer. Likaså bör sjukvårdshuvudmännen bestämma omfattning och lokalisering av resurserna för regionsjukvården inom ramen för den gemensamma planeringen.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser instämmer i eller lämnar utan erinran utredningens bedömning att en planeringssamverkan avseende innehållet i och omfattningen av den inom regionen gemensamma regionsjukvården är en förutsättning för att resurserna inom en sjukvårdsregion skall kunna utnyttjas effektivt. Likaså tillstyrker de flesta instanser eller lämnar utan erinran utredningens förslag om obligatorisk planeringsskyldighet och regiontillhörighet.

Socialstyrelsen ansluter sig till utredningens förslag och menar att det föreslagna systemet innebär en avsevärd förbättring gentemot nuläget. Det torde kunna ge huvudmännen starkt förbättrade möjligheter att successivt anpassa regionsjukvårdens dimensionering och innehåll till förändrade krav.

Socialstyrelsen pekar på att beskrivningar av regionsjukvårdens samverkan med primärvården saknas. De tre leden regionsjukvård, länssjukvård och primärvård bör i princip ses som likvärdiga samarbetspartners inom vårdorganisationen.

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) anser liksom utredningen det angeläget att en regionsjukvårdsplanering kommer till stånd. Enligt Spris mening är det väsentligt att regionsjukvårdsutredningens förslag följs upp i dimensioneringen av läkarutbildningen och särskilt då specialistläkarutbildningen. Spri vill framhålla att värdefullt underlag för regionsjukvårdsplaneringen bör vara en kartläggning och analys av specialistremissernas omfattning och innehåll. Därigenom får man bl. a. en bild av vårdmöjligheter och kapacitetsproblem inom olika landsting vilket är av betydelse även för planeringen av länssjukvården.

Älvsborgs läns landsting bedömer utredningens förslag om en obligatorisk samplanering som riktig och anser att de överenskommelser, som träffas om regionalt samarbete, måste grundas på de av berörda huvudmän utarbetade planerna för sjukvården.

Utredningens förslag om att såväl principplanering, flerårsplaner som ettårsbudget skall behandlas av alla nivåer bedömes dock som realistiskt och torde om det genomföres under alla omständigheter leda till en ökad och helt onödigt byråkratisering. Likaledes får de administrativa åtgärderna i samband med planeringsverksamheten inte inkräkta på den enskildes huvudmannens självbestämmanderätt.

Landstinget anser vidare att samverkansnämnderna i första hand skall sammanställa de enskilda sjukvårdshuvudmännens principplaner till en regionplan, som de berörda huvudmännen därefter har att fastställa var för sig. De hårt pressade tidsramarna för framttagande av fleråriga verkställighetsplaner och årsbudget medger inte att dessa detaljgranskas av vare sig samverkansnämnd eller centralt organ. Dessa planer bör endast behandlas av samverkansnämnd i de fall de avviker från fastställda principplaner och påverkar annan huvudmans planering eller löpande verksamhet. I övrigt torde samplaneringskravet avseende dessa planer inte behöva sträcka sig längre än till anmälningsskyldighet avseende avvikelser. De fleråriga verkställighetsplanerna bör dock som ett led i den kontinuerliga informationen tillställas den egna samverkansnämnden.

Statskontoret och riksrevisionsverket accepterar i princip utredningens förslag men saknar en redovisning om vilka styrmedel socialstyrelsen och socialdepartementets sjukvårdsdelegation kan förfoga över när en samordning inte kan komma till stånd eller när ett genomförande inte sker enligt den samlade bedömningen av regionsjukvårdens resursbehov.

Landstingsförbundet anser det nödvändigt med en fastare grund för beslut om regionsjukvårdens omfattning. Styrelsen ställer sig därför bakom utredningens förslag om en lagfäst planeringsskyldighet när det gäller regionsjukvårdens innehåll och omfattning, knuten till obligatoriska regioner. Överenskommelser mellan huvudmännen i varje region men även mellan regionerna kommer därmed att reglera regionsjukvårdens omfattning.

Statens Handikappråd stöder utredningens förslag och påpekar att de beskrivna samverkansformerna bör i första hand inriktas på att initiera och påskynda utvecklingen av resurser inom bristområden, som t. ex. den reumatologiska vården.

Vissa landsting, bl. a. *Värmlands läns landsting* påpekar att sättet för samplaneringens genomförande inklusive behandling av årsbudget samt inriktningen och omfattningen av det regionala samarbetet i övrigt bör inte bli föremål för detaljerad lagstiftning utan regleras huvudmännen emellan.

Örebro läns landsting har pekat på möjligheten till samverkan mellan två regionsjukhus och menar att ett sådant samarbete inom vissa specialiteter, där två regionsjukhus kan komplettera varandra, men även inom områdena utbildning, forskning och utveckling otvivelaktigt skulle betyda ett bättre resursutnyttjande och en effektivisering av verksamheten. En samverkan av det slag som här antytts bör kunna komma till stånd på grundval av och som ett resultat av den regionsjukvårdsplanering som förutsätts bli genomförd. Detta i sin tur förutsätter givetvis att någon ändring av indelningen i sjukvårdsregioner för närvarande inte sker menar landstinget.

Stockholms läns landsting anser att det – med hänsyn till det stora och självklara intresse som de i regionerna ingående huvudmännen har för

planering av regionsjukvården - är överflödigt att reglera planeringsskyldigheten i lag. Däremot kan det vara lämpligt att i en lag fastlägga regionernas omfattning och beståndsdelar.

Landsorganisationen i Sverige (LO) tillstyrker förslagen rörande samplanering men vill betona att planeringen måste utformas så att den underlättar och inte försvårar en bred debatt och en demokratisk kontroll över sjukvårdens utveckling. Det betyder att man bör eftersträva en planering där olika alternativ presenteras och kan vägas mot varandra. Det betyder också en redovisning av planeringen i sådana former som underlättar för medborgarliga organisationer att yttra sig över planerna. Det innebär vidare att samverkansformerna måste utformas på ett sådant sätt att medborgarna klart kan bedöma var det politiska ansvaret för planer och beslut ligger.

Svenska kommunalarbetsareförbundet anser att utredningens tankegångar om en gemensam och obligatorisk planering inom och mellan regionerna bör genomföras. Det bör dock understrykas att planeringsunderlagen bör utformas på ett sådant sätt att olika alternativ kan presenteras på ett lättfattligt sätt och att dessa går ut på remiss till bl. a. löntagarorganisationerna. Detta innebär att olika samverkansformer och planer måste utformas så att den enskilde individen klart kan bilda sig en uppfattning om den politiska ansvarsfördelningen för planer och beslut.

Sveriges läkarförbund delar uppfattningen att det regionala samarbetet bör omfatta i princip alla medicinska verksamhetsområden liksom att samverkan bör avse även information, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete. Vad gäller vårdprogram anser läkarförbundet att dessa som regel bör utformas på högst sjukvårdsområdesnivå och endast i undantagsfall ha karaktären av regionprogram. Detta utesluter naturligtvis inte ett utvecklat samarbete och erfarenhetsutbyte såväl inom som mellan regionerna.

Läkarförbundet delar också uppfattningen att en intensifierad planerings-samverkan är en nödvändig förutsättning för en ändamålsenlig utveckling av regionsjukvården.

Jönköpings läns landsting anför att i utredningen föreslagen skyldighet för den enskilde sjukvårdshuvudmannen att inom ramen för bestämmelserna i sjukvårdslagen medverka i gemensam planering inom och mellan regionerna skapar förutsättningar för en välavvägd resursfördelning inom regionen, en resursfördelning som anpassas till utvecklingens krav och till de ekonomiska förutsättningarna.

4.2 Samordning på rikspanet

Utredningens förslag i sammanfattning

Utredningen anser att de regionala planerna måste insändas till socialstyrelsen och Landstingsförbundet i god tid innan de fastställs av berörda sjukvårdshuvudmän.

Det framstår som naturligt att erforderliga sammanställningar av de regionala planerna utgår från det etablerade samarbetet mellan de centrala organen rörande sjukvårdshuvudmännens planer. Huvuddelen av erforderlig bearbetning och analys av de regionala planerna bör också kunna genomföras i samarbete mellan de centrala organen.

Sedan de regionala planerna sammanställts och analyserats bör överläggningar tas upp med berörda regioner beträffande sådana medicinska verksamhetsområden där en samlad bedömning motiverar förändringar i planerna. Sådana överläggningar bör också tas upp under pågående planeringsarbete avseende samverkan mellan regioner, då någon så begär eller då anmälan inkommit om att avvikelse av betydelse för andra regioner kommer att ske från fastställd plan.

Remissinstanserna

Remissopinionen är delad när det gäller samordning på riksplanet av de regionala planerna.

Vissa instanser, bl. a. *Uppsala, Kronobergs, Östergötlands, Jönköpings, Kalmar, Blekinge och Malmöhus läns landsting* har instämt i att en fördjupad regional samverkan behövs men har ställt sig tveksamma eller negativa till utredningens förslag att regionernas principplaner skall insändas till socialstyrelsen och landstingsförbundet i så god tid innan de fastställs av berörda landsting, att de centrala organen har möjlighet att upptaga överläggningar med regionens sjukvårdshuvudmän.

Kristianstads läns landsting tillstyrker däremot den av utredningen föreslagna modellen beträffande sammanställning av regionsjukvårdsplanerna till en gemensam plan för högspecialiserad vård för hela landet där socialstyrelsen är den sammanhållande myndigheten.

Göteborgs kommun instämmer i att det måste förekomma en samordning på riksplanet för att man skall få en anpassning av sjukvårdens utveckling till de samhällsekonomiska ramarna. Utredningens förslag till rikssamordning leder dock till en etableringskontroll och central styrning, som riskerar bli alltför byråkratisk och hämmande.

Tonvikten i det centrala inflytandet bör inte ligga i granskning och eventuell korrigerande av utarbetade princip- och flerårsplaner. Det är mer värdefullt om den centrala insatsen kommer in i början av planeringsprocessen så att revideringar i efterhand kan undvikas. Det centrala inflytandet bör ha formen av planeringsunderlag, målsättningsanalyser o. d. Socialstyrelsens principprogram och regionsjukvårdsutredningens betänkande utgör bra exempel på sådant underlag. Därutöver måste överenskommelser om viss flerregional verksamhet finnas. Överläggningar därom bör tas upp omgående mellan huvudmännen och de centrala instanserna i syfte att skapa riktlinjer för den regionala planeringen på dessa områden. Sådana överläggningar bör sannolikt förekomma regelbundet.

Den regionala och lokala rörelsefriheten bör inte begränsas så att utvecklingen bromsas. Det är väsentligt att utrymme skapas för flexibilitet och att man arbetar för att regionens huvudmän och sjukvårdsenheter skall känna ansvar för att samarbetet inom regionen fungerar och ger resultat.

Landstingsförbundet anför följande.

Den regionala planeringen av regionsjukvården måste kompletteras med en flerregional planering för sådan verksamhet som kräver samarbete mellan två eller flera regioner. I likhet med utredningen anser landstingsförbundet det nödvändigt med ett förstärkt inflytande och ökade styrmöjligheter på central nivå för att få till stånd en rimlig total dimensionering av regionsjukvården. Utredningens förslag om de centrala organens roll och om omfattningen av deras planeringsansvar är dock inte entydigt. Detta är naturligt med bakgrund av de överväganden om ansvar och arbetsuppgifter, som samtidigt pågått bl. a. i anslutning till arbetet med HSU och med den framtida organisationen av socialstyrelsen. Det är likväl en fråga som måste preciseras och få sin lösning.

Viktiga uppgifter, som måste lösas på central nivå är följande: De skilda regionsjukvårdsplanerna skall sammanställas och avvägas på riksnivå. Utifrån övergripande bedömningar om behovet av högspecialiserad vård måste därvid de regionala planerna jämkas ihop och kanske justeras. Ett centralt organ måste ta upp överläggningar med de regioner, där det krävs justeringar. Det kan för en hel region gälla omfattningen av den högspecialiserade vården och för enskilda huvudmän gälla avvägningen mellan region- och länssjukvård.

Det centrala arbetet kräver insatser från flera håll. Såväl socialstyrelsen som landstingsförbundet måste delta i arbetet. Arbetsfördelningen kan lösas på olika sätt. Landstingsförbundet finner det dock angeläget att hitta arbetsformer, som borgar för att det demokratiska inflytandet säkerställs. Landstingsförbundet har därför gjort den bedömningen, att landstingsförbundet här bör ta på sig en vidgad roll. Det praktiska arbetet måste ske i samverkan mellan de centrala organen och kommer att kräva betydande insatser framför allt från socialstyrelsen med dess specifika kompetens när det gäller medicinska frågor. Landstingsförbundet bör dock ha det slutliga ansvaret för att nödvändiga centrala avvägningar görs. En sådan lösning innebär att det i första hand är det politiska ansvaret på central nivå, som förstärks. Den rimmar också väl med den allmänna tendensen i samhället, att ge de kommunala huvudmännen ökade befogenheter. Arbetet skulle med en sådan lösning kunna fördelas enligt följande.

- Landstingsförbundet summerar på sjukvårdshuvudmännens uppdrag regionsjukvårdsplanerna till en gemensam sammanställning för högspecialiserad vård för hela landet.
- Landstingsförbundet analyserar resultatet i samråd med socialstyrelsen och överväger dimensionering och behovet av samverkan mellan olika regioner.

- Landstingsförbundet tar upp överläggningar om förändringar i planerna med de regioner, där den samlade bedömningen motiverar justeringar och utarbetar en slutlig sammanställning.
- Den slutliga sammanställningen utgör ett av underlagen för överenskommelser med staten om exempelvis finansieringsfrågor och forsknings- och utbildningsfrågor

En sådan vidgad roll för förbundet innebär i första hand en medlande roll. Den kan också få till följd att förbundet i helhetens intresse tvingas ta ställning i kontroversiella frågor och driva en viss linje i förhandlingar med staten.

5. Regionala samverkansnämnder

Utredningens förslag i sammanfattning

Utredningen föreslår att regionala samverkansnämnder inrättas inom varje sjukvårdsregion. Samverkansnämnderna skall dels ta över befintliga region-sjukvårdsnämnders uppgifter, dels svara för ovan redovisad regional planering och i övrigt utökad samverkan. De bör vara rådgivande men ändå ha tyngd och självständighet. Utredningen pekar särskilt på de erfarenheter som gjorts av Västsvenska planeringsnämnden i Göteborg.

Utredningen förutsätter att samverkansnämnderna också handlägger frågor beträffande block för läkares vidareutbildning inom sjukvårdsregionerna.

Samarbete i beredskapsfrågor bör etableras mellan samverkansnämnderna och civilbefälvärnarna.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser instämmer i utredningens synpunkter beträffande behovet av regionala samverkansnämnder.

Landstingsförbundet anför följande:

Landstingsförbundet anser, att utredningens "rådgivande samverkansnämnder" bör vara lämpliga organ att svara för den regionala planeringen av den högspecialiserade vården och ansluter sig i stora drag till utredningens beskrivning av samverkansnämndernas uppgifter i fråga om denna planering. Förbundet finner det dock angeläget, att man i det fortsatta arbetet skapar enhetliga regler för en parlamentarisk sammansättning av samverkansnämnderna. Formerna för det praktiska arbetet i nämnderna och hur det skall organiseras måste dock växa fram successivt och anpassas efter regionala förutsättningar så att arbetet kan ske i smidiga former. Planeringsarbetet, främst då det gäller årsbudgeten, är redan i dag hårt tidspressat och det regionala samarbetet måste därför i hög grad koncentreras kring den långsiktiga planeringen, i första hand flerårsplanerna.

När det gäller vissa andra arbetsuppgifter som regionsjukvårdsutredningen tar upp, anser förbundsstyrelsen, att det ännu är för tidigt att slå fast vilken roll nämnderna bör spela. Det är viktigt, att man inte i inledningsskedet ställer alltför stora förhoppningar på nämndernas möjligheter att lösa olika samordningsproblem. Med hänsyn till att utredningens förslag i så hög grad betingas av förutsättningarna för den specialiserade medicinska sjukvården, kan det inte utan ytterligare prövning förutsättas att nämnderna är en lämplig organisation för andra samarbetsbehov. Det kan ligga en konfliktrisk i att det regionala samarbetsorganet får uppgifter som inte sammanfaller med samtliga avtalsparterers intressen och behov. När det gäller läkarnas vidareutbildning måste ytterligare avvägningar göras mellan centrala och regionala insatser, bl. a. mot bakgrund av de förändringar, som kan bli en följd av hälso- och sjukvårdsutredningens (HSU) förslag.

Regionsjukvårdsutredningen föreslår samrådsgrupper med medicinska företrädare på regionnivå för att kontinuerligt bereda de medicinska frågorna inom olika verksamhetsområden och hjälpa till med att ta fram ett medicinskt planeringsunderlag. Förbundet delar – som tidigare framhållits – uppfattningen, att samordningen av det medicinska innehållet i regionsjukvården är viktig och att sådana arbetsgrupper kan få angelägna uppgifter. Det gäller inte minst för arbetet med att åstadkomma gemensamma vårdprogram för stora sjukdomsgrupper. Förbundet vill dock varna för en dubbling av själva planeringsarbetet. Det är sjukvårdshuvudmännens egna planer som måste ligga till grund för arbetet med den gemensamma regionsjukvårdsplanen. Det är med utgångspunkt från detta underlag, där såväl medicinska som andra faktorer vägts in, som den regionala avvägningen måste ske.

Landstingsförbundet ställer sig bakom utredningens synpunkter på samverkansnämndernas uppgifter, när det gäller sjukvårdsberedskapen för krig. Förbundet vill understryka värdet av att en utredning om fredssjukvård, såsom här skett, även beaktar beredskapsaspekter.

Civilbefälhavarna i Västra civilområdet och i *Nedre Norrlands civilområde* menar att utredningens förslag om ett samarbete i beredskapsfrågor mellan de regionala samverkansnämnderna och civilbefälhavarna är ytterst värdefullt.

Svenska Läkaresällskapet menar att för att den flexibilitet vad gäller resurser som utredningen avser skall uppnås är det nödvändigt att de föreslagna regionala samverkansnämnderna får vidgade uppgifter och blir mer aktivt verkande än nuvarande regionsjukvårdsnämnder. Svenska Läkaresällskapet understryker behovet av ett organ för samarbetsfrågor, t. ex. ekonomi, vårdplanering, regionala vårdprogram och riktlinjer för remittering. Denna nya organisation måste utformas så att även utbildningens och forskningens krav beaktas.

Utredningen understryker att det medicinska innehållet i de verksamheter som samordnas regionalt måste beredas av medicinska företrädare inom

regionen. Läkaresällskapet anser att utredningens förslag är riktigt, men vill betona att de uppgifter som skisseras för den regionala samverkansnämnden är omfattande och svåra. Det gäller för huvudmännen och nämnden att omsätta förslagen i praktisk samverkan. Svenska Läkaresällskapet vill framhålla önskvärdheten av att såväl medicinsk som administrativ personal från de berörda huvudmännen engageras.

Jönköpings läns landsting tillstyrker utredningens förslag att regionala samverkansnämnder bör ta över befintliga regionsjukvårdsnämnders uppgift och även svara för regional planering och övrig samverkan. Genom tillkomsten av en samverkansnämnd skulle sannolikt riskerna för en överetablering inom den högkvalificerade sjukvården vara obetydliga.

Värmlands läns landsting anför:

Utredningens förslag om inrättande av regionala samverkansnämnder tillstyrkes av landstinget, dock med en viss tveksamhet inför utredningens förslag till en permanent samrådsgrupp med uppgift att åstadkomma regionala vårdprogram. Landstinget befarar att denna modell kan bli alltför tungadministrerad och förordar i stället att sådana samrådsgrupper tillsätts efter behov.

Östergötlands läns landsting tar upp förslaget om särskilda samrådsgrupper inom olika medicinska ämnesområden för utveckling av bl. a. vårdprogram och anför:

Detta är något som i mindre skala har prövats i Linköpings-regionen och vi biträder helt uppfattningen att detta samarbete bör utvecklas. Här kan en koppling göras till den medicinska samordningsorganisationen som är under utveckling inom vårt län.

Uppsala läns landsting gör samma bedömning och pekar på att samarbetet även bör omfatta frågor avseende läkares fortsatta vidareutbildning. Ett sådant samarbete pågår redan inom Uppsala-regionen. Landstinget finner det angeläget att detta samarbete får fortsätta och vidareutvecklas.

Motsvarande synpunkt framförs också av *Gävleborgs* och *Malmöhus läns landsting* samt *Malmö kommun*.

Riksrevisionsverket ifrågasätter om de föreslagna samverkansnämnderna kan fullgöra sina uppgifter utan några möjligheter att formellt fatta beslut om regionsjukvårdens innehåll och utformning.

Statskontoret framför en liknande synpunkt och anför:

När det gäller statens granskande funktion saknar statskontoret en redovisning av vilka styrmedel socialstyrelsen och socialdepartementets sjukvårdsdelegation kan förfoga över när en samordning inte kan komma till stånd eller när ett genomförande inte sker enligt den samlade bedömningen av regionsjukvårdens resursbehov.

Jönköpings läns landsting anför följande:

Genom att samverkansnämndens kansli enligt förslaget skall vara fristående från regionsjukvårdshuvudmannens förvaltning ökar övriga sjukvårdshuvudmäns tilltro till utarbetade förslag. I likhet med utredningen

anser Jönköpings läns landsting att det mesta planeringsarbetet bör ske inom projektgrupper med representanter för samtliga i regionen ingående sjukvårdshuvudmän. Det måste dock ankomma på varje i sjukvårdsregionen ingående landsting att tillse, att insatserna för den i utredningen föreslagna samplaneringen läggs på en rimlig nivå.

Liknande synpunkter med tillstyrkande av utredningens förslag framförs av bl. a. *Östergötlands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Kopparbergs och Gävleborgs läns landsting samt Göteborgs kommun, Nämnden för läkares vidareutbildning, Medicinska forskningsrådet samt civilbefälhavaren i övre Norrlands civilområde.*

Malmöhus läns landsting och Malmö kommun anser att nämnden själv bör avgöra i vilka organisatoriska former denna skall verka.

Örebro läns landsting tillstyrker utredningens förslag om regionala samverkansnämnder men anser att det bör ankomma på sjukvårdshuvudmännen att överenskomma om samverkansnämndernas sammansättning, arbetsformer m. m. Detsamma gäller även frågan om kansli- och utredningsresurserna för samverkansnämnderna. Landstinget finner därför inte anledning att i sitt yttrande lägga några särskilda synpunkter på vad utredningen i detta avseende anfört beträffande samverkansnämnd.

Liknande synpunkter har framförts av *Västmanlands, Uppsala läns, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting samt Direktionen för Akademiska sjukhuset i Uppsala* som instämmer i utredningens förslag om de regionala samverkansnämndernas arbetsuppgifter men ej delar utredningens uppfattning om att nämnderna skall betjänas av ett fristående kansli.

Uppsala läns landsting pekar på den underrepresentation från regionsjukvårdshuvudmannen som kan bli följden om antalet platser i nämnden fördelas efter folkmängd i respektive sjukvårdsområde. Landstinget kan inte acceptera en sådan sammansättning av nämnden inte minst mot bakgrund av att regionsjukvårdshuvudmannen förutsätts påta sig långtgående ekonomiskt ansvar för regionsjukvården. Frågan om den regionala samverkansnämndens sammansättning bör enligt landstingets mening tills vidare lämnas öppen för att senare avgöras inom regionen.

Stockholms läns landsting anser att samordningen av regionsjukvården inom varje region bör lösas genom direkta kontakter mellan huvudmännen på det sätt som de själva finner lämpligt. Det finns knappast enligt landstinget något behov av att inrätta ett nytt samordningsorgan för Stockholmsregionen, eftersom denna region föreslås omfatta endast ett fåtal huvudmän. Det kan dock vara värdefullt om landstingsförbundet förmedlar erfarenheter regionerna emellan om hur samråd och samordning kan ske.

6. Regionindelningen

Utredningens förslag i sammanfattning

Utredningen har redovisat sin uppfattning att volymen sluten regionsjukvård kommer att minska. RIA-underlaget har vidare pekat på behovet av ytterligare koncentration av regionsjukvården för vissa verksamhetsområden. Bemanningsutvecklingen medför också krav på större befolkningsunderlag för att tillfredsställande medicinsk kvalitet skall kunna upprätthållas. Inom flera verksamhetsområden, bl. a. allmänkirurgi, finns behov av profilering eftersom den enskilda regionsjukvårdsklinikens del av den totala regionsjukvården inom verksamhetsområdet är för liten för att ett fullständigt sjukvårdsutbud skall kunna ges med tanke på kvalitet och säkerhet.

Det är mot denna bakgrund nödvändigt att ompröva antalet regionsjukhus och antalet regioner och därmed indelningen av riket i sjukvårdsregioner.

Utredningen föreslår att antalet regioner minskas från sju till sex. Utredningen anser liksom 1958 års regionvårdsutredning att sambandet mellan regionsjukvård och utbildning jämte forsknings- och utvecklingsarbete är så starkt, att dessa regioner bör baseras på var sin av de sex orter som har medicinska högskolor/fakulteter. Stor-Stockholm resp. Lund/Malmö betraktas därvid som vardera en ort.

Sjukvårdsregionen med den minsta folkmängden, Umeåregionen, har redan påtagliga besvär till följd av bristande patientunderlag och har föreslagit ökning av regionen.

Det är också utredningens uppfattning, att Umeåregionen måste tillföras ytterligare befolkningsunderlag för att regionsjukhuset i längden skall kunna upprätthålla den medicinska standard som är en förutsättning för att kunna bedriva regionsjukvård. Detta bör ske genom att regionen utökas med såväl södra delen av Västernorrlands län (Medelpad) som Jämtlands län, vilka f. n. tillhör Uppsala-regionen.

Utredningen föreslår vidare att Örebroregionen omstruktureras och att i denna ingående län överförs till andra regioner. Värmlands län bör därvid föras till Göteborgsregionen, Södermanlands län till Stockholmsregionen samt Örebro län till Uppsala-regionen liksom också den del av Västmanlands län – Köpingsområdet – som nu tillhör Örebroregionen.

Hallands läns södra del, som nu tillhör Lund/Malmöregionen, föreslås överförd till Göteborgsregionen.

Genom föreslagna ändringar i regionindelningen kommer varje sjukvårdsområde att helt tillhöra en region.

6.1 Allmänt om förslaget till ändrad regionindelning

Många remissinstanser instämmer i utredningens förslag till ändrad regionindelning. Några instanser instämmer i utredningens bedömning att en

fullständig region behöver 1,5 milj. invånare men yttrar sig inte över utredningens förslag i stort.

Några instanser t. ex. *socialstyrelsen* och *Sveriges läkarförbund* instämmer i princip i utredningens förslag men vill avvakta den särskilda utredningen om konsekvenser för Örebro läns landsting av utredningens förslag (se bilaga 3).

Landstingsförbundet har inväntat resultaten av den särskilda utredningen. Förbundets yttrande i den del som berör förslaget till ändrad regionindelning redovisas separat under punkt 6.7.

Flera remissinstanser har invändningar mot en viss del av utredningens förslag. Några instanser, t. ex. *Kronobergs*, *Blekinge*, *Kristianstads* och *Hallands läns landsting* avstyrker eller är tveksamma till förslaget att låta Halland tillhöra Göteborgsregionen. Andra instämmer i princip men har synpunkter på t. ex. utredningens förslag rörande Örebroregionen eller Umeåregionen. Dessa synpunkter redovisas under resp. rubrik i det följande. (Punkterna 6.2–6.7). I de fall diskussionen gäller två regioner, t. ex. beträffande Jämtlands regiontillhörighet redovisas synpunkterna enbart under en av rubrikerna.

Två instanser har avstyrkt utredningens förslag i sin helhet. *Statskontoret* kan inte tillstyrka förslaget bl. a. därför att det innebär en ytterligare centralisering av sjukvården till landets två största städer. Delar av yttrandet återges längre fram i sammanfattningen. *Svenska Läkaresällskapet* anser att fler alternativa lösningar bör prövas, bl. a. talar, enligt läkaresällskapet, utredningens argumentering för en ytterligare koncentrerings till färre och högst fyra regioner. Även detta yttrande citeras i delar längre fram.

Västmanlands läns landsting vill inte ta ställning till förslaget om ändrad regionindelning innan resultaten av en sjukvårdsplanering för regionen föreligger.

Västmanlands och Skaraborgs läns landsting avstyrker också utredningens förslag om att regiontillhörigheten regleras i lag.

Exempel på olika remissinstansers synpunkter redovisas i det följande.

Socialstyrelsen instämmer i utredningens överväganden och påpekar bl. a. att en nödvändig ökning av befolkningsunderlaget för vissa specialiteter torde enligt socialstyrelsens uppfattning med fördel kunna ske genom ett ökat flerregionalt samarbete med en viss profilering av olika regionsjukhus och en lokalisering av vissa högspecialiserade verksamheter till färre än sex enheter.

Socialstyrelsen vill framhålla betydelsen av att en förändring av nuvarande regionindelning genomförs på ett sådant sätt att den kunskap och erfarenhet som byggts upp inom den hittillsvarande organisationen tas tillvara på ett effektivt sätt. Beträffande de problem detta medför särskilt för Örebroregionen vill socialstyrelsen dock avvakta resultaten av den utredning som nu pågår i särskild ordning.

Gotlands kommun som enligt förslaget även i fortsättningen skall ingå i Stockholmsregionen, menar att det med hänsyn till kommunikationer och

restider i praktiken knappast finns något alternativ till regiontillhörighet. Med tanke på att också hela Södermanlands län skulle komma att tillföras regionen, vars befolkningstal därmed ökar med mer än en kvarts miljon, måste givetvis förutsättas, påpekar kommunen, att genomförandet sker på sådana villkor och i sådan takt att de nuvarande regionintressenternas möjligheter att få sitt behov av region- och utomlänsvård tillgodosett inte minskar. Gotlands kommun kommer med hänsyn till sitt starkt begränsade befolkningsunderlag även i framtiden mer än andra huvudmän att vara beroende av utomlänsvård även på länssjukvårdsnivå.

Göteborgs kommun instämmer i stort i de bedömningar som utredningen gör beträffande regionindelning. Den högspecialiserade vården kräver allt större underlag för att vara ekonomisk och välfungerande. Samtidigt får man inte bortse från att en koncentration av verksamheter kan innebära svårigheter att rekrytera tillräckligt mycket utbildad personal och tillhandahålla erforderliga resurser i övrigt menar kommunen. Så innebär t. ex. en koncentration av flera typer högspecialiserad kirurgi stora krav på utbildad personal för anestesi och intensivvård, en i dag trång sektor.

Stockholms läns landsting påpekar att utredningen endast i undantagsfall bedömt resursfördelningen mellan regioner och framhåller att vissa variationer av vårdefterfrågan och vårdutnyttjandet kan konstateras föreligga redan inom ett landstingsområde. Sälunda bor hälften av befolkningen i Stockholms läns landsting inom ett utpräglat storstadsområde, som har ett större resursbehov inom vissa medicinska verksamhetsområden än vad övriga delar av riket har. Avsaknaden av förslaget till fördelning per region är därför enligt landstinget en brist i utredningen.

Länsstyrelsen i Värmland anser att den föreslagna regionindelningen är ett logiskt resultat av de fakta som utredningen framlagt.

Ett mycket starkt skäl till att avveckla Örebroregionen menar länsstyrelsen är att samtliga regionsjukhus utom Örebro har medicinsk fakultet. Enligt länsstyrelsens bedömning torde avsaknaden av undervisningskliniker påverka läkarrekryteringen i negativ riktning. För att regionsjukvården skall få det innehåll som utredningen skisserat är det enligt länsstyrelsens mening helt nödvändigt att anknytning till undervisning och forskning finns.

Rikets indelning i högskoleregioner är i detta sammanhang inte utan betydelse. Även om utredningens förslag till sjukvårdsregioner inte helt överensstämmer med högskoleregionerna så är anpassningen emellertid bättre än med nuvarande sjukvårdsregioner. En klar fördel är att region-sjukhusen kommer att ligga på huvudorterna i högskoleregionerna dvs. i samband med de "stora" högskolorna.

Medicinska forskningsrådet (MFR) ansluter sig till utredningens förslag att minska antalet regioner till sex och pekar på att detta ställningstagande inte får tolkas som en nedvärdering av de insatser inom medicinsk forskning och utveckling som gjorts vid Örebro regionsjukhus. Snarare bör en närmare knytning av Örebro till Uppsala leda till ännu bättre betingelser för

forsknings- och utvecklingsarbete i Örebro. När det gäller förslagen rörande de olika regionernas omfattning och utbredning har utredningen i och för sig konstaterat att det skulle vara en fördel om regionerna sammanföll med högskoleregionerna. Utredningen har dock i sitt slutliga förslag frångått en fullständig överensstämmelse mellan sjukvårds- och högskoleregioner med hänvisning till behovet av ett tillräckligt befolkningsunderlag per region. Enligt MFR:s uppfattning kan skillnader i sjukvårds- och högskoleregion befaras medföra vissa problem för forskning och utbildning. MFR bedömer det sannolikt att fakulteter och regionsjukhus kommer att få en ökande betydelse för forskning och undervisning inom regionerna. Sålunda finns t. ex. ett stigande behov av forskningsanknytning av kortare vårdutbildningar samt av forskning inom allmänmedicin – primärvård. MFR pekar på möjligheten att kunna lösa eventuella problem i samverkan mellan berörda fakulteter och regionsjukhus om utredningens förslag till regionindelning genomföres.

Skolöverstyrelsen (SÖ) ansluter sig i princip till utredningens uttalande om att samplaneringen underlättas om sjukvårds- och högskoleregioner överensstämmer geografiskt samt att utbildning och forskning måste lokaliseras och organiseras med anpassning till sjukvårdens behov.

SÖ konstaterar dock att förslaget ändå inte medför att sjukvårdsregionerna helt sammanfaller med högskoleregionerna. SÖ finner angeläget här uttala att sjukvård samt utbildning och forskning lokaliseras och organiseras med beaktande av kostnadssynpunkter så att förutsättningarna för den kvalificerade vårdutbildningen inte minskar utan tvärtom ökar.

SÖ konstaterar vidare att vissa vårdutbildningar inte kunnat etableras vid länsjukhus utan endast vid regionsjukhus med dessa specialiserade resurser i form av läkar-lärare och praktikplatser på specialkliniker. En neddragning av antalet regionsjukhus kan därför – från de synpunkter styrelsen har att anlägga – få en negativ effekt och eventuellt äventyra redan etablerad utbildning.

Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) menar att det är enligt UHÄ:s mening viktigt att planeringen av sjukvården och vårdutbildningarna kan ske samordnat och detta underlättas om regiongränserna sammanfaller.

Styrelserna för högskoleregionerna har i dag, påpekar UHÄ, regelbundna överläggningar med landstingen om den kommunala högskoleutbildningen inom vårdområdet. Detta samarbete kommer också att utvecklas ytterligare som en följd av att regionstyrelserna fr. o. m. våren 1979 får besluta om fördelning av antagningsplatser i sjuksköterskeutbildningen på huvudmän i regionen. I de fall gränserna för sjukvårdsregionerna och högskoleregionerna inte sammanfaller innebär detta att de enskilda landstingen får olika samarbetsregioner för å ena sidan sjukvårdsplanering, å andra sidan utbildningsplanering.

Svenska kommunalarbetsförbundet påpekar att utredningens förslag att

reducera antalet sjukvårdsregioner innebär att de kvarvarande regionerna kommer att i princip sammanfalla med nuvarande högskoleregioner, vilket ökar sambandet mellan sjukvårdsorganisationerna och utbildning jämte forsknings- och utvecklingsarbete. Ett dylikt samarbete är av viss betydelse för ett effektivt resursutnyttjande samt kan ge fördelar ifråga om planering och samordning av de olika enheterna.

Kalmar läns landsting har inget att invända mot utredningens förslag men vill för sin del understryka att Linköpingsregionen med sitt ringa befolkningsunderlag inte kan få en fullt utbyggd regionsjukvård. Detta förhållande får som direkt konsekvens att Linköpingsregionen måste "etablera ett mer fast regionalt samarbete med Lund/Malmöregionen". Kalmar läns landsting utnyttjar drygt 20 vårdplatser vid Lunds lasarett för att bl. a. under utbyggnadstiden av regionsjukhuset i Linköping kunna disponera ett tillräckligt antal vårdplatser. Det konstaterade behovet av samverkan mellan regioner bör göra det möjligt för Kalmar läns landsting att även framdeles kunna repliera på Lunds lasarett. En sådan konstruktion förutsätter att det ej försvårar möjligheterna att effektivt utnyttja resurserna inom Linköpingsregionen. Kalmar läns landstings regiontillhörighet avseende planeringsskyldighet och övrig samverkan med Linköpingsregionen skall ej påverkas av förslaget att även framdeles nyttja vårdplatser inom Malmö/Lundregionen.

Landsorganisationen i Sverige (LO) anför:

LO:s utgångspunkter när det gäller sjukvårdens utveckling och den situation som här redovisats gör det närmast självklart att LO fullt ut ställer sig bakom regionsjukvårdsutredningens bedömningar när det gäller att bromsa de risker för en överetablering som i dag finns inom regionsjukvården. Det måste dock konstateras att utredningen här inte fullt ut drar konsekvenserna av sina egna bedömningar. LO anser därför att en fortsatt utredning bör göras för att ytterligare anpassa regionsjukvårdens dimensionering och uppbyggnad till det behov som finns och den utveckling som kontinuerligt sker på de olika medicinska områdena, inkl. den fortsatta utbyggnaden av länssjukvården. Utredningens material leder enligt LO:s mening egentligen fram till slutsatsen att det ur rent medicinsk synpunkt endast finns underlag för fyra fullt utrustade regionsjukhus – några specialiteter skulle ändå finnas bara vid två eller tre av dessa. Geografiska skäl talar för fem regioner.

Omställningar av detta slag medför alltid övergångsproblem. Det är viktigt att de genomförs med varsamhet och under en tillräcklig övergångstid, vilket utredningen också framhållit. Konsekvenserna av utredningens förslag har dock enligt LO:s mening inte tillfredsställande belysts. LO vill särskilt understryka att omställningen bör ske successivt och i huvudsak genom naturlig avgång eller eljest på ett sätt som säkerställer att de anställda får likvärdiga sysselsättningsmöjligheter.

(LO redovisar vissa synpunkter ang. Örebro, se detta avsnitt, och fortsätter)

Om dessa krav tillgodoses kan LO inte finna annat än att utredningens förslag om en minskning av antalet regioner från sju till sex är ett försiktigt och väl motiverat steg i den riktning som bl. a. LO tidigare förordat. Alternativt kan en dämpning av regionsjukvården genomföras på ett sådant sätt att landet indelas i fyra regioner med fullt utrustade regionsjukhus, varvid de tre övriga av de nuvarande regionsjukhusen skulle ges en mellanställning med vissa specialresurser utöver vad som gäller för vanligt länssjukhus. Skillnaden mellan en sådan lösning och den av utredningen föreslagna är sannolikt i praktiken inte särskilt stor. Den regionindelning som läggs fast måste ändå tillämpas med en betydande flexibilitet. Flera av de nuvarande regionsjukhusen saknar i dag vissa specialiteter som betraktas som hörande till ett fullt utvecklat regionsjukhus. Det gäller främst Örebrojukhuset. Detta sjukhus har ju trots detta genom sin yrkesmedicinska verksamhet kunnat visa att en viss specialitet kan utvecklas på ett utmärkt sätt även om inte alla de övriga specialiteterna finns vid samma sjukhus.

Sveriges läkarförbund anför:

Läkarförbundet kan i princip instämma i att antalet regioner med hänsyn till såväl sjukvårdsmässiga som geografiska förhållanden och befolkningsfördelning mycket väl kan reduceras. Det förefaller också ändamålsenligt att inget sjukvårdsområde delas på olika regioner. Likaså delar förbundet uppfattningen att det är till nackdel för regionsjukhus att inte ha tillgång till den fasta forskningsorganisation som universitetssjukhusen förfogar över. Mycket talar också för att det skulle vara en fördel om sjukvårdsregionerna sammanföll med högskoleregionerna. Det bör emellertid observeras att detta senare inte blir följden av utredningens förslag till regionindelning.

(Synpunkter på Örebroregionen framgår av det avsnittet)

Inte heller konsekvenserna för övriga regioner synes helt klarlagda. Sälunda innebär förslaget en ökning av Göteborgsregionen med 400 000 invånare och av Stockholmsregionen med 200 000 invånare. Dessa regioner är redan nu hårt belastade och torde inte kunna ta hand om ett ökat antal patienter utan väsentliga tillskott av nya resurser. Mot dessa problem skall ställas nyttan av att Umeåregionen får ett större befolkningsunderlag. Sammantaget torde förslaget till ändrad regionindelning endast ge marginella vinster, såvitt nu kan bedömas.

Som ovan anförts finner Läkarförbundet en reduktion av antalet regioner i princip riktig. I ett längre perspektiv bör tanken på en ytterligare begränsning av antalet regioner hållas levande. Utredningen har ju också mycket riktigt konstaterat att "fyra ungefär lika stora regioner med fyra regionsjukhusorter skulle i och för sig innebära en rationell organisation av regionsjukvården och en jämnare resursfördelning mellan regionerna".

Läkarförbundet vill avvakta med slutligt ställningstagande till frågan om regionindelningen till dess utredningen om konsekvenserna för Örebro läns landsting lagts fram.

Svenska läkarsällskapet anför:

Otvivelaktigt är det till nackdel för regionsjukhus att ej ha tillgång till den fasta forskningsorganisation som universitetssjukhusen förfogar över. Det förefaller i detta sammanhang också logiskt och fördelaktigt att sjukvårdsregion och undervisningsregion sammanfaller, bl. a. med tanke på kommande utveckling av läkares efterutbildning, vilket också särskilt understryks i sammanfattningen. Anmärkningsvärt är då att utredningen ej själv drar konsekvenserna av detta. I högskoleorganisationen tillhör Kalmar och Hallands län Lund/Malmöregionen medan Kalmar i sjukvårdsorganisationen däremot föreslås kvarstå i Linköpingsregionen och södra Halland överförs från Lund/Malmöregionen till Göteborgsregionen. Södermanland skulle enligt förslaget tillhöra Uppsala högskoleregion men Stockholmsregionen sjukvårdsmässigt.

Endast fyra regionsjukhusorter får fullständig eller nära nog fullständig regionsjukvård. Svenska Läkaresällskapet ansluter sig till en sådan utveckling och menar att det ger möjlighet till ytterligare koncentrerings i en framtid, vilket bör beaktas vid den nu förestående regionindelningen. Detta bör å andra sidan inte hindra att viss begränsad verksamhet inom ovan nämnda specialiteter bedrivs även vid annat sjukhus och då i nära samverkan med en fullt utvecklad regionklinik, t. ex. samverkan mellan Umeå-Uppsala inom barnkirurgi där mer specialiserade fall remitteras till Uppsala.

Inom andra specialiteter kan en profilering mellan regionsjukhusen vara ett effektivt instrument för optimering av sjukvården. Särskilt inom laboratorieverksamheten är det fullt entydigt att så skett mot bakgrund av speciellt kunnande relaterat till forsknings- och utvecklingsarbete. Laboratorieprofileringen framgår också av att prover sänds till olika ställen i landet för undersökning oberoende av regiongränser. Detta är enligt Svenska Läkaresällskapet nödvändigt och bör uppmuntras. För mikrobiologins del kan detta dock medföra att SBL:s ställning påverkas, vilket bör bli föremål för särskild analys.

Inom i princip alla specialiteter finns dock ett eller annat delområde som är så smalt att det redan i dag borde koncentreras till ett eller ett par regionsjukhus. Som exempel kan nämnas koagulationssjukdomar. Vid etablerande respektive utbyggande av nya exklusiva verksamhetsområden är det viktigt att styra utvecklingen så att expansionen inte sker ohämmat.

Utredningens förslag om sex regioner synes enligt Läkaresällskapet innebära flera nackdelar, för det första avsevärda nackdelar för Örebroregionen, för det andra avsevärd belastning på redan i nuläget hårt ansträngda resurser i Stockholms- och Göteborgsregionerna, för det tredje bibehållen och delvis ökad inkongruens mellan sjukvårds- och högskoleregioner. Läkaresällskapet anser istället att flera alternativa lösningar bör prövas.

Förd argumentering talar enligt Läkaresällskapet för en ytterligare koncentrerings till färre och högst fyra regioner. Bl. a. geografiska skäl kan emellertid tala emot detta. Andra alternativ och samarbetsformer måste

därför övervägas och bli föremål för ytterligare utredning. Svenska Läkaresällskapet kan härvid tänka sig samarbete mellan t. ex. Umeå och Uppsala, Örebro och Linköping, Malmö och Lund, vid sidan om Stockholms- och Göteborgsregionerna. Läkaresällskapet kan därför inte tillstyrka förslaget i dess nuvarande utformning.

Läkaresällskapet anser liksom utredningen att befolkningsunderlaget i Sverige egentligen inte tillåter mer än högst fyra fullt utbyggda sjukvårdsregioner. Till skillnad från utredningen anser Läkaresällskapet att detta förhållande bör ligga till grund för fortsatt analys där även andra faktorer och samarbetsalternativ måste övervägas. Flera regionsjukhus med inbördes profilering inom samma region är då ett alternativ.

Underlaget för utredningens ställningstagande för en minskning av antalet regioner från sju till sex på Örebroregionens bekostnad synes icke alltigenom hålla för detaljgranskning. Nackdelarna för Örebro har undervärderats och konsekvenserna för övriga regioner icke tillräckligt beaktats.

Statskontoret anför att mot bakgrund av konstitutionsutskottets betänkande 1978/79:35 vari föreslås att ett decentraliseringsmål bör skrivas in i instruktionen för statskontoret kan verket inte tillstyrka utredningens förslag då det innebär en ytterligare centralisering av sjukvården till landets två största städer.

Enligt statskontorets mening har utredningen ej tillräckligt redovisat konsekvenserna av en ändrad regionindelning. Den särskilda utredningen rörande konsekvenserna för Örebroregionen borde ha avvaktats så att en total bedömning av alla konsekvenser kunde göras innan ett slutligt ställningstagande sker.

Utredningen har enligt statskontorets synsätt allt för starkt koncentrerat sig på antalet regioner. Inom ramen för nuvarande regionindelning och med utredningens förslag till samverkansformer mellan landstingen och mellan landstingen och staten borde ett utvidgat samarbete kunna etableras inom den högspecialiserade vården som ej strikt behöver följa geografiska gränser. Detta system tillämpas redan inom vissa specialiteter för att undvika överetablering.

Statskontoret kan inte heller dela utredningens uppfattning att ett regionsjukhus ovillkorligen måste vara baserat på en ort med medicinsk högskola/fakultet. Inom Örebroregionen har enligt vår bedömning bedrivits ett konstruktivt samspel mellan forskning och utbildning och regionvård. Utredningen betonar alltför starkt grundutbildningen av läkare som bas för regionsjukvårdsinsatserna. Vid regionsjukhuset i Örebro har bedrivits förutom läkarutbildning på vidareutbildnings- och efterutbildningsnivå utbildning av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, hörselvårdsassistenter, laboratorieassistenter, oftalmologassistenter, röntgen- och radioterapiassistenter och vårdläraryt utbildning. Att i ett läge då stora grupper av vård- och läkarpersonal behöver ökad utbildning nedrusta landets, vid sidan om

universitetssjukhusen, i särklass bäst utrustade undervisningssjukhus förefaller inte välbetänt.

Statskontoret vill i detta sammanhang även peka på specialskolorna för hörselskadade och synskadade i Örebro som replierar på avancerade medicinska resurser som endast disponeras vid ett regionsjukhus.

6.2 Förslag rörande Stockholmsregionen

Utredningen föreslår att Södermanlands län förs till Stockholmsregionen. *Stockholms läns landsting* har inga direkta erinringar mot utredningens förslag till ny regionindelning men poängterar att huvudmannaskapsfrågan för karolinska sjukhuset fortfarande är oklar. Viss osäkerhet finns också beträffande karolinska sjukhusets framtida innehåll mot bakgrund av det stora investeringsbehov som finns vid sjukhuset.

Direktionen för Karolinska sjukhuset är ense med utredningen i fråga om vilka faktorer som bör beaktas vid ett ställningstagande till problemet om indelning i sjukvårdsregioner. I allt väsentligt delar direktionen även de ställningstaganden utredningen gör. Starka skäl – inte minst resavstånden särskilt för patienter i öppen vård – talar enligt direktionens mening för att hela Södermanlands läns landstingskommun förs över till Stockholmsregionen.

6.3 Förslag om en utökad Umeåregion

Utredningen har uttalat att en fortsatt verksamhet vid regionsjukhuset i Umeå kräver ett större befolkningsunderlag. Utredningen föreslår därför att Jämtlands län och södra delen av Västernorrlands län, Medelpad, tillförs Umeåregionen.

Flertalet remissinstanser har tillstyrkt utredningens förslag beträffande en utökad Umeåregion.

Rörande Medelpad instämmer flertalet remissinstanser (bl. a. Uppsala läns landsting) i utredningens förslag medan *Civilbefälhavaren i Nedre Norrlands civilområde* inte anser sig kunna tillstyrka en förändring av nuvarande regionindelning vad avser Umeåregionens upptagningsområde.

Länsstyrelsen i Västernorrlands län anser det vara väsentligt att Umeåregionen tillförs ytterligare befolkningsunderlag så att regionsjukhuset i längden skall kunna upprätthålla den medicinska standard som är en förutsättning för att bedriva regionsjukvård. Länsstyrelsen tillstyrker utredningens förslag om utökning av Umeåregionen. Befolkningen i regionen skulle därmed öka med ca 260 000 till 908 000 invånare. Trots detta kommer Umeåregionen att få det lägsta invånarantalet. Utredningen bedömer det önskvärda befolkningsunderlaget för en fullständig regionsjukvård vara snarare 1,5 än 1 miljon invånare.

Avstånden inom Umeåregionen är mycket stora, ca 50 mil fågelvägen från Umeå till de mest avlägsna delarna. De allmänna kommunikationerna, särskilt i öst-västlig riktning, är dessutom ofta bristfälliga. Krav måste därför

ställas på förbättrade kommunikationer inom regionen för att förkorta restiderna och möjliggöra resor utan byten. Det är också väsentligt att försäkringskassorna ersätter flygresor till och från regionsjukhuset i Umeå då tidsbesparingar kan göras. Som utredningen föreslår bör också frågan om en helikopterorganisation inom regionen närmare undersökas. Man bör då utreda om helikoptertransporterna även kan användas för andra kommunikationsbehov.

Genom att utöka Umeåregionen med Medelpad och Jämtlands län sammanfaller regionen med Umeå högskoleregion. Därigenom underlättas en samordning av utbildning och forskning inom vårdområdet med annan utbildning och forskning i regionen, vilket länsstyrelsen anser vara betydelsefullt.

Civilbefälhavaren i övre Norrlands civilområde anför:

De förslag utredningen presenterar avser i allt väsentligt förhållanden i fred. Samhället i krig ställer anspråk på en utökad sjukvårdskapacitet vid sidan av de till de militära förbanden anslutna vårdresurserna. Inte minst de specialiteter, främst på kirurgiområdet, som regionsjukhusen kan ställa till förfogande, får en ökande betydelse i krigstid.

Från försvarssynpunkt betraktas övre Norrland som ett mycket betydelsefullt och utsatt område vid krig. Detta innebär att stora vårdbehov bedöms uppkomma. Avstånden, redan inom övre Norrland, är stora. Tillsammantaget innebär detta att det är angeläget att ett väl kvalificerat regionsjukhus finns i området. Umeå regionsjukhus får således inte klassas ned eller löpa risk att kvalitetsmässigt försämrats.

Befolkningsunderlaget i fredstid har stor betydelse för uthyggnadsgraden i fråga om regionsjukvården. Umeåregionen har ett tyvärr glesbefolkat upptagningsområde och därför förefaller det rimligt – sett mot den bakgrunden att mellansverige är tätbefolkat och har små resavstånd till regionsjukhusen – att underlaget breddas i norr. Genom att Medelpad i Västernorrlands län och hela Jämtlands län föres till Umeå sjukvårdsregion skapas en bättre balans.

Förbindelserna – järnväg och flyg – mellan Jämtlands län och Umeå har på senare tid avsevärt försämrats. Detta förhållande är ett planeringsproblem och en fråga om att vilja, och från flera håll, bl. a. från länsstyrelsen i Västerbottens län i början av juni 1979 i framställning till kommunikationsdepartementet, har pekats på behoven. Landsvägsledes är förbindelsemöjligheterna goda. Busslinjerna är emellertid huvudsakligen länsbundna. Vidare må framhållas att inom Umeå sjukvårdsregion sjuktransporter med helikopter till Umeå regelmässigt sker. Oftast utnyttjas härvid flyg vapnets stora helikoptrar, som medger visst praktiskt tillsynsarbete från medicinalpersonalens sida under transport. Detta transportmedel bör tillmätas stor betydelse också inom en utökad sjukvårdsregion.

Med hänsyn till sjukvårdsberedskapen och det bedömda behovet av tillgång till specialistvård i krig är sålunda ett regionsjukhus i landets norra hälft högst angeläget.

Självfallet kan inte beredskapsaspekterna få full genomslagskraft i fredstida planering, men det är lika självklart att viktiga totalförsvarsintressen måste beaktas på vissa områden. Sjukvården är avgjort ett sådant betydelsefullt område. En väl fungerande sjukvård i krig måste tillmätas ett synnerligen stort värde, inte minst från psykologisk synpunkt.

Övre Norrlands civilområde omfattar de två nordligaste länen. Sjukvårdsregionen i dag omspanner förutom dessa också Ångermanlandsdelen av Västernorrlands län. Tillföres de tidigare nämnda områdena – Medelpad och Jämtlands län – omfattar regionen också huvuddelen av Nedre Norrlands civilområde. Oaktat principen att gränser inte bör brytas ter sig det aktuella fallet ha så stor betydelse för vårdmöjligheterna i en krigssituation att principen utan större problem kan frångås.

Västernorrlands läns landsting anser i likhet med utredningen att en minskning av volymen regionsjukvård är nödvändig. För att de mindre regionsjukhusen skall kunna få tillräckligt underlag krävs då en ökning av befolkningsunderlaget för att delvis kompensera minskad remittering inom olika specialiteter. I utredningen bedöms det önskvärda befolkningsunderlaget för en fullständig sjukvårdsregion snarare vara 1,5 än 1 miljon invånare. Västernorrlands läns landsting har redan tidigare begärt flyttning av Medelpad från Uppsala-regionen till Umeå-regionen. Trots detta skulle regionen få ett otillräckligt befolkningsunderlag. Önskvärt vore därför att även Jämtlands läns landsting ansluter sig till Umeå-regionen. Kraftåtgärder måste emellertid till för att förbättra kommunikationerna mellan Jämtlands län och Umeå. Försäkringskassans regler för reseersättning bör ändras i enlighet med utredningens förslag så att flyg kan utnyttjas i större utsträckning.

Västerbottens och Norrbottens läns landsting ser det som en nödvändighet att utredningens förslag om att regionen skall utökas med landskapet Medelpad samt Jämtlands län genomföres. Den föreslagna utökningen innebär enligt nämndens åsikt, att regionen kommer att innehålla det minimum av invånare, som medger en förbättrad situation för att bedriva regionsjukvård. Behovet av att regionen utökas framstår än klarare, om hänsyn tas till att volymen regionsjukvård har minskat och kan enligt utredningen förväntas minska ytterligare. Utökningen av Umeå-regionen innebär också, att sjukvårdsregionens och högskoleregionens gränser kommer att sammanfalla. Denna överensstämmelse utgör ett väsentligt villkor för en effektiv samplanering av sjukvårds- och utbildningsutbud. Detta gäller inte minst forsknings- och utvecklingsarbetet, som angetts möjligt att decentraliseras inom regionerna. Landstingen framhåller att en sådan decentralisering måste ske i noggrant planerade former.

Svenska kommunalarbetsförbundet anför:

Umeå sjukvårdsregion, som omsluter samtliga norrlandslän utom Jämtland och Medelpad, har i dag uppenbara problem att upprätthålla en tillfredsställande regionsjukvårds kvalitet beroende på ett vikande patientunderlag. Av bl. a. geografiska och näringspolitiska skäl är det av avgörande betydelse för regionen att kunna erbjuda de i Norrland bosatta människorna en välfungerande regionsjukvård, med bibehållen hög medicinsk standard. Kommunalarbetsförbundet stöder i princip utredningens förslag om att tillföra nämnda region ett ökat patientunderlag, genom att regionen övertar Medelpad och Jämtlands specialiserade sjukvårdsuppgifter.

Några instanser, vilka citeras nedan, avstyrker utredningens förslag beträffande Umeåregionen.

Statskontoret, som inte tillstyrker utredningens förslag till färre regioner, menar att om man anser det nödvändigt att öka Umeåregionens upptagningsområde borde det ligga närmast till hands att kompensera Uppsala för förlusten av de norra delarna genom att till Uppsala-regionen överföra vissa delar av Stockholms län.

Civilbefälhavaren i Nedre Norrlands civilområde ställer sig mycket tveksam till lämpligheten av att – såsom utredningen föreslår – låta Jämtlands län utgöra ett upptagningsområde för Umeåregionen. Samma tveksamhet gäller även ett överförande av Medelpads upptagningsområde till Umeåregionen även om han har full förståelse för de olägenheter, som den nuvarande delningen av Västernorrlands sjukvårdsområde innebär med att vara hänvisad dels till Umeå och dels till Uppsala regionsjukhus. Civilbefälhavaren har likaså förståelse för önskemålet om att bredda Umeåregionens upptagningsområde. Tveksamheten härvidlag grundas emellertid på den i totalförsvarshänseende bedömda situationen att de två nordliga länen Norrbotten och Västerbotten kanske före alla andra delar av riket blir direkt berörda av en presumtiv angripares åtgöranden. Luftanfall och markstrider kan i så fall förväntas ställa stora krav på att sjukvården i allmänhet och vårdinrättningarna i synnerhet fungerar på ett tillfredsställande sätt. Trycket av ett vårdbehov jämte behovet av en då väl fungerande sjuktransportorganisation kan bedömas att i alldeles särskild hög grad göra sig gällande främst gentemot Västerbottens län, men givetvis också gentemot Västernorrlands och Jämtlands län. Eftersom en av totalförsvarets grundprinciper är att så långt möjligt bevara i fred invanda rutiner även för den verksamhet, som skall bedrivas i ett beredskaps- eller krigsläge, förefaller det – mot bakgrund av vad sagts härövan – realistiskt att under sådana förhållanden tänka sig att ytterligare vårdanspråk gentemot Umeåregionen även skall komma från landstingsområden söder om Västerbottens län. Civilbefälhavaren anser sig därför inte kunna tillstyrka en förändring av nuvarande regionindelning, vad avser Umeåregionens upptagningsområde.

Jämtlands läns landsting konstaterar att förslaget inte innebär några fördelar ur sjukvårdssynpunkt för länets innevånare, även om landstinget förutsätter att Umeå regionsjukhus kommer att erbjuda en fullgod vård och service inom de specialiteter som är företrädade vid sjukhuset.

Landstinget finner däremot att föreslagen organisation kommer att medföra vissa problem som utvecklas närmare i det följande.

Jämtlands läns landsting har under en lång följd av år ingått i Uppsalaregionen och har vid Akademiska sjukhuset tillgång till regionsjukvård som redan i dag innefattar specialiteter som inte finns i Umeå och ej heller kommer att finnas efter en eventuell justering av Umeåregionens gränser enligt utredningens förslag. Länet skulle således till följd av utredningens förslag hänvisas till olika regionsjukhus beroende på vilken specialitet det är fråga om.

Under den tid Jämtlands län tillhört Uppsalaregionen har också utvecklats ett långt gående samarbete mellan olika kliniker vid Akademiska sjukhuset och Östersunds sjukhus. För flera verksamheter finns väl fungerande vårdprogram, som reglerar samarbetet med regionklinikerna. Administrativt har också samverkan utvecklats inom olika verksamhetsområden. Att bryta detta samarbete innebär betydande olägenheter.

Förutom att Umeå regionsjukhus ej kommer att ha alla de specialiteter som Akademiska sjukhuset har är resurserna inom vissa specialiteter vid Akademiska sjukhuset såsom endokrinologi, virologi, immunologi, patologi och gynekologisk hälsovård betydligt större än i Umeå. Detta har betydelse i enskilda fall då bedömningar kan behöva göras över klinikgränser. Sådana bedömningar försvåras eller är omöjliga om "konsultspecialiteten" ej finns eller är mindre utvecklad.

Landstinget anser att det största problemet med föreslagen organisation är de väsentligt sämre kommunikationerna till Umeå. Större delen av patientresorna företas för närvarande med tåg och nuvarande kommunikationer till Uppsala fungerar bra, medan förhållandet till Umeå är högst otillfredsställande. Däremot innebär föreslagen organisation inte någon försämring för akuta transporter som sker med ambulans eller flyg.

Det ringa patientantalet som det är fråga om från Jämtlands län när det gäller regionvård kan knappast ge underlag för några nya eller förbättrade kommunikationer. Även om man kan förutse en ökning av planerade resor för t. ex. behandling av cancersjukdomar påverkas trafikunderlaget inte nämnvärt av detta.

Ett stort antal länsinnevånare har också under årens lopp flyttat ut från länet – söderut – och återfinns till stor del i Uppsala och Stockholmsområdet. Möjligheterna till besök av anhöriga är därför större i Uppsala än i Umeå där också kommunikationerna försvårar besök av anhöriga.

Landstinget delar utredningens uppfattning att en samordning av utbildning/forskning med regionsjukvård ger vissa påtagliga fördelar, och landstinget vill understryka betydelsen av att Umeå universitets ställning som utbildningscentrum kan förstärkas. Sådana insatser kommer även att positivt

påverka olika sektorer av näringslivet i regionen.

Jämtlands läns landsting finner det, i likhet med övriga landsting i Norrland, högst angeläget att näringslivet förstärks och därmed förutsättningarna för en ökad sysselsättning. En positiv utveckling inom regionen kan åstadkommas genom olika insatser, bl. a. ett mer omfattande samarbete mellan berörda län inom regional- och trafikpolitikens områden.

Dessa samarbetssträvanden talar för ett ökat samarbete även inom sjukvårdsområdet men mot bakgrund av de ovan redovisade negativa följderna av en ändrad regionindelning anser landstinget att Jämtlands län även fortsättningsvis bör tillhöra Uppsalaregionen.

Om riksdagen trots landstingets uppfattning i ärendet beslutar i enlighet med utredningens förslag, förutsätter landstinget att åtgärder vidtas i syfte att undanröja de problem som redovisats i yttrandet.

Identiska synpunkter har framförts från *länsstyrelsen i Jämtlands län*.

6.4 Synpunkter på förslaget rörande Uppsalaregionen

Utredningen föreslår att Örebro län samt Köpingsdelen av Västmanlands län förs till Uppsalaregionen medan Jämtlands län samt Medelpad i Västernorrlands län förs från Uppsalaregionen till Umeåregionen.

Vissa synpunkter på förslaget rörande Uppsalaregionen återfinns i de avsnitt som berör Umeåregionen (t. ex. yttrandet från Jämtlands läns landsting) och Örebroregionen (t. ex. yttrandet från Örebro läns landsting). Utdrag ur remissinstansernas yttranden återges nedan.

Uppsala läns landsting anser inte att utredningen ger tillräckliga motiv för att vidta en genomgripande förändring av regionindelningen och kan inte på föreliggande underlag tillstyrka utredningens förslag.

Uppsalaregionen är väl etablerad med en högspecialiserad regionsjukvård som redan i dag arbetar enligt principerna för det nya regionvårdsbegreppet med ett utbyggt nät för bl. a. medicinsk service och konsultationsverksamhet.

Det måste vara möjligt att inom ramen för nuvarande organisation utvidga samverkan och göra den anpassning som behövs för att åstadkomma ett bättre resursutnyttjande inom region- och länsjukvården. Anpassningen kan bl. a. innebära att regiongränserna ändras så att de inte som nu i vissa fall delar ett sjukvårdsområde. För Uppsalaregionen synes det önskvärt att införliva Köpingsområdet av Västmanlands län. I gengäld kan Medelpad föras till Umeåregionen.

Om den nuvarande regionindelningen ändras därhän att Örebroregionen, som utredningen föreslår, upphör och fördelas på andra regioner anser landstinget att de nya sjukvårdsregionernas och högskoleregionernas gränser bör sammanfalla. Det innebär att Södermanlands län bör ingå i Uppsalaregionen och inte i Stockholmsregionen.

Om utredningens förslag att minska antalet regioner till sex finner gehör, och Södermanlands län ej kan tillföras Uppsalaregionen föreslår direktionen i tredje hand att Uppsalaregionen i varje fall får behålla Jämtlands län för att få ett tillräckligt patientunderlag.

6.5 Synpunkter på förslag rörande Göteborgsregionen

Utredningens förslag innebär att Värmland och södra delen av Halland tillförs Göteborgsregionen.

Flertalet av de i Lund/Malmöregionen och västsvenska regionen ingående sjukvårdshuvudmännen har avstyrkt eller ställt sig tveksamma till utredningens förslag rörande Halland. Bl. a. har *Hallands läns landsting* avvisat förslaget.

Beträffande förslaget att föra Värmland till Göteborgsregionen har flertalet landsting instämt, bl. a. *Värmlands läns landsting*.

Örebro läns landsting, som önskar bibehålla Örebroregionen har avstyrkt förslaget rörande Värmland.

Skaraborgs läns landsting har den principiella uppfattningen att sjukvårdsregionerna skall ha ett befolkningsunderlag som ekonomiskt och organisatoriskt kan motivera bibehållande eller uppbyggnad av högkvalificerade resurser. Med hänsyn till att utvecklingen genom vårdprogramarbetet och dylikt successivt måste leda till en ökande samordning av det medicinska normbeteendet inom ett sjukvårdsområde finns fördelar med att de enskilda sjukvårdsområdena hålls samman.

Landstinget tillstyrker utredningens förslag men anser att regiontillhörigheten bör bedömas inom berörda landsting.

Älvsborgs läns landsting har ingen erinran mot utredningens förslag att minska antalet sjukvårdsregioner från nuvarande sju till sex, varvid Värmlands läns landsting överföres till den västsvenska regionen.

Länsstyrelsen i Värmlands län menar att ett överförande av Värmland till den västsvenska regionen (Göteborg) innebär en anpassning till länets naturliga inriktning väster ut. I förhållande till oförändrad regionindelning innebär det dock ökade rescavstånd för invånarna i Värmland. Särskilt markant blir detta för befolkningen i östra delen av länet. Denna problematik bör emellertid ställas i relation till omfattningen av patienter som erfordrar regionsjukvård. Enligt landstingets uppgifter utgjorde kategorin som erfordrat regionsjukvård och specialistremsvård utanför länet under 1978 ungefär 4 % av antalet intagningar inom somatisk akutsjukvård. Vidare uppgick medelvårdtiden för de flesta regionsjukvårdspatienterna till mellan en och två veckor. Eftervården sker i möjligaste mån på sjukhus inom länet. Det kan således konstateras att det rör sig om ett begränsat antal patienter och i regel en begränsad vårdtid. Enligt länsstyrelsens mening bör avståndsfrågan överskuggas av de fördelar i andra avscenden en anknytning till Göteborgsregionen ger. Länsstyrelsen vill dock framhålla önskvärdheten

av – med hänsyn till konsekvenserna av de längre resorna för invånarna i östra delen av länet – ett fortsatt samarbete med sjukhuset i Örebro i den omfattning detta visar sig möjligt och lämpligt.

Värmlands läns landsting delar utredningens uppfattning att ett väl differentierat utbud av högt kvalificerad vård på regionnivå förutsätter ett tillräckligt stort patientunderlag för att vården skall kunna bedrivas på ett från både kvalitativ, driftmässig och ekonomisk synpunkt försvarbart sätt.

Landstinget menar att en reduktion av antalet sjukvårdsregioner synes mot bakgrunden av erfarenheterna hittills och det material som redovisats vara väl motiverad. Om man – vilket landstinget anser – måste acceptera en minskning av antalet regioner synes det följdriktigt att Örebroregionen blir föremål för en uppdelning.

För Värmlands läns landsting har samarbetet utifrån de förutsättningar för regionsjukvårdssamarbete som förelegat fungerat tillfredsställande.

En väsentlig nackdel för Värmlands län är att vissa regionsjukvårdsspecialiteter saknas i Örebro. Detta har som tidigare nämnts medfört att ett stort antal patienter måste vidareremitteras till Karolinska sjukhuset eller remitteras till andra sjukhus, i huvudsak till Sahlgrenska sjukhuset och främst inom specialiteterna barnmedicin, barnkirurgi, neurologisk kirurgi och gynekologisk onkologi.

Förhållandet att regionsjukhuset i Örebro inte är undervisningssjukhus torde ha ogynnsamma effekter bl. a. i fråga om möjligheter att rekrytera läkare för fortsatt vidareutbildning till regionen. På sikt kan detta också medföra ett sämre utgångsläge för regionen i fråga om rekrytering av vidareutbildade läkare.

För att säkerställa en likvärdig och adekvat utbildning av läkare under fortsatt vidareutbildning har sedan år 1974 bedrivits ett regionalt samarbete inom den västsvenska utbildningsregionen. Värmlands läns landsting deltar sedan år 1976 i detta samarbete.

För närvarande tillhör Värmland den västsvenska högskoleregionen. Såsom utredningen påpekar är det mycket väsentligt att regionindelningen för högskolan och sjukvården stämmer överens. Detta möjliggör samplanering av den erforderliga utbildningens volym på grundval av sjukvårdshuvudmännens krav, vilka i sin tur bör utgöra riktlinjer för högskoleregionens beslut om vårdutbildningens volym och förläggning. Genomförs utredningens förslag, kommer tyngdpunkten i utbildningen i framtiden – i motsats till i dag – icke att ligga på regionsjukhuset utan fördelas mellan högskolor, regionsjukhus, andra sjukhus och vårdcentraler. Detta underlättas givetvis i hög grad om högskole- och sjukvårdsregioner sammanfaller.

Från resvägssynpunkt är samarbete med regionsjukhuset i Örebro fördelaktigt för större delen av länet och i synnerhet för östra delen. Även om direktvagnsförbindelserna på järnväg är sämre med Örebro än med Göteborg är förbindelserna med tågbyte i Hallsberg mycket goda liksom med Örebro. Utökat utnyttjande av flyget för patienttransporter förbättrar

reseförbindelserna med Göteborg avsevärt.

Ett överförande av Värmland till västsvenska regionen innebär ökade reseavstånd, framför allt för invånarna i östra delen av länet. I det enskilda fallet kan detta upplevas som en allvarlig försämring. Som tidigare framhållits bör dock rent principiellt kravet på en väl differentierad och högt kvalificerad sjukvård ges företräde framför kravet på korta reseavstånd.

Det kan framhållas att andelen patienter som erfordrat regionsjukvård och specialistremissvård utanför länet under år 1978 utgjorde ungefär 4 % av antalet intagningar inom somatisk akutsjukvård och kommer successivt att minska.

Det förtjänar också att nämnas att medelvårdtiden för flertalet regionsjukvårdspatienter under år 1978 uppgick till mellan en och två veckor. Strävan är alltid att snarast överföra patienterna för eftervård till sjukhus inom länet. Det rör sig således om ett begränsat antal patienter och i regel om relativt korta vårdperioder, varför kravet på vård nära hemorten inte blir lika accentuerat som vid långvarig sluten vård.

Även om ett överförande av Värmland till västsvenska regionen innebär ökade reseavstånd för flertalet regionsjukvårdspatienter synes fördelarna med ett överförande vara så stora att denna olägenhet bör accepteras.

Det finns således enligt landstingets uppfattning mycket starka skäl för att Värmland skall ingå i västsvenska regionen.

Följande två förutsättningar måste dock föreligga för att landstinget skall kunna acceptera den föreslagna ändringen av regionindelningen:

Sjukvårdsresurserna i den nya regionen måste kunna tillgodose länets behov så att väntetiderna till olika specialiteter genomsnittligt inte förlängs i förhållande till nuläget.

Ändringen får inte innebära väsentligt ökade kostnader för landstinget.

Sjukvårdsresurserna i Göteborg är uppenbarligen väl utbyggda. Det kan naturligtvis ifrågasättas om västsvenska regionen utan olägenheter kan tillföras både Värmlands län och södra delen av Hallands län, varför övergången inte får ske snabbare än att resurserna i Göteborg hinner med. Med hänsyn till att Hallands län redan nu starkt replerar på Göteborg och att Värmlands län vid en förändring rimligen inte kan föras till någon annan region synes den lösning som utredningen föreslagit emellertid som den enda möjliga.

Vårdtagkostnaderna är i dag betydligt högre vid Sahlgrenska sjukhuset än vid regionsjukhuset i Örebro. Som tidigare framhållits måste dock en utbyggnad ske vid regionsjukhuset i Örebro för att garantera Örebroregionens invånare en med riket i övrigt likvärdig vårdkvalitet. Härigenom skulle nuvarande skillnad i vårdtagkostnad med stor sannolikhet komma att på sikt utjämnas. Och härill kommer – som tidigare påpekats – att behov av utbyggnad av regionsjukvården i princip icke föreligger.

Med hänsyn till de särskilda förutsättningar som enligt förslaget kommer

att gälla för Örebro läns landsting har utredningen förordat att en särskild undersökning görs beträffande konsekvenserna för detta landstings del av utredningens förslag m. m.

Skulle denna kompletteringsutredning leda till att vissa verksamheter av regionsjukvårdskaraktär även i fortsättningen kommer att bedrivas vid sjukhuset i Örebro är det enligt landstingets uppfattning önskvärt att överenskommelse träffas om ett fortsatt samarbete med Örebro så att patienter från främst östra Värmland även i fortsättningen får remitteras till Örebro då så befinner sig möjligt och lämpligt. Därför hade det enligt landstingets uppfattning varit värdefullt om den särskilda utredningen förelegat i samband med remissförfarandet.

Landstinget förutsätter att samarbete under alla förhållanden fortsätter inom yrkesmedicinen, där verksamheten i Örebro varit föredömlig och mycket uppskattad och beträffande vilken särskilt avtal träffats bl. a. mellan Värmlands och Örebro läns landsting om fördelning av "vårdinsatser" och kostnader. Inom yrkesmedicinen är de samlade resurserna i landet alltför små, och det hittillsvarande samarbetet mellan Örebro och Värmland, som också syftat till att stärka förutsättningarna för en länsspecialitetverksamhet i vårt län, måste kunna fortsätta tills vidare med hänsyn till de resurser, som kommer att finnas på detta område inom den nya Uppsala-regionen.

Sammanfattningsvis tillstyrker således Värmlands läns landsting både regionsjukvårdsutredningens grundidé om regionsjukvårdens innehåll och dess förslag att antalet regioner reduceras från sju till sex.

Göteborgs kommun menar att om Örebroregionen skall omstruktureras synes det logiskt att Värmland, såsom utredningen föreslår, överförs till Göteborgsregionen. En del av Värmlands remisspatienter kommer redan nu till Göteborg (motsvarande ca 28 vårdplatser). Exakt vad det kan innebära i ökat vårdåtagande är svårt att ange. År 1975 utnyttjade Värmland 49 vårdplatser i Örebro. En regionändring kommer sannolikt inte att innebära att samtliga patienter sänds till Göteborg. Därtill kan man räkna med en något sjunkande remissvolym (mätt i vård dagar).

Regionens ökning med södra Halland torde inte innebära mer än marginellt ökade vårdkrav, eftersom Hallands samverkan med södra regionen inte förväntas upphöra helt. Utredningens främsta motiv att föra södra Halland till den västsvenska regionen har varit att undvika en delning av något sjukvårdsområde på två regioner. Denna princip är vällovlig i synnerhet om länsindelningen stämmer väl med en indelning i naturliga arbets- och serviceområden. Södra Hallands knytning till södra regionen torde dock vara så stark att den föreslagna ändringen av Hallands regiontillhörighet kan ifrågasättas.

Utredningens förslag innebär således ett ökat åtagande för Göteborg. Det kommer givetvis att bereda en del problem att tillgodose de ökande kraven

på vårdplatser, öppenvårdsresurser, medicinsk service och konsultinsatser. Med nuvarande fördelning mellan Sahlgrenska och Östra sjukhusen drabbar större delen av efterfrågeökningen Sahlgrenska sjukhuset, där lokalbristen redan nu är mycket besvärande. Det synes svårt att lösa problemen där genom att minska andelen länssjukvård (länssjukvården och regionsjukvården måste balansera varandra av flera skäl). Ej heller synes en omfattande utbyggnad på Sahlgrenska sjukhuset för en ökad verksamhet där vara en framkomlig väg. Det är därför nödvändigt att diskutera verksamhetsfördelningen som helhet mellan Sahlgrenska och Östra sjukhusen. Vidare måste en större andel av enklare medicinska serviceåtgärder förläggas utanför dessa båda sjukhus. Det krävs också en vårdplatsorganisation med mindre stark klinikbundenhet och större betoning på samverkan och samutnyttjande. Bristen på investeringsmedel är också hämmande, vilket bör föranleda att frågan om gemensam finansiering inom regionen av investeringar i regionssjukhuset får ökad aktualitet. Därtill synes tillgången på vissa kategorier utbildad personal vara otillräcklig under lång tid framöver.

Sammanfattningsvis måste en utvidgning av Göteborgsregionen leda till att en rad åtgärder vidtas för att bereda utrymme för ökat antal remisspatienter menar kommunen.

Några remissinstanser avstyrker eller är tveksamma till utredningens förslag att föra södra delen av Halland till Göteborgsregionen.

Länsstyrelsen för Hallands län avstyrker utredningens förslag beträffande Halland och anför:

Utredningen konstaterar att Göteborgs kommun tidvis och i vissa delar har haft svårt att tillgodose efterfrågan på regionsjukvård, men eftersom utredningen förutser en minskad efterfrågan på slutna vård förmodar utredningen att behovet skall kunna tillgodoses även om, vilket utredningen alltså föreslår, både Värmlands län och södra delen av Hallands län tillföres Göteborgsregionen.

Enligt länsstyrelsens uppfattning har i denna del anpassningen till de administrativa gränserna fått ett för stort inflytande på bekostnad av vårdens innehåll och kvalitet, något som utredningen själv konstaterar skall ha ett avgörande inflytande på regionindelningen. Utredningen gör dock en gradering genom att uttala att traditioner och eventuellt bristande resurser kan motivera att Hallands län i viss utsträckning utnyttjar regionsjukvård i Lund.

Förutom anpassningen till de administrativa gränserna, i detta fall länsgränsen, kan en ändring av regiontillhörigheten, enligt länsstyrelsens uppfattning, inte motiveras med stöd av något av de kriterier som utredningen ställt upp. Befolkningsunderlaget behöver inte ökas i Göteborg eftersom Göteborg ligger på andra plats i riket, vårdens tillgänglighet kommer att försämrast för drygt 100 000 hallänningar, nuvarande indelning och därmed ett fungerande samarbete avbryts, nuvarande resurser i Göteborg kan befaras vara otillräckliga och läkarutbildningen i Göteborg

kan knappast påverkas negativt om inte södra Halland överförs. Slutligen kan konstateras att Hallands län i sin helhet hör till den södra högskoleregionen. Knappast torde inte heller kostnadsskäl tala för att regionsjukvården för Halland förs över till Göteborg. Snarare skulle kostnaderna komma att öka genom ökade transport- och resekostnader.

Att ändra i en, vilket vitsordas av Hallands läns landsting, väl fungerande regionsjukvård och ett väl fungerande samarbete mellan de berörda sjukvårdshuvudmännen enbart för att få en anpassning till en administrativ gräns, framstår för länsstyrelsens del, med de nackdelar det kan förväntas medföra för hälften av länets invånare, som synnerligen otillfredsställande. Länsstyrelsen avstyrker därför utredningens förslag i denna del.

Kronobergs läns landsting motsätter sig utredningens förslag beträffande Halland och redovisar flera skäl för detta.

Det i förhållande till planeringen år 1958–1960 utnyttjandet av regionvården talar för ett ökat befolkningsunderlag. Att då föreslå en minskning med 110 000 invånare anser landstinget ej ligga i linje med att erhålla ett befolkningsunderlag, som är så stort att det ger goda möjligheter för sjukvårdsregionen att upprätthålla de olika regionspecialiteterna.

Vidare menar landstinget att södra delen av Hallands län har en naturlig geografisk och kommunikationsmässig anknytning till södra landsdelen och den södra sjukvårdsregionen. Att hänvisa befolkningen i denna del till Göteborgsregionen kommer av befolkningen att upplevas som byråkratisk krånglighet. Detta har med all önskvärd tydlighet framgått av uttalanden som Hallands representanter gjort i regionsjukvårdssammanhang påpekar landstinget.

Göteborgsregionen har redan i dag ett befolkningsunderlag på 1 520 000 invånare och får enligt förslaget ett tillskott med 390 000 invånare. Att ytterligare tynga den ansträngda sjukvårdsorganisationen i Göteborg anser landstinget ej vara rationellt. Med den föreslagna förändringen blir Göteborgsregionen landets största ur befolkningssynpunkt.

Med denna bakgrund anser Kronobergs läns landsting att södra delen av Hallands läns landsting även i fortsättningen skall tillhöra södra sjukvårdsregionen.

Blekinge läns landsting anser att det ej kan anses riktigt att ytterligare belasta Göteborgsregionen genom att också överföra södra Halland från Malmö/Lundregionen, som därigenom skulle få ett minskat befolkningsunderlag. Även om södra Halland, enligt utredningen, endast motsvarar 8 % av regionsjukvården i området, är befolkningen där kulturellt och kommunikationsmässigt starkt knutet till landets södra del. De principiella skäl som anföres i utredningen kan ej, enligt landstingets mening, vara av den art, att de motiverar en ändring av nuvarande indelning i södra regionen.

Kristianstads läns landsting är något tveksam till överföring av Hallands läns södra del till Göteborgsregionen, dels har befolkningen i denna del av länet av hävd sin regionsjukvård i Lund/Malmö och dels har resurser härför tillskapats. Den föreslagna förändringen medför en ny kontaktriktning för

regionvårdspatienterna och friställande av de för dessa patienter avsedda resurserna i Lund/Malmöregionen.

Malmöhus läns landsting och *Malmö kommun* anför att med hänvisning till riksutredningens bedömning av lämplig storlek på befolkningsunderlag för sjukvårdsregion samt den önskvärda balansen mellan sjukvårdsregionerna i landet finner landstinget och kommunen olämpligt att södra Hallands län enligt utredningens förslag förs till Göteborgsregionen. Ett genomförande av riksutredningens förslag skulle leda till en försämrad balans mellan sjukvårdsregionerna i landet. Landstinget och kommunen påpekar att det under hand framförts starka och klart uttalade önskemål från samtliga intressenter inom södra sjukvårdsregionen om att södra Hallands län även i fortsättningen skall ingå i Lund/Malmöregionen.

Hallands läns landsting erinrar om att frågan om ändring av Hallands läns landstingskommuns regiontillhörighet redan tidigare varit uppe till behandling. Redan den 20 september 1972 hemställde socialstyrelsen i skrivelse till landstinget i skrivelsen närmare angivna skäl att frågan om Hallands läns sjukvårdsområdes regiontillhörighet skulle tas under övervägande.

Dåvarande sjukvårdsstyrelsen, hänvisade därvid till vissa yttranden i ärendet bl. a. från Göteborgs kommuns sjukvårdsstyrelse och från Malmöhus läns landstings dåvarande sjukvårdsstyrelse. Göteborgs sjukvårdsstyrelse anförde därvid bl. a. att Göteborgs möjligheter att utvidga sitt regionvårdsansvar vore mycket små på grund av rådande resursbrist, vilket alltmer inverkat på göteborgarnas möjligheter att erhålla sjukvårdsservice, ävensom de ökade krav på regionsamverkan som föranleddes av den medicinska och tekniska utvecklingen. Mot denna bakgrund borde upptagningsområdet för den västsvenska regionsjukvården för det dåvarande icke utvidgas söderut. Dåvarande sjukvårdsstyrelsen i Malmöhus läns landsting hänvisade bl. a. till regionsjukvårdsnämnden i Lund/Malmöregionen, vilken som sin bestämda uppfattning uttalat att dåvarande sjukvårdsregiongränser för södra regionen skulle bibehållas. Även planeringsnämnden för landstingskommunala angelägenheter i de västsvenska länen avstyrkte i sitt yttrande i ärendet den ändring av Hallands läns landstingskommuns regionvårdstillhörighet bl. a. med hänvisning till sjukvårdssituationen i Göteborg och rådande kommunikationsförhållanden. Samma avvisande inställning till en ändring av regionsvårdsgränsen har även redovisats av övriga berörda sjukvårdshuvudmän, som yttrat sig i ärendet.

De skäl som enligt ovan återopades för oförändrad regionvårdstillhörighet för Hallands läns landstingskommun har samma giltighet och styrka idag. Detta framgår av de yttranden som avgivits av respektive regionsjukvårdshuvudman. Så måste exempelvis överförandet av Värmlands läns landstingskommun och södra delen av Hallands läns landstingskommun till västra sjukvårdsregionen, innebärande en cirka 20-procentig ökning av regionens befolkningsunderlag, komma att innebära ökade krav på sjukvårdsresurserna i Göteborg, som redan i dag bedöms som otillräckliga. Detta i sin tur

måste innebära en avsevärd försämring för invånarna i södra delen av Hallands län, som av hävd har en naturlig geografisk landsdelsmässig, kulturell och trafikmässig inriktning mot Skåne och Lund/Malmöregionen. Anmärkas må även att Hallands län tillhör den södra utbildningsregionen, en omständighet som utifrån tidigare redovisade principiella resonemang av regionsjukvårdsutredningen skulle motivera ett överförande av hela Hallands län till Lund/Malmöregionen även det en helt omöjlig tanke i nuläget av samma skäl som anförts mot att föra hela Hallands län till den västsvenska sjukvårdsregionen.

Det torde ej heller kunna visas, att kostnaderna för regionsjukvården skulle minska om länet helt tillföres något av de båda regionsjukvårdsområden, som det nu är uppdelat på. Totalekonomiskt skulle tvärtom kostnaderna komma att öka genom ökade transport- och resekostnader för patienterna.

Landstinget pekar vidare på att regionsjukvården inom landstingskommunen fungerar synnerligen tillfredsställande med den uppdelning av regiontillhörigheten som för närvarande råder. En ändring av denna verksamhet enligt regionsjukvårdsutredningens förslag måste bestämt avvisas, då detta innebär en väsentlig försämring av sjukvårdsmöjligheterna för ungefär hälften av landstingskommunens invånare. Det samarbete som pågått inom den västsvenska sjukvårdsregionen och Lund/Malmöregionen alltsedan regionsjukvårdsavtalen började tillämpas i början av 1960-talet och som omfattat såväl översiktlig som mera detaljerad planering av sjukvården har varit synnerligen fruktbärande, senast dokumenterad i den utredning om regionsjukvården i Lund/Malmöregionen, som bedrivits parallellt med den statliga utredningen. Det kan även noteras att i gällande sjukvårdsplan för Hallands läns landstingskommun räknats med en fortsatt uppdelning av regionsjukvården på två regioner.

Göteborgs- och Bohus läns landsting menar att med hänsyn till den uppbyggnad av resurser som för södra Hallands del redan skett inom Lund/Malmöregionen och den tradition och kontaktnät som utvecklats kan det vara tveksamt om principen för gränsdragningen i detta fall skall gå före de praktiska synpunkterna. Med hänsyn till det beräknade befolkningsunderlaget i de föreslagna regionerna talar mycket för att nuvarande ordning bibehålls. Liknande synpunkter har lämnats av *Älvsborgs läns landsting*.

Jurist- och Samhällsvetarförbundet (SACO/SR) menar att det är dock tveksamt huruvida regionresurserna är tillräckliga i västra regionen för det stora tillskott i befolkningsunderlaget som nu föreslages regionindelning innebär.

Beträffande Halland är så uppenbara medicinska fördelar förenade med nuvarande dubbla regiontillhörighet att denna bör bibehållas. De eventuella svårigheter, som samverkan inom två regionsjukvårdsnämnder möjligen kan medföra måste tillmätas väsentligt mindre vikt än påtalade medicinska vinster och det betydande avbräck som ett avbrytande skulle innebära av

nuvarande väl utvecklade förbindelser mellan södra förvaltningsområdet i Halland och södra sjukvårdsregionen. Utredningen betonar vikten av interregional samverkan: Hallands nuvarande dubbla regiontillhörighet kan möjligen ses som ett avancerat utslag av sådan samverkan.

6.6 Synpunkter på förslaget rörande Örebroregionen

(Synpunkter återfinns också under punkt 6.1, 6.3 och 6.4).

Flera remissinstanser bl. a. *Kopparbergs läns landsting* har avstått från att ta slutgiltig ställning angående Örebroregionen i avvaktan på den särskilda utredning som tillsatts för att utreda konsekvenserna av utredningens förslag för Örebro läns landsting.

Flera remissinstanser bl. a. *Örebro läns landsting* har avstyrkt utredningens förslag att Örebroregionen skall omstruktureras. Å andra sidan har många instanser instämt i utredningens förslag eller lämnat det utan erinran.

I det följande återges synpunkter i huvudsak mot utredningens förslag.

Beträffande förslaget att föra Köpingsdelen av Västmanlands län till Uppsala-regionen har *Västmanlands läns landsting* ännu ej tagit ställning. Bl. a. *Uppsala läns landsting* och *direktionen för Akademiska sjukhuset i Uppsala* tillstyrker förslaget.

Länsstyrelsen i Örebro län anför:

Länsstyrelsen, som med intresse följt och inom ramen för sitt kompetensområde medverkat till uppbyggnaden av regionsjukvården i länet, har här inte anledning att gå närmare in på de sjukvårdsmässiga konsekvenserna av en eventuell nedläggning av regionsjukvården vid regionsjukhuset i Örebro (RSÖ). Dessa frågor blir på ett bättre och mer allsidigt sätt belysta av Örebro läns landsting som sjukvårdshuvudman i landstingets yttrande över utredningens betänkande. Länsstyrelsen som tagit del av landstingets i Örebro län yttrande instämmer i de synpunkter som där framförs.

Länsstyrelsen vill emellertid lämna några synpunkter av mer principiell och regionalpolitisk betydelse.

Omfattningen av regionsjukvården vid RSÖ är betydande, såväl när det gäller konsultationer i öppen vård som när det gäller omhändertagande av patienter i slutenvård. Antalet vård dagar inom regionspecialiteterna uppgår enligt uppgift till ca 40 000 dagar per år. För såväl den öppna som den slutna vården inom regionspecialiteterna skulle en hänvisning till sjukhus i Uppsala-regionen för länsbornas vidkommande innebära avsevärda försämringar när det gäller vårdens åtkomlighet. Enligt länsstyrelsens uppfattning tål såväl åtkomligheten till som kvalitén på sjukvården vid RSÖ mycket väl en jämförelse med den vård som tillhandahålls vid andra regionsjukhus. RSÖ har, enligt vad länsstyrelsen inhämtat, alla de regionspecialiteter som enligt riksdagens beslut 1960 skulle tillföras sjukhuset och därutöver ytterligare några. Någon eftersläpning i regionsjukvårdens uppbyggande har

inte förekommit utan inrättandet av aktuella specialiteter har skett i snabb takt. Den aktiva och planmässiga uppbyggnaden av regionspecialiteterna har medfört att sjukhuset lyckats rekrytera synnerligen kvalificerad och skicklig personal – läkare, tekniker, sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal – som på ett verksamt sätt bidragit till sjukhusets möjligheter att bereda regionens innevånare en god sjukvård.

Det forsknings- och utvecklingsarbete och den efterutbildning som förekommer vid regionsjukhuset i Örebro har i allra största utsträckning kunnat komma till stånd just genom att sjukhuset haft ställning som regionsjukhus. Det större patientunderlaget har motiverat en hög differentierad och specialiserad vård och en medicinsk utrustning av hög standard. Ett genomförande av utredningens förslag i vad avser ett nedläggande av regionsjukvården vid regionsjukhuset i Örebro, skulle för länet och länets innevånare vara synnerligen olyckligt och innebära ytterst negativa effekter för sjukvården inom länet och i Örebro pågående och planerad kliniskt medicinska, sociala och samhällsvetenskapliga forskning och därmed sammanhängande produktionskontroll och metodutveckling. Enligt länsstyrelsens uppfattning kan ett nedläggande av regionsjukvården i Örebro knappast vara försvarligt från rent samhällsekonomisk synpunkt.

Ett genomförande av utredningens förslag i vad avser Örebroregionen innefattar utan tvekan regionalpolitiska aspekter med bl. a. en direkt påverkan på sysselsättningsläget. Ehuru antalet regionkliniker vid RSÖ är begränsat berörs i dag nästan ett 20-tal kliniker och laboratorier i större eller mindre grad av regionsjukvården. Det är utomordentligt svårt att ange några exakta siffror men uppskattningsvis berörs ca tusentalet tjänster – dvs. ca 1 600–1 700 anställda – om regionsjukvården avvecklas. Detta innebär naturligtvis inte att så många anställda måste avskedas, men det visar ändå vilken omfattning och betydelse regionsjukvården har i Örebro och kringliggande orter. Från sysselsättningssynpunkt är regionsjukvården således synnerligen betydelsefull. Det gäller här sysselsättningen inom en region som, vilket länsstyrelsen haft anledning påtala tidigare, också i andra sammanhang är hårt ansträngd. Utvecklingen av näringslivet i Örebro län har varit ogynnsammare än för riket som helhet. Sedan 1960 har exempelvis ca 14 000 personer friställts genom nedläggningar och permitteringar. Rekryteringen inom den offentliga sektorn har till viss del kunnat motverka denna nedgång i sysselsättningen. RSÖ har därvid haft en avgörande betydelse, inte minst för sysselsättningen bland ungdom och kvinnor.

Utredningen ägnar betydelsen av restider anmärkningsvärt lite utrymme. Faktorer som enligt länsstyrelsens mening måste betraktas såsom mycket viktiga.

De direkta förbindelserna mellan Örebro län och Uppsala är dåliga vad gäller järnväg. Restiden från/till Örebro C är 3 1/2–4 tim. och tågbyten måste göras i hälften av resmöjligheterna enligt gällande tidtabell. Till dessa tider skall läggas restiden från övriga delar av länet för ca 60 % av befolkningen,

som för att nå regionsjukvård nu bara behöver använda denna restid. Nedläggning av persontrafiken på linjen Linköping–Uppsala och överflyttning av trafiken till buss har diskuterats. Genomförs detta försämras förbindelsen ytterligare.

Kostnaderna för sjuktransporter med ambulans, taxi eller bil stiger om regionspecialiteterna flyttas från Örebro. Det finns all anledning anta att fler ambulanser och därtill personal (=ökade kostnader) fordras för de längre transporterna till Uppsala för Örebro läns del – och till Göteborg för Värmlands läns del.

Välståndet bör fördelas så att människorna i olika delar av landet erbjuds en tillfredsställande social och kulturell service (riksdagens beslut 1964 om riktlinjer för en aktiv lokaliseringspolitik, dvs. grundvalen för dagens regionalpolitik). Detta gäller visserligen planering och åtgärder som bör vidtas för att åstadkomma en bättre service men skall naturligtvis också tillämpas på förhållande som ändras eller föreslås ändras. Det skall därför gälla också den försämring av den offentliga service i länet som slopande av regionsjukvården i Örebro medför. Nedläggningen av denna sjukvårdsverksamhet står därför i uppenbar strid mot de regionalpolitiska mål riksdagen fastlagt. Den innebär också en inte oväsentligt minskad sysselsättning.

Civilbefälhavaren i Östra civilområdet anför:

I betänkandet föreslås bl. a. att det nuvarande regionsjukhuset i Örebro skall förlora sin status som regionsjukhus. Från totalförsvarssynpunkt kan detta komma att innebära svårigheter för sjukvården i krig för den händelse en invasion mot östra mellansverige skulle göras. I en sådan situation bedöms sjukhuset i Örebro ha stor betydelse. Förutom sitt goda läge med lämpligt avstånd från ostkusten och med goda förbindelser från områdena såväl norr som söder om Mälaren, har det också en stor vårdkapacitet. Om en nedklassning av sjukhuset också skulle innebära att den totala vårdkapaciteten minskas vore detta till men för sjukvården i krig. Risk föreligger sannolikt också för att standarden går ned om ett sjukhus sänkes från regionsjukhus till centrallasarett.

I krig får man dessutom räkna med ett helt annat skademönster än i fred med krav på kvalificerad sjukvård bl. a. thoraxkirurgi. Klinik för sådan kirurgi finns inte i Linköping. Skulle Örebro förlora denna specialitet är detta negativt för sjukvården i krig inom Östra civilområdet.

Även om totalförsvarsintressena bl. a. av ekonomiska skäl inte kan få dominera en utveckling av landets sjukvård bör ändå rimlig hänsyn tagas till sjukvårdsbehoven i krig. För att kunna tillgodose detta bör representer för totalförsvaret ges möjligheter att följa i första hand planeringen inom regionen. Detta bör ske genom att representant för civilbefälhavaren får ingå i eller adjungeras till de samrådsgrupper som förutsätts bli bildade inom regionen. Detta är av vikt också för erforderlig interregional samverkan eftersom det inom civilområdet kommer att finnas flera sjukvårdsregioner eller delar därav.

Civilbefälhavaren i Bergslagens civilområde bedömer från totalförvarssynpunkt att regionsjukhuset i Örebro har stor betydelse, inte endast för Bergslagens civilområde utan även för andra civilområden. I detta sammanhang bör i första hand Östra civilområdet nämnas, vilket vid en invasion mot östra mellansverige, av flera skäl, kan komma att tvingas söka vårdresurser längre in i landet.

Örebro regionsjukhus har stor vårdkapacitet och är väl lokaliserat inne i landet. Förbindelserna till Örebro är goda från såväl huvuddelen av Bergslagens civilområde som områdena norr och söder om Mälaren i Östra civilområdet.

En sänkning av Örebro regionsjukhus status, vilket skulle innebära att vårdkapaciteten försämrats, kvantitativt och/eller kvalitativt, skulle bli till stor nackdel för totalförsvaret.

Civilbefälhavaren förordar att den nuvarande regionindelningen för Uppsala- och Örebroregionerna bibehålles. Den synes bättre än den föreslagna motsvara de krav som kan ställas från totalförvarssynpunkt på bl. a. möjligheterna till samordning och resursutnyttjande.

Totalförvarssynpunkter kan av olika skäl inte få någon avgörande betydelse för utformningen och utvecklingen av fredssjukvårdsorganisationen. Viss hänsyn bör ändock tas till de förhållanden som kan tänkas uppstå vid en krigssituation och de i samband därmed uppkommande kraven på sjukvården och dess organisation. I enlighet med utredningens förslag bör civilbefälhavaren ges möjlighet att på lämpligt sätt knytas till de samrådsorgan som avses bildas inom regionerna. Detta bör kunna medföra att totalförvarsintressena bättre tillgodoses vid sjukvårdsplaneringen inom regionerna.

Direktionen för Akademiska sjukhuset i Uppsala anser att det vore felaktigt att förändra regionsjukhuset i Örebro till ett länssjukhus mot bakgrund av de stora investeringar som gjorts där. Regionsjukhuset i Örebro är ett väl fungerande regionsjukhus och Örebro län innebär därför inget reellt tillskott till Uppsalaregionen. Direktionen menar att Örebroregionen bör bibehållas med den modifieringen att Köpingsområdet i likhet med övriga Västmanland skall tillhöra Uppsalaregionen. Direktionen stödjer därmed förslaget att regiongränserna skall följa sjukvårdsområdesgränserna.

Södermanlands läns landsting vill framhålla det goda samarbetet som är etablerat inom Örebroregionen. Landstinget är av den åsikten att man erhåller vård och insatser med hänsyn tagen till befintliga resurser vid regionsjukhuset, varför någon förändring av regiontillhörighet ej kan anses erforderlig av dessa skäl. Att landstinget som komplement även utnyttjar Karolinska sjukhuset för vissa medicinska verksamhetsområden har inte varit till nackdel för samarbetet inom regionen. Därest en utbyggnad av de saknade specialiteterna skulle ske vid Örebro regionsjukhus skulle lands-

tinget givetvis helt vända sig till detta. Mot denna bakgrund önskar landstinget i första hand att Örebroregionen kvarstår och utvecklas samt att detta landsting även i framtiden kommer att tillhöra denna region.

Därest en ändring av regionindelningen skall komma till stånd vill landstinget understryka och helt instämma i att varje sjukvårdsområde skall tillhöra en region. För Södermanlands läns landsting är det synnerligen viktigt att landstingsområdet inte uppdelas på olika regioner.

Om Örebroregionen omstruktureras och Södermanlands läns landsting överförs till annan region anser landstinget liksom Regionsjukvårdsutredningen att Södermanland skall tillföras Stockholmsregionen och då till Karolinska sjukhuset. Ett av motiven till att landstinget skall föras till Stockholmsregionen är att kommunikationerna med Stockholm kan anses vara goda från större delen av Södermanlands län. Vägnetet är av förhållandevis god standard i riktning mot Stockholm. Samma förhållande gäller även tågkommunikationerna, vilket har betydelse på grund av försäkringskassornas regler för reseersättning. Närheten till Stockholm talar också för att landstingsområdet förs till Stockholmsregionen. Kostnaderna för transporter av olika slag kan härigenom hållas på låg nivå. Detta samtidigt som frånvaron från arbetet för de som söker regionsjukvård i öppen vård kan minskas.

Landstinget vill dessutom framhålla fördelen av att patienter som söker regionsjukvård hänvisas till det sjukhus vilket utbildar flertalet av de läkare som rekryteras till länet. Förutsättningar för ett naturligt samband ökar. Fördelarna kan härigenom uppnås främst till följd av att läkarnas möjligheter till vidareutbildning och forskning samt forskningserfarenheter bör öka på grund av de samband som uppstår mellan det undervisningssjukhus med regionsjukvård till vilket landstinget är anslutet och landstingets sjukhus. Landstingets möjligheter att få hjälp vid olika bristsituationer bör dessutom förbättras antingen genom en ökad överföring av patienter eller genom tillfälliga lån av läkare med hänvisning till de större resurser som Karolinska sjukhuset har.

Länstyrelsen i Södermanland har instämt i landstingets yttrande.

Östergötlands läns landsting anför:

Utredningen föreslår att antalet sjukvårdsregioner reduceras från nuvarande sju till sex stycken. Förslaget innebär i praktiken att Örebroregionen avvecklas. Vi vill inför genomförandet av ett sådant beslut peka på vikten av att se över de ekonomiska konsekvenserna av en avveckling i Örebro. Detta mot bakgrund av att hela utredningen ytterst måste syfta till att med utgångspunkt från givna resurser tillskapa bästa möjliga regionsjukvård. Den nya regionindelningen som utredningen redovisar, innebär dessutom att man tillskapar regioner med alldeles för stor skillnad när det gäller befolkningsunderlag, vilket motsäger utredningens intentioner då man dels påtalar vikten av att tillräckligt befolkningsunderlag krävs för ett rationellt

utnyttjande av regionsjukvårdsresurserna, samtidigt som man strävar mot att erbjuda patienterna sjukvård så nära hemorten som möjligt.

Vi har tidigare kommenterat frågan hur regionsjukhusen skall kunna ha tillräckliga ekonomiska resurser för att vara kapabla att föra ut forskningsresultat i praktisk sjukvård. Dessa synpunkter bör beaktas också vid indelningen i sjukvårdsregioner.

Inom flera regioner finns i dag mer än ett regionsjukhus t. ex. Malmö/Lund, Stockholm och Göteborg. Flera regionsjukhus inom en region har många fördelar, ekonomiskt kan t. ex. utvecklingsresurser inom vissa medicinska områden koncentreras till ett av regionsjukhusen, inom andra områden till det andra regionsjukhuset. Vidare kan "superspecialisering" ske inom olika områden vid de två sjukhusen, dvs. dubbla resurser undviks. Vi anser att denna lösning kan prövas även inom andra regioner än vad som kan ske i dag, t. ex. en region Uppsala och Umeå och en region Linköping och Örebro. Efter kontakter mellan Örebro läns landsting och Östergötlands läns landsting anser vi att ett nära samarbete mellan Linköping och Örebro med två regionsjukhus bör närmare analyseras. En kompletterande utredning fordras för att närmare preciera hur samarbetet skulle äga rum. Med tanke på de geografiska avstånden måste ett fördjupat samarbete mellan Örebro- och Linköpingsregionerna vara mer relevant för länets del än samarbete med andra regioner, exempelvis Malmö/Lundregionen.

Örebro läns landsting har avgivit ett mycket omfattande remissvar vad avser frågan om ändrad regionindelning. I denna sammanställning återges landstingets sammanfattning på denna punkt. I övrigt hänvisas till remissyttrandet i sin helhet.

Örebro läns landsting biträder inte utredningens förslag. Utredningen har enligt landstingets mening inte på ett konsekvent och följdriktigt sätt utnyttjat det omfattande och värdefulla bakgrundsmaterial som tagits fram. Analyser av bakgrundsfakta och utvecklingstrender är bristfälliga, vilket bl. a. belyses av vad landstinget tidigare anfört beträffande RSÖ:s utnyttjande för regionsjukvård i jämförelse med andra (sid. 26 i yttrandet).

Framtidsbedömningarna är för kortsiktiga. Perspektivet 1985, som använts för att bedöma behovet av regionsjukvård, är alldeles för kort när det gäller utformningen och dimensioneringen av en så resurskrävande verksamhet, som det här är fråga om.

Expertgruppernas bedömningar ger – om man ser till vårdkvalitativa och vårdorganisatoriska samt ekonomiska bedömningar – närmast stöd för en indelning av landet i fyra regioner, om man vill ha en fast regionindelning för den högspecialiserade sjukvården. Om en indelning i så stora regioner för patienterna kan medföra nackdelar som kan överväga redovisade fördelar har inte belysts, i vart fall inte tillräckligt av vare sig expertgrupperna eller utredningen. Genomgående syns utredningen mer ha beaktat administrativ och organisatorisk rationalitet än för patienterna mer närliggande frågor, som tillgänglighet och trygghet. Man har inte heller prövat om det kan finnas

andra organisatoriska former för samarbete om den högspecialiserade vården än den strikta geografiska indelningen. Är indelningen i sjukvårdsregioner över huvud taget absolut nödvändig? Är en strikt formalisering någon garanti för det effektivaste utnyttjandet av tillgängliga resurser, främst i form av kunskaper hos den medicinska personalen? Den typen av frågor har inte alls belysts av utredningen.

En minskning av antalet regioner kan enligt utredningen endast avse Linköping, Örebro och/eller Umeå. Tungt vägande skäl för att behålla regionsjukhusen i Umeå och Linköping är enligt utredningen att de är knutna till medicinsk fakultet. Detta skulle innebära ett värdefullt tillskott av resurser och goda förutsättningar att vidareutvecklas. Utredningen har dock inte alls analyserat vilka faktorer - utöver tillgång på ett antal specialister och fulländad teknisk utrustning - som är avgörande för en högklassig vård inom regionsjukvården. Inte heller i vad mån tillgången på medicinsk fakultet utgör en förutsättning för utveckling av andra sådana resurser än specialister och en fulländad teknisk utrustning.

Vad utredningen i olika sammanhang anför om tillgång till neurokirurgisk specialitet som förutsättning för regionsjukhus bör förvisso tillmätas viss betydelse men kan inte vara avgörande. För Umeås del tillkommer regionalpolitiska och geografiska skäl. Utredningen har för sin del inte funnit skäl att bibehålla Örebro framför någon av de övriga regionsjukhusorterna. Vad utredningen i annat sammanhang anför om RSÖ ifråga om såväl sjukvårdsresurser som sjukhusets insatser när det gäller vidareutbildning och efterutbildning m. m. skulle i och för sig, syns det landstinget, kunna motivera att ha ett regionsjukhus, som inte är knutet till medicinsk fakultet och som inte har grundutbildning av läkare.

Landstinget hävdar med bestämdhet att utredningen inte redovisat nog bärande skäl för sitt förslag att omstrukturera Örebroregionen och omvandla RSÖ till länssjukhus. Någon som helst analys av konsekvenserna för sjukhuset har ju inte gjorts av utredningen. Först i utredningsarbetets slutskede har denna analys aktualiserats genom tillägget: "Med hänsyn till de särskilda förutsättningar som enligt förslaget kommer att gälla för Örebro läns landsting kan det dock enligt utredningens mening finnas skäl att göra en särskild utredning beträffande de närmare konsekvenserna för detta landstings del av utredningens förslag m. m.".

Givetvis måste denna kompletterande utredning avvaktas och dess förslag prövas innan något slutligt ställningstagande sker. Motiven för ett bibehållande av RSÖ som regionsjukhus belyses närmare i ett senare avsnitt av yttrandet.

Landstinget vill för övrigt hävda att till grund för en framtida regionsamverkan och eventuell regionindelning bör ligga en sjukvårdsplanering av i huvudsak den uppläggning och det innehåll, som föreslås av utredningen.

Regionsjukvårdsutredningen föreslår att rikets indelning i regioner skall regleras i sjukvårdslagen. Landstinget är inte berett tillstyrka förslaget. Till

grund för den nuvarande indelningen ligger som tidigare redovisats ett beslut av riksdagen 1960. I riksdagsbeslutet redovisades hur riket borde indelas i sjukvårdsregioner. Det förelåg således en rekommendation till sjukvårdshuvudmännen, som så att säga vilade på frivillighetens grund. Regiontillhörigheten fick inte någon författningsmässig reglering utan bindningen till regionen skedde genom långsiktiga avtal. Frågan hur förändringar av indelningen i sjukvårdsregioner skulle hanteras beaktades inte i riksdagsbeslutet. Då sjukvårdshuvudmännen dock tillerkänts ett avgörande inflytande vad gäller indelningen i regioner, kan det med visst fog hävdas att även en förändring i denna indelning bör tillkomma sjukvårdshuvudmännen exklusivt att bestämma om. En lagstiftning om ändring i regionindelningen skulle kunna uppfattas som ett åsidosättande av principer om huvudmännens självbestämmande som varit avgörande vid avtalens tillkomst och därmed kunna ses som något av ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

Landstinget vill sålunda föreslå att, liksom hittills, regionindelningen bör kunna grunda sig på de överenskommelser härom, som träffas mellan sjukvårdshuvudmännen inbördes och i samförstånd med staten.

Kopparbergs läns landsting anför:

Kopparbergs läns landsting berörs inte direkt av det förslag till ändring av nuvarande indelning i sjukvårdsregioner som utredningen lämnar. Det förefaller ändå landstinget som om utredningsunderlaget för den relativt omfattande ändringen av regionvårdsindelningen som föreslås för att ge Umeå-regionen ett större patientunderlag är något tunt. Den specialiserade sjukvården inom Jämtlands län har sedan lång tid – även före nuvarande regionindelning – haft sina professionella kontakter med Akademiska sjukhuset. Även konsultmedverkan och läkarrekrytering har skett därifrån. Då dessutom kommunikationsmässigt Uppsala ligger bättre till än Umeå, förefaller det nya förslaget om ändring av nuvarande regionsamverkan för Jämtlands del att vara en teoretisk modell, som i den praktiska tillämpningen kommer att möta uppenbara svårigheter. Stora investeringar har gjorts vid regionsjukhuset i Örebro och flera specialiteter fungerar väl som regionspecialiteter. Inte minst viktigt är, att den yrkesmedicinska avdelningen vid regionsjukhuset får möjligheter vidmakthålla sin ställning och sina resurser. Avdelningens närhet till Bergslagen med dess många och tunga och ur arbetsmiljösynpunkt krävande industrier gör den väl lämpad att där fortsätta och utveckla sin verksamhet. Önskemål har tidigare framförts från Kopparbergs läns landsting om samverkan med regionsjukhuset i Örebro beträffande den yrkesmedicinska verksamheten. Det är angeläget att det arbete som här pågår inte äventyras. Även inom det socialmedicinska området har verksamheten vid regionsjukhuset i Örebro legat mycket väl framme. Ur beredskapssynpunkt bör det övervägas om inte fasthållande vid ett högspecialiserat sjukhus inne i landet skulle vara välbetänkt.

Eftersom en särskild utredning bearbetar frågorna beträffande konse-

kvenserna för regionsjukhuset i Örebro, om utredningens förslag genomförs, nöjer sig landstinget med dessa påpekanden.

Länsstyrelsen i Värmlands län pekar på att en särskild utredning tillsatts om konsekvenserna för Örebro läns landsting om utredningens förslag genomförs. Även om en sådan utredning knappast kommer att kunna förändra helhetsbilden anser länsstyrelsen att resultatet av densamma borde ha förelegat före remisstidens utgång. Länsstyrelsen förutsätter att de förslag, som denna utredning kan komma att framlägga och som kan beröra möjligheter till fortsatt samarbete mellan Örebro och Värmlands läns landsting beträffande sjukvården, kommer att underställas länsstyrelsen för yttrande.

Liknande synpunkter framförs av *Uppsala läns landsting*.

Statskontoret menar att utredningens förslag innebär att många patienter inom nuvarande Örebroregionen inte kommer att kunna erbjudas regionvård så nära hemorten som för närvarande. Framför allt de norra delarna av regionen som förs till Uppsala har dåliga kommunikationer med denna stad. Detta innebär förutom längre transportvägar och därmed högre kostnader även förlängda väntetider. Förslaget överensstämmer inte på denna punkt med utredningens princip att vård skall erbjudas så nära hemorten som möjligt.

Arbetskyddstyrelsen menar att förslaget om att Örebroregionen upphör som självständig region och att därmed bl. a. yrkesmedicinska kliniken i Örebro upphör att vara regionrelaterad är betänkligt. Med hänsyn till att Örebrokliniken i hög grad har bidragit till forskning och utveckling inom detta område bedömer styrelsen det som önskvärt att verksamheten bibehålls vid åtminstone nuvarande nivå.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (SACO/SR) ser det som ytterst angeläget att regionsjukhuset får bibehålla sin status som regionsjukhus.

Landsorganisationen i Sverige (LO) framhåller att vad Örebroregionen beträffar kommer det inom vissa verksamhetsområden, bl. a. tumörsjukvården, i varje fall under en lång övergångstid att krävas resurser vid Örebrosjukhuset som kan tillgodose behov utanför det egna länet. Det bör också vara möjligt att bygga upp andra verksamheter bl. a. med anknytning till de utbildningar på vårdområdet som finns eller planeras i Örebro. LO vill här särskilt peka på behovet av en utbildning av olika personalgrupper för företagshälsovården samt behovet av ett forsknings- och utvecklingsarbete som knyts till vårdutbildningen och till bl. a. de socialmedicinska och yrkesmedicinska klinikerna i Örebro. Konkreta förslag av detta slag bör kunna förväntas från den särskilda utredning som för närvarande arbetar med att kartlägga konsekvenserna för Örebroregionens del av regionsjukvårdsutredningens förslag.

När det gäller Örebrosjukhuset vill LO vidare mycket starkt understryka

utredningens uttalande om bevarande av den yrkesmedicinska kliniken verksamhet. Denna klinik har en ledande ställning i landet på detta område. Det måste enligt L.O:s uppfattning vara ett oeftergivligt krav att denna klinik fullt ut garanteras resurser för att bibehålla och vidareutveckla den ytterst väsentliga verksamhet som här bedrivs. Detta måste även gälla resurserna på de angränsande medicinska verksamhetsområden som är av särskild betydelse för den yrkesmedicinska kliniken att samverka med.

1976 års företagshälsovårdsutredning ser det inte som möjligt att innan resultatet av Örebroundersökningen redovisats ta ställning till region-sjukvårdsutredningens förslag om ändrad regionindelning och överblicka de konsekvenser en sådan kan ha för yrkesmedicinen. Utredningen vill därför tills vidare endast betona vikten av lösningar som inte äventyrar de knappa resurser som byggts upp för yrkesmedicinsk verksamhet. Företagshälsovårdsutredningen utgår från att utredningen senare bereds tillfälle att yttra sig utifrån konsekvensbeskrivningen för Örebro läns landsting.

Tjänstemännens centralorganisation (TCO) vill fortsättningsvis också peka på några andra konsekvenser som blir följden av den föreslagna omfördelningen av befolkningsunderlaget. Enligt förslaget skall t. ex. Hallands läns södra del överföras till Göteborgsregionen, som får den största folkmängden per sjukvårdsområde. Eftersom Göteborgs kommun redan tidvis haft svårigheter att tillgodose efterfrågan på regionsjukvård är det nödvändigt att utreda de ekonomiska konsekvenserna av att förse Göteborgsregionen med tillräckliga resurser. Tills vidare bör därför Hallands läns södra del i viss utsträckning få utnyttja regionsjukvård i Lund.

För att regionsjukhuset i Umeå skall kunna upprätthålla godtagbar medicinsk standard måste regionen utökas med Medelpads och Jämtlands län. För patienter bosatta i Jämtlands län innebär en sådan överföring en klar försämring eftersom kommunikationerna i stort sett är bättre till Uppsala än till Umeå. De etablerade kontakterna med Uppsalaregionen upplevs också vara av stort värde för patienter och personal. Den föreslagna lösningen är inte heller helt adekvat eftersom ändå vissa kontakter med Uppsala måste upprätthållas på grund av att alla verksamhetsområden inte kommer att finnas i Umeå.

TCO anser till sist att konsekvenserna av den föreslagna indelningen av riket i sjukvårdsregioner noggrant bör utredas, speciellt vad gäller Örebro läns landsting innan slutgiltig ställning tas i frågan.

Enligt Svenska Kommunalarbetsförbundets uppfattning måste Örebroregionen även framdeles garanteras till omfång och kvalitet tillräckliga hälso- och sjukvårdsresurser. Detta gäller också delar av den specialiserade sjukvården.

Samhällets sammantagna insatser på det hälso- och sjukvårdspolitiska området måste ges en samlad bedömning och utvärdering, samt styras av

befolkningens vida sjukdomspanorama, möjlighet att förebygga och åtgärda sjukdomssymtom på lämplig vårdnivå m. m. Mot denna faktiska bakgrund och i strävandena att utföra en offensiv hälsopolitik, kan det te sig som motiverat att utan att ge avkall på kvaliteten omstrukturera samt i mycket modifierad omfattning dämpa delar i den högspecialiserade kroppsvården, till förmån för en utbyggnad av och inom primär/öppenvården, företagshälsövården, social- och yrkesmedicinen etc.

Kommunalarbetsareförbundet vill dock understryka att konsekvenserna av en omstrukturering och överföring av de i Örebro ingående länen inte på ett tillfredsställande sätt utretts i föreliggande betänkande. I avvaktan på en utredning som närmare belyser de samlade konsekvenserna för Örebro-regionen blir ett slutligt ställningstagande ej meningsfullt.

Vid sidan om högskoleregionernas organisatoriska uppbyggnad har Örebro sjukvårdsregion i samarbete med högskolefakulteterna i länet utvecklat en välfungerande forskning och verksamhet inom yrkesmedicin, socialmedicin samt uppslag till en tvärvetenskaplig forskning. Kommunalarbetsareförbundet vill understryka vikten av att nämnda verksamhetsområden även i fortsättningen tillförsäkras erforderliga resurser.

Enligt *Sveriges läkarförbunds* mening uppvisar utredningens beskrivning av regionsjukvården i Örebro brister. Vidare har man inte tillfredsställande redovisat hur det nuvarande regionsjukhusets resurser på ett adekvat sätt skall kunna tas tillvara efter en eventuell upplösning av Örebroregionen. Tillsättandet av en särskild utredning med uppgift att närmare studera konsekvenserna av utredningens förslag för Örebro läns landsting innebär en välkommen komplettering av utredningen i denna del.

Det vore enligt läkarförbundets mening olyckligt om de redan uppbyggda och välfungerande sjukvårdsresurser som finns i Örebro spolieras. Utredningens förslag innebär uppenbara risker för en sådan utveckling. Även om utredningen understryker att "sjukhuset i Örebro blir synnerligen väl utvecklat som länssjukhus", så är det inte särskilt troligt att i Örebro berörda regionspecialiteter skall kunna upprätthålla sin livskraft med ett befolkningsunderlag på 275 000 då Umeåregionen inte klarar sig på 650 000. Negativa återverkningar torde också vara ofrånkomliga för vidare- och efterutbildning av läkare och andra vårdyrkeskategorier liksom naturligtvis för den forsknings- och utvecklingsverksamhet som bedrivs i Örebro.

Mot bakgrund av ovanstående anser läkarförbundet det inte är möjligt att för närvarande ta definitiv ställning i regionindelningsfrågan. Detta kan ske först sedan den särskilt tillsatta Örebroutredningen slutförts och konsekvenserna för Stockholms- och Göteborgsregionerna belysts närmare.

Svenska Läkarsällskapet menar beträffande förslaget om Örebro att uppenbara risker föreligger att redan uppbyggda och väl fungerande sjukvårdsresurser spolieras. Det är inte sannolikt att i Örebro berörda

regionspecialiteter skall kunna upprätthålla sin livskraft med ett befolkningsunderlag på 275 000 när Umeåregionen inte klarar sig på 650 000. Region-sjukhuset i Örebro har i stort sett samma form av verksamhet som övriga regionsjukhus i landet, vilket utredningen dock förenklar. Borttagandet av enskilda regionspecialiteter medför återverkningar på andra specialiteter.

Svenska Läkaresällskapet anser att redovisningen av sjukvårdens omfattning i Örebro uttryckt i vård dagar samt utnyttjandet av regionplatserna lider av sådana brister att den ej kan läggas som grund för de slutsatser utredningen drar, då det redovisade vård dagsutnyttjandet ej är baserat på antalet invånare i regionen, vilket framförts inledningsvis.

Negativa återverkningar synes ofrånkomliga för den vidare- och efterutbildning för läkare och andra vård yrkeskategorier som under åren byggts upp vid regionsjukhuset i Örebro, liksom naturligtvis för den forsknings- och utvecklingsverksamhet som där bedrivs. Det vore stort slöseri att inte tillvarata den stora erfarenhet av undervisning på alla nivåer som finns i Örebro.

Svenska Läkaresällskapet finner det angeläget att även efter den nya regionindelningen Örebros resurser utnyttjas för vidare- och efterutbildning samt forskning inom bl. a. det viktiga primärvårdsområdet. Det kunde åtminstone för de större specialiteterna även diskuteras om inte särskilda institutioner för vidareutbildning av läkare skulle skapas i Örebro.

Handikappförbundens Centralkommitté anför:

Det har från många håll inom handikappförbunden framförts farhågor för att den nu föreslagna regionindelningen kommer att innebära en urholkning av sjukvården i centrala Svealand. Den av utredningen föreslagna länssjukvården i området gör att farhågorna ter sig något överdrivna. HCK anser emellertid att frågan om Örebroregionen måste bli föremål för ytterligare utredning och att en sådan utredning skall sändas till berörda handikapporganisationer för yttrande.

6.7 Landstingsförbundets yttrande över förslaget till ändrad regionindelning

Vård platsbehovet för regionsjukvård inom vissa specialiteter är redan nu lågt och behovet av antalet slutenvårdsplatser totalt sett beräknas successivt minska. Ett önskvärt befolkningsunderlag för en fullständig regionsjukvård bedömer utredningen till 1,5 miljoner invånare. Bl. a. med den utgångspunkten föreslår utredningen en ändrad regionindelning, som innebär att antalet sjukvårdsregioner minskar från sju till sex. Det medför att flertalet av nuvarande regioner måste omstruktureras geografiskt och att Örebroregionen upplöses.

Förslagets konsekvenser för Örebro läns landsting och verksamheten vid regionsjukhuset i Örebro har belysts i en särskild utredning (Ds S 1979:8),

vars slutsatser delvis innebär ändringar av RSU:s förslag. "Konsekvensutredningen" biträder förslaget att avveckla den thoraxkirurgiska kliniken vid sjukhuset, men anser att överläggningar bör tas upp om att bibehålla de onkologiska resurserna, eftersom dessa totalt sett är knappa. Vissa andra kliniker (öron-, näsa-, hals, plastikkirurgi, gynekologi, urologi) skulle därmed också få underlag för fortsatt verksamhet. För övriga regionkliniker bedöms länsinnevånarnas behov av sjukvård vara en tillräcklig grund för fortsatt verksamhet. Med dessa utgångspunkter skapas förutsättningar för en fortsatt verksamhet vid regionsjukhuset. Under förutsättning att sammanställningen av patientunderlaget inte förändras, anser utredningen också, att nuvarande vårdyrkesutbildning kan behållas och att den kan byggas ut med nya utbildningar. En ändrad regionindelning bedöms heller inte medföra några förändringar i forskningens förutsättningar. Mot bakgrund av tidigare insatser bedöms forsknings- och utvecklingsarbetet (FoU) inom omvårdnadsområdet ha goda förutsättningar att utvecklas i Örebro.

En överdimensionerad och alltför splittrad regionsjukvård blir utomordentligt dyrbar och kan äventyra den medicinska kvaliteten i värden. En begränsning av antalet sjukvårdsregioner är nödvändig för att ge utrymme för en bättre kontroll av dimensioneringen och skapa utrymme för satsningar inom vårdpolitiskt prioriterade områden. Förbundsstyrelsen ställer sig därför bakom förslaget att begränsa antalet regioner till sex. Genomförandet av förändringen måste dock ske på ett sådant sätt, att de negativa konsekvenserna begränsas. Bl. a. måste övergångsbestämmelser utformas, som minskar besvären för enskilda patienter av att byta region. När det gäller regionindelningen vill styrelsen lämna följande kommentarer och förslag:

En fortsatt verksamhet vid regionsjukhuset i Umeå kräver ett större befolkningsunderlag. RSU föreslår därför att Jämtlands län och södra delen av Västernorrlands län tillförs Umeåregionen. Förbundsstyrelsen finner flera skäl – inte minst regionalpolitiska – tala för att verksamheten i Umeå måste fortsätta och vidareutvecklas. Styrelsen ställer sig därför bakom RSU:s förslag. Det ger Umeåregionen ett befolkningsunderlag på cirka 900 000 personer, vilket kan betraktas som en miniminivå. För Jämtlands län innebär dock förslaget ur kommunikationssynpunkt vissa nackdelar. Styrelsen vill starkt markera nödvändigheten av kraftfulla insatser för att minska dessa nackdelar och förbättra resmöjligheterna mellan Jämtlands län och Umeå.

Vid regionsjukhuset i Örebro har efterhand byggts upp en betydande kunskap och erfarenhet med speciell inriktning mot vissa medicinska verksamhetsområden. Det är en kunskap som måste tas till vara och föras vidare. Samtidigt gäller, att resurserna vid Uppsala Akademiska sjukhus för vissa specialiteter är begränsade och att det kan bli svårt att ta emot flera patienter. Ett ömsesidigt samarbete mellan de två sjukhusen borde mot den bakgrunden skapa bättre förutsättningar för ett allsidigt utbud av högspe-

cialiserad vård i Uppsalaregionen än RSU:s förslag att koncentrera resurserna till ett sjukhus. En sådan alternativ lösning skulle också på ett bättre sätt ta till vara de resurser, som redan finns. Varje sjukhus skulle kunna utveckla de områden, där det redan nu har ett speciellt kunnande. Så har exempelvis i utredningsarbetet dokumenterats Örebro sjukhusets specifika kunskaper inom yrkesmedicinen. Det är exempel på ett område som skulle kunna ingå i sjukhusets speciella "profil".

Förbundsstyrelsen förordar den lösning som skisserats ovan. Den innebär att Örebro sjukhuset kan bibehålla sin ställning och att regionen byggs upp med utgångspunkt från två regionsjukhus. Regionen kommer därmed att få väl utbyggda resurser för högspecialiserad vård. För att bredda patientunderlaget föreslår förbundsstyrelsen att också Södermanlands län förs till Uppsala-Örebroregionen.

Den skisserade lösningen ställer stora krav på samarbetet inom regionen för att dubbelarbete och överetablering skall kunna undvikas. Den förutsätter också att staten som huvudman för Akademiska sjukhuset i Uppsala är beredd att medverka och följa upp beslutet. Planeringen av den högspecialiserade vården måste utgå från de speciella förutsättningar som finns på varje sjukhus. Hur avgränsningen av lämpliga ansvarsområden praktiskt skall lösas är problem, som måste analyseras noggrant. Enligt styrelsens mening bör särskilda överläggningar snarast tas upp mellan staten och berörda huvudmän för att få till stånd en samförstånds lösning.

RSU:s förslag innebär i övrigt förändringar i så måtto, att Värmlands län och södra Hallands län förs till Göteborgsregionen. Förbundsstyrelsen kan i princip ställa sig bakom en sådan lösning, men anser att frågan om södra Hallands regionstillhörighet ytterligare bör övervägas med utgångspunkt från lokala förutsättningar och synpunkter.

Förbundsstyrelsen vill i övrigt peka på de speciella samverkansproblem, som kan uppkomma som en följd av att två av regionsjukhusen fortfarande har ett statligt huvudmannaskap. Styrelsen förutsätter, att det finns en strävan hos berörda intressenter att arbeta för en utveckling som gör det möjligt att angripa dessa problem. Ett enhetligt huvudmannaskap skulle underlätta såväl samverkansfrågorna som ett rationellt utnyttjande av resurserna.

Förbundsstyrelsens ställningstagande innebär sammanfattningsvis att RSU:s förslag i stort godtas. Styrelsen anser det sålunda nödvändigt med en begränsning till sex sjukvårdsregioner men föredrar en annorlunda lösning när det gäller regionsjukhuset i Örebro. Styrelsen anser att sjukhuset bör bibehålla sin ställning som regionsjukhus och att Uppsala-Örebroregionen skall byggas upp med utgångspunkt från två samverkande sjukhus. Det är en lösning som medför goda förutsättningar för ett allsidigt vårdutbud och ett bättre utnyttjande av de resurser som redan finns. För att bredda

patientunderlaget föreslås även att Södermanlands län tillförs Uppsala-Örebroregionen. Regiontillhörigheten för södra Hallands län bör ytterligare övervägas med utgångspunkt från lokala förutsättningar.

Bilaga 3

Sammanfattning av RSÖ 79 (Ds S 1979:9). En konsekvensutredning till regionsjukvårdsutredningen

Statsrådet Lindahl tillkallade den 11 januari 1979 en särskild utredare och en sakkunnig för vissa frågor rörande regionsjukhuset i Örebro m. m. Utredningsbetänkandet RSÖ 79 (Ds S 1979:8). En konsekvensutredning till regionsjukvårdsutredningen överlämnades till Socialdepartementet den 4 juli 1979.

Konsekvensutredningens sammanfattning återges i det följande.

1. Sammanfattning av konsekvensutredningens förslag

Regionsjukvårdsutredningen (SOU 1978:70) har föreslagit att antalet sjukvårdsregioner i landet minskas från 7 till 6. Det sker genom att Örebroregionen upplöses och i denna ingående län överförs till andra regioner. Värmlands län förs till Göteborgsregionen, Södermanlands län till Stockholmsregionen och Örebro län till Uppsalaregionen liksom den del av Västmanlands län – Köpingsområdet – som nu tillhör Örebroregionen.

Vår uppgift har varit att utreda vilka följder en sådan förändring skulle få för Örebro läns landsting.

Vi har i första hand försökt belysa konsekvenserna för verksamheten vid regionsjukhuset i Örebro (RSÖ) samt förändringar för patienter, personal och landstingets ekonomi. Vi har också behandlat vissa frågor om utbildningsverksamhet och forskning i Örebro.

Utredningen har funnit

- att det ur sjukvårdssynvinkel är rimligt att följa regionsjukvårdsutredningens förslag att avveckla den thoraxkirurgiska kliniken vid RSÖ, men att inom den kirurgiska kliniken bibehålla viss thoraxkirurgisk kompetens.
- att med hänsyn till resursläget inom den onkologiska sjukvården bör man snarast upptaga överläggningar om att i stort bibehålla nuvarande resurser för onkologi vid RSÖ
- att om man beslutar sig för att bibehålla resurser för onkologi med nuvarande omfattning, detta får konsekvenser i krav på vissa resurser för regionpatienter bl. a. klinikerna för öron-, näs- och halssjukdomar, plastikkirurgi, gynekologi och urologi
- att för övriga "regionspecialiteter" volymen vård för länsinvånarna är tillräckligt stor för att det – av såväl kvalitets- som ekonomiska skäl – skall vara försvarbart att driva dem även i fortsättningen, om än med minskad volym.

Ett minskat patientunderlag för RSÖ kommer enligt vår uppfattning inte att bli gränssättande för fortsatt sjukvårdsverksamhet vid sjukhuset med undantag för ovan angivna områden.

Mot bakgrund av förhållandet i nuvarande Örebroregionen och vid en jämförelse med samverkanssituationen i andra sjukvårdsområden finner vi det naturligt, om man bibehöll två eller tresidigt samarbete inom vissa verksamhetsområden inom den nuvarande Örebroregionen.

Under förutsättning att sammansättningen av patientklientelet inom Örebro läns landsting och särskilt vid RSÖ inte förändras i förhållande till dagsläget anser vi att man bör kunna behålla nuvarande utbildningslinjer vid vårdyrkesskolan.

Vårdlärarutbildningen bör kunna permanentas. Nya utbildningar bör tillkomma, för i första hand sjukgymnaster men även för företagsgymnaster, ergonomer och yrkeshygieniker. Detta kräver emellertid fasta lärartjänster.

Vid RSÖ och inom Örebro läns landstings sjukvård bedrivs i dag ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete. Fasta resurser härför saknas och torde under överskådlig tid inte komma att tillföras över statsbudgeten.

Dessa brister kompenseras av landstingets aktiva stöd till forsknings- och utvecklingsarbete. Vi bedömer att en ändrad regionindelning inte medför några förändringar i forskningens förutsättningar.

Mot bakgrund av bl. a. de insatser som gjorts från landstingets sida för att initiera och driva forsknings- och utvecklingsarbete inom omvårdnadsområdet anser vi att detta framväxande forskningsområde har goda förutsättningar att fortsättningsvis utvecklas i Örebro.

Konsekvenserna av regionsjukvårdsutredningens förslag för sysselsättningen i Örebro är svårbedömda. Följderna för sysselsättningen blir olika beroende på vilka samverkansöverenskommelser som kommer att ingås. Vi redovisar våra bedömningar med utgångspunkt i två alternativ och uppskattar i det första att 45 tjänster och 67 anställda kan komma att beröras. I det andra skulle 200 tjänster och 300 anställda kunna beröras.

Vår bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av ändrad regionindelning för Örebro läns landsting måste ses som grova och överslagsmässiga beräkningar. En förändring av regiongränserna måste givetvis leda till förhandlingar mellan de berörda parterna, vilket ställer krav på fördjupat förhandlingsunderlag. En upplösning av Örebroregionen medför ekonomiska konsekvenser för alla i regionen ingående landstingen, alldeles särskilt Örebro läns landsting. Genomför man en sådan förändring bör de ekonomiska konsekvenserna rimligen bäras inte enbart av Örebroregionen.