

Nr 31

Socialutskottets betänkande i anledning av motioner om neurologi och perifer kärlkirurgi vid lasaretten m. m.

Motionerna

1) I motionen 1971: 353 av herr Ernulf (fp) yrkas att riksdagen måtte hos Kungl. Maj:t begära att socialstyrelsen får i uppdrag att uppgöra en plan för inrättande av neurologiska kliniker vid centrallasaretten.

2) I motionen 1971: 795 av herr Åkerlind m. fl. (m, c) yrkas att riksdagen hos Kungl. Maj:t måtte hemställa att Kungl. Maj:t vidtager sådana åtgärder att den perifera kärlkirurgin snabbt utvecklas samt att nya avdelningar för denna specialitet inrättas vid de större sjukhusen.

I motiveringen för yrkandet i motionen 1971: 353 om *neurologi* vid centrallasaretten framhålls inledningsvis att neurologin (läran om nervsystemet och dess sjukdomar) sysslar med många olika och vanliga sjukdomstillstånd — organiska nervsjukdomar såsom multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom samt vidare epilepsi, besvärande huvudvärk eller yrsel, hjärnblödning och skallskador — och att dessa sjukdomstillstånd ofta ger betydande sociala återverkningar i form av nedsatt arbetsförmåga eller annat handikapp.

Motionären påpekar att, bortsett från universitetskliniker och region-sjukhus, finns neurologisk klinik endast på ett centrallasarett, nämligen i Borås.

Erfarenheterna från Borås — framhålls det i motionen — tyder på att en neurologisk klinik kan innebära både förbättrad vård och, totalt sett, lägre kostnader. Särskilt värdefullt ur kostnadssynpunkt är att verksamheten inom neurologin i hög grad kan bedrivas i form av öppen vård, vilket för de medicinska klinikerna kan betyda avlastning beträffande t. ex. hjärnblödningsfallen och för kirurgiklinikerna avlastning beträffande t. ex. skallskador efter trafikolyckor. Genom utredning inom en öppenvårdsenhet för neurologisk vård blir det vidare ofta möjligt att undvika inläggning på medicinsk eller kirurgisk vårdavdelning.

Motionären framhåller att en fullt effektiv neurologisk klinik behöver både vårdplatser för sluten vård och en organisation för öppen vård. Vid en successiv utbyggnad torde det emellertid vara möjligt att i första skedet nöja sig med en klinik för öppen vård. Härvid crinrar motionären om att det numera finns möjlighet att anställa en specialist i överläkarställning för enbart öppen vård.

I motiveringen för yrkandet i motionen 1971: 795 om *perifer kärlkirurgi* påpekas att de sjukdomar som leder till kärlskador blir allt vanligare — diabetes, kärlsjukdom och artärsjukdom — vilket leder till att antalet amputationer på grund av kärlskador också blir allt fler. Här-efter framhåller motionärerna att det torde vara möjligt att med nuvarande operationsteknik, främst företrädd av docenten Sven Bellman, undvika upp till 30 % av de amputationer som nu utförs, om det på sjukhusen fanns tillgång på läkare som kunde utföra kärlkirurgiska operationer även i de yttre (perifera) delarna av lemmarna. För närvarande finns endast vid Malmö allmänna sjukhus en tjänst inrättad för huvudsakligen perifer kärlkirurgi.

Om utbyggnaden av olika medicinska specialiteter vid lasaretten m. m.

Sjukhusorganisationen består av i princip tre slags sjukhus nämligen lasarett, sjukstugor och sjukhem. Enligt 6 § 1 mom. sjukvårdslagen (1962: 242) benämnes sjukhus lasarett, om det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, och sjukstuga, om det företrädesvis är avsett för mindre krävande vård. Sjukstuga får ha högst 30 vårdplatser. Enligt 6 § 6 mom. sjukvårdslagen benämnes sjukhus sjukhem om det till huvudsaklig del är inrättat för vård av långvarigt kroppssjuka, lättskötta psykiskt sjuka, konvalescenter eller jämförliga vårdbehövande.

Då den nuvarande sjukhusorganisationen började växa fram dominerades den av *odelade lasarett* — d. v. s. lasarett med endast en överläkare — och sjukstugor. Härjämte förekom specialsjukhus av olika slag (tbc-sjukvårdsanstalter, epidemivårdsanstalter, barnbördshus, barnsjukhus, vanföreläsanstalter för ortopedisk vård, mentalsjukhus). Genom de medicinska framstegen har en allt längre gående specialisering bland läkarna blivit erforderlig. Detta har lett till att de odelade lasaretten kommit att framstå såsom alltmer otidsenliga. De har delats, d. v. s. flera överläkartjänster har inrättats. Till en början nöjde man sig med två, en för medicin och en för kirurgi. Snart befanns dock behov föreligga även av en specialist i röntgendiagnostik och så tillkom överläkartjänster för denna specialitet. Allteftersom har anspråk rests på anestesilogisk service, vilket haft till följd att särskild överläkare i anesthesi anställt vid flertalet lasarett. De minsta delade lasaretten brukar kallas *normallasarett*. Ett sådant har i allmänhet fyra överläkare, specialiserade i medicin, kirurgi, röntgendiagnostik och anesthesiologi. Allteftersom anspråken växer på god specialiserad sjukvård ökar antalet specialavdelningar vid normallasaretten, t. ex. med kliniker för långtidsvård. Vid många normallasarett finns konsultläkare anställda för vissa specialiteter — dessa är inte heltidsanställda och har inga egna kliniker utan biträder på de befintliga.

Inom varje sjukvårdsområde (landstingskommun respektive kommun som ej tillhör landstingskommun) har vid minst ett lasarett inrättats ett större antal kliniker för olika specialiteter, såsom kvinnosjukdomar-förlossningar, medicinska barnsjukdomar, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, ortopedi, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri m. fl. Ett sådant lasarett brukar kallas *centrallasarett*. Denna benämning är inte juridiskt fixerad till ett lasarett med visst bestämt antal överläkare utan endast en i praktiken brukad beteckning på det mest specialiserade lasarettet inom sjukvårdsområdet. Centrallasarett kan därför vara olika utbyggda inom skilda sjukvårdsområden. I större sjukvårdsområden har centrallasarett som regel ett större antal specialavdelningar än inom mindre. Antalet torde inte understiga tolv men kan uppgå till 20 eller fler. Genom att någon exakt definition inte finns av begreppet centrallasarett förekommer stundom delade meningar om vilka lasarett som bör betraktas som centrallasarett.

I praktiken förekommer även övergångsformer mellan det regelrätta normallasarettet med fyra specialiteter och centrallasarettet. Sålunda finns åtskilliga lasarett med fem eller flera specialiteter.

Den allt längre drivna specialiseringen inom kroppssjukvården aktualiserade frågan om att koncentrera de mera avancerade specialiteterna till ett fåtal centrallasarett och låta dem betjäna flera sjukvårdsområden. Ett sjukvårdsområde är i regel för litet för att kunna tjäna som underlag för en dylik specialklinik. Förslag till en rationell organisation av denna vård utarbetades av regionvårdsutredningen (SOU 1958: 26) och på grundval av dess förslag framlades för 1960 års riksdag prop. 1960: 159 med riktlinjer i ämnet. Förslaget, som godkändes av riksdagen (SU 1960: 189), innebär, att riket för den högspecialiserade kroppssjukvården indelas i sju s. k. sjukvårdsregioner, Stockholmsregionen, Uppsala-regionen, Linköpingsregionen, Lund-Malmöregionen, Göteborgsregionen, Örebroregionen och Umeåregionen.

Invånarantalet i regionerna beräknades år 1970 uppgå till högst 1 500 000 (Stockholmsregionen) och lägst 680 000 (Umeåregionen).

De specialiteter, som enligt propositionen bör anordnas regionvis, är neurokirurgi, neurologi, thoraxkirurgi, viss kardiologi, plastikkirurgi, urologi, barnkirurgi, radioterapi, dermatologi och reumatologi. Även s. k. käkcentraler förordades komma till stånd regionvis.

De centrallasarett, vilka avses skola fördes med kliniker för ifrågasvarande specialiteter, brukar betecknas *regionsjukhus* och utgör sålunda en fjärde typ av lasarett. De är i regel samtidigt undervisningssjukhus för läkarutbildningen.

Statsmakterna har inte ansett det föreligga skäl att genom lagstiftning reglera regionsjukvården utan denna avsågs komma till stånd genom frivilligt samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen. Ej heller har

statsmakterna velat binda huvudmännens val av samarbetsformer för ändamålet, varför full frihet råder härvidlag.

Genom den mentalvårdsreform, som genomförts fr. o. m. år 1967, har skapats ännu en typ av lasarett. Genom denna reform har begreppet mentalsjukhus avskaffats och dessa sjukhus hänföres nu till lasarettskategorin. Detta innebär att det tillkommit en lasarettstyp, nämligen *lasarett för uteslutande psykiatrisk vård*. På längre sikt syftar dock reformen till att denna typ av specialsjukhus skall försvinna. Den psykiatriska akutsjukvården avses skola meddelas vid de vanliga lasaretten, i första hand vid centrallasaretten. Den psykiatriska långtidsvården avses skola meddelas vid sjukhem. Man har också för framtiden att räkna med en viss samorganisation av den somatiska och den psykiatriska långtidsvården.

År 1970 vidtogs ändringar i sjukvårdslagen (1962: 242) för tillämpning fr. o. m. den 1 januari 1971 innebärande att flera överläkare representerande olika medicinska specialiteter skall kunna finnas vid samma klinik med en av dem som klinikchef och att läkare vid sjukhus skall kunna svara även för öppen vård utanför sjukhus (prop. 1970: 42, 2LU 30). I undantagsfall skall överläkartjänst kunna inrättas även för ändamål som inte motsvaras av viss godkänd specialitet, dvs. medicinsk specialitet upptagen i kungörelsen (1969: 422) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960: 408) om behörighet att utöva läkaryrket.

Beträffande sjukhusläkartjänsterna gäller med enstaka undantag att de inte får inrättas utan socialstyrelsens medgivande (17 § sjukvårdslagen). Motivet till detta är den knappa tillgången på läkare som gör att de tillgängliga krafterna måste reserveras för de mest angelägna behoven.

Riksplaneringen beträffande sjukvården omhänderhas under socialdepartementet av socialdepartementets sjukvårdsdelegation (1971 års riksdagsberättelse S 14) samt av socialstyrelsen på verksplanet. Sjukvårdsdelegationen — i vilken finns företrädare både för sjukvårdshuvudmännen och för statliga myndigheter som har ansvar för sjukvård, arbetsmarknad, utbildning och samhällsekonomi — har till uppgift att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurserna i landet och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. På socialstyrelsen ankommer att handlägga frågor rörande riksplanering av verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad med beaktande särskilt av såväl de enskildas behov av vård som behovet av samordning av landets vårdresurser och tillgången på utbildad arbetskraft samt att följa och stödja den regionala och lokala planeringen.

Sjukvårdsdelegationens och socialstyrelsens verksamhet beträffande planeringen innebär emellertid inte någon inskränkning i de kommunala huvudmännens befogenheter i fråga om sjukvårdens planering. Sjukvården är i första hand en kommunal uppgift och som konsekvens

härav ankommer det på de kommunala huvudmännen att upprätta och fastställa planer för vårdområdet.

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) har till uppgift att främja, samordna och medverka i huvudmännens planerings- och rationaliseringsinstitut inom bl. a. hälso- och sjukvården. Huvudmän för institutet är staten och en stiftelse, i vilken Svenska landstingsförbundet samt Stockholms, Göteborgs och Malmö kommuner ingår som medlemmar.

En arbetsgrupp knuten till Spri har i slutet av september 1971 avgivit en rapport innehållande förslag till principiella riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering. Rapporten är avsedd att utgöra underlag för arbetet inom en av socialdepartementets sjukvårdsdelegation tillsatt arbetsgrupp för sjukvårdsplaner. Rapporten innehåller förslag om en koncentration av den slutna akutsjukvården till ett fåtal service- och vårdanläggningar samt en decentralisering av viss sluten långtidsvård och öppen vård. En strukturering av verksamheten inom hälso- och sjukvården på fyra nivåer med skilda uppgifter föreslås. På nivå 1 skall ges enbart öppen vård, primärvård, som omfattar både hälsovård och sjukvård. På nivå 2 skall ges sluten vård motsvarande den som ges vid ett normallasarett. På nivå 3 skall ges både sluten och öppen vård med tillgång till de resurser som motsvarar de som finns vid ett centrallasarett. På nivå 4 skall finnas den högspecialiserade vård som motsvarar den som ges vid dagens regionsjukhus. På nivåerna 3 och 4 skall bl. a. neurologin vara representerad.

Tidigare behandling av frågan om neurologins utbyggnad, m. m.

I det av *regionvårdsutredningen* år 1958 avgivna betänkandet "Regionsjukvården. Riksplän för samarbete inom specialiserad sjukvård" (SOU 1958: 26) — vilket betänkande låg till grund för förslagen i förenämnda prop. 1960: 159 med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m. — anfördes om neurologin att den var en del av den interna medicinen men hade starka förbindelser med psykiatri och psykologi. Regionvårdsutredningen anförde att den fann det betydelsefullt, att specialiseringen över huvud taget ej drevs längre än nödvändigt. Utredningen anförde emellertid vidare, att de tekniska framstegen inom den neurologiska diagnostiken hade nått dithän, att dess utövning krävde ingående kunskaper i grundvetenskaperna fysik, anatomi och fysiologi, vilka endast kunde förvärfvas och vidmakthållas av den som enbart inriktat sig därpå.

Antalet erforderliga vårdplatser för hela den neuromedicinska vården uppskattades av utredningen till 12 à 16 per 100 000 invånare, varvid utredningen dock var benägen att som ett förstahandsmål rekommendera den lägre av dessa siffror. På regionplanen borde enligt utredningen

anordnas endast så många neurologiska vårdplatser, som med hänsyn till lämplig klinikstorlek borde ifrågakomma. Övriga platser ansåg utredningen böra tillkomma vid de större centrallasarett. Såsom lämplig klinikstorlek föreslogs 60 vårdplatser.

Föredragande departementschefen anförde i prop. 1969: 159 bl. a. följande.

Från läkarhåll har stundom gjorts gällande, att den medicinska neurologin är av så stort värde för invärtesmedicinarens verksamhet, att den icke bör utbrytas ur internmedicinen. De skäl, som av utredningen åberopats för att ge neurologin en självständig ställning, har emellertid genomgående godtagits vid remissbehandlingen av betänkan. Även för egen del är jag övertygad om att det såväl ur medicinsk synpunkt som av praktiskt-organisatoriska skäl är erforderligt med neurologiska specialavdelningar för diagnostik och behandling av svårare nervsjukdomar.

Enligt utredningens åsikt kräver neurologin en utbyggnad både på region- och länsplanet. Till denna uppfattning kan jag helt ansluta mig. Vårdbehovet är nämligen å ena sidan mycket omfattande, å andra sidan starkt differentierat. Endast omkring hälften av det sammanlagda antalet neurologiska fall har beräknats behöva vård på specialavdelningar, och endast en mindre del av dessa kräver för utredning och behandling det kvalificerade samarbete mellan väl utbildad neurolog samt neurokirurg, neurofysiolog, neuroradiolog och andra specialister, som regionsjukhuset kan erbjuda. Viktigt är enligt min mening att vid dimensioneringen av de neurologiska regionklinikerna vederbörlig hänsyn tas till såväl den med förändringen av befolkningens ålderssammansättning följande ökningen av hjärnans kärlsjukdomar som det med trafikskadornas ökning stigande behovet av vårdplatser för svårare paraplegifall.

Departementschefens uttalande föranledde inte någon erinran vid utskottsbehandlingen (SU 1960: 189) av propositionen.

Under år 1969 genomförde socialstyrelsen en undersökning, *RUPRO 69*, avseende sjukvårdshuvudmännens planer för utbyggnad av sjukvården under tidsperioden 1968—1975. I vad avser specialister i neurologi för akutvård har antalet tjänster beräknats öka från 78 år 1968 till 121 år 1975.

Yttranden över motionen 1971: 353 om neurologi

Yttranden har efter remisser avgivits av socialstyrelsen och Svenska landstingsförbundet. Härjämte har från Svenska neurologförbundet inkommit en skrivelse, vari förbundet gör vissa påpekanden beträffande yttrandet från Svenska landstingsförbundet.

Socialstyrelsen anför bl. a. följande.

När det gäller den neurologiska sjukvården liksom övrig hälso- och sjukvård är en förutsättning för en adekvat fördelning av resurserna

att riktlinjer finns att tillgå när det gäller vårdens strukturering till olika nivåer. Dessa riktlinjer bör utarbetas centralt och tillhandahållas huvudmännen genom råd och anvisningar som sedan kan utgöra underlag för huvudmännens planering.

Vad den öppna sjukvården beträffar pågår för närvarande utredningar beträffande vissa delar av hithörande problematik — fördelningen i stort mellan samhällets olika sjukvårdsnivåer och den närmare utformningen av den öppna vården. Även beträffande sjukhusvården planeras en motsvarande utredning med sikte i första hand på gränsdragningen mellan olika funktionsområden och härmed sammanhängande resursfrågor.

Detta övergripande utredningsarbete befinner sig ännu på planeringsstadiet. Socialstyrelsen har emellertid funnit att planläggningen i fråga om vissa grenar av sjukvården bör ges prioritet. Till dessa har den neurologiska sjukvården ansetts höra. Styrelsen har därför i särskild ordning studerat den neurologiska nivåproblematiken med utgångspunkt från bl. a. tillgänglig patientstatistik och har ett program för utbyggnad av vårdgrenen i fråga under arbete.

Beträffande dagsläget vill styrelsen anföra att alla patienter med neurologiska åkommor, som kräver sjukhusvård, redan nu torde beredas vård på sjukhus churu den inte alltid meddelas på neurologisk klinik. Man bör därvid beakta att alla läkare i sin grundutbildning får undervisning i neurologi liksom att vissa överläkare vid de invärtesmedicinska klinikerna har ett neurologiskt kunnande.

Fullständiga resurser för diagnos och behandling inom den neurologiska verksamheten innefattar bl. a. tillgång till, förutom neurologer, även neurokirurger, neuroradiologer och neurofysiologer. Dessa neurologiska block finns att tillgå på regionsjukhusen. För den neurologiska vården på centrallasarettsnivå öppnar den ändrade sjukvårdslagen redan nu möjligheter genom att en överläkare med neurologisk inriktning kan knytas till medicinklinik. Kring denna överläkare kan sedan en neurologisk funktion i öppen och sluten vård byggas upp.

Såsom framgår av ovanstående pågår alltså för närvarande inom socialstyrelsen ett utredningsarbete som även innefattar den neurologiska vården på centrallasarettsnivå.

Svenska landstingsförbundet anför bl. a. följande.

Vad motionären anført om det i förhållande till Danmark och Norge låga antalet neurologiska kliniker och vårdplatser innebär inte, att huvudmännen i vårt land underlåtit att skapa vårdresurser för de neurologiska fallen. Den i motionen påtalade bristen är såtillvida skenbar som specialiteten i Sverige räknas som en del av invärtesmedicinen. Vårdresurser för neurologiska fall finns sålunda vid medicinska kliniker. Frågan om en vidare utbyggnad av neurologin är därför närmast en fråga om subspecialisering inom invärtesmedicinen. Huruvida en sådan är önskvärd eller ej torde närmast ankomma på socialstyrelsen att bedöma, men styrelsen (för Svenska landstingsförbundet) finner icke anledning att socialstyrelsen skall erhålla i uppdrag att ägna särskild uppmärksamhet åt specialiteten neurologi.

Svenska neurologförbundet vänder sig mot vad i landstingsförbundets yttrande anförts om att neurologin i Sverige räknas som en del av in-

värtesmedicinen och om att frågan om en vidare utbyggnad av neurologin närmast är en fråga om subspecialisering inom invärtesmedicinen. Förbundet framhåller att nervsjukdomar eller neurologi utgör en särskild medicinsk specialitet och att för kompetens som specialist i invärtesmedicin och som överläkare vid medicinsk avdelning inte krävs en enda dags utbildning i neurologi utöver den kurs, som är gemensam för alla läkare och ingår i med. lic.-examen.

Neurologförbundet påpekar att inrättandet av neurologiska överläkartjänster vid centrallasaretten inte är en fråga som angår enbart invärtesmedicinaren. Det framhålls att patienter med sjukdomar inom nervsystemet och med neurologiska frågeställningar är vanliga inom många specialiteter och att tillgången på kompetent neurolog är av stort värde bl. a. för läkare, som arbetar inom specialiteterna psykiatri, öron-näsahallssjukdomar, ögonsjukdomar och medicinsk rehabilitering.

Förbundet anför avslutningsvis att det förväntar sig att den i socialstyrelsen pågående utredningen beträffande den neurologiska vårdens framtida organisation vid centrallasaretten leder till en positiv rekommendation och att Landstingsförbundet aktivt medverkar till att undanröja de nuvarande missförhållandena inom den neurologiska sjukvården.

Tidigare behandling av frågan om utveckling av den perifera kärlkirurgin

Motionärerna till motionen 1971: 795 har i en särskild motion till 1971 års riksdag, 1971: 912, även hemställt om att riksdagen måtte besluta om inrättandet av en professur i perifer kärlkirurgi och att denna förläggs till lämpligt universitet med kliniska möjligheter. I denna motion uttalas att den praktiska sjukvården för de kärlskadade skulle bli bättre tillgodosedd om en professur i kärlkirurgi med inriktning på den perifera kärlkirurgin inrättades i anslutning till något av de stora universitetssjukhusen. Utbildningsutskottet har i sitt av riksdagen godkända betänkande (UbU 1971: 3, s. 18—21) avstyrkt motionen. Utskottet hänvisade i motiveringen för avstyrkandet till att statsutskottet vid 1969 års riksdag behandlat motionsyrkanden rörande inrättande av en personlig professur i perifer kärlkirurgi och därvid i sitt utlåtande 1969: 132 konstaterat, att den omfattande remissbehandlingen av då föreliggande motioner i ämnet inte givit stöd för tillstyrkande från utskottets sida.

Vid 1970 års riksdag väcktes också en motion om inrättande av en professur i perifer kärlkirurgi, vilken avstyrktes av statsutskottet och avslogs av riksdagen. Statsutskottet (SU 1970: 88 p. 7) hänvisade till motiveringen för avstyrkandet år 1969.

Även vid 1966, 1967 och 1968 års riksdagar har väckts motioner med likartade yrkanden som i 1969 års motion, vilka samtliga motioner avstyrkts av statsutskottet.

Yttranden över motionen 1971: 795 om perifer kärlkirurgi

Yttranden har efter remisser avgivits av socialstyrelsen och Svenska landstingsförbundet.

Socialstyrelsen framhåller att den perifera kärlkirurgin inte är att betrakta som en särskild specialitet utan som en teknik, som måste behärskas inom ett flertal olika specialiteter — allmän kirurgi, neurokirurgi, ortopedisk kirurgi, thoraxkirurgi och urologisk kirurgi.

I konsekvens härmed — framhåller socialstyrelsen — gäller för undervisningens del, att undervisning i sådan teknik meddelas i första hand inom de thoraxkirurgiska, allmänkirurgiska och ortopedisk-kirurgiska klinikerna på undervisnings- och regionsjukhusen.

Socialstyrelsen erinrar härefter om att det genom en ändring av sjukvårdslagen (1962: 242) fr. o. m. den 1 januari 1971 skapats förutsättningar för inrättande av mer än en överläkartjänst inom samma klinik genom att tjänster får inrättas för verksamhetsområden. Socialstyrelsen anför vidare.

Möjlighet finns sålunda numera att — såsom skett inom Malmö allmänna sjukhus — utan inrättande av särskild specialklinik och sålunda inom befintlig klinikorganisation tillgodose önskemål om specialiserade enheter under ledning av särskild överläkare. Härigenom torde lika gott resultat kunna ernås som genom inrättande av särskild specialklinik ävensom de nackdelar en alltför splittrad klinikorganisation kan medföra undvikas. Därest sålunda sjukvårdshuvudmännen framlägger sakligt väl motiverade förslag om inrättande av specialiserade enheter inom befintlig klinikorganisation för perifer kärlkirurgi, är socialstyrelsen beredd att stödja desamma på samma sätt som skett för Malmös del. Det bör därvid dock erinras om att bedömningen av om särskild satsning skall ske på ett visst verksamhetsområde som alltid är en fråga om avvägning i förhållande till andra, kanske lika eller än mer angelägna ändamål.

Svenska landstingsförbundet framhåller, att kärlkirurgin har ett mycket vitt tillämpningsområde inom kirurgin. Den generella tillämpningen och integreringen i övrig kirurgi av såväl kärlkirurgi i allmänhet som den s. k. perifera kärlkirurgin utgör — fortsätter förbundet — ett mycket starkt motiv för åtgärder att främja utbildningen på detta område för alla kirurger och en naturlig form härför är i samband med läkarnas vidareutbildning. Förbundet anför att det förutsätter, att detta behov kommer att beaktas av nämnden för läkares vidareutbildning.

Med hänsyn till kärlkirurgins tillämpning inom de flesta kirurgiska specialiteterna är det enligt landstingsförbundet inte rationellt att inrätta särskilda avdelningar för sådan verksamhet, inte ens om de begränsas till perifer kärlkirurgi. Däremot — sägs det vidare i yttrandet — kan det tänkas vara av värde vid större sjukhus, där särskilda behov föreligger, att någon läkare specialinriktar sig på kärlkirurgi, vilket i så

fall bör ske inom ramen för den kirurgiska klinikens verksamhet. Landstingsförbundet hänvisar härvid till möjligheten enligt sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen att — om behov därav föreligger — specialisering kan ske genom att vid en och samma klinik mer än en överläkartjänst inrättas. Det är sålunda möjligt, säger förbundet, att vid en större kirurgisk klinik med omfattande kärlkirurgisk verksamhet anställa en särskild specialutbildad överläkare för att ansvara för denna del av verksamheten.

Utskottet

I motionerna 1971: 353 och 1971: 795 framförs förslag som syftar till en utbyggnad vid större sjukhus av två vårdområden inom vilka det enligt motionärernas mening för närvarande finns brister. I motionen 1971: 353 yrkas att socialstyrelsen får i uppdrag att uppgöra en plan om inrättande av neurologiska kliniker vid centrallasaretten. I motionen 1971: 795 hemställs om sådana åtgärder, att den perifera kärlkirurgin snabbt utvecklas samt att nya avdelningar för denna specialitet inrättas vid de större sjukhusen.

Under de senaste årtiondena har en utomordentligt snabb utveckling skett inom den medicinska vetenskapen och tekniken. Följden härav har blivit att den enskilde läkaren numera omöjligen kan behärska hela det starkt expanderande kunskapsmaterialet och den mångskiftande metodiken inom medicinen. Ett ständigt växande antal medicinska ingrepp och behandlingsformer kräver så omfattande specialkunskaper och en så avancerad teknik, att den läkare som vill ägna sig åt en viss mera speciell sjukdomsgrupp måste helt inrikta sin utbildning och verksamhet härpå. Detta har lett till att ur moderdisciplinerna, medicinen och kirurgin, successivt utbrutits en rad specialiteter. I fråga om var och en av dessa ställs speciella krav beträffande diagnostiska resurser, behandlingsmetoder, teknisk och laboratoriemässig utrustning samt fackutbildad personal. Sjukhusorganisatoriskt har specialiseringen tagit sig uttryck i att det i ökande omfattning har tillskapats specialenheter för behandling av vissa sjukdomar.

Bland annat för att motverka uppsplittringen av sjukvården på allt mindre organisatoriska enheter till följd av specialiseringen och för att underlätta en rationalisering av vården inom en klinik eller vårdavdelning har det från och med i år blivit möjligt att på samma klinik eller avdelning inrätta flera tjänster för överläkare, som representerar olika medicinska specialiteter. Överläkartjänst har avsetts kunna i undantagsfall inrättas även för ändamål som inte motsvaras av viss godkänd specialitet. Från och med i år har också upphävts de formella hindren för

att läkare som på olika nivåer är anställda på sjukhus skall kunna vara verksamma i öppen vård utanför sjukhuset.

Frågan om inrättande av nya kliniker för olika vårdspecialiteter eller utbyggnad av befintliga enheter är i hög grad en fråga om storleken av tillgängliga resurser och om fördelningen av dessa resurser inom sjukvårdssektorn. Härvidlag är det inte bara fråga om tillgången på läkare och annan vårdpersonal, utan hänsyn måste också tas till att de krav som sjukvården ställer i ekonomiskt avseende måste vägas gentemot krav från andra sektorer inom samhället. Den prioritering som i olika avseenden är nödvändig ankommer i första hand på sjukvårdshuvudmännen samt socialstyrelsen, som ansvarar för riksplaneringen inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen anför i yttrande över motionen 1971: 353, att styrelsen för sin del gett den neurologiska sjukvården prioritet i planeringsarbetet och att styrelsen har ett program för utbyggnad av denna vårdgren under arbete. Styrelsen anför vidare att dagssituationen beträffande den neurologiska vården är den, att alla patienter med neurologiska åkommor, som kräver sjukhusvård, redan nu torde beredas vård på sjukhus, låt vara att vården inte alltid meddelas på neurologisk klinik.

Enligt socialutskottets bedömning finns det anledning räkna med att syftet med motionen 1971: 353 kommer att bli tillgodosett genom det arbete som pågår i socialstyrelsen. Med hänsyn härtill är någon riksdagens åtgärd i anledning av motionen inte påkallad. Utskottet avstyrker således motionen 1971: 353.

I yttranden av socialstyrelsen och Landstingsförbundet framhålls att perifer kärlkirurgi inte är att betrakta som en specialitet utan som en teknik som måste behärskas inom ett flertal kirurgiska specialiteter. Landstingsförbundet finner det mot denna bakgrund inte rationellt att särskilda avdelningar för perifer kärlkirurgi inrättas, men däremot kan det enligt förbundet tänkas vara av värde vid större sjukhus, där särskilda behov föreligger, att någon läkare inriktar sig på kärlkirurgi inom ramen för den kirurgiska klinikens verksamhet. Socialstyrelsen har i princip samma inställning som Landstingsförbundet. Styrelsen förklarar sig beredd att stödja förslag om inrättande av specialiserade enheter för perifer kärlkirurgi inom befintlig klinikorganisation, om sjukvårdshuvudmännen framlägger sakligt väl motiverade förslag härom.

Även då det gäller frågan om utbyggnad av den perifera kärlkirurgin måste en prioritetsbedömning göras av sjukvårdshuvudmännen och socialstyrelsen. Som framgår av de ovan redovisade remissyttrandena kan stöd påräknas från socialstyrelsen för en utbyggnad av denna del av kirurgin i den mån sakligt välgrundade framställningar görs härom. Mot denna bakgrund anser utskottet att motionen 1971: 795 inte bör föranleda någon riksdagens åtgärd.

Utskottet hemställer

A. att riksdagen avslår motionen 1971: 353,

B. att riksdagen avslår motionen 1971: 795.

Stockholm den 26 oktober 1971

På socialutskottets vägnar

GÖRAN KARLSSON

Närvarande: herrar Karlsson i Huskvarna (s), Svensson i Kungälv (s), Hamrin (fp), Dahlberg (s), fru Skantz (s), herrar Larsson i Öskevik (c)*, Hyltander (fp)*, Åkerlind (m), Johnsson i Blentarp (s), Andreasson (c)*, fru Marklund (vpk), herrar Bengtsson i Göteborg (c), Nisser (m) och Nilsson i Växjö (s)*.

* Ej närvarande vid betänkandets justering.

Reservation

vid utskottets hemställan under B av herrar Åkerlind (m) och Nisser (m) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande på s. 11 som börjar med "Även då det" och slutar med "någon riksdagens ågärd" bort ha följande lydelse:

"I motionen 1971: 795 anges att det torde vara möjligt att undvika upp till 30 % av de amputationer som nu utförs om det på sjukhusen fanns god tillgång på läkare som kunde utföra kärlkirurgiska operationer även i de yttre (perifera) delarna av lemmarna. Detta har inte heller bestritts av remissinstanserna. En ökad ekonomisk satsning på detta område är kostnadskrävande. Man måste emellertid beakta att genom ökat användande av perifer kärlkirurgi ett stort antal personer årligen kan få behålla sina lemmar. Detta leder till minskade invaliditetskostnader, varigenom samhället kan komma att göra en ekonomisk vinst genom satsningen på detta område. Härtill kommer att personerna i fråga ofta kan göra en insats i produktionen. Sist men inte minst bör framhållas det minskade lidande, som blir följden för de enskilda människorna. Med hänsyn till det anförda framstår enligt utskottets mening en utbyggnad av den perifera kärlkirurgin såsom angelägen.

Utskottet konstaterar att socialstyrelsen ställer sig positiv till den perifera kärlkirurgin genom att utlova sitt stöd i den mån sakligt välgrundade framställningar görs om en utbyggnad av denna verksamhet. Socialstyrelsen förutsätter att initiativ skall komma från sjukhusvårdshuvudmännen. Eftersom kännedom om de goda resultat som kan uppnås genom perifer kärlkirurgi är ringa utbredd bör emellertid en central planering av utbyggnaden på området komma till stånd. I annat fall

måste man nämligen räkna med att den teknik som den perifera kärlkirurgin utgör blir eftersatt vid den prioritetsbedömning som görs av sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsens planering bör inriktas på en snabb utveckling av den perifera kärlkirurgin. Därvid bör noggrant övervägas i vad mån det är motiverat att inrätta särskilda enheter inom området. Vad utskottet anfört bör ges Kungl. Maj:t till känna.”

dels att utskottet under B bort hemställa

”att riksdagen i anledning av motionen 1971: 795 ger Kungl.

Maj:t till känna vad utskottet anfört om utbyggnad av den perifera kärlkirurgin.”

Särskilt yttrande

av herrar Hamrin (fp) och Hyltander (fp) som anfört:

I motionerna 1971: 353 och 1971: 795 framförs förslag som syftar till en utbyggnad vid större sjukhus inom två vårdområden, nämligen neurologi och perifer kärlkirurgi. Som utskottet framhåller är frågan om inrättandet av nya kliniker för olika vårdspecialiteter eller utbyggnad av befintliga enheter i hög grad en fråga om storleken av tillgängliga resurser och om fördelning av dessa resurser inom sjukvårdssektorn, dvs. prioritering. Skäl kan anföras för en utbyggnad av dessa speciella vårdområden, men bedömningen av en utökad satsning bör göras i ett större sammanhang. Folkpartiet har krävt, att en parlamentarisk utredning med representation för huvudmännen skall tillsättas med uppgift att framlägga ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården samt närliggande uppgifter inom socialvården. Härvid bör nödvändiga prioriteringar även av den typ som aktualiseras genom motionerna tas upp till behandling. Vi har därför inte funnit anledning att nu tillstyrka motionerna.

